

Health Statistics in the Nordic Countries 2003
Helsestatistik for de nordiske lande 2003

Health Statistics in the Nordic Countries 2003

Helsestatistik for de nordiske lande 2003

'Health Statistics in the Nordic Countries' may be ordered from:

Schultz Information
Herstedvang 12
DK-2620 Albertslund
Phone: +45 70 26 26 36
Fax: +45 43 63 62 45
E-mail: schultz@schultz.dk

or at **www.nom-nos.dk**

'Helsestatistik for de nordiske lande' kan bestilles hos:

Schultz Information
Herstedvang 12
DK-2620 Albertslund
Tlf: +45 70 26 26 36
Fax: +45 43 63 62 45
E-mail: schultz@schultz.dk

eller på: **www.nom-nos.dk**

Members of the Editorial Committee for 'Health Statistics in the Nordic Countries'
Medlemmer af Redaktionskomiteen for 'Helsestatistik for de nordiske lande'

Danmark	Specialkonsulent Jakob Lynge Sandegaard Sundhedsstyrelsen Islands Brygge 67 DK-2300 København S	<i>In addition, the following specialists have contributed to the publication:</i> Desuden har følgende specialister bidraget til publikationen:
Færøerne	Landslæge Hogni Debes Joensen Sigmundargøta 5 FO-100 Tórshavn Rådgiver Jóanis Erik Kóltum Social - og sundhedsministeriet Eirargardur 2 FO-100 Thorshavn	Reference group for Theme Section on Children's Health Referencegruppe for temasektion om børns sundhed Anette Johansen National Institute of Public Health Denmark
Grønland	Administrerende Embedslæge Knud Brinklöv Jensen Embedslægeinstitutionen i Grønland Postboks 120 DK-3900 Nuuk	Mika Gissler STAKES Finland
Finland	Utvecklingschef Mika Gissler STAKES Postbox 220 FIN-00531 Helsingfors	Geir Gunnlaugsson Reykjavik Centre for Public Health Iceland
Åland	Hälsövärdinspektör Eivor Nikander Ålands landskapsregering Postbox 1060 AX-22111 Mariehamn	Else-Karin Grøholt Norwegian Institute of Public Health Norway
Island	Konsulent Sigríður Vilhjálmsdóttir Hagstofa Íslands Borgartún 21a IS-150 Reykjavík	Rannveig Nordhagen (author) Norwegian Institute of Public Health Norway
Norge	Seniorrådgiver Jens-Kristian Borgan Statistisk sentralbyrå Postboks 8131 Dep. N-0033 Oslo Seniorrådgiver Linda Grytten Statens helsetilsyn Postboks 8128 Dep N-0032 Oslo	Anders Hjern (author) National Board of Health and Welfare, EpC Sweden
Sverige	Utvecklingsledare Lars Johansson Sveriges Kommuner och Landsting SE-118 82 Stockholm Utredare Ingalill Paulsson Lütz Socialstyrelsen, EpC SE-106 30 Stockholm	Editor Redaktør Head of Secretariat Johannes Nielsen NOMESCO's Secretariat Islands Brygge 67 DK-2300 København S

© Nordisk Medicinalstatistisk Komité
København 2005

Omslag: Sisterbrandt designstue
Forsidefoto: Harri Heikkälä

Layout og grafik: Jesper Marcussen

Tryk: AN:Sats

ISBN 87-89702-53-0

Contents

Indhold

Preface	Forord	9
SECTION A	SEKTION A	
Health Statistics 2003	Helsestatistik 2003	11
Chapter I	Kapitel I	
Organization of health services	Organiseringen af sundhedsvæsenet	12
• Introduction	• Indledning	12
• Current and future changes in the health services	• Igangværende og kommende ændringer i sundhedsvæsenet	13
• Organization of and responsibility for the health sector	• Organisering og ansvar for sundhedsvirksomheden	22
• Supervision of health services	• Tilsyn med sundhedsvæsenet	38
• Financing of health services	• Finansiering af sundhedsvæsenet	46
• Charges for health care as per 1 January 2005	• Egenbetaling for sundhedsydelser pr. 1. januar 2005	47
• Consultation with a physician	• Lægebesøg	47
• Reimbursement for pharmaceutical products	• Tilskud til lægemidler	52
• Treatment in hospitals	• Behandlinger ved sygehuse	58
• Reimbursement for dental treatment	• Tilskud til tandbehandling	60
• Maximum charges	• Maksimal egenbetaling	66
Chapter II	Kapitel II	
Population and fertility	Befolkning og fertilitet	71
• Introduction	• Indledning	71
• Population and population trends	• Befolkning og befolkningsudvikling	71
• Fertility, births, infant mortality and contraception	• Fertilitet, fødsler, spædbørnsdødelighed og prævention	78

CONTENTS

Chapter III	Kapitel III	
Morbidity, medical treatment, accidents and medicine	Sygelighed, sygdomsbehandling, ulykker og medicin	87
• Introduction	• Indledning	87
• Diseases related to lifestyle	• Sygdomme relateret til livsstil	87
• Cancer	• Cancersygdomme	95
• Medical consultations and immunization schedules	• Lægebesøg og vaccinationsprogrammer	102
• Discharges, average length of stay and surgical procedures	• Udskrivninger, gennemsnitlig liggetid og kirurgiske indgreb	108
• Accidents	• Ulykker	144
• Development in consumption of medicinal products	• Udvikling i lægemiddelforbrug	147
Chapter IV	Kapitel IV	
Mortality and causes of death	Dødelighed og dødsårsager	149
Chapter V	Kapitel V	
Resources	Ressourcer	167
• Introduction	• Indledning	167
• Health care expenditure	• Sundhedsudgifter	167
• Health personnel	• Sundhedspersonale	177
• Capacity and services in hospitals	• Kapacitet og ydelser i sygehusvæsenet	183
SECTION B	SEKTION B	
Barns helse	Childrens health	192

SECTION C	SEKTION C	
Appendices	Bilag	246
Appendix 1: Additional information at www.nom-nos.dk	Bilag 1: Supplerende oplysninger på www.nom-nos.dk	247
Further information	Yderligere oplysninger	248
NOMESCO's Publications	NOMESKO's publikationer	257
<i>Symbols used in tables:</i>	<i>Symboler anvendt i tabellerne:</i>	
Figures not available or too unreliable for use	Oplysninger foreligger ikke eller er for upålidelige til, at de kan bruges	..
Information non-existent	Oplysninger kan i sagens natur ikke forekomme	.
Less than half of the unit used	Mindre end halvdelen af den anvendte enhed	0.0/0
Nothing to report (value nil)	Nul	-
Five year averages are always written as 19xx-xy	Femårgennemsnit skrives altid 19xx-xy	
Two year averages are always written as 19xx/xy	Toårgennemsnit skrives altid 19xx/xy	
Data is always calculated in relation to the respective age groups	Data er altid udregnet i forhold til de respektive aldersgrupper	

Preface

Forord

The aim of NOMESCO is partly to establish a basis for comparable medical statistics in the Nordic countries, partly to initiate development projects of relevance to medical statistics, and to follow international trends in questions of medical statistics.

In this publication NOMESCO presents the latest available data from the health statistics of the Nordic countries.

Only a few changes have been made in relation to previous versions of the present publication.

Section B deals with child health.

On the NOMESCO homepage at www.nom-nos.dk you will find additional information, including an interactive database and detailed data on hospital discharges, patients treated, procedures, new cases of cancer and causes of death.

*Nordic Medico-Statistical Committee
(NOMESCO)*

Målsætningen for NOMESKO er dels at skabe grundlag for sammenlignelig medicinalstatistik i de nordiske lande, dels at tage initiativ til udviklingsprojekter med medicinalstatistisk relevans og endelig at følge den internationale udvikling i medicinalstatistiske spørgsmål.

I denne publikation offentliggør NOMESKO de senest tilgængelige data fra de nordiske landes sundhedsstatistik.

I forhold til de forrige udgaver af publikationen er der kun foretaget få ændringer.

Sektion B omhandler børns sundhed.

På NOMESKO's hjemmeside på www.nom-nos.dk findes der supplerende informationer, blandt andet en interaktiv database samt detaljerede data om udskrivninger, patienter behandlet, procedurer, nye tilfælde af cancer og dødsårsager.

*Nordisk Medicinalstatistisk Komité
(NOMESKO)*

SECTION A

Health Statistics 2003
Helsestatistik 2003

CHAPTER I

Organization of health services Organiseringen af sundhedsvæsenet

Introduction

In the Nordic countries, the health services are a public matter.

All countries have well-established systems of primary health care. In addition to general medical practitioner services, preventive services are provided for mothers and infants, and school health care and dental care for children and young people. Preventive occupational health services and general measures for the protection of the environment exist in all the countries.

The countries generally have well-developed hospital services with advanced specialist treatment.

Specialist medical treatment is also offered outside hospitals.

The health services are provided in accordance with legislation, and they are largely financed by public spending or through compulsory health insurance schemes.

In all countries, however, there are some patient charges for treatment and pharmaceutical products.

Salary or cash allowances are payable to employees during illness. Self-employed people have the possibility to insure themselves in case of illness.

Indledning

I de nordiske lande er sundhedsvæsenet et offentligt anliggende.

Alle landene har et veletableret primært sundhedsvæsen. Som supplement til den almindelige lægepraksis er der iværksat forebyggende initiativer over for mødre og spædbørn og etableret skolesundhedsordninger og skoletandplejeordninger for børn og unge. Der er ligeledes etableret forebyggende bedriftssundheds-tjenester og almindelige foranstaltninger til miljøbeskyttelse i alle landene.

Som helhed har landene et veludbygget sygehusvæsen med en højt udviklet specialistbehandling.

Speciallægebehandling tilbydes også uden for sygehusene.

Ydelserne i sundhedsvæsenet gives i henhold til love, og de fleste af dem er offentligt finansieret eller finansieret gennem lovpligtige sygeforsikringsordninger.

Der skal dog erlægges en vis egenbetaling for lægemidler og i en vis udstrækning også for behandling.

Under sygdom får lønmodtagere enten udbetalt en kontantydelse eller løn. Selvstændige erhvervsdrivende har mulighed for at forsikre sig ved sygdom.

Current and future changes in the health services

DENMARK: In order to increase activity in the health services and to reduce waiting time for examination and treatment, the government allocated an extra DKK 1.5 billion to the health services in 2002. This has been followed up with an extra DKK 1.4 billion in 2003 and DKK 1.2 billion in 2004. This increased activity is combined with extra choices for patients. Among other things, it is now possible for patients to receive treatment at a private hospital or a hospital abroad that has a contract with the authorities, when waiting time for treatment at a public hospital is greater than two months. From 2007, patients will have the possibility to receive treatment at a private hospital when they have waited more than one month.

These measures have had a considerable effect. The number of people who have had contact with hospital services has increased by 60 000 from 2001 to 2002. During the period 2001 to 2003, the number of people who have had an operation has increased by 69 800. Waiting times have been reduced from 27 weeks to 21 weeks for 18 major types of surgical procedure from July 2002 to September 2004. During the period 1 July 2002 to 1 October 2004, 42 000 patients have chosen to use their right to free choice of hospital.

At the beginning of 2004, the Ministry of the Interior and Health, the Ministry of Finance, Danish Regions and the Joint Metropolitan Hospital Service (HS) carried out an evaluation of the extended free choice of hospital arrangement. The

Igangværende og kommende ændringer i sundhedsvæsenet

DANMARK: For målrettet at øge aktiviteten i sundhedsvæsenet og nedbringe ventetiderne til undersøgelse og behandling tilførte regeringen i 2002 ekstra 1,5 mia. kr. til sundhedsvæsenet. I 2003 og 2004 er der blevet fulgt op med flere ekstrabevillinger til sundhedsvæsenet på hhv. 1,4 og 1,2 mia. kr. Den øgede aktivitet er kombineret med flere valgmuligheder for patienterne. Blandt andet har patienterne fået mulighed for at søge behandling på et privat sygehus eller et sygehus i udlandet, der har indgået aftale med det offentlige, når ventetiden til de offentlige sygehuse overstiger to måneder. Fra 2007 vil patienternes mulighed for at søge behandling på et privat sygehus indtræde efter 1 måneds ventetid.

Indsatsen har haft en betydelig effekt. Fra 2001 til 2002 er antallet af personer, som har haft en kontakt med sygehusvæsenet øget med 60 000. I perioden 2001 til 2003 er antallet af personer, der har fået foretaget en eller anden form for operation, øget med 69 800. Ventetiderne er reduceret fra 27 uger til 21 uger for 18 vigtige operationer fra juli 2002 til september 2004. I perioden fra 1. juli 2002 til 1. oktober 2004 har ca. 42 000 patienter valgt at benytte muligheden for udvidet frit sygehusvalg.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Finansministeriet, Amtsrådsforeningen og H:S har i starten af 2004 foretaget en evaluering af den udvidede fritvalgsordning. Evalueringen viste, at der generelt blandt både patienter og offentlige og

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

evaluation showed that in general both patients and public and private hospitals are satisfied with the way the arrangement works. However, the evaluation indicated certain problems, mainly in relation to information and visiting patients.

According to the economic agreement for 2004, the government and Danish Regions have agreed that management of hospitals according to funding shall gradually be expanded. The counties determine the budget with the individual hospitals and the hospitals allocate funds to the different departments in an appropriate way, so as to achieve effective production of services. From 2004 the counties shall, one at a time, allocate a minimum of 20 per cent of their funds to their own hospitals directly on the basis of production. During the next few years, this funding will be increased to 50 per cent.

In 2005 experience gained from the counties' use of management according to funding and the effect of the system shall be evaluated.

In 2002, the government appointed a Structure Commission to put forward a proposal for better and simpler organization of the public sector for the benefit of the population.

The Commission submitted its report in January 2004. The Commission proposed a range of possible models for the structure of the public sector, including models in which all tasks are placed in the municipalities and the state, and models in which three administrative levels are kept. Common for all the models is the recommendation that the present

private sygehuse er tilfredshed med, hvordan ordningen fungerer. Der blev dog i evalueringen givet udtryk for enkelte problemer vedr. hovedsageligt information og visitation af patienter.

Regeringen og Amtsrådsforeningen er i økonomiaftalen for 2004 blevet enige om, at anvendelsen af takststyring i forhold til sygehusene gradvist skal forøges. Amterne fastlægger afregningen med de enkelte sygehuse, og sygehusene skal i hensigtsmæssigt omfang kanalisere "takstmidlerne" videre ud på de udførende afdelinger for at understøtte en effektiv arbejdstilrettelæggelse. Fra 2004 skal amterne enkeltvist som minimum afregne 20 pct. af bevillingerne til egne sygehuse direkte på baggrund af præsteret aktivitet. I de kommende år vil takststanden stige til 50 pct.

Der skal i 2005 gennemføres en evaluering af erfaringerne med amternes anvendelse af samt effekterne af takststyring.

Regeringen nedsatte i 2002 en Strukturkommission, der skulle beskrive forslag til en bedre og mere enkel indretning af den offentlige sektor til gavn for borgerne.

Kommissionen afgav sin betænkning i januar 2004. Kommissionen opstiller en række mulige modeller for den offentlige sektors struktur – herunder både modeller hvor alle opgaver placeres i kommunerne og staten, og modeller hvor der opretholdes tre forvaltningsled. Fælles for modellerne er anbefalingen af, at de nuværende forvaltningsenheder bliver

administrative units should be larger, in order to ensure sufficient professional resources for the tasks that need to be performed.

The government's plan for the Structure Reform was presented in June 2004. For the health services this means that the counties will be replaced by 5 new regions from 2007. At the same time the number of municipalities will be reduced. The municipalities and the regions will have a duty to cooperate with each other in coordinating treatment, training, prevention and care. An example of this is that the municipalities take over responsibility for prevention and rehabilitation. Most of the funding for health services will be financed at the regional level by the state, and the rest through a contribution from the municipalities. Joint funding with the municipalities shall ensure that the municipalities are given a larger role in supplying health services.

In December 2003, the government published a "Strategy for the health service treatment services – Patients first". The Strategy clearly states the government's ambitions in the field of health.

In order to provide improved health services for the population, the government will require better documentation of quality and effectiveness, more speedy implementation of the best methods, better access to information and improved communication with the population.

The Strategy lists a range of concrete measures that shall be closely followed up, and that shall be continuously evaluated in terms of need for adjustments and concrete follow-up initiatives.

større med henblik på at sikre en tilstrækkelig faglig bæredygtighed i opgaveløsningen mv.

I juni 2004 forelå regeringens aftale om strukturreformen. For sundhedsområdet kommer den til at betyde, at amterne erstattes af 5 nye regioner med virkning fra 2007. Samtidig sker der en reduktion i antallet af kommuner. Kommuner og regioner forpligtiges til at samarbejde om sammenhæng i behandling, træning, forebyggelse og pleje. Dette sker bl.a. ved, at kommunerne overtager ansvaret for forebyggelse og genoptræning. På sundhedsområdet vil regionerne for størstedelens vedkommende blive finansieret gennem staten og derudover et kommunalt bidrag. Gennem kommunal medfinansiering sikres det, at kommunerne tildeles en større rolle i sundhedsvæsenet.

Regeringen har i december 2003 udgivet en "Strategi for det behandlende sundhedsvæsen – Patienten først". Strategien gør det klart, hvad regeringens ambitioner er på sundhedsområdet.

For at give borgerne et bedre sundhedsvæsen vil regeringen skærpe kravene til dokumentation af kvalitet og effektivitet, hurtigere udbredelse af de bedste metoder, lettere adgang til information og en klarere kommunikation med borgerne.

I strategien opstilles en række konkrete målepunkter som skal følges tæt, og som løbende skal vurderes med henblik på behov for justeringer og konkrete, opfølgende initiativer.

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

The following are examples of some of the government's concrete aims. Personal electronic medication profiles shall be introduced in 2004. Concrete proposals for increased use of effective methods of treatment shall be put forward. Examples of effective ways of working shall be collected systematically, and introduced.

FAROE ISLANDS: In 2005, implementation of an electronic patient record system was initiated in the health services in the Faroe Islands. The system includes all clinical professional groups in hospitals and in primary care. This means that in future all patients will have just one patient record.

FINLAND: The right to receive health care was redefined in 2005 in Finland. This legislation does not cover Åland.

The provisions relating to maximum waiting time for non-emergency treatment came into force on 1 March 2005. Direct contact with health centres shall be dealt with on weekdays during working hours, either by telephone or by a visit to the health centre. On-call duty shall be organized outside normal working hours.

The need for treatment can often be assessed over the telephone. If a patient is assessed as needing an appointment, then he or she shall be given an appointment at the health centre within three days of the initial contact.

Assessment of treatment needs shall be carried out by professional health care personnel, not necessarily a physician.

Health care institutions shall publish information about waiting times for the different

Blandt regeringens konkrete mål kan bl.a. nævnes, at der skal implementeres personlige elektroniske medicinprofiler medio 2004, at der skal udarbejdes konkrete forslag til udbredelse af effektive behandlingsmetoder, og at der skal ske systematisk opsamling og udbredelse af eksempler på effektiv arbejdstilrettelæggelse.

FÆRØERNE: Det færøske sundhedsvæsen begynder i 2005 implementering af elektronisk patientjournal. Systemet omfatter alle kliniske faggrupper på sygehusene og hos kommunelægerne (praktiserende læger), hvilket medfører at patienterne fremover kun vil have en journal.

FINLAND: Retten til behandling blev redefineret i 2005 i Finland. Denne lovgivning gælder ikke Åland.

Bestemmelserne om maksimal ventetid for ikke akut behandling trådte i kraft den 1. marts 2005. Den umiddelbare kontakt med sundhedscentre skal håndteres på hverdage i arbejdstiden enten per telefon eller ved personlig fremmøde på sundhedscentre. Udenfor den normale arbejdstid er der mulighed for kontakt i akutte tilfælde.

Behovet for behandling kan ofte vurderes telefonisk. Hvis vurderingen forudsætter et fremmøde skal patienten have en tid på sundhedscentre indenfor tre hverdage fra den første kontakt.

Vurderingen af behandlingsbehovet skal gives af en faguddannet person indenfor sundhedsvæsenet som ikke nødvendigvis behøver at være en læge.

Institutionerne indenfor sundhedsvæsenet skal offentliggøre oplysningerne om vente-

specialities at least every six months. Such information shall be published, for example, on the Internet or in the local newspaper. STAKES (National Research and Development Centre for Welfare and Health) shall publish information about how the right to receive health care is met.

Health districts, and municipalities within a district, shall together develop a plan for organization of health services. The health district shall develop a plan for the contract period, which is four years.

The plan shall be evaluated each year by the health district, in cooperation with the municipalities, and the need for changes shall be assessed.

As a minimum requirement, in the plan, there shall be agreement about regional cooperation and about how the hospitals, health centres and other institutions in the health district coordinate the services they offer.

The plan shall also contain, in particular, an assessment of laboratory services, diagnostic radiography services, medical rehabilitation and planned and acute treatment services.

The Ministry of Social Affairs and Health has decided that specialist health services shall be more centralized, with the help of the Ministry's regulations.

Pilot scheme for improved home-based services.

Provisional changes have been made to the Social Services Act and the Public Health Services Act. The changes make it possible for the municipalities to com-

tider, indenfor de enkelte specialer mindst hver 6 måned. Oplysningerne kan eksempelvis offentliggøre via Internettet eller i den lokale avis. Stakes (Forsknings- og udviklingscentralen for social- og hälsovården) skal oplyse og offentliggøre hvorledes retten til behandling er gennemført.

Sundhedsdistrikterne og kommunerne indenfor et distrikt skal i fællesskab udarbejde en plan for hvorledes sundhedsydelserne skal organiseres. Sundhedsdistriktet skal udarbejde en plan for aftaleperioden som er fire år.

Hvorvidt planen er lykkedes vurderes hvert år i et samarbejde med kommunerne og hvis der behov derfor foretages der ændringer.

I planen skal man som minimum blive enige om det regionale samarbejde og hvorledes sundhedsdistriktets hospitaler, sundhedscentre og ved behov også andre institutioner indenfor sundhedsvæsenet skal samordne de ydelser de tilbyder.

Der skal i planen gives en særlig bedømmelse af hvorledes der findes en funktionel helhed for laboratoriydelser, billeddiagnostik, medicinsk revalidering samt planlagt og akut behandling.

Social- och hälsovårdsministeriet har desuden bestemt at den specialiserede sygdomsbehandling skal centraliseres yderligere ved hjælp af ministeriets forordninger.

Forsøget med bedre social- og sundhedsydelser i hjemmet.

Loven om social service og folkesundhedsloven ændres fortløbende. Ændringerne gør det muligt for kommunerne at gøre forsøg med at sammenlægge hjem-

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

bine home help services and home nursing services into one new area: home care services. Home care can be provided by a single body, for example, a social board, a health board, or a new body that is established to provide health and social services for elderly people. The pilot scheme has led to more effective provision of care and improved services.

Though the central pilot scheme focuses on care for elderly people, it can also apply to other client groups, for example physically handicapped people and people with long-term illness. The scheme does not include specialized health care. The changes to the acts came into force on 1 January 2005 and are in force until 31 December 2008 in the whole country (excluding Åland).

ICELAND: A centralized database on vaccinations has been established at the State Epidemiologist's office. The pilot phase involved receiving on-line information on vaccinations from several primary health care centres, and this phase was completed to a large extent in 2004. Work is progressing and the aim is to collect information on all vaccinations.

The Directorate of Health has established a new database on nurses. This database is similar to the existing database on physicians, in that each licensed nurse is assigned a unique identity number, which is to be used in all nursing records within the health care sector.

Landspítali University Hospital, the country's largest hospital, continues work on implementing DRG within the hospital. In conjunction with this work the Medical Director of Health has issued an

mehjælpen og hjemmesygeplejen til et nyt arbejdsområde, hjemmepleje. Hjemmeplejen kan udbydes af en enkelt kollegialt organ, for eksempel socialnævnet, sundhedsnævnet eller et nyt nævn som dannes for at varetage hjemmeplejen af de ældre. Forsøget har gjort plejen mere effektiv og givet en bedre service.

Selvom forsøget centralt fokuserer på ældreplejen kan den også gives til andre servicetilbud i hjemmet som for eksempel funktionshæmmede og langtidssyge. Forsøget gælder ikke den specialiserede sygdomsbehandling. Lovændringen trådte i kraft den 1. januar 2005 og gælder til og med den 31. december 2008 i hele Finland (ekskl. Åland).

ISLAND: Der er blevet oprettet en central database over vaccinationer hos stats-epidemiologen. I pilotfasen blev der indhentet direkte informationer fra en række sundhedscentre og denne fase var tilendebragt i 2004. Arbejdet pågår stadigvæk og det er hensigten at få informationer om alle vaccinationer.

Medicinaldirektoratet har etableret en database over sygeplejersker. Databasen svarer til den der findes for læger, hvor alle autoriserede er oprettet med deres autorisationsnummer, som skal benyttes for alle oplysninger vedrørende sygeplejersker i sundhedssektoren.

Landspítali Universitets Hospital, det største hospital i landet, fortsætter med implementeringen af DRG på hospitalet. I forbindelse med dette har medicinaldirektøren udgivet en Islandsk version af

Icelandic version of NCSP, NCSP-IS, which is based on NCSP plus.

In-vitro fertilization services, which previously were provided at Landspítali University Hospital, were transferred to the private sector in 2004, in accordance with a contract between the Ministry of Health and a group of physicians in private practice. The cost of these services will, however, continue to be subsidized.

NORWAY: During 2004 several new acts and changes to acts in the field of health came into force.

The Act relating to alternative treatment of disease etc. came into force on 1 January 2004 and the 67-year-old Quackery Act was annulled. The Act involves a voluntary registration scheme for practitioners of alternative forms of treatment. A new regulation on the marketing of alternative treatment also came into force.

The new Biotechnology Act came into force on 1 January 2004, 1 September 2004 and 1 January 2005. The Act deals with, among other things, assisted fertilization and foetus diagnostics.

The Food Act came into force on 1 January 2004. The act covers the whole production chain for food "from fjord and land to the table". The new Norwegian Food Safety Authority was established on 1 January 2004, with the amalgamation of the Norwegian Animal Health Authority, the Norwegian Agricultural Inspection Service and the Norwegian Food Control Authority. The authority's goal is that consumers should have healthy and safe food and safe drinking water. It promotes human, plant,

NCSP, NCSP-IS, der er baseret på NCSP plus.

In vitro-fertilisering som er blevet udført ved Landspítali Universitets Hospital, er flyttet til den private sektor i 2004 i forbindelse med at sundhedsministeriet indgik en kontrakt med gruppe af privatpraktiserende. Udgifterne for dette vil dog også fortsat blive betalt af det offentlige.

NORGE: I løbet af 2004 kom der adskillige nye love samt ændringer i andre indenfor sundhedsområdet

Loven om alternativ behandling af sygdomme m.v. trådte i kraft den 1. januar 2004 og den 67 år gamle kvaksalver lov blev ophævet. Loven indebærer en frivillig registreringsordning for udøvere af alternativ behandling ligesom der er udarbejdet forskrifter om markedsføring af alternative behandlinger af sygdomme.

Den nye lov om bioteknologi trådte i kraft den 1. januar 2004, den 1. September 2004 og 1. januar 2005. Loven omfatter blandt andet kunstig befrugtning og fosterdiagnostik.

Loven om fødevarer trådte i kraft den 1. januar 2004. Loven dækker hele produktionskæden for fødevarer "fra fjord og jord til bord". Det nye Mattilsynet blev oprettet fra den 1. januar 2004. ved en sammenlægning af Statens Dyrehelsetilsyn, Statens Landbruketilsyn og Statens Næringmiddelstilsyn. Formålet med oprettelsen af en fødevarestyrelse er at forbrugerne skal sikres sunde og sikre fødevarer samt frisk drikke vand. Det skal sikre sundhed for mennesker, planter, fisk og dyr, miljøvenlig produktion samt

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

fish and animal health, environmentally friendly production, and ethically acceptable farming of animals and fish. The Authority also performs duties relating to cosmetics and medicines, and inspects animal health personnel.

Changes were made to the Specialized Health Services Act from 1 January 2004, such that the Health Authorities take over responsibility for specialized treatment of alcohol and drug abuse.

The Medicinal Products Act was revised from 1 January 2004. The state can now make a reimbursement contract with the licensee of a medicinal product, as a condition for authorization of the medicinal product for reimbursement (blue prescription).

The Provisional Act of 2 July 2004 No. 64 relating to a pilot scheme for premises for injection of drugs came into force on 17 December 2004.

Changes to the Tobacco Act came into force on 1 June 2004. Smoking is now banned in Norway in all places that serve food or drinks, such as restaurants, cafés, discos, bars and pubs. The main purpose of the legislation is to protect employees and guests from passive smoking.

Changes to the Patients' Rights Act came into force on 1 September 2004. Patients with the greatest health needs shall now be given a deadline for when they shall receive treatment, based on judgement of what is regarded as in accordance with sound professional practice. If they have not been treated before the deadline, they can demand that the National Insurance Administration provides an immediate

en etisk forsvarlig landbrug og fiskeri. Styrelsen skal også udforme regler for kosmetik og medicin samt føre tilsyn med veterinærpersonalet.

Ændringer i loven om specialistbehandling og loven om social service, der trådte i kraft den 1. januar 2004 indebærer at de regionale sundhedskoncerner overtager alle amtskommunernes foranstaltninger overfor misbrugere af rusmidler.

Lægemiddeloven blev ændret fra den 1. januar 2004 for at give hjemmel til at der kunne indgås kontrakter om refusion mellem staten og de der har ophavsretten til lægemidlerne som grundlag for at staten godkender lægemidlet som tilskudsberettiget (blå recept).

Den foreløbige lov af 2. juli 2004 NO 64 vedrørende en pilottest, vedrørende grundlaget for indsprøjtning af lægemidler, trådte i kraft den 17. december 2004.

Ændringer i tobaksloven trådte i kraft den 1. juni 2004. Rygning er ikke længere tilladt på steder der serverer fødevarer og drikke, såsom restauranter, cafeer, diskoteker, barer og pubber. Hovedformålet med loven er at beskytte de ansatte og gæster for passiv rygning.

Ændringer i loven om patientrettigheder trådte i kraft den 1. September 2004. Patienter med de største sundhedsmæssige behov skal nu garanteres en tidsfrist indenfor hvilke de skal modtage behandling, baseret på en bedømmelse af hvad der kan karakteriseres som god professionel praksis. Hvis patienten ikke er blevet behandlet indenfor tidsfristen, kan de forlange at Folketrygden giver et umid-

offer of treatment, either at a hospital in Norway, or at a hospital abroad. The arrangement with free choice of hospital has also been extended. The arrangement now applies to all public hospitals, all district psychiatric centres, and private hospitals that have a contract with a regional health authority.

The following changes to the central health administration were made in 2004.

From 1 October 2004, the Ministry of Social Affairs and the Ministry of Labour and Government Administration were amalgamated to form the Ministry of Labour and Social Affairs.

From the same date, the Ministry of Health was reorganized and became the Ministry of Health and Care Services. The Ministry has responsibility for health policy, public health, health care services and health legislation in Norway.

SWEDEN: On 1 July 2004, a new act relating to communicable diseases came into force. The new act gives clearer guidelines for communicable diseases that infect human beings.

On 1 January 2005, a national council for donation of organs and tissues was established. According to a new act, hospitals where transplantations are carried out must have a physician who is responsible for donors and a nurse who is responsible for contact.

The age limit for private physicians and physiotherapists to have a contract with the public health services has been raised from 67 to 70 years.

delbart tilbud om behandling, enten på et hospital i Norge eller på et hospital i udlandet. Ordningen med frit sygehusvalg er også blevet udvidet. Ordningen gælder nu alle offentlige hospitaler, alle distrikts psykiatriske centre og alle privathospitaler der har kontrakt med de regionale sundhedsmyndigheder.

Der blev foretaget følgende ændringer i den centrale sundhedsadministration i 2004.

Fra 1. oktober blev Arbejds- og administrationsministeriet samt Socialministeriet sammenlagt til et ministerium med benævnelsen Arbejds- og socialministeriet.

Fra samme tidspunkt blev Sundhedsministeriet reorganiseret til Ministeriet for sundhed og sundhedsservice. Ministeriet har ansvaret for sundhedspolitik, folkesundhed, behandling og service samt sundhedslovgivningen i Norge.

SVERIGE: Den 1. Juli 2004 trådte en ny lov om smitsomme sygdomme i kraft. Den nye lov giver klarere retningslinier for smitsomme sygdomme, der smitter mennesker.

Den 1. januar 2005 blev der nedsat et nationalt råd for organ og vævs-donation. Ifølge en ny lov fra januar 2005, må sygehuse der udfører transplantationer, have en donoransvarlig læge samt en kontaktansvarlig sygeplejerske.

Aldersgrænsen for at privatpraktiserende læger og fysioterapeuter kan have overenskomst med det offentlige er hævet fra 67 til 70 år.

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

A report on care of elderly people in the home was presented to the government in June 2004. The report has been through a hearing.

From 1 November 2005 there is a health care guarantee. This means that the county councils shall offer health care within 90 days after a physician has decided on treatment. The guarantee applies to all planned treatment.

In December 2004 the final report on occupational health services, new legislation and organization of the services was presented.

In a government report, it is recommended that a new register of practitioners of alternative treatment should be established in 2006. The aim is to improve patient safety. Registration will be voluntary.

Organization and responsibility for the health sector

DENMARK: Responsibility for the health service is very decentralized. The main principles are as follows: The State is responsible for legislation, supervision and guidelines. County authorities are responsible for the hospital service, health insurance and special nursing homes. Municipalities are responsible for health care, home nursing, nursing homes and child and school health care.

County authorities and municipalities have the operational responsibility.

In the event of ordinary illness, the use of the health service by citizens is based on a century-long tradition of family doctors.

En betænkning om pleje af ældre i hjemmet blev oversendt til regeringen i juni 2004. Betænkningen har været udsendt til høring.

Den 1. november 2005 bliver der en national behandlingsgaranti. Denne indebærer at landstingene skal tilbyde behandling indenfor 90 dage efter at lægen har fastsat behandlingen. Garantien gælder al planlagt behandling.

I december 2004 blev slutbetænkningen vedrørende udviklingen af bedriftssundhedstjenesten, samt ny lovgivning og andre foranstaltninger overdraget.

En statslig udredning foreslår at der i 2006 oprettes et nyt statslig register over udøvere af alternativ behandling. Formålet er at styrke patientsikkerheden. Registreringen skal være frivillig.

Organisering og ansvar for sundhedsvirksomheden

DANMARK: Ansvar for sundhedsvæsenet er bygget op over en meget decentral organisation. Hovedprincipperne er følgende: Staten er ansvarlig for lovgivning, tilsyn og retningslinier; amterne for sygehusvæsen, sygesikring og specielle plejehjem, mens kommunerne er ansvarlige for sundhedspleje, hjemmepleje, plejehjem samt børne- og skolesundhedstjeneste.

Driftsansvaret påhviler amter og kommuner.

Ved almindelig sygdom er borgernes benyttelse af sundhedsvæsenet baseret på en århundredlang tradition for familielæger.

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

The formal rules have been drawn up in accordance with the health insurance scheme, so that primary contact is always, in principle, with the general medical practitioners. One can only use the hospital service as an alternative in cases of emergency.

Likewise, consultations with dentists are made with private dental practitioners. The public dental services only provide some dental care services for children.

Health care during pregnancy is the responsibility of the county authorities. All pregnant women are offered regular examinations according to need, with a general medical practitioner, a specialist or a midwife.

Child health care is provided according to the Act relating to health visitors, and is organized by the health administration of the municipalities. Health examinations of children are carried out by general medical practitioners who have a contract with the health insurance scheme.

Home-nursing care is also provided by the municipalities. Care is provided free of charge, following referral from a physician.

Immunization programmes are laid down by the Ministry of the Interior and Health and are implemented by general medical practitioners, for example during health examinations of children.

Advice concerning family planning is also provided, as every person or family is entitled to receive advice on questions of family planning. Advice is given either by a general medical practitioner or by a special department (usually outpatient

De formelle regler er udformet i overensstemmelse hermed i sygeforsikringsloven, således at primærkontakten altid principielt rettes til den alment praktiserende læge. Kun i skadestilfælde kan man som alternativ henvende sig til sygehusene.

På samme måde foregår konsultationer med tandlæger hos privatpraktiserende tandlæger. Servicen er kun et offentligt anliggende inden for visse dele af børnetandplejen.

Svangerskabshygiejnen tilrettelægges under amternes ansvar. Alle gravide tilbydes efter behov regelmæssige undersøgelser hos en alment praktiserende læge, speciallæge og jordemoder.

Børnesundhedsplejen, der gives i henhold til loven om sundhedsplejerskeordninger, er knyttet til kommunernes sundhedsforvaltning, mens helbredsundersøgelser af børn udføres af de alment praktiserende læger efter overenskomst med sygesikringen.

Hjemmesygeplejerskeordningerne er ligeledes knyttet til kommunerne, der yder vederlagsfri pleje efter lægehenvisninger.

Vaccinationsprogrammerne fastlægges af Indenrigs- og sundhedsministeriet og udføres af de praktiserende læger, fx i forbindelse med helbredsundersøgelser af børn.

Der ydes også rådgivning vedrørende familieplanlægning, idet enhver person eller familie har ret til rådgivning i familieplanlægningsspørgsmål. Rådgivningen gives enten af den praktiserende læge eller af en specialafdeling (særligt ambulatorium). Også

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

clinic). Midwives and health visitors may also, within their range of competence, advise families. As a general rule, contraceptive products are not subsidized.

School and occupational health services are regulated by legislation. Municipalities are responsible for school health services, which are provided by health visitors and physicians. Occupational health services are organized by companies and are led by committees with representatives for both employees and employers.

As a main rule, patients may contact general medical practitioners, dentists, emergency wards and emergency and ambulance services without referral.

The hospital service is placed organizationally under the counties and the Joint Metropolitan Hospital Service. The county authorities and the management of the Joint Metropolitan Hospital Service are the responsible authorities. The counties own most of the hospitals. The hospitals in the City of Copenhagen and Frederiksberg municipality, and Rigshospitalet have been merged into the Joint Metropolitan Hospital Service. A few private hospitals have a contract with the county in which they are located, and a few small private hospitals operate totally independently of the public hospital service.

Specialist hospitals are not organized separately. There are no health centres or similar institutions with hospital beds in Denmark.

As a rule, patients have free choice of hospital where they wish to receive treatment. If the waiting list for treatment at a public hospital is more than two

jordemødre og sundhedsplejersker kan rådgive familier inden for deres kompetenceområde. Der gives som hovedregel ikke offentlige tilskud til præventionsmidler.

Skole- og bedriftssundhedstjenesten er reguleret ved lov. Kommunerne har ansvaret for skolesundhedstjenesten, som varetages af sundhedsplejersker og læger. Bedriftssundhedstjenesten er tilrettelagt i virksomhedsregi og ledes af udvalg med repræsentanter for både arbejdstagere og arbejdsgivere.

Som hovedregel kan patienter henvende sig uden henvisning til alment praktiserende læger, tandlæger, skadestuer samt lægevagten og ambulancetjenesten.

Sygehusvæsenet hører organisatorisk under amterne og Hovedstadens Sygehusfællesskab, og det er amtsrådene og bestyrelsen for Hovedstadens Sygehusfællesskab, der er den ansvarlige myndighed. Amterne ejer de fleste af sygehuse. Sygehuse i København og Frederiksberg kommuner samt Rigshospitalet, er samlet i Hovedstadens Sygehusfællesskab. Der er enkelte private sygehuse, som har en fast benyttelsesaftale med det amt hvori de ligger, mens nogle få mindre, private sygehuse fungerer helt uafhængigt af det offentlige sygehusvæsen.

Specialsygehuse er ikke særskilt organiseret. Der findes ingen sundhedscentre eller lignende institutioner med sengepladser i Danmark.

Patienterne har som regel frit valg med hensyn til hvilket sygehus, de ønsker behandling på. Er ventetiden på behandling på de offentlige sygehuse mere end 2

months, the patient can, according to the so-called extended free choice arrangement, choose to receive treatment at a private hospital or a hospital abroad that has a contract with the county in which the patient is resident. Certain types of treatment are exempt from this arrangement, such as organ transplantation, sterilization and psychiatric treatment.

Most practising specialist physicians work according to an agreement with the health insurance scheme and most of their patients are referred from general medical practitioners. There are, however, certain exceptions to this rule, such as practising eye and ear specialists.

Ordinary nursing homes are run by the municipalities, but there are many private (independent) nursing homes, which receive residents according to a contract with the municipality where they are located. Certain specialized nursing homes are run by the counties, for example psychiatric nursing homes.

Pharmacies are organized as private companies, but are also subject to government regulation. The state regulates the number and the geographical location of pharmacies, their tasks, and the profit margin on pharmaceutical products.

FAROE ISLANDS: The Faroe Islands' home rule determines the rules concerning the tasks of the health service, benefits and administration. The hospital structure and its organization, specialist fields and their organization, and the primary health service and its organization largely follow the Danish system. The same applies to nursing homes, home nurses and home helps, and dental treatment.

måneder, kan patienten, efter den såkaldte udvidede fritvalgsordning, vælge at blive behandlet ved et af de private eller udenlandske sygehuse der har indgået aftale med bopælsamtet. Visse behandlinger er undtaget fra den udvidede fritvalgsordning, som eksempelvis organtransplantation, sterilisation og psykiatrisk behandling.

Praktiserende speciallæger arbejder for flertallets vedkommende efter aftale med sygesikringen og modtager de fleste af deres patienter efter henvisning fra alment praktiserende læger. Der er dog visse undtagelser fra denne regel. Det gælder fx øjen- og ørespecialerne i praksissektoren.

De almindelige plejehjem drives af kommunerne, men der eksisterer et betydeligt antal private (selvejende) plejehjem, der modtager beboere i henhold til aftaler indgået med beliggenhedskommunerne. Visse specialplejehjem drives af amterne. Det gælder fx psykiatriske plejehjem.

Apotekerne er organiseret som liberalt erhverv, men er undergivet en indgående statslig regulering. Staten regulerer antallet og placeringen af apoteker, deres opgaver samt avancen på lægemidler i apotekerleddet.

FÆRØERNE: Færøernes hjemmestyre fastsætter regler om sundhedsvæsenets opgaver, ydelser og administration. Hospitalsstrukturen og organisationen, speciallægeordninger og deres organisation samt det primære sundhedsvæsen og dets organisation følger i alt væsentligt danske forhold. Det samme gør sig gældende for plejehjem, hjemmesygepleje og hjemmehjælp samt tandbehandling.

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

The Danish Act relating to central administration of health care also applies to the Faroe Islands. The Danish Act concerning medical officers etc. from 1973 still applies to the Faroe Islands.

The hospital services are run by the home government of the Faroe Islands, which is responsible for all expenses related to running costs and property.

All practising physicians are public employees, but they are mainly remunerated by the public health benefit scheme. Physician services are administered both by the municipal authorities and the state authorities.

Midwifery services are organized under the hospital services.

Physiotherapy services are provided by the hospital services and by privately practising physiotherapists. Pharmacies are run by public authorities.

GREENLAND: The most important legislation includes three acts: a) the Act concerning management and organization of health services, b) the Patient's Rights Act and c) the Health Services Act.

Health services are supervised by an independent chief medical officer, who gives advice and guidance, carries out supervision, collects medical statistics and deals with complaints.

Health services are organized in 16 health districts, each with a health centre, where primary health services and preventive measures are provided. Other types of examination, for example blood tests and radiographs, can be carried out. Acute operations can be performed and

Den danske lov om sundhedsvæsenets centrale styrelse er også gældende for Færøerne. Den danske lov om embedslægeinstitutioner fra 1973 gælder fortsat på Færøerne.

Sygehusvæsenet bliver drevet af Færøernes Landsstyrelse, som afholder alle udgifter til drift og anlæg.

De praktiserende læger er alle offentligt ansat, men bliver hovedsageligt aflønnet pr. ydelse fra de offentlige sygekasser. De praktiserende læger bliver administreret af både de kommunale myndigheder og af landsmyndighederne.

Jordemoderordningerne er organiseret under sygehusvæsenet.

Fysioterapi foregår både i det offentlige sygehusvæsen og hos privatpraktiserende fysioterapeuter. Apotekervæsenet er drevet af det offentlige.

GRØNLAND: Den vigtigste lovgivning er tre landstingsforordninger a) om sundhedsvæsenets styrelse og organisation, b) om patienters retsstilling og c) om sundhedsvæsenets ydelser.

Sundhedsvæsenet er under tilsyn af en uafhængig embedslægeinstitution som yder rådgivning, vejledning og kontrol samt forestår indsamling af medicinalstatistiske indberetninger og behandler klagesager.

Sundhedsvæsenet er organiseret i 16 sundhedsdistrikter, hver med et sundhedscenter, som forestår den primære og forebyggende sundhedsindsats. Der findes mulighed for supplerende undersøgelser, eksempelvis blod- og røntgenundersøgelser, der kan foretages akutte ope-

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

inpatient services can be provided. If necessary, or in complicated cases, patients can be sent to Dr. Ingrid's Hospital in Nuuk or to a hospital in Denmark, or from the east coast of Greenland to Iceland.

It is becoming increasingly difficult to recruit and keep authorized health care personnel. Too few health care personnel are educated in Greenland. There are therefore plans to reorganize health services, with fewer local hospitals, regionalization of hospitals, increased utilization of nurses in providing treatment, use of telemedicine etc.

In providing health services to villages and trading stations, there are serious problems with transport and there are too few health care personnel. As a result, the quality of the health services is too low.

The large municipalities have established health visitor and home nursing services, and district psychiatric services. The municipal social administration provides services for elderly people and disabled people, such as nursing homes, home helps and aids for disabled people.

In each health district, dentists and dental surgery assistants provide dental care. All school children receive preventive dental care.

There are no pharmacies in Greenland. Pharmaceutical products are free and are dispensed by the health services. There is a small selection of over-the-counter medicines.

There are no occupational health services in Greenland.

rationer og ydes døgnpleje til indlagte patienter. Ved behov og komplicerede forløb visiteres til Dr. Ingrid's Hospital i Nuuk eller til sygehus i Danmark, fra østkysten evt. til Island.

Der er tiltagende vanskeligheder med at rekruttere og fastholde autoriseret sundhedspersonale. Der uddannes for lidt autoriseret sundhedspersonale i Grønland. Derfor arbejdes med planer om omorganisering af sundhedsvæsenet med færre lokale sygehuse, regionalisering af sygehusene, mere inddragelse af sygeplejersker i behandling, anvendelse af telemedicin etc.

Ved betjening af bygder og udsteder er der store problemer med transport, personalsituationen er ringe, hvorfor kvaliteten af sundhedsydelser er for lav.

De større kommuner har udbygget sundheds- og hjemmesygepleje samt distriktspsykiatriske tilbud. Kommunernes socialforvaltninger forestår tilbud til ældre og funktionshæmmede, eksempelvis tilbud om plejehjem, hjemmehjælp og hjælpemidler.

I hvert sundhedsdistrikt ydes tandpleje ved tandlæger og tandklinikassistenter. Alle skolebørn ydes forebyggende tandpleje.

Der er ikke apotekervæsen i Grønland. Medicin er gratis og udleveres fra det behandlende sundhedsvæsen. Der findes et lille udbud af håndkøbsmedicin.

Der er ikke indført BST – bedriftssundhedstjeneste i Grønland.

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

FINLAND: Municipalities have responsibility for health services. The responsibility of municipalities is laid down in the Public Health Act (1972), in the Specialist Treatment of Diseases Act (1989), and in the Treatment of the Mentally Ill Act (1990).

In the Public Health Act and its statutes, the tasks of the municipal public health services are listed. Here it is stated that municipalities are responsible for:

- Guidance and preventive health care, including children's health, health education, advice concerning contraceptive measures, and health surveys and screening.
- Medical treatment, including examination and care, medical rehabilitation and first aid. General medical treatment is provided in health centres, in inpatient departments or as home nursing care.

In addition, the municipalities must provide services for people who are mentally ill that can reasonably be offered in health centres.

Dental care includes information and prevention, and dental examination and treatment. Dental examination and treatment paid by the health insurance has been provided for the whole population. Dental care is also provided in health centres for adults, particularly in rural municipalities. Most dental treatment for adults is provided by dentists in private practice. Young people under the age of 18 are entitled to dental care free of charge.

Municipalities are also required to provide ambulance services and to ensure

FINLAND: Det er kommunerne, der har ansvaret for sundhedsvæsenet. Kommunernes ansvar for sundhedsvæsenet er fastsat i *Folkhälsolagen* (1972), i *Lag om specialiserad sjukvård* (1989) og i *Mentalvårdslagen* (1990).

I *Folkhälsolagen* og dennes forordninger opregnes de arbejdsopgaver, der hører under det kommunale folkesundhedsarbejde. Heri fastsættes det, at kommunerne har ansvaret for:

- Rådgivning og sundhedsforebyggelse, som omfatter børns sundhed, oplysningsarbejde, rådgivning angående svangerskabsforebyggelse, sundhedsundersøgelser og screening.
- Sygdomsbehandling som omfatter lægeundersøgelser og pleje samt medicinsk rehabilitering og førstehjælp. Den almindelige sygdomsbehandling gives ved sundhedscentre, på sengeafdelinger eller som hjemmesygepleje.

Kommunerne skal desuden sørge for, at mentalt syge får ydelser, som med rimelighed kan tilbydes i sundhedscentre.

Tandbehandlingen omfatter oplysning og forebyggelse samt undersøgelse og behandling af tænder. Undersøgelse og behandling af tænder betalt af sygeforsikringen gives til hele befolkningen. Ved sundhedscentre, især i landkommunerne, gives der desuden tandbehandling til voksne. Det meste af voksenbehandlingen udføres af privatpraktiserende tandlæger. Unge under 18 år har ret til tandbehandling uden brugerbetaling.

Kommunerne skal desuden tilvejebringe sygetransport og sørge for etableringen af

that occupational health services are established. Employers can either organize their occupational health service themselves or they can have an agreement with a health centre or with others who provide occupational health services.

In many municipalities, social welfare and health services have been integrated in recent years.

Physicians working in health centres are usually specialists in general medical care. In the public health service system, patients need a referral for specialist treatment, except in the case of emergency. In private clinics, the physicians are mostly specialists. Patients need no referral to visit these private specialists. Physicians working in private clinics can refer their patients either to public or private hospitals.

Specialized central and regional hospitals are run by groups of municipalities. Within mental health care, more and more emphasis is placed on outpatient treatment, and the use of institutions is decreasing.

Municipalities are responsible for providing health and social services for elderly people. These services include measures to make it possible for elderly people to continue to live in their own homes, for example home help services and home nursing services, day care services and sheltered housing (mainly social services). In the health care sector, support for people to live in their own homes is provided through home health services, short-term and periodic stays and treatment in nursing homes, and day care in hospitals. Health services for elderly

bedriftssundhedstjenester. Arbejdsgiverne kan selv organisere bedriftssundhedstjenesten, eller de kan indgå aftale med et sundhedscenter eller andre der arbejder med bedriftssundhedstjenesten.

I mange kommuner er den sociale service i de senere år blevet integreret med sundhedsydelserne.

Læger, der arbejder ved sundhedscentre, er normalt alment praktiserende specialister. I det offentlige sundhedssystem skal patienterne have en henvisning til en specialist, dog ikke i akutte tilfælde. De fleste af de læger som arbejder i private klinikker er specialister. Patienterne behøver ingen henvisning for at opsøge disse specialister. Læger der arbejder i privatklinikker kan henvise patienter til enten private eller offentlige hospitaler.

De specialiserede centrale og regionale hospitaler styres af en sammenslutning af kommuner. Inden for den psykiatriske behandling bliver der lagt større og større vægt på ambulans behandling og brugen af institutioner er således faldende.

Kommunerne har ansvaret for social- og sundhedsydelserne til de ældre. Dette indbefatter ydelser der gør det muligt for de ældre at blive boende i eget hjem ved for eksempel hjemmehjælp og hjemmepleje, dagpleje og beskyttede boliger (hovedsagelig social service). For sundhedssektoren bliver personer støttet i at blive boende hjemme, med hjemmepleje, korttidsophold eller periodevis ophold/behandling på et sygehjem eller dagophold på et hospital. Servicen til de ældre inkluderer også den almindelig lægebehandling forebyggelse og revalide-

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

erly people also include primary medical care, prevention and rehabilitation. Long-term treatment and residential care for elderly people is provided in old people's homes and nursing homes.

Pharmacies are private, but under state supervision. Prescription drugs and over-the-counter drugs can only be sold by pharmacies.

ÅLAND: According to the home rule for Åland, Åland has its own legislation for the health sector except for administrative interventions regarding personal freedom, contagious diseases, castration and sterilisation, induced abortion, assisted reproduction, forensic medicine, and general rules for companies offering health services.

The tasks, structure and organization of the public health sector are regulated according to the Act for the Health Sector (1993). This Act is a general act that can be supplemented by public decree. Detailed rules concerning the sector are described annually in a sector plan. Issues that do not fall under the Åland legislation, or that are not regulated by separate legislation, follow Finnish legislation.

The whole public health service comes under an overall organization called Åland's Health Care Organization (ÅHS). The organization is governed by a politically elected board.

The Åland Government has overall responsibility for ensuring that the population receives necessary medical care. The role of the municipalities is limited to financing certain defined types of treat-

ring. Langtidsbehandling/ophold for ældre findes ved alderdomshjem og plejecentre.

Apoteker er privatejede, men under statslig tilsyn. Det er kun apotekerne der kan forhandle såvel receptpligtig medicin som håndkøbsmedicin.

ÅLAND: På grund af sit selvstyre har Åland sin egen lovgivning for sundhedsvæsenet, dog med undtagelse af bl.a. administrative indgreb i den personlige frihed, smitsomme sygdomme, kastrering og sterilisation, svangerskabsafbrydelse, kunstig befrugtning, retsmedicinske undersøgelser, samt regelsættene for virksomheder der udbyder sundhedsydelser.

Det offentlige sundhedsvæsenes forpligtigelser, struktur og organisation reguleres i landskabsloven om sundhedsvæsenet (Lagen om hälso- och sjukvården 1993). Loven er en rammelov, som efter behov kan suppleres med bekendtgørelser. Detaljerede bestemmelser om virksomheden beskrives hvert år i en virksomhedsplan. Forhold som ikke hører under ålandsk lovgivning, eller som ikke har egen lovgivning, tilpasses finsk lovgivning.

Hele det offentlige sundhedsvæsen, er underordnet en samlet organisation, Ålands hälso- och sjukvård (ÅHS). Organisationen ledes af en politisk valgt styrelse.

Landskapsregeringen er hovedansvarlig og har ansvaret for at befolkningen får den nødvendige sygdomsbehandling. Kommunernes ansvar og indflydelse er begrænset til visse nærmere afgrænsede

ment. Specialist treatment, including psychiatric treatment, is one of two sectors in the ÅHS.

Services that cannot be provided locally are bought from Finland and Sweden, either from private practitioners, private institutions or university hospitals.

The Åland hospitals are specialized institutions that provide both outpatient and inpatient treatment.

Specialized treatment outside the hospitals is provided in the form of consultative support for primary health care treatment and for private general medical practitioners.

Primary health care is the other sector under the ÅHS. The structure corresponds functionally as well as ideologically to the Finnish public health care system. Advice concerning contraception and counselling for mothers and infants, and school health services, function as in Finland. Immunization programmes are voluntary and the recommendations are as in Finland. Physiotherapy under the ÅHS is a shared function both for the primary health service and the hospitals. In addition a number of private physiotherapists are used by the public sector. Occupational health services are organized in the same way as in Finland.

Dental treatment is part of the primary health service. The youngest age groups have the highest priority together with certain high-risk groups and preventive measures. If possible, other patient groups are also treated. The private sector is well established with a high capacity, and it provides an important supplement.

finansieringsforpligtigelser. Den specialiserede sygdomsbehandling, inkl. behandlingen af psykiatriske patienter, udgør den ene af to enheder i ÅHS.

Service som ikke kan produceres af egne enheder købes af producenter i Finland og Sverige, enten hos privatpraktiserende, private institutioner eller universitetssygehuse.

De ålandske sygehuse er specialiserede institutioner, der udfører såvel ambulans behandling og behandling af indlagte patienter.

Speciallægevirksomheden uden for sygehuse eksisterer i form af konsultativ bistand til den offentlige primære behandling og til de privatpraktiserende læger.

Det primære sundhedsvæsen er den anden resultatenhed inden for ÅHS. Strukturen svarer ideologisk og driftsmæssigt til det finske folkesundhedsarbejde. Rådgivning vedrørende prævention, rådgivning til mødre og småbørn samt skole-sundhedspleje, fungerer som i Finland. Vaccinationsprogrammer er frivillige, og anbefalingerne svarer til de finske. Fysioterapien inden for ÅHS er en fællesfunktion for både primærsektoren og sygehuse. Som et supplement er der et antal private fysioterapeuter som også anvendes af det offentlige. Bedriftssundhedstjenesten organiseres som i Finland.

Tandbehandlingen er en del af det primære sundhedsvæsen. Behandling af de yngre aldersgrupper og visse risikopatientgrupper samt forebyggende foranstaltninger har højeste prioritet. Såfremt det er muligt behandler man også andre patienter. Den private sektor er kapacitetsmæssigt veludbygget og udgør et vigtigt supplement.

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

Regulations for pharmacies are the same as in Finland.

ICELAND: The government is responsible for health services according to the Health Service Act of 1990. Other major acts are:

- Patients' Rights Act
- Social Security Act
- Patient Insurance Act
- Communicable Diseases Act
- Physicians Act

The state thus employs most health care personnel and is responsible for the overall administration of health institutions.

Health centres are responsible for primary health services, including preventive services and general medical treatment. Preventive services include child health care, maternity care, school health care, immunization, family planning etc. Home nursing care is also the responsibility of the health centres.

In Reykjavík there are a few private general practitioners who work in private practice and provide medical treatment under a contract with the State Social Security Institute (SSI).

Specialist treatment is provided in the more densely populated areas, largely by private medical specialists, who work under a contract with the SSI. Specialists also make visits to health centres in the less densely populated areas. Outpatient specialist services are also provided by the hospitals. No referral is required for specialist treatment.

Reglerne for apotekervæsenet er det samme som i Finland.

ISLAND: Regeringen har ansvaret for sundhedsvæsenet i henhold til sundhedsloven fra 1990. De andre vigtigste love er følgende:

- Lov om patientrettigheder
- Lov om social tryghed
- Lov om patientforsikringer
- Lov om smitsomme sygdomme
- Lægeloven

Størsteparten af sundhedspersonalet er ansat af staten der har det administrative ansvar for institutioner indenfor sundhedsvæsenet.

Sundhedscentrene har ansvaret for det primære sundhedsvæsen som både omfatter forebyggelse og almen sygdomsbehandling. Det forebyggende arbejde omfatter småbørn, mødre, skolesundhedsordninger, vaccinationer, familieplanlægning m.v. Hjemmesygeplejen hører også til sundhedscentrenes ansvarsområde.

I Reykjavík findes der nogle få private alment praktiserende læger der tilbyder behandling, og som arbejder efter kontrakt med Rigsforsikringen.

Speciallægebehandling findes i de mest tætbefolkede områder og udbydes i stort omfang af privatpraktiserende speciallæger der arbejder efter overenskomst med Rigsforsikringen. I mindre tætbefolkede områder besøger specialisterne også sundhedscentrene. Der tilbydes også speciallægebehandling fra ambulatorierne ved hospitalerne. Det er ikke påkrævet med en henvisning til speciallægebehandlingen.

There are three types of hospitals: 1) highly specialized hospitals, one in Reykjavík and one in Akureyri, 2) regional hospitals with a certain degree of specialization, and 3) local hospitals. Many local hospitals also function as old people's homes and nursing homes. Other health institutions include rehabilitation hospitals and clinics for substance abusers.

Physiotherapy is partly provided in health centres, but mostly by privately practising physiotherapists in the urban areas.

Physiotherapists in private practice work under a contract with the SSI.

The health centres provide home nursing services, whereas home help services are part of the municipal social service system.

Many nursing homes and old people's homes are run as independent institutions. They are run by municipalities, voluntary organizations etc. They are partly financed by user charges, but the major part of financing is provided by the government, either through the national pension scheme, as is the case for old people's homes, or through the health insurance scheme, as is the case for nursing homes.

Most dental practices in Iceland are small and privately owned. Dental treatment is mainly provided by private dental practitioners.

Occupational health services are by law the responsibility of the employer. For large workplaces these services are provided by individual doctors, occupational health consultant firms or health centres.

Pharmacies are privately run.

Der er tre typer sygehuse: 1) højt specialiserede sygehuse, hvoraf et findes i Reykjavík og et i Akureyri, 2) regionale sygehuse med en vis specialisering og 3) et antal lokale sygehuse. De lokale sygehuse fungerer for det meste også som alderdoms- og sygehjem. Af andre institutioner kan nævnes revalideringssygehuse og alkohollinikker.

En vis del af fysioterapien foregår gennem sundhedscentrene, men det meste af behandlingen varetages af privatpraktiserende fysioterapeuter i byområderne.

Privatpraktiserende fysioterapeuter arbejder på kontrakt med Rigsforsikringen.

Hjemmesygeplejen drives fra sundhedscentrene mens hjemmehjælpen gives gennem det kommunale sociale servicesystem.

De fleste pleje- og alderdomshjem fungerer som selvejende institutioner. De drives af kommuner, frivillige organisationer o.l. De finansieres delvis ved brugerbetaling; men den største del af finansieringen kommer dog fra staten, for alderdomshjemmenes vedkommende gennem pensionsforsikringen, for plejehjemmenes vedkommende gennem sygeforsikringen.

Tandlægeklinikker i Island er små og næsten alle tandlæger er privatpraktiserende. Tandbehandlingen udføres for det meste af privatpraktiserende tandlæger.

Bedriftssundhedstjenesten er ifølge loven arbejdsgiverens ansvar. De større arbejdspladser får denne ydelse enten fra praktiserende læger, konsulent firmaer eller sundhedscentrene.

Apoteker drives af private.

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

NORWAY: The system of health care provision in Norway is based on a decentralized model. The state is responsible for policy design and overall capacity and quality of health care through budgeting and legislation. The state is also responsible for hospital services through state ownership of regional health authorities. Within the regional health authorities, somatic and psychiatric hospitals, and some hospital pharmacies, are organized as health trusts.

Within the limits of legislation and available economic resources, regional health authorities and the municipalities are formally free to plan and run public health services and social services as they like. However, in practice, their freedom to act independently is limited by available resources.

The municipalities have responsibility for primary health care, including both preventive and curative treatment such as:

- Promotion of health and prevention of illness and injuries, including organizing and running school health services, health centres, child health care provided by health visitors, midwives and physicians. Health centres offer pregnancy check-ups and provide vaccinations according to the recommended immunization programmes.
- Diagnosis, treatment and rehabilitation. This includes responsibility for general medical treatment (including emergency services) physiotherapy and nursing (including health visitors and midwives).

NORGE: Udbudet af sundhedsydelser er i Norge baseret på en decentral model. Staten er ansvarlig for politiklægningen og via lovgivningen og budgetlægningen sikrer at de nødvendige ressourcer er tilstede. Staten er også ansvarlig for hospitalssektoren ved at staten ejer de regionale udbydere af hospitalsydelser (regionale helseforetak). I de regionale enheder er såvel somatiske som psykiatriske hospitaler samt enkelte hospitalsapotekere organiseret som sundhedsvirksomheder (helseforetak).

Indenfor de begrænsninger lovgivningen og de økonomiske ressourcer sætter, er de regionale udbydere og kommunerne formelt set frit stillet til at tilrettelægge udbudet af sundhedsydelser og den sociale service som de selv vil. Dog, i praksis så sætter de økonomiske ressourcer grænser for deres frihedsgrader.

Det er kommunerne som har ansvaret for det primære sundhedsvæsen, som omfatter både forebyggende og kurativ behandling med henblik på:

- Sundhedsfremme og forebyggelse af sygdomme og skader, herunder at organisere og drive skolesundhedsvæsenet og sundhedscentre samt børnesundhedspleje udført af sundhedsplejersker, jordemødre og læger. Sundhedscentre skal tilbyde svangerskabsopfølgning og -kontrol samt vaccinationer efter de anbefalede vaccinationsprogrammer.
- Diagnosticering, behandling og rehabilitering. Dette omfatter ansvaret for den almindelige lægebehandling (inkl. lægevagtordninger), fysioterapi og sygepleje (inkl. sundhedsplejersker og jordemødre).

- Nursing care in and outside institutions. Municipalities are responsible for running nursing homes, home nursing services and other services such as the home help service. The health services in and outside institutions are, to a varying degree, organized jointly within the same municipal department for treatment and care.
- Pleje og omsorg i og uden for institutionerne. Kommunerne har ansvaret for driften af sygehjemmene, hjemmesygepleje og andre ordninger (fx hjemmehjælp). Sundhedsydelseerne i og uden for institutionerne er i varierende grad forankret i en fælles organisatorisk enhed i form af en fælles pleje- og omsorgsafdeling i kommunen.

In Norway there is currently a National Mental Health Programme. The programme was originally for the period 1999 to 2006, and it has been prolonged until 2008. This programme aims at improving accessibility, quality and organization of mental health services and treatment on all levels. A central idea of the Mental Health Programme is to promote deinstitutionalization, with considerable emphasis on community-based psychiatry, where treatment is given closer to the patient's local community and primary health services. These community clinics represent an all-round psychiatric practice and consist of a network of services, such as multidisciplinary treatment and teamwork, in addition to programmes for accommodation, occupation and social support.

The county authorities are responsible for providing public dental services for the following groups: 1. children and adolescents (under 21 years of age) 2. mentally handicapped adults, and 3. elderly people, disabled people, and people with chronic illnesses who live in institutions or who receive home nursing care. Dental services for the rest of the population are mainly provided by private general dental practitioners, and paid for by the patients.

There are several different ways in which occupational health services are organ-

Der findes i øjeblikket et nationalt program for psykiatrien. Programmet var oprindeligt for perioden 1999 til 2006, men er forlænget indtil 2008. Det er programmets målsætning at der gives den nødvendige adgang for psykiatrisk behandling, kvalitets sikring og udbud af behandling på alle niveauer. Det er centralt for programmet at man fremmer en deinstitutionisering af behandlingen med betydelig vægt på distriktskykiatrien, hvor behandlingen gives i tæt kontakt til patients lokale samfund og i tilknytning til den almene lægebehandling. Disse lokalklinikker repræsenterer en bredt funderet psykiatrisk praksis og består af et netværk af udbud så som multidisciplinær behandling og teamwork sammen med programmer for bolig, beskæftigelse og social støtte.

Amterne (fylkene) har ansvaret for tandbehandling til følgende grupper; 1) børn og unge under 21 år 2) psykisk syge voksne og 3) ældre, funktionshæmmede og personer med kroniske sygdomme der lever på institutioner eller modtager hjemmesygepleje. Tandbehandling for resten af befolkningen gives hovedsageligt af privatpraktiserende tandlæger og patienterne betaler selv for behandlingen.

Bedriftssundhedstjenesten kan tilrettelægges på mange forskellige måder. Nog-

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

ized. Some large companies have their own private service, organized independently. Another type of arrangement is that several companies have a joint arrangement with an occupational health services company, which sells occupational health services to the group.

Pharmacies are mainly privately owned, but are subject to strict public control.

Health services and health care personnel are regulated by current legislation. The most important acts of relevance to the health sector are the following:

- Health Personnel Act
- Patients' Rights Act
- Patient Injury Act
- Specialized Health Services Act
- Municipal Health Services Act
- Health Authorities and Health Trusts Act
- Communicable Diseases Act
- Health Services Supervision Act
- Mental Health Care Act
- Dental Health Services Act
- Tobacco Act
- Pharmacy Act
- Medicinal Products Act
- Abortion Act

SWEDEN: The most important act is the Health and Medical Services Act. Other important acts include the Act concerning Active Health Personnel and the Act Concerning Injuries to Patients.

Primary health care is run by 18 county authorities and three regions.

Primary health services include health centres with general medical practitioners, mother and child centres, district

le af de store virksomheder organiserer deres egen bedriftssundhedstjeneste uafhængig af andre. Andre typer er, at flere virksomheder går sammen om ordningen og indgår aftale med en virksomhed der udbyder bedriftssundhedstjeneste.

Apotekerne er hovedsageligt privat drevne, men er underlagt en omfattende statslig kontrol.

Sundhedsvæsenet og sundhedspersonale reguleres af den eksisterende lovgivning. De vigtigste regelsæt med betydning for sundhedsvæsenet er:

- Helsepersonelloven
- Pasientrettighedsloven
- Pasientskadeloven
- Specialisthelsetjenesteloven
- Kommunehelsetjenesteloven
- Helseforetaksloven
- Smittevernloven
- Helsetilsynsloven
- Psykisk helsevernloven
- Tannhelsetjenesteloven
- Tobakkskadeloven
- Apotekloven
- Legemiddeloven
- Abortloven

SVERIGE: Den vigtigste lov er Hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Andre vigtige love er blandt andet Loven om erhvervs- virksomhed inden for sundhedsområdet samt Patientskadeloven.

Det primære sundhedsvæsen drives af de 18 landsting og tre regioner.

Det primære sundhedsvæsen omfatter sundhedscentre med almenmedicinske læger, børne- og mødrecentre, distriktssyge-

nursing health care, district physiotherapy, home visiting and community dental services. The purpose of the primary health service is to promote public health within a geographically defined area.

School health services, home help, preventive measures and environmental health all come under the municipalities, which also have responsibility for the local nursing homes and part of the home nursing services.

The county and regional authorities still have responsibility for both outpatient and inpatient psychiatric treatment. However, within psychiatry there is also a trend towards increased collaboration with other agencies. Thus the municipalities, since 1995, have assumed greater responsibility for housing for psychiatric patients, and for general care and support.

Occupational health services are regarded as part of supervision of the work environment. The majority of physicians employed in occupational health services are linked to individual companies.

The National Board of Health and Welfare issues recommendations for immunization of children.

Privately produced, but publicly financed health care is provided on a limited scale. There are a few private hospitals. About 30 per cent of all medical consultations are with private medical practitioners. In addition, there are some physiotherapists who work in private practice. Half of the dentists are private practitioners. The Act concerning the fees, etc. of medical practitioners and

pleje, distriktsfysioterapi, sygdomsbehandling i hjemmet og offentlig tandpleje. Det primære sundhedsvæsen har til opgave at arbejde for hele befolkningens sundhed inden for et afgrænset geografisk område.

Skolesundhedsvæsenet og hjemmehjælpen hører, ligesom det lokale miljø- og sygdomsforebyggende arbejde, under kommunerne, der også har ansvaret for de lokale sygehjem og en del af hjemme-sygeplejen.

Landstingene og regionerne har ligesom tidligere ansvaret for den psykiatriske behandling såvel inden for som uden for sygehusene. Også inden for psykiatrien pågår der en udvikling hen imod et større samarbejde med andre aktører. Dette har blandt andet medført at kommunerne fra og med 1995 fik et udstrakt ansvar for boligforhold samt støtte og omsorg til psykiatriske patienter.

Bedriftssundhedstjenesten betragtes som en del af arbejdstilsynet. Størstedelen af lægerne i bedriftssundhedstjenesten er tilknyttet de enkelte arbejdspladser.

Socialstyrelsen udarbejder den almindelige vejledning for vaccination af børn.

Privatproduceret men offentligt finansieret sygdomsbehandling udøves kun i begrænset omfang. Der findes et fåtal private sygehuse. Her ved 30 procent af alle lægebesøg foregår hos privatpraktiserende læger. Der findes endvidere privatpraktiserende fysioterapeuter. Inden for tandplejen er halvdelen af tandlægerne privatpraktiserende. Loven om vederlag m.v. til privatpraktiserende læger og fy-

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

physiotherapists in private practice lays down the conditions governing the rights of physicians and physiotherapists to practice with financial support from the county authorities.

The hospitals are run by the county and regional authorities.

The county hospitals comprise both more specialized hospitals covering the whole county and hospitals covering only part of the county. Medical treatment is provided in most areas of specialization, partly in hospital departments, partly in outpatient clinics. Psychiatric treatment, which is often divided into sectors, comes under the provincial hospital services. More complicated and specialized treatment is provided by the regional hospital service. The county and regional authorities cooperate in six treatment regions, each with at least one regional hospital.

Pharmacies are run by the state.

The Pharmaceutical Benefits Board was established on 1 October 2002. The board has responsibility for deciding whether a medicine or a specific medical product shall be subsidized, and for determining the price of the product.

Supervision of health services

DENMARK: Supervision of health service is based partly on legislation governing the central administration of the health service and partly on special legislation, first and foremost concerning the different groups of health care personnel (the Physicians' Act,

sioterapeuter fastsætter lægers og fysioterapeuters muligheder for at praktisere med finansiering fra landstingene.

Sygehusene drives af landstingene og regionerne.

Lenssygehusene omfatter såvel mere specialiserede sygehuse, der dækker hele lenet, som sygehuse, der dækker dele af lenet. Sygdomsbehandlingen foregår inden for de fleste specialer dels ved sygeafdelinger (sluten vård), dels i ambulatorier (öppen vård). Psykiatrisk behandling, som ofte er sektoropdelt, henregnes under lenssygehusvæsenet. Mere krævende og specialiseret sygdomsbehandling foregår på de regionale sygehuse. Landstingene og regionerne samarbejder i seks behandlingsregioner, hver med mindst ét regionssygehus.

Apotekerne er statslige.

Läkemedelsförmånsnämnden (Nævnet for lægemidler) er et nævn der har eksisteret siden 1. oktober 2002. Nævnet skal afgøre om der skal ydes refusion til et lægemiddel eller en bestemt vare, samt fastsætte prisen for denne.

Tilsyn med sundhedsvæsenet

DANMARK: Tilsynet med sundhedsvæsenet er dels baseret på loven om sundhedsvæsenets centralstyrelse, dels på særlovgivning, først og fremmest om de forskellige grupper af medicinsk personale (lægeloven, sygeplejeloven, m.fl.). Til-

the Nursing Act, etc.). Supervision is partly carried out by the National Board of Health and partly by medical officers.

The medical officers are employed by institutions for medical officers of which there is one in every county and one in the City of Copenhagen. These institutions are state-run and thus independent, politically and administratively, of the county and municipal authorities, which have responsibility for the health service supplied to the general public. In this way, the medical officers function as independent advisers and supervisors at all levels and are authorized to take necessary measures either by consultation or by handing over further treatment of a case to the central authorities. The institutions are attached to the National Board of Health, both professionally and financially.

Supervision of health care personnel and their professional activity is carried out by the National Board of Health in close collaboration with the local medical officers. Decisions concerning individuals may in such cases be appealed to the responsible minister and, if necessary, the courts.

The Patients' Complaints Board deals with complaints concerning authorized health care personnel. Following preliminary treatment of the cases (hearings of the parties, professional assessment, etc.) by the medical officer, a final decision is reached by the Patients' Complaints Board.

In connection with the statutory planning of the preparation of guidelines and debates about adhering to them, supervision of health services is primarily carried out through collaboration between the decentralized authorities. Daily activity is

synet udføres dels af Sundhedsstyrelsen, dels af embedslægerne.

Embedslægerne er ansat ved embedslægeinstitutionerne, som der er én af i hvert amt, samt én i Københavns Kommune. Disse institutioner er statslige og således politisk og administrativt uafhængige af amter og kommuner, der har ansvaret for sundhedsvæsenets betjening af befolkningen. Embedslægerne kan således fungere som uafhængige rådgivere og er tilsynsførende på alle niveauer. Institutionerne er bemyndiget til at foretage det fornødne, enten i form af påtale eller ved videregivelse af sagens behandling til de centrale tilsynsmyndigheder. Såvel fagligt som budgetmæssigt er embedslægeinstitutionerne knyttet til Sundhedsstyrelsen.

Tilsynet med det medicinske personale og deres professionelle virksomhed udføres af Sundhedsstyrelsen i tæt samarbejde med de lokale embedslæger. Afgørelser vedrørende enkeltpersoner kan i sådanne sager indankes for den ansvarlige minister og eventuelt domstolene.

Klager over autoriseret sundhedspersonale indgives til Patientklagenævnet. Efter forbehandling af sagerne (partshøringer, faglig vurdering m.v.) hos embedslægen træffes den endelige afgørelse af Patientklagenævnet.

Tilsynet med sundhedsvæsenets virksomhed udføres primært som et samarbejde mellem de decentrale myndigheder i forbindelse med det lovbestemte planlægningsarbejde om udformning af vejledende retningslinier og i en dialog om

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

furthermore monitored through submission, by counties and municipalities, of specified budgets and accounts, and statistical data to various centralized registers. Supervision concerning specific issues is only brought up in exceptional cases.

FAROE ISLANDS: The rules for supervision of health services are, by and large, the same as in Denmark, both concerning who has responsibility for supervision (the chief medical officer) and regarding in which areas supervision shall be carried out and procedures for complaints.

GREENLAND: The Office of the Chief Medical Officer, an independent institution under the Greenland Home Rule Government, is responsible for supervision of health services. The chief medical officer advises and assists the Greenland Home Rule Government and other authorities in questions of health. Areas of supervision include health care institutions, health care personnel, municipal institutions and other institutions. Complaints about health issues are addressed in writing to the Office of the Chief Medical Officer, which prepares the case and evaluates the complaint before forwarding it to the Danish Patients' Complaints Board of the Board of Health in Copenhagen. This board completes the preparation of the case, arranges a hearing and makes a decision. Complaints about health services and questions concerning compensation are dealt with by the Directorate of Health.

FINLAND: Supervision of health services in Finland is organized in a less formal way than in the other Nordic countries. There is no body that is authorized to carry out supervision of health services. Supervisory

disses efterfølgelse. Desuden følges den løbende aktivitet gennem amternes og kommunernes indberetning af specificerede budgetter og regnskaber og statistiske data til forskellige centrale registre. Der er kun undtagelsesvis anledning til at rejse tilsynssager om konkrete spørgsmål.

FÆRØERNE: Reglerne for tilsyn med sundhedsvæsenet er i alt væsentligt identiske med forholdene i Danmark, både hvad angår hvem der fører tilsynet (Embedslægen/Landslægen), hvilke områder der føres tilsyn med samt vedrørende klageadgange/muligheder.

GRØNLAND: Tilsynsmyndigheden er Embedslægeinstitutionen i Grønland som er en sundhedsfagligt uafhængig institution under Grønlands Hjemmestyre. Embedslægeinstitutionen yder rådgivning og anden bistand i sundhedsfaglige spørgsmål til Landsstyret og andre myndigheder. Tilsynsområderne er sundhedsvæsenets institutioner, sundhedsfaglige personer samt kommunale og andre institutioner. Sundhedsfaglige klager rettes skriftligt til Embedslægeinstitutionen, som vurderer, forbereder og sagsfremstiller klagen, før den videresendes til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn i København som foretager den endelige behandling, høring og afgørelse. Klager over service samt krav om erstatninger behandles af Direktoratet for Sundhed.

FINLAND: Tilsynet med sundhedsvæsenet er i Finland organiseret mindre formelt end i de andre nordiske lande. Der er ingen som officielt er autoriseret til at føre tilsyn med sundhedsvæsenet.

tasks are spread out among the whole health services system.

The most important channel for nationwide supervision of health and social services is through legislation and related statutes. In addition, the government ratifies nationwide plans for the health and social sector for the following election period (four years). Overall planning, coordination and supervision of the statutory services is the responsibility of the Ministry of Social Affairs and Health. Planning, managing and supervising services at the county level is the responsibility of the county authorities. The chief medical officers and the forensic pathologists act as medical advisers to the regional administration of the Ministry of Social Affairs and Health. In addition there are six government institutions that contribute to supervision of health services.

A nationwide body for the protection of patients rights has been established. The body may assess whether the services provided by a municipality are up to the required standards. If the body finds that the services are inadequate, and that the municipality is responsible for this, then it may recommend how the deficiencies may be dealt with and give a time limit for when improvements shall be made.

Patients have many possibilities to complain about the treatment or services they have received. The simplest way is to express dissatisfaction to the physician who provided the treatment, or to contact the physician in charge of the hospital department or health centre. If further assistance is needed in order to solve the problem, there are two possibilities. The patient can contact either the Office of the Chief Medical Officer or the Na-

Arbejdsopgaverne er spredt ud i hele sundhedssystemet.

De vigtigste kanaler til den landsdækkende styring af social- og sundhedsvæsenet er lovgivning og dertil hørende forordninger. Regeringen godkender desuden de landsdækkende planer for social- og sundhedsområdet for den kommende regeringsperiode (fire år). Den generelle planlægning, styring og tilsynet med de lovpligtige ydelser påhviler Social- og hälsovårdsministeriet. Planlægning, styring og tilsyn inden for lenene påhviler länsstyrelserne. Embedslægerne og retslægerne fungerer som lægelige rådgivere for Social- og hälsovårdsministeriets regionale administration. Hertil kommer seks statslige institutioner som medvirker ved tilsynet med sundhedsvæsenet.

Der er oprettet et landsdækkende grundretighedsnævn (grundskyddsämnd). Nævnet kan vurdere hvorvidt de enkelte kommuners service lever op til kravene. Hvis nævnet finder, at kommuners servicesystem er mangelfuldt, og at kommunerne bærer ansvaret herfor, kan nævnet anbefale kommunen hvordan manglerne skal udbedres og indenfor hvilken tidsramme det skal ske.

Patienterne har mange muligheder for at klage over den behandling eller service som de har modtaget. Den mest simple måde er at give udtryk for sin utilfredshed overfor den læge som har stået for behandlingen eller henvende sig til den læge som leder afdelingen eller sundhedscentret. Hvis det er nødvendigt med ekstern assistance for at løse problemet kan patienten enten henvende sig til embedslægen eller Rättsskyddscentralen för

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

tional Authority for Medicolegal Affairs. Both these bodies can give an expert opinion, or give sanctions if necessary.

ÅLAND: Supervision of health care personnel is carried out according to Finnish law.

Complaints concerning treatment can either be addressed, as in Finland, to the institution providing the treatment or to the national authorities - or to the Åland Government. In Åland, the patient ombudsman is employed by the Åland Government and is thus independent of the respective treatment institutions. The patient ombudsman may take up questions of principal significance with the "Patients Board of Trust" where the questions may be discussed and form the basis for decisions, although the committee cannot decide individual cases.

ICELAND: The Medical Director of Health has overall responsibility for supervision of health institutions, health care personnel, prescription of pharmaceutical products, measures for combating substance abuse and control of all public health services.

The Icelandic Medicines Control Agency (IMCA) supervises pharmacies and pharmaceutical products.

Complaints concerning health services are addressed to the Medical Director of Health, who evaluates the complaints and makes decisions. The institutions involved must also be informed about the complaint. In case of conflict, the case can be dealt with by a special board (consisting of three persons appointed by the Supreme Court). Complaints can also be forwarded directly to this board.

hälsovården. Begge har muligheder for at komme med udtalelser og sanktioner hvis det er påkrævet.

ÅLAND: Tilsynet med sundhedspersonalet sker efter finsk lovgivning.

Klager over behandlingen kan - som i Finland - enten indgives til de respektive behandlingsinstitutioner eller til de nationale myndigheder - eller til Landskapsregeringen. På Åland er patientombudsmanden ansat af Landskapsregeringen og er således uafhængig i forhold til de respektive behandlingsinstitutioner. Patientombudsmanden kan tage principielt vigtige spørgsmål op i "fortroligheds-nævnet" hvor spørgsmålene kan diskuteres og danne grundlag for afgørelser, men nævnet kan ikke afgøre de enkelte sager.

ISLAND: Medicinaldirektøren fører fagligt tilsyn med sundhedsinstitutionerne, sundhedspersonalet, ordination af lægemidler (recepter), misbrugsbekæmpelse og kontrol med alle offentlige sundhedsforanstaltninger.

Lægemiddelstyrelsen fører det farmaceutiske tilsyn med apoteker og lægemidler.

Medicinaldirektøren modtager klager vedrørende sundhedsvæsenet og foretager de nødvendige undersøgelser og træffer afgørelserne. Sundhedsinstitutionernes ledelse skal dog gøres bekendt med klagen. Opstår en konflikt kan sagen tages op i et særligt nævn (nævnet består af tre personer som er udpeget af Højesteret). Klager kan også gå direkte til nævnet.

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

NORWAY: The Norwegian Board of Health (centrally) and the Norwegian Board of Health in each county are responsible for supervision of health services and health care personnel.

These bodies are professional and independent supervision authorities, with competence in the fields of health service and health legislation.

Supervision of health services by the Norwegian Board of Health can be divided into three main areas: 1. general supervision, 2. supervision of health services and 3. supervision of health care personnel.

General supervision involves monitoring health services provision and observing trends in the health status of the population. Such information is used to evaluate the supply of health services, both in relation to the needs of the population and in relation to national aims and priorities.

Supervision of health services is carried out in three ways:

1. Organizational audits: systematic appraisal of health care, to ascertain whether activities and results are in accordance with current laws and regulations, and whether internal control systems function in practice. Every institution providing health services has a duty to establish an internal control system to ensure that the institution is run in accordance with laws and regulations.
2. Surveys: collection of data and information from health care institutions or about patient groups.

NORGE: Helsetilsynet (centralt) og Helsetilsynet i amterne (fylkene) fører sammen tilsyn med sundhedsvæsenet og sundhedspersonale.

Disse organer skal være faglig kompetente og uafhængige tilsynsmyndigheder med forskellig kompetence indenfor sundhedsservice og sundhedslovgivning.

Helsetilsynets tilsynsopgaver overfor sundhedsvæsenet kan opdeles i 3 områder: 1. overvågning af lovgivningen 2. tilsyn med virksomhederne og 3. tilsyn med sundhedspersonale (hændelsesbaseret tilsyn).

Det generelle tilsyn består af at føre kontrol med social- og sundhedsvæsenets ydelser samt følge med i befolkningens behov, og derudfra vurdere behovsdækningen og tilbudsudformningen i forhold til de nationale mål og prioriteringer.

Tilsynet med sundhedsvæsenet sker på tre måder:

1. Systemrevision: Systematiske undersøgelser, for at fastslå om aktiviteter og tilhørende resultater er i overensstemmelse med de krav der fastsættes i henhold til love og forskrifter, samt om det interne kontrolsystem fungerer i praksis. Enhver virksomhed der udbyder sundhedsydelser har pligt til at etablere et internt kontrolsystem med henblik på at sikre at virksomheden drives i overensstemmelse med love og forskrifter.
2. Kortlægning: Indsamling af data og oplysninger fra virksomheder eller om patientgrupper.

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

3. Verification: random checks to verify whether internal control systems function in practice, and whether activities are in accordance with the requirements laid down by the health authorities.

Supervision of health care personnel:

The Norwegian Board of Health in the counties process complaints against individual health care personnel. They can find that the conditions laid down in laws and regulations have not been met and can give advice on how to make improvements.

If there are grounds for more serious sanctions against health care personnel, the complaint may be forwarded to the Norwegian Board of Health (centrally).

If health care personnel do not comply with the regulations, the Norwegian Board of Health may give them a warning, or may suspend or recall their authorization or approval as health care personnel.

Patients can also address their complaints to the person in charge of an institution (e.g. the municipal board in the case of municipal health services), or to the Norwegian System for Compensation for Injuries to Patients, in the case of claims for compensation related to treatment in the public health service. The Patient Injury Act, which came into force on 1 January 2003, enhances patients' possibilities to complain, among other things by describing both the complaints procedure and patients' rights.

SWEDEN: The county and regional authorities are responsible for offering high quality health care for residents in their

3. Verificering: Kontrollere at den interne kontrol fungerer i praksis og at aktiviteterne er i overensstemmelse med myndighedernes krav (hændelsesbaseret tilsyn).

Tilsyn med sundhedspersonale:

Helsetilsynet i amterne (fylkene) behandler klager rettet mod institutioner/virksomheder og den enkelte sundhedsmedarbejder. I tilfælde af, at der konstateres afvigelser fra regelsættene kan de rette kritik mod de aktuelle aktører.

Hvis der er et grundlag for at benytte strengere sanktioner oversendes klagen til Helsetilsynet (centralt).

Hvis sundhedspersonalet ikke overholder regelsættene kan Helsetilsynet give sundhedspersonalet en tilrettevisning eller advarsel, eller den kan suspendere eller tilbagekalde autorisation/godkendelse som sundhedsmedarbejder.

Patienterne vil også kunne klage til den ansvarlige for virksomheden (fx kommunalbestyrelsen når det gælder kommunale sundhedsydelser) eller til Norsk patientskadeerstatning, hvis der er tale om erstatning som følge af behandling i det offentlige sundhedsvæsen. Patient-skadeloven, der gælder fra og med 1. januar 2003, styrker patienternes klageadgang i forhold til tidligere ordninger, blandt andet ved at klageordningen beskrives og ved at forskellige rettigheder omtales.

SVERIGE: Det er landstingene og regionerne som har ansvaret for at tilbyde en god sygdomsbehandling for indbyggerne

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

area. They are also responsible for community dental care (primarily for children and young persons).

Through legislation, the government sets the framework and supervises all activities.

The National Board of Health and Welfare is the central supervisory authority for health services and hospital services. According to the Act concerning Active Health Personnel, the National Board of Health and Welfare has responsibility for supervision of all health services except for those provided by the army. The Board has six regional offices. In addition to the National Board of Health and Welfare, there are several central supervision authorities within environmental and health protection.

Pursuant to the Act concerning Support and Service for Persons with Certain Functional Impairments, the municipalities have most of the responsibility for mentally handicapped people. The county and regional authorities have responsibility only for specific advice and personal support that requires special knowledge about the problems and life situation of people with severe and permanent disabilities.

The agencies with overall responsibility for health services have their own impartial (patient) boards that are independent of health institutions. Patients' complaints may be addressed to these boards. The main aims of these boards are to provide sound information and to ensure acceptable solutions for patients.

The Medical Responsibility Board (HSAN) is an independent government

i deres områder. De har ligeledes ansvaret for den offentlige tandpleje (først og fremmest for børn og unge).

Gennem lovgivning fastlægger staten rammerne for virksomheden og fører tilsyn med den.

Socialstyrelsen er statens centrale tilsynsmyndighed for sundheds- og sygehusvæsenet. I følge loven om erhvervsvirksomhed indenfor sundhedsområdet er Socialstyrelsen tilsynsmyndighed for hele sundhedsvæsenet, med undtagelse af sundhedsydelse inden for forsvaret. Styrelsen har seks regionale kontorer. Som et supplement til Socialstyrelsen er der et antal centrale tilsynsmyndigheder inden for miljø- og sundhedsbeskyttelse.

Ansvaret for de psykisk udviklingshæmmede er jf. loven om støtte og service til visse funktionssvigt i hovedsagen henlagt til kommunerne. Landstingene og regionerne har kun ansvaret for den særlige, aktiverende rådgivning og anden personlig støtte, som kræver særlig indsigt i problemer og livsbetingelser for personer med store og permanente funktionsnedsættelser.

De hovedansvarlige for sundhedsvæsenet har egne upartiske nævn (patientnævn) som er uafhængige af behandlingsstederne og hvortil man kan henvise klager fra patienterne. Hovedformålet med nævne er at de skal bidrage med god information og at sikre løsninger som patienterne er indforståede med.

Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) (Sundhedsvæsenets ansvars-

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

authority that deals with complaints against health care personnel.

nævn) er en uafhængig statslig myndighed som efterprøver klager over sundhedspersonale.

Financing of health services

In the Nordic countries, the health services are mainly financed by the public authorities. In Iceland, contributions are primarily made by the government, while financing in the other countries mainly consists of county and/or municipal taxes with general grants from the governments. In the Nordic countries, the governments issue block grants to the counties and/or municipalities. With the exception of Greenland, citizens in the Nordic countries contribute directly to financing, partly through insurance schemes, partly by paying user charges. A financing model for somatic hospitals was established in Norway (as from 1 July 1997) that combines block grants and fee for service financing. The scheme is regularly evaluated and adjusted. The fee for service financing is based on the principle that a service producer (i.e. the hospital) is paid on the basis of services rendered. The scheme involves the state reimbursing a percentage of the average DRG expense (Diagnosis Related Groups) in connection with treatment of patients in the counties.

Finansiering af sundhedsvæsenet

I de nordiske lande finansieres sundhedsvæsenet hovedsageligt af det offentlige. I Island er det primært staten, der bidrager, mens finansieringen i de øvrige lande stammer fra amtskommunale og/eller kommunale skatter samt bloktilskud fra staten. I de nordiske lande yder staten et generelt bloktilskud til amter og/eller kommuner. Med undtagelse af Grønland bidrager borgerne i de nordiske lande direkte til finansieringen, dels gennem forsikringsordninger, dels ved brugerbetaling. For Norges vedkommende er der etableret en finansieringsmodel for de somatiske sygehuse (fra 1. juli 1997) som kombinerer bloktilskud og stykprisfinansiering. Ordningen bliver jævnligt evalueret og justeret. Stykprisfinansieringen bygger på det princip, at en serviceproducent (det vil sige sygehuset) får indtægter beregnet ud fra udførte serviceopgaver. Ordningen indebærer, at staten refunderer en vis procentandel af de gennemsnitlige DRG-udgifter (Diagnose Relaterede Grupper) ved amtskommunal patientbehandling.

Charges for health care as per 1 January 2005

Consultation with a physician

DENMARK: As shown in the overview, there are no user charges in Denmark, the Faroe Islands and Greenland.

FINLAND: The following charges may be made for outpatient treatment in health centres:

- A fixed annual charge of max. EUR 22 within one year or:
- A fixed charge per visit of max. EUR 11. The charge is only made for the first three visits at the same health centre during one calendar year.

A charge of EUR 15 can be made for visits to a health centre on weekdays between the hours of 20:00 and 08:00, and on Saturdays, Sundays and public holidays.

The charges do not apply to persons under 18 years of age.

Reimbursements of private physicians' fees are based on fixed charges. The National Social Insurance Institution reimburses 60 per cent of the physicians' fee. However, in most cases the actual charge is higher and thus the reimbursement is less than 40 per cent.

ÅLAND: For medical consultations within the primary health service at the clinic or for home visits, there is a user charge of EUR 18 Outside the opening

Egenbetaling for sundheds-ydelser pr. 1. januar 2005

Lægebesøg

DANMARK: Som det fremgår af oversigten er der ingen egenbetaling i Danmark, på Færøerne og i Grønland.

FINLAND: I forbindelse med den primære lægebehandling ved sundhedscentre kan der opkræves følgende betaling:

- En fast årlig betaling på højst 22 EUR inden for et år, eller:
- Et fast beløb pr. besøg, dog højst 11 EUR. Beløbet skal kun betales for de første tre besøg på et og samme sundhedscenter i løbet af samme kalenderår.

Der kan opkræves en betaling på 15 EUR for besøg ved helsecentre på hverdage mellem kl. 20 og kl. 8 samt lørdage, søndage og helligdage.

De nævnte beløb opkræves ikke af personer under 18 år.

Tilskud til behandling hos en privatpraktiserende læge er baseret på et fast egenbetalingsbeløb. Folkpensionsanstalten refunderer 60 pct. af lægens honorar. I de fleste tilfælde er egenbetalingen dog større og refusionen derfor mindre end 40 pct.

ÅLAND: Egenbetaling for lægebesøg inden for det primære sundhedsvæsen i konsultationen eller ved hjemmebesøg er 18 EUR. Uden for åbningstiden er det

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

hours the charge is EUR 27. The maximum patient contribution for primary health care and outpatient treatment is EUR 450 within one calendar year, after which there is no charge for the remainder of the year, with the exception of short-term stays in institutions/hospitals, where the charge is reduced from EUR 27 per day to EUR 15 per day. For children and young people under 18, the maximum user charge is EUR 200 per calendar year, after which there is no user charge for further treatment, including short-term treatment in hospital. People over 18 years of age with an income below EUR 14 000, or EUR 22 000 for a husband and wife or partners, pay only EUR 225 per year, because of their low income. The activities included in the maximum user charge have been fixed beforehand. If there is a waiting period of 45 minutes or more in connection with a scheduled visit, within opening hours, the user charge is reimbursed.

ICELAND: Preventive health care consultations for pregnant women and mothers with infants, and school health care are free of charge.

The patient charge for a consultation in a health centre or with a private general medical practitioner during normal working hours is ISK 700. The charge is ISK 350 for children under 18, pensioners, disabled people, and long-term unemployed people. The charge is ISK 230 for children who are disabled or chronically ill. Outside normal working hours the charges are ISK 1 750, 800 and 500 respectively. Charges for home visits are ISK 1 850, 700 and 500 during the daytime and ISK 2 600, 1 000 and 700 in the evenings and at night.

27 EUR. Der er indført maksimal egenbetaling på 450 EUR for lægebesøg og ambulans behandling indenfor et kalenderår hvorefter der ikke betales den resterende del af året med undtagelse af kortvarig institutions/hospitalsophold hvor betalingen reduceres fra 27 EUR pr døgn til 15 EUR pr døgn. For børn og unge under 18 år er den maksimale egenbetaling 200 EUR per kalenderår, herefter er al behandling uden egenbetaling, inklusiv korttidsbehandling på en hospitalsafdeling. Personer der er over 18 år med en indkomst på maksimalt 14.000 EUR, eller 22.000 EUR for ægtefæller eller samboende betaler kun 225 EUR per år på grund af den lave indkomst. De aktiviteter som medregnes i den maksimale egenbetaling er fastlagt på forhånd. Hvis der er en ventetid på 45 minutter eller mere ved en aftalt besøg, indenfor åbningstiden, tilbagebetales egenbetalingen.

ISLAND: Lægebesøg af forebyggende karakter for gravide, mødre og deres børn samt skolesundhedsplejen er uden egenbetaling.

Egenbetalingen for konsultation i sundhedscentrene eller ved en privat praktiserende læge er i dagtimerne 700 ISK og 350 ISK for børn under 18, pensionister, funktionshæmmede og langtidsarbejdsløse. Funktionshæmmede og langtidssyge børn betaler 230 ISK. Konsultation udenfor dagtimerne er henholdsvis 1 750, 800 og 500 ISK. For hjemmebesøg er betalingen i dagtimerne 1 850, 700 og 500 ISK mens aften- og nattaksten er 2 600, 1 000 og 700 ISK.

The charge for a consultation with a specialist is either ISK 2 700 plus 40 per cent of the remaining cost of the consultation, or ISK 900 plus one third of the remaining 40 per cent. The minimum charge for disabled and chronically ill children is ISK 450. The maximum charge for all groups is ISK 18 000. The same patient charges apply to outpatient treatment in hospitals and casualty departments. Different charges apply to laboratory tests and X-ray examinations.

Patient charges for persons who have been continuously unemployed for a period of 6 months or longer are the same as for pensioners.

NORWAY: There is a user charge for medical consultations with general medical practitioners and specialists, outpatient treatment in hospitals, and treatment in casualty clinics.

The user charges for a consultation with a physician are: primary physician: NOK 125 (day), NOK 210 (evening), specialist: NOK 245.

The user charges for a home visit are: primary physician: NOK 170 (day) and NOK 280 (evening), specialist: NOK 245.

The user charge for a consultation at a hospital out-patient department is NOK 245.

The user charge for laboratory tests, histological tests and cytological tests is NOK 47.

The user charge for a radiograph or an ultrasound examination is NOK 185.

The user charges for casualty services are: consultation: NOK 210, home visit: NOK 280.

Egenbetalingen for besøg hos en specialist er enten 2 700 ISK plus 40 pct. af de resterende udgifter, eller 900 ISK og en tredjedel af de resterende 40 pct. For funktionshæmmede og langtidssyge børn er egenbetalingen minimum 450 ISK. For alle grupper er maksimumbetalingen 18 000 ISK. Egenbetalingen er den samme ved behandling ved hospitalernes ambulatorier og skadestuer men en anden for laboratorieprøver og røntgenbehandling.

Egenbetaling for personer som har været arbejdsløse i en samlet periode på 6 måneder eller mere er den samme som for pensionister.

NORGE: Der er egenbetaling for lægebesøg hos både almene læger og speciallæger, ambulans behandling ved sygehuse samt behandling hos lægevagten.

Egenbetalingen for konsultation hos en læge er følgende: Almenlæge: 125 NOK (dag) og 210 NOK (aften). Hos en specialist : 245 NOK.

Egenbetalingen ved sygebesøg er som følgende: Almen læge 170 NOK (dag) og 280 NOK (aften). Specialist: 245 NOK.

Egenbetalingen for ikke-indlagte patienter på et hospital er 245 NOK.

Egenbetalingen for laboratorie-, histologiske – og cytologiske prøver er 47 NOK.

Egenbetaling for røntgen- og ultralydsundersøgelser er 185 NOK.

Egenbetalingen hos lægevagten er følgende: Konsultation: 210 NOK. Sygebesøg: 280 NOK.

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

User charges for a consultation with a physician

	Are there consistent rules for the whole country?	Size of user charge	Deviations	User charge in relation to total cost of consultation
Denmark	Yes	-	No	-
Faroe Islands	Yes	-	No	-
Greenland	Yes	-	No	-
Finland	Yes	Public EUR 0-11 EUR 15 if the visit occurs between 8 p.m. and 8 a.m. or on a Saturday, a Sunday or a public holiday. Private min. 40 per cent	No charge for children under 18 years of age	17 per cent
Åland	Yes	EUR 18 Outside opening hours EUR 27	Free treatment after paying EUR 450, EUR 200 for children below 18 and EUR 225 for persons with low income	..
Iceland	Yes	ISK 700-2 600 in primary care, other rules for specialized care	ISK 350-1 000 for children under 18 years of age, pensioners, disabled and long-term unemployed. For handicapped and chronically ill children ISK 230-700	Varies
Norway	Yes	NOK 125 (day), NOK 210 (evening) with a primary physician NOK 245: consultation with specialist	In the case of pregnancy, childbirth, treatment of industrial injuries, war injuries, for prison inmates, children under 7 years of age, in the case of psychotherapy for persons under 18 years of age and for treatment of dangerous contagious diseases	Approx. 35 per cent
Sweden	No	SEK 100- 300	No	..

There is a user charge for assisted fertilization and sterilization. The rules for patient charges for sterilization do not apply if there are medical indications for the operation.

The Health Insurance Scheme offers full reimbursement for treatment of children under the age of seven years, treatment of industrial injuries, war injuries, pregnancy and childbirth, and, in certain

Der er desuden egenbetaling for kunstig befrugtning og sterilisering. Der er ingen egenbetaling for sterilisering, hvis indgrebet skyldes en medicinsk indikation.

Folketrygden yder fuld refusion ved behandling af børn under 7 år, ved behandling af arbejdsskader, krigsskader, svangerskab/fødsler og i enkelte andre tilfælde (fx behandling af farlige, smitsomme

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

Egenbetaling for lægebesøg

	Er der ensartede regler i hele landet?	Egenbetalingens størrelse	Afvigelser	Egenbetalingens andel af de samlede udgifter til lægebesøg
Danmark	Ja	-	Nej	-
Færøerne	Ja	-	Nej	-
Grønland	Ja	-	Nej	-
Finland	Ja	Offentlig 0-11 EUR. 15 EUR for besøg mellem kl. 20-8 på hverdage, samt lørdage, søndage og helligdage Privat mindst 40 pct.	Ingen betaling for børn under 18 år	17 pct.
Åland	Ja	18 EUR 27 EUR udenfor åbningstiderne	Fri behandling når der er betalt 450 EUR, 200 EUR for børn under 18 år, 225 EUR for personer med lav indkomst	..
Island	Ja	700-2 600 ISK hos almen læge, andre regler for besøg hos specialist	350-1 000 ISK for børn under 18 år og for pensionister, handicappede og langtidsarbejdsløse. For handicappede og langtids-syge børn 230-700 ISK	Variierende
Norge	Ja	125 NOK (dagtimer) 210 NOK (aften og nat) hos almen læge 245 NOK for en konsultation hos en specialist	Ved svangerskab/fødsel, erhvervsskade, krigsskade, for indsatte i fængsel, børn under 7 år, ved psykoterapeutisk behandling af børn og unge under 18 år og ved farlige smitsomme sygdomme.	Ca. 35 pct.
Sverige	Nej	100-300 SEK	Nej	..

other cases (e.g. treatment of dangerous contagious diseases, psychotherapy for persons under the age of 18 years, and treatment of prison inmates).

SWEDEN: Local authorities (county and regional authorities) set the charges themselves. According to the law, the maximum amount a patient shall pay for out-patient treatment is SEK 900 during a 12-month period. For medical consultations in out-patient clinics and visits to a health centre or a general medical practitioner, the user charge varies from SEK 100 to 150 The

sygdomme, psykoterapeutisk behandling af personer under 18 år og behandling af indsatte i fængsler).

SVERIGE: De lokale myndigheder (landstingene og regionerne) fastsætter selv taksterne. I følge loven skal patienter højest betale 900 SEK for ambulant behandling for en 12 måneders periode. For ambulant behandling, besøg på helsecentre eller hos huslægen varierer egenbetalingen fra 100 til 150 SEK, mens den varierer fra 200 til 300 SEK

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

patient charge for a medical consultation with a specialist (in hospitals or in private practice) varies from SEK 200 to 300.

In most counties/regions, children and young people under the age of 20 years may attend an outpatient clinic free of charge. In some counties children and young people pay a lower user charge than adults. In the regions, the age limit for paying user charges varies from 12 years to the calendar year in which a person turns 20.

Reimbursement for pharmaceutical products

DENMARK: There are no fixed percentages for reimbursement of fees for pharmaceutical products in Denmark, since reimbursement depends on the amount of pharmaceutical products used by the individual patient. The percentage of reimbursement increases proportionally with the patient's use of pharmaceutical products.

Reimbursable pharmaceutical products are products with a documented and valuable therapeutic effect for a clear indication, where the price of the pharmaceutical product is reasonable in relation to its therapeutic value.

An individually assessed subsidy may be granted by submitting an application through one's own doctor to the Danish Medicines Agency.

The Danish Medicines Agency determines a reference price for each group of pharmaceutical products covered by the reference price system. The reference price forms the basis for calculating the subsidy.

ved lægebesøg hos specialister (ved sygehusene eller hos privatpraktiserende læger).

I de fleste landsting/regioner kan børn og unge under 20 år gå til ambulant lægebehandling uden brugerbetaling. I nogle landsting betaler børn og unge en lavere egenbetaling end voksne. I regionerne varierer grænsen for at der ikke opkræves brugerbetaling mellem 12 år og det kalenderår hvor man fylder 20 år.

Tilskud til lægemidler

DANMARK: Tilskuddene i Danmark er ikke forsynet med en fast procentsats, da tilskuddet afhænger af størrelsen af den enkelte patients lægemiddelforbrug. Procentsatsen stiger i takt med patientens lægemiddelforbrug.

Lægemidler med tilskud er lægemidler med en sikker og værdifuld terapeutisk effekt på en velafgrænset indikation, hvor lægemidlets pris står i rimelig forhold til dets behandlingsmæssige værdi.

Der kan opnås individuelt tilskud til lægemidler uden generelt tilskud ved at indsende ansøgning til Lægemiddelstyrelsen gennem egen læge.

Lægemiddelstyrelsen udarbejder en tilskudspris for hver af de lægemiddelgrupper, der er omfattet af tilskudsprissystemet. Tilskudsprisen er den pris, der lægges til grund for beregning af tilskud.

The subsidy is calculated on the basis of the reference price of each packet. Thus, the subsidy cannot be higher than the actual cost of the medicinal product. There are no changes to subsidy based on need.

The aim of the system is that physicians and dentists shall choose the cheapest product on the market (substitution). In special cases, the physician or dentist can choose not to substitute, if he or she finds that substitution by the pharmacy is not appropriate.

Current prices are determined for all pharmaceutical products on the market that have a marketing licence.

Since liberalization in October 2001, there are now more than 1 300 authorized agents for non-prescription medicinal products for people or animals (products that are not restricted to pharmacies).

All authorized businesses, irrespective of the selection of medicinal products that they sell, must follow the current regulations relating to storage and quality of medicinal products, and the prohibition against self-service sale and sale to children under 15 years of age.

In addition, agents for non-prescription medicinal products for people shall offer a basis selection of goods, determined by legislation. For certain non-prescription medicinal products, such as drugs for pain relief, no more than one packet can be sold per customer per day.

A list of medicinal products that can be sold outside pharmacies is to be found on the web site of the Danish Medicines Agency: www.laegemiddelstyrelsen.dk.

Beregningen af tilskud foretages ud fra den enkelte paknings tilskudspris. Der kan dog aldrig gives tilskud til mere end lægemidlets faktiske pris. Det behovsafhængige tilskud bevares uændret.

Systemet tilstræber at lægen/tandlægen vælger det billigste produkt på markedet (substitution). Lægen/tandlægen kan i særlige tilfælde fravælge substitution, når denne finder at substitution på apoteket er uhensigtsmæssigt.

Der udarbejdes løbende en specialitetstakst, som omfatter priser på alle markedsførte farmaceutiske specialiteter.

Siden liberaliseringen i oktober 2001, findes der i Danmark nu mere end 1 300 godkendte forhandlere af ikke apoteksforbeholdte håndkøbslægemidler til mennesker og/eller dyr.

Fælles for de godkendte forretninger uanset sortiment af lægemidler er, at de skal respektere gældende regler vedrørende opbevaring og kvalitet samt forbud mod selvvalg og salg til børn under 15 år.

Forhandlere af håndkøbsmedicin til mennesker skal desuden være i besiddelse af et basissortiment fastsat ved lov. Visse håndkøbslægemidler, f.eks. smertestillende, må ikke sælges mere end maksimum en pakning pr. kunde pr. dag.

Lister over lægemidler der må forhandles uden for apotek er tilgængelig på Lægemiddelstyrelsen hjemmeside www.laegemiddelstyrelsen.dk.

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

FAROE ISLANDS: Part of the cost of pharmaceutical products is covered by health insurance contributions, and part is covered by patient contributions. Pensioners are reimbursed user charges exceeding a certain amount. The same applies to people who have been granted pharmaceutical products in accordance with the Social Security Act.

GREENLAND: All pharmaceutical products are distributed through the health service except for certain non-prescription pharmaceutical products. These are available, to a very limited degree, from certain general stores. Non-prescription pharmaceutical products are distributed to a varying degree by district health services.

FINLAND AND ÅLAND: There are three payment categories for prescription pharmaceutical products, and reimbursement is calculated separately for each purchase and for each category.

Some new and expensive drugs (e.g. for dementia and multiple sclerosis), in special cases, are paid for by the hospital or municipality. New drugs are not automatically covered by the reimbursement scheme and many drugs are marketed without any reimbursement. Health economists have gained more and more influence in relation to which products should be reimbursed.

In addition to reimbursement for medicines, reimbursement can also be given for diet for some treatment-intensive diseases and for ointments used in the treatment of chronic skin diseases.

As a main rule, the health insurance scheme reimburses expenditure on pre-

FÆRØERNE: En del af medicinudgifterne dækkes af sygekassekontingent og en del af brugerbetaling. Pensionister får refunderet brugerbetalingen over et vist beløb. Medicin kan desuden bevilges efter forsøgsloven.

GRØNLAND: Al medicin distribueres gennem sundhedsvæsenet, bortset fra håndkøbsmedicin der i stærkt begrænset omfang forhandles fra enkelte dagligvarebutikker. Håndkøbsmedicin udleveres i varierende grad fra sundhedsvæsenet i distrikterne.

FINLAND OG ÅLAND: Der er tre betalingskategorier for receptpligtige lægemidler, og refusionen er beregnet separat for hver indkøb og hver kategori.

Nogle nye og meget dyre medikamenter (for eksempel mod demens og multipel sklerose) bliver i særlige tilfælde betalt af hospitalet eller kommunen. Der forekommer ingen automatisk accept af nye medikamenter i refusionssystemet og mange medikamenter bliver markedsført uden tilskud. Sundhedsøkonomerne har fået større og større indflydelse på hvilke medikamenter der skal gives tilskud til.

Ud over medicin kan der også gives tilskud til kost for nogle behandlingskrævende sygdomme ligesom til salver ved behandling af kroniske hudsygdomme.

Som hovedregel dækker sygeforsikringen de udgifter til receptpligtige lægemidler

scription pharmaceutical products exceeding EUR 606.95 in the course of one calendar year.

ICELAND: Pharmaceutical products for the treatment of certain diseases are paid for entirely by the health insurance scheme. For other types of pharmaceutical products, patients pay the full cost themselves.

In special cases, reimbursement by the health insurance scheme may be higher, so that the patient contribution is lower than shown in the overview.

There is a reference price system. For generic drugs of the same type, strength and package size, the reimbursement is calculated in relation to the maximum reference price, i.e. the lowest priced generic product. The present reference price list covers about 12 per cent of registered drug products.

NORWAY: Most pharmaceutical products are reimbursed according to a system based on diagnoses and approved pharmaceutical products prescribed by a physician (the so-called "blue prescription"). A condition is long-term need for the pharmaceutical product, medical equipment or medical item. The patient charge for these is 36 per cent of the cost, up to a maximum of NOK 490 per prescription. Children under seven years of age and persons who receive a minimum pension are exempt from patient charges for essential pharmaceutical products. For other pharmaceutical products, the patient pays the full price.

From 3 March 2003, the index price system was introduced for some medicinal products available on "blue prescription". The arrangement with index price applies to medicinal products that are exchange-

som overskrider et beløb på 606,95 EUR i løbet af et kalenderår.

ISLAND: Lægemidler til behandling af visse sygdomme betales fuldt ud af sygeforsikringen. For andre typer af medicin betaler patienterne selv det fulde beløb.

I særlige, individuelle tilfælde kan refusionen fra sygesikringen være højere og egenbetalingen dermed lavere end det fremgår af oversigten.

Der findes desuden et referenceprissystem. For synonympræparater med samme form, styrke og forpakning, beregnes tilskuddet i forhold til den maksimale referencepris, forstået som den laveste pris på synonympræparatet. Den nuværende referenceprisliste dækker ca. 12 pct. af de registrerede lægemidler.

NORGE: De fleste lægemidler refunderes efter et system baseret på diagnoser og godkendte præparater foreskrevet af en læge (den såkaldte blå recept). Udgangspunktet er at man langvarigt har behov for lægemidlet, medicinsk udstyr eller forbrugsvarer. Egenbetalingen for disse er 36 pct., dog maksimalt 490 NOK pr. recept. Børn under 7 år og personer der modtager mindstepension betaler ikke for vigtige lægemidler. Andre lægemidler betales fuldt ud af patienten.

Fra den 3. marts 2003 er der indført et indexprissystem for en del medicin på "blå recept". Ordningen med indexregulering gælder lægemidler der er substituerbare, dvs. lægemidler der har den

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

able, that is to say medicines and drugs that have the same active ingredient. The purpose of the index price arrangement is to achieve increased use of the most reasonable alternative when the same medicines are available at different prices.

SWEDEN: The new Act on Pharmaceutical Benefits etc. came into force in 2002. A medical product is subsidized only if it has been approved by the Pharmaceutical Benefits Board and is on the list of approved medicinal products. There are certain conditions that must be met before a medicinal product is added to the approved list and the price for the consumer is reduced. The code of the place of work must be on the prescription for reimbursement. The prescription must be for the cheapest product available from a pharmacy. The approved list of medicinal products gives everyone the right to a reduced price for the approved product.

The discount is calculated according to the value of the medicinal product bought. For purchases of up to SEK 900 over a 12-month period, the user pays the full cost. A discount is given for costs exceeding this amount. For costs between SEK 900 and SEK 1 700, there is a 50 per cent discount. Between SEK 1 700 and SEK 3 300 the discount is 75 per cent, and between SEK 3 300 and 4300 the discount is 90 per cent. When medicinal products have been purchased to the value of SEK 4 300, the maximum limit for user charges has been reached. At this level, the patient will have paid SEK 1800 and receives a free pass for the rest of the 12-month period. The scheme covers discount approved medicinal products on prescription, including contraceptives and products used for stoma. Insulin is free of charge.

samme terapeutiske virkning. Formålet med indexreguleringen er at åbne for et større brug af rimelige alternativer idet der findes mange substanser med samme virkning men til en forskellig pris.

SVERIGE: I 2002 kom loven om lægemidler m.v. Det er en forudsætning at lægemiddelsnævnet har besluttet at lægemiddelproduktet skal omfattes af en godkendt liste over lægemiddelprodukter for at det kan gives tilskud til et lægemiddel. Desuden er der visse krav der skal opfyldes for at et lægemiddel skal kunne optages på den godkendte liste og give den enkelte forbruger en reduceret lægemiddelpris. Recepten skal være forsynet med en arbejdspladskode for at patienten kan få rabat. Lægemidler der bliver udleveret på recept skal udleveres som det billigste produkt der findes tilgængelig på apoteket. Den godkendte liste over lægemidler giver den enkelte ret til en reduceret pris på de godkendte produkter.

Rabatten udregnes efter værdien på de lægemidler som købes. For indkøb op til 900 SEK i en 12 måneders periode betaler man selv det hele. På udgifter derudover ydes der rabat. For udgifter mellem 900 SEK og 1 700 SEK gives der 50 pct. rabat. Mellem 1 700 og 3 300 SEK er rabatten 75 pct. og for udgifter mellem 3 300 SEK og 4 300 SEK er rabatten 90 pct. Når der er købt lægemidler for 4 300 SEK har man nået op på egenbetalingens maksimum. Patienten har ved dette niveau selv betalt 1 800 SEK og får så tildelt et frikort for resten af 12 måneders perioden. Ordningen omfatter rabatberettigede lægemidler på recept, inkl. P-piller og brugsartikler til stomier. Insulin er gratis.

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

User charges for pharmaceutical products

	Are there consistent rules for the whole country?	Size of user charge	Deviations	User charge in relation to total cost of pharmaceutical products
Denmark	Yes	Reimbursement in relation to the level of the patient's consumption of drugs in the primary sector	No	32 per cent
Faroe Islands	Yes	..	No	..
Greenland	Yes	-	No	-
Finland	Yes	EUR 10 and 50 per cent of the cost exceeding EUR 10	For certain diseases, EUR 5 and 0/25 per cent of the cost exceeding EUR 5 is paid	47.3 per cent
Åland	Yes	As in Finland	As in Finland	-
Iceland	Yes	ISK 1 700+ 65/80 per cent of the remaining cost, but max. ISK 3 400/4 950	Pensioners and disabled: ISK 600 + 50 per cent of the remaining cost, but max. ISK 1 050/1 375	Approx. 38 per cent
Norway	Yes	36 per cent maximum NOK 490 per receipt	For children below 7 years and persons who receive a minimum pension: no user charge	..
Sweden	Yes	SEK 0- 1 800	-	..

Egenbetaling for lægemidler

	Er der ensartede regler i hele landet?	Egenbetalingens størrelse	Afvigelser	Egenbetalingens andel af de samlede udgifter til lægemidler
Danmark	Ja	Tilskud afhængig af størrelsen af den enkelte patients lægemiddelforbrug i primærsektoren	Nej	32 pct.
Færøerne	Ja	..	Nej	..
Grønland	Ja	-	Nej	-
Finland	Ja	10 EUR og 50 pct. af det beløb som overskrider 10 EUR	Ved visse sygdomme betales ... EUR og 0/25 pct. af det beløb som overskrider ... EUR.	47,3 pct.
Åland	Ja	Som i Finland	Som i Finland	-
Island	Ja	1 700 ISK + 65/80 pct. af den resterende pris, dog højst 3 400/4 950 ISK	Pensionister og handicappede: 600 ISK + 50 pct. af den resterende pris, dog højst 1 050/1 375 ISK	Ca. 38 pct.
Norge	Ja	36 pct. maksimum 450 NOK pr. receipt	For børn under 7 år og personer som kun modtager mindstepension: ingen egenbetaling	..
Sverige	Ja	0 -1 800 SEK	-	..

Treatment in hospitals

As shown in the overview, there are no user charges for hospitalization in Denmark, the Faroe Islands, Greenland, Iceland and Norway. In Iceland and Norway, however, there is a charge for specialist out-patient treatment in hospitals, see the section on consultations with a physician.

FINLAND AND ÅLAND: Patients pay a charge for admission to hospitals and health centres: EUR 26 (Åland EUR 27), psychiatric wards: EUR 12. For short-term treatment there is a charge of EUR 12 per day (Åland EUR 15). The charge for rehabilitation is EUR 9 per treatment day and the maximum user charge for day surgery is EUR 72 (Åland EUR 54) plus EUR 26, if the patient has to stay overnight. A ceiling has been introduced for the maximum user charge of EUR 590 (Åland EUR 450) during one calendar year, after which services are free of charge for the rest of the year, with the exception of short-term stays in institutions/hospitals, for which the user charge can be reduced from EUR 23 per day to EUR 13 per day. (Åland from EUR 27 to EUR 15 per day). In Åland, people under 18 years of age do not pay for short-term treatment when the maximum user charge has been reached.

SWEDEN: From 1998, the county and regional authorities may set the user charges for admitted patients at various levels, in relation to income levels, and on this basis they can decide to reduce user charges.

The maximum user charge is SEK 80 per day, but the payment varies between treatment boards. Some county and regional authorities differentiate user

Behandlinger ved sygehuse

Som det fremgår af skemaet er der ingen brugerbetaling for sygehusophold i Danmark, på Færøerne, i Grønland, Island og Norge. Dog betales der i Island og Norge for ambulant specialistbehandling ved hospitaler, jvf. afsnittet om lægebesøg.

FINLAND OG ÅLAND: Patienterne betaler for indlæggelse på hospital og sundhedscentre 26 EUR (Åland 27 EUR), psykiatrisk afdeling 12 EUR. For korttidsbehandling betales der 12 EUR pr behandlingsdag (på Åland 15 EUR). Betaling for revalidering er 9 EUR pr behandlingsdag og den maksimale betaling for dagkirurgi er 72 EUR (Åland 54 EUR) plus 26 EUR, hvis der er behov for en overnatning. Der er indført et loft på den maksimale egenbetaling på 590 EUR (på Åland 450 EUR) i løbet af et kalenderår, hvorefter ydelser er gratis resten af året, bortset fra kortvarige institutions/hospitalsophold hvor egenbetalingen kan reduceres fra 23 EUR til 13 EUR pr døgn (Åland fra 27 til 15 EUR per døgn) På Åland betaler personer under 18 år ikke for kortvarig behandling når grænsen for den maksimale egenbetaling er nået.

SVERIGE: Fra og med 1998 kan landstingene og regionerne selv fastsætte egenbetalingen for indlagte patienter i forskellige niveauer, baseret på indkomstintervaller, og kan på det grundlag beslutte at nedsætte egenbetalingen.

Egenbetalingen er højst 80 SEK pr. dag men betalingen varierer mellem behandlingsnævnene. Nogle landsting og regioner differentierer egenbetalingen efter

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

User charges for hospitalization

	Are there consistent rules for the whole country?	Size of user charge	Deviations	User charges in relation to total cost of hospitalization
Denmark	Yes	-	No	-
Faroe Islands	Yes	-	No	-
Greenland	Yes	-	No	-
Finland	Yes	EUR 12 per day in short term care, EUR 72 for day surgery plus EUR 26 if overnight stay needed	Payment for long-term stay according to means. For children 0-17 years max. 7 days	9.5 per cent
Åland	Yes	EUR 27, EUR 15 for short term treatment and EUR 54 for day surgery	Payment for long-term stay according to means	..
Iceland	Yes	-	No	-
Norway	Yes	-	No	-
Sweden	No	SEK 0-80 per day	Persons under the age of 40 receiving sickness benefit pay only half the cost for the first 30 days of each sickness period	..

Egenbetaling for indlæggelse på sygehus

	Er der ensartede regler i hele landet?	Egenbetalingens størrelse	Afvigelser	Egenbetalingens andel af de samlede udgifter til indlæggelse på sygehus
Danmark	Ja	-	Nej	-
Færøerne	Ja	-	Nej	-
Grønland	Ja	-	Nej	-
Finland	Ja	12 EUR pr sengedag for korttidsophold, 72 EUR for dagkirurgi plus 26 EUR hvis der er behov for overnatning	Betaling for langtidsophold efter betalingsevne, for børn 0- 17 år dog max. i 7 dage	9,5 pct.
Åland	Ja	27 EUR, 15 EUR for korttidsophold og 54 EUR for dagkirurgi.	Betaling for langtidsophold efter betalingsevne	..
Island	Ja	-	Nej	-
Norge	Ja	-	Nej	-
Sverige	Nej	0-80 SEK/dag	Personer under 40 år, der modtager sygedagpenge betaler kun det halve i de første 30 dage af hver sygdomsperiode	..

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

charges according to income, others according to age or to age and number of treatment days. Some have chosen a flat lower user charge with a ceiling for the size of the amount paid in total.

All county and regional authorities, with the exception of four of them, have agreed that children and young people under the age of 20 years receive free medical treatment (two county authorities have set the age limit for free treatment to the calendar year in which young people reach 19, and two county authorities has set the age limit up to and including 17 years).

Reimbursement for dental treatment

DENMARK: Reimbursement is provided by the public health insurance scheme. Adults pay between 30 and 65 per cent of the agreed fees. No subsidy is granted for gold restorations and dentures.

In addition, approximately one and a half million Danes are covered by a private insurance scheme, under which charges for both subsidized and non-subsidized treatment may be reimbursed. Municipal and county dental services are regulated by the Dental Health Services Act.

Children and young people under 18 years of age receive free municipal dental care including orthodontic treatment. Children under 16 years of age, who wish to have another treatment offer than the one provided free of charge by the municipal council may – in return for a certain user charge – choose to receive municipal dental

indkomst, andre efter alder eller alder og antal behandlingsdage. Nogle har valgt en ensartet, lavere egenbetaling med et loft over den samlede egenbetalings størrelse.

Alle landsting og regioner på nær fire har besluttet at der skal ydes gratis sygdomsbehandling til børn og unge under 20 år (to landsting har fastsat grænsen til det kalenderår hvor de fylder 19 og i to landsting er det gratis til og med 17 år).

Tilskud til tandbehandling

DANMARK: Tilskuddet til tandbehandling gives fra den offentlige sygesikring. Voksne betaler mellem 30 og 65 pct. af de overenskomstfastsatte betalingstakster. Der ydes ikke tilskud til guldarbejder og proteser.

Derudover er ca. 1,5 million danskere dækket af en privat forsikringsordning, hvorefter der kan opnås tilskud til både behandlinger, som den offentlige sygesikring yder tilskud til, samt til behandlinger, der ikke er dækket af den offentlige sygesikring. Kommunal og amtskommunal tandpleje gives efter reglerne i tandplejeloven.

Der er vederlagsfri kommunal tandpleje, herunder tandregulering, for børn og unge under 18 år. Børn under 16 år, der ønsker et andet behandlingstilbud end det kommunalbestyrelsen vederlagsfrit stiller til rådighed, kan – mod en vis grad egenbetaling – vælge at modtage kommunal tandpleje i privat tandlægepraksis

services in a private clinic of their own choice, or at a dental clinic of another municipality. Elderly people who live in a nursing home or in their own home with technical aids are offered dental care for which from 1 January 2005 there is a maximum annual charge of DKK 390. In addition, the municipalities provide a subsidy for dentures in cases of impaired function or disfigurement resulting from damage caused by accidents.

The counties offer specialist dental treatment (county dental service) to persons, who because of psychiatric illness or mental handicap, cannot use the existing dental services for children and young people, for adults, or for people needing special care. For these services, the county, from 1 January 2005, charges the patient a maximum of DKK 1 450 per year.

In addition, the county offers specialized dental care (county dental service) or highly specialized dental care (in dental research centres) to children and young people with dental conditions that would lead to a permanent functional reduction if left untreated.

In addition, the county grants a special reimbursement for dental care to cancer patients, who either due to radiation of the head and neck, or due to chemotherapy, suffer considerable documented dental problems, and to persons who due to Sjögrens syndrome suffer considerable documented dental problems. From 1 January 2005, for these services the county may charge a user payment of a maximum of DKK 1 450 annually. Finally, the counties provide highly specialized dental advice, examination and treatment (in dental research centres) for patients with rare diseases and handicaps, for whom the under-

after eget valg, eller ved en anden kommunes tandklinik. Ældre personer, der bor på plejehjem eller i eget hjem med mange hjælpeforanstaltninger, tilbydes omsorgstandpleje, for hvilken der fra 1. januar 2005 maksimalt opkræves 390 DKK pr. år. Kommunen yder derudover støtte til tandproteser i tilfælde af funktionelt ødelæggende eller vansirende følger af ulykkesbetingede skader.

Amtet tilbyder specialiseret tandpleje (amtstandpleje) til personer, der på grund af sindslidelser eller psykisk udviklingshæmning, ikke kan udnytte de eksisterende tandplejetilbud i børne- og ungdomstandplejen, voksentandplejen eller i omsorgstandplejen. For disse ydelser kan amtet fra 1. januar 2005 opkræve en egenbetaling på maksimalt 1 450 DKK årligt.

Amtet tilbyder endvidere specialiseret tandpleje (amtstandpleje) eller højt specialiseret tandpleje (i odontologisk landsdels- og videnscenter) til børn og unge med odontologiske lidelser, der ubehandlede medfører varig funktionsnedsættelse.

Amtet yder herudover et særligt tilskud til tandpleje for kræftpatienter, der enten på grund af strålebehandling i hoved og halsregion eller på grund af kemoterapi har betydelige dokumenterede tandproblemer samt til personer, der på grund af Sjögrens Syndrom har betydelige dokumenterede tandproblemer. For disse ydelser kan amtet fra 1. januar 2005 opkræve en egenbetaling på maksimalt 1 450 DKK årligt. Endeligt yder amtet højt specialiseret odontologisk rådgivning, udredning og behandling (i odontologisk landsdels- og videnscenter) af patienter med sjældne sygdomme og handicap, hos hvem den tilgrundliggende til-

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

lying condition can lead to special problems with their teeth, mouth or jaws.

Oral and maxillo-facial surgery is carried out in the hospitals and is paid for by the counties in accordance with the legislation relating to hospitals.

In addition to the general rules outlined above, the municipalities can provide support for necessary dental treatment in accordance with the legislation relating to social services.

FAROE ISLANDS: Dental treatment is mainly provided by privately practising dentists. Payment is therefore partly private, and partly subsidized by the health insurance scheme. The subsidy amounts to about half of the total cost of dental treatment for adults.

The municipalities provide a free dental service for children up to the age of 16, This services also provides special dental care, such as orthodontic treatment.

Reimbursement of expenses for treatment of congenital diseases or disease-related dental conditions can be claimed according to social legislation.

GREENLAND: All public dental care is free of charge. Outside the dentist's normal working hours, he or she may offer treatment against payment.

FINLAND: The health insurance scheme reimburses 60 per cent of the treatment costs within the rates fixed by the Social Insurance Institution for one annual dental examination. Orthodontic treatment is only reimbursed if the treatment is necessary to prevent other illnesses. Expenditure on

stand giver anledning til specielle problemer i tænder, mund og kæbe.

Tand-, mund- og kæbekirurgisk behandling udføres på sygehusene og betales af amterne efter sygehuslovgivningen.

Ud over ovennævnte generelle regler kan kommunerne yde støtte til nødvendig tandbehandling i henhold til den sociale lovgivning.

FÆRØERNE: Tandbehandlingen foregår hovedsageligt hos privatpraktiserende tandlæger. Betalingen herfor er delvis privat og delvis tilskud (ca. halvdelen) fra sygekassen.

Der findes i kommunalt regi en gratis skoletandplejeordning til børn under 16 år. Denne ordning omfatter også specialtandpleje, så som tandretning.

Til behandling af medfødte eller sygdomsforårsagende tandlidelser, kan der søges om dækning af udgifterne over sociallovgivningen.

GRØNLAND: Al offentlig tandpleje er gratis. Udenfor tandlægens arbejdstid, kan denne tilbyde behandling mod betaling.

FINLAND: Sygeforsikringen giver et tilskud på 60 pct. af behandlingsudgifterne indenfor de af Folkpensionsanstalten fastsatte takster til en årlig tandlægeundersøgelse. Der gives kun tilskud til tandregulering hvis dette er nødvendigt for at undgå andre sygdomme. Udgifter til proteser og

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

dentures and dental laboratory costs are not included in the reimbursement scheme.

Expenses for laboratory and X-ray examinations ordered by a dentist are refundable, and expenses for drugs prescribed by a dentist and travelling costs to visit a dentist, under the same terms as for medical prescriptions and travelling costs to visit a physician.

ÅLAND: All public dental treatment for persons under 18 years of age is free of charge. For others, the cost of a dental visit is EUR 8, with additional standard fees for items of treatment and examinations. The patient pays the actual cost of orthodontic treatment and prosthetic treatment. The same rules as in Finland apply for treatment with private dentists.

ICELAND: The national dental health insurance system in Iceland pays according to a public fee schedule set by the Minister of Health. These fees are generally different from the fees used by private dental practitioners, since private dentists in Iceland are allowed to set their own fees.

The national dental health insurance scheme offers partial reimbursement of the cost of dental treatment for children under 18 and adults aged 67 years or older. For children under 18, 75 per cent (according to the public fee schedule) of the cost of most dental treatment is reimbursed with the exception of gold crowns, bridges and orthodontic treatment.

The cost of orthodontic treatment can be reimbursed up to ISK 150 000 according to special rules. People with chronic illnesses, old-age pensioners and disability pensioners also have their costs covered in full or in part.

tandtekniske foranstaltninger er ikke omfattet af tilskudssystemet.

Udgifterne til laboratorie- og røntgenundersøgelser rekvireret af en tandlæge, receptudskrivning samt rejseudgifter ved tandlægebesøg kan refunderes efter de samme regler som for recepter udskrevet af læger og rejseudgifter ved lægebesøg.

ÅLAND: Al offentlig tandbehandling for personer under 18 år er gratis. For andre koster et besøg 8 EUR med tillæg for udgifter til de enkelte foranstaltninger og undersøgelser efter særlige takster. For tandregulering og proteser betales de faktiske udgifter. For besøg hos private tandlæger gælder de samme regler som i Finland.

ISLAND: Sygeforsikringen i Island betaler med en takst for tandbehandling som er bestemt af sundhedsministeren. Den takst er sædvanligvis forskellig fra den takst som de private tandlæger bruger, fordi de har lov til at fastsætte deres egen pris.

Sygeforsikringen yder refusion til en del af tandbehandling for børn i alderen under 18 år og pensionister 67 år og ældre. For børn yngre en 18, ydes der 75 pct. (af sygeforsikringens takst) til deres tandbehandling bortset fra guld- og porcelænskroner, broer og tandregulering.

Tandregulering kan refunderes med op til 150 000 ISK med specielle regler. Langtidssyge samt alders- og invalidepensionister får ligeledes dækket deres udgifter helt eller delvist.

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

For this group 50, 75 or 100 per cent of the cost (according to the public fee-schedule) of dental treatment may be covered. Full dentures and partial dentures are covered, but not gold or porcelain crowns or bridges.

The cost of implants for use with attachments under overdentures is partially reimbursed for pensioners who cannot use full dentures due to ridge resorption or other problems.

The cost of dental treatment (including orthodontic treatment), for congenital malformations and serious abnormalities such as cleft palate and aplasia, and the cost of dental treatment necessary because of accidents and illness, is reimbursed according to special rules. Dental treatment is not subsidized for the rest of the population. No private dental insurance is available either.

NORWAY: Adults over 20 years of age mainly pay for their own dental treatment. Prices for general dental practitioner services are not regulated. Dental treatment, except for orthodontic treatment, is free of charge for young people under the age of 18 years and all mentally handicapped people. Elderly people, people with chronic illnesses and disabled people who are either living in institutions or who receive home nursing services also receive free dental treatment from the public dental service.

Adolescents 19-20 years of age receive subsidized dental care. The county authorities cover a minimum of 75 per cent of the cost of dental treatment for this group.

Der kan til denne gruppe ydes 50, 75 eller 100 pct. dækning af udgifterne til tandbehandling (af sygeforsikringens takst). Helproteser og delproteser er dækket, men ikke guld- og porcelænskroner eller broer.

Implantater er også inkluderet for dem som ikke kan bruge en helprotese. Der ydes delvis tilskud til pensionister som ikke kan anvende helprotese på grund af dårlig resorbering eller andre problemer.

For behandling (inkl. ortodonti) af medfødte misdannelser, større anomalier som fx ganespalte, samt for aplasier, ulykker og sygdom betales efter særlige regler. Der ydes ikke tilskud til tandbehandling for den øvrige del af befolkningen. Der findes heller ikke privat forsikring for tandbehandling.

NORGE: Voksne over 20 år betaler normalt selv for tandbehandling. Der er fri prisfastsættelse hos privatpraktiserende tandlæger. Tandbehandling, bortset fra tandregulering, er gratis for unge under 18 år og alle psykisk udviklingshæmmede. Ældre, kronisk syge og handicappede der enten bor på institution eller er modtagere af hjemmesygepleje, modtager også gratis behandling fra den offentlige tandplejesystem

Unge i alderen 19 – 20 år modtager tandbehandling med refusion. Amterne (fylkene) betaler mindst 75 procent af udgifterne til behandling for denne aldersgruppe.

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

The National Insurance Scheme covers part of the cost of necessary orthodontic treatment for children up to the age of 18.

The National Insurance Scheme provides reimbursement for dental treatment when a specified medical condition, or treatment of the condition, has led to reduced oral health.

Patients with a rare medical condition can also receive reimbursement for dental treatment from the National Insurance Scheme.

It is also possible to receive reimbursement for the cost of treatment to replace teeth that have been lost as a result of periodontal disease.

SWEDEN: Dental treatment is free for children and young people under the age of 20 years.

All persons aged 20 years or more pay part of the cost for conservative treatment. The rest of the cost is paid by the state directly to the dentist. Dental fees are not regulated, which means that dentists decide the cost of the various types of treatment themselves. It is also possible to have a two-year contract for treatment at a fixed price. For persons 65 years or more prosthetic treatment is limited to SEK 7 700 plus the cost of materials. The dental treatment insurance pays the rest of the cost of treatment directly to the dentist. Reimbursement for dental treatment from a private dentist is limited to the public fees set by the county.

Persons who need extensive dental care as a result of diseases or disability are given a subsidy from the dental treatment insurance that is twice the amount

Folketrygden dækker dele af udgifterne ved nødvendig kæbekirurgisk behandling for børn op til 18 år.

Folketrygden giver tilskud til tandbehandling når en bestemt lidelse, eller behandling af denne lidelse, har ført til en dårligere tandsundhed.

Patienter med sjældne medicinske sygdomme kan også få tilskud til tandbehandling fra Folketrygden.

Det er også muligt at få tilskud til erstatning af tænder der er gået tabt på grund af periodontitis.

SVERIGE: Børn og unge under 20 år har gratis tandbehandling.

Alle personer som er 20 år eller ældre betaler en del af tandlægeregningen for den bevarende behandling. Det resterende beløb betales direkte til tandlægen af staten. Der er fri prisdannelse på tandbehandling hvilket medfører at tandlægerne selv bestemmer prisen for de enkelte behandlingstyper. Det er også muligt at indgå en toårig aftale om behandling til fast pris. For personer på 65 år eller ældre er udgifter til proteser fastsat til maksimalt 7 700 SEK plus udgifter til materialer. Forsikringen for tandbehandling betaler det resterende beløb direkte til tandlægen. For privatpraktiserende er tilskuddet begrænset til det offentlige takster i lenet.

Personer som har behov for udvidet tandpleje som følge af sygdomme eller handicap gives der et tilskud fra tandbehandlingsforsikringen som er dobbelt så

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

of that normally given for conservative treatment.

In addition to providing free dental treatment for children and young persons, the county and regional authorities are responsible for:

- Oral surgery carried out in hospitals
- Dental treatment that is a part of the treatment of disease over a limited period of time
- Dental treatment for certain elderly or disabled people who have difficulties maintaining their oral hygiene.

For patients belonging to one of the above groups, the same user charge rules apply as for general outpatient medical treatment, i.e. a maximum of SEK 900 for a twelve-month period.

Maximum charges

DENMARK AND GREENLAND: There are no rules for maximum user charges, with the exception of medicinal products in Denmark.

FAROE ISLANDS: Apart from pharmaceutical products and dental treatment, there are no patient contributions in the Faroe Islands (see the sections on reimbursement for pharmaceutical products and reimbursement for dental treatment)

FINLAND: If the total cost of pharmaceutical products exceeds EUR 606.95 per year, or if travelling costs for treatment exceed EUR 157.26 per year the Social Insurance Institution reimburses the excess costs. If a person's ability to

højt som den man normalt giver til den bevarende tandbehandling.

Ud over gratis tandbehandling til børn og unge har landstingene og regionerne ansvaret for:

- Kirurgisk tandbehandling som udføres ved et sygehus
- Tandbehandling der er led i en sygdomsbehandling i en begrænset periode
- Tandbehandling til visse ældre og handicappede som har svært ved at klare mundhygiejne.

For patienter som hører til en af ovennævnte grupper gælder samme egenbetalingsregler som i den ambulante almene sygdomsbehandling, dvs. højst 900 SEK for en tolv måneders periode.

Maksimal egenbetaling

DANMARK OG GRØNLAND: Der findes ingen regler om maksimal egenbetaling med undtagelse for medicin i Danmark.

FÆRØERNE: Bortset fra medicin og tandpleje er der ingen tvungen egenbetaling på Færøerne, (se afsnit om tilskud til lægemidler og tilskud til tandbehandling.

FINLAND: Hvis den maksimale egenbetaling for medicin udgør 606,95 EUR pr. år og hvis udgifterne til transport i forbindelse med behandling overstiger 157,26 EUR pr. år vil Folkpensionssanstalten dække det overskydende be-

pay taxes is reduced because of sickness, a special tax relief may be granted. The amount of the tax relief is calculated on the basis of the person's and his/her family's ability to pay taxes.

User charges for a long-term stay in an institution or a hospital cannot exceed 80 per cent of a patient's/resident's net income. The same charge is payable in all kinds of institutions within the social and health care sectors. Those admitted for a long-term stay in an institution must have a disposable amount of at least EUR 80 per month for personal necessities. Persons receiving a war supplement may keep that part of the amount that is in excess of the EUR 80.

The so-called user charge ceiling of EUR 590 is applied by the municipal social and welfare sectors. Once the ceiling for the present calendar year is exceeded, the user may generally utilize services free of charge. The ceiling applies to physician services in the primary health care sector, physiotherapy, outpatient treatment, day surgery and short-term stays in institutions in the social and health sectors. Dental care, patient transport, certificates, laboratory tests and radiological examinations requisitioned by privately practising physicians must still be paid for. Income regulated payments are not included in the maximum amount. Payments made for children under 18 years of age are added to the amount paid by the person who has paid the costs.

ÅLAND: The rules for maximum user charges for medicines and transport to and from treatment are the same as in Finland. For treatment of illness, there is a maximum user charge for medical visits

løb. Hvis evnen til at betale skat er nedsat på grund af sygdom gives der en særlig skattelettelse. Skattelettelsens størrelse beregnes i forhold til den pågældendes eller dennes families muligheder for at betale skat.

Egenbetalingen for langtidsophold på institution/hospital kan højst udgøre 80 pct. af patientens/beboerens nettoindkomst. Det er den samme betaling som opkræves på alle typer af institutioner indenfor social- og sundhedssektoren. De der er indskrevet til et langvarigt institutionsophold skal mindst råde over et dispositionsbeløb på 80 EUR pr måned til personlige fornødenheder. Personer der modtager krigstillæg, beholder dette beløb ud over de 80 EUR.

Det såkaldte udgiftsloft på 590 EUR er taget i anvendelse for det kommunale social- og sundhedsvæsen. Når loftet i kalenderåret overskrides kan den pågældende i det store og hele benytte tilbuddene uden betaling. Loftet omfatter lægeydelser i den primære sektor ved helsecentrene, fysioterapi, behandlingsforløb, besøg i ambulatorium, dagkirurgi samt korttidsinstitutionsophold indenfor social- og sundhedsvæsenet. Der betales fortsat for tandbehandling og sygetransport, attester, laboratorieundersøgelser og radiologiske undersøgelser som udføres efter henvisning fra en privatpraktiserende læge. Indkomstregulerede betalinger medregnes ikke i maksimumsbeløbet. Betaling for børn under 18 år medregnes i maksimumsbeløbet hos den der har betalt for det.

ÅLAND: Reglerne for den maksimale egenbetaling for medicin og transport til og fra behandling er den samme som i Finland. Ved sygdomsbehandling er der en maksimal egenbetaling ved lægebesøg

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

and outpatient treatment of no more than EUR 450 during one calendar year, after which all services are free of charge for the remaining part of the year, with the exception of short-term stays in institutions/hospitals, for which the charge is reduced from EUR 27 per day to EUR 15 per day. The maximum charge for people over 18 years of age with low income is EUR 225. The maximum charge for children and young people under 18 years of age is EUR 200 per calendar year, after which all treatment included in the maximum user charge scheme is free, including hospital treatment. As part of the maximum user charge, payment for outpatient treatment and services received outside the county are also included. Dental treatment, treatment in hospital departments, and x-ray and laboratory examinations are not included. User charges may be deducted from municipal tax.

ICELAND: Within the present system, user charges are reimbursed for people aged 18-70 years of age, if the costs exceed ISK 18 000 during one calendar year. The same applies to children under 18 if charges exceed ISK 6 000. User charges exceeding ISK 4 500 are reimbursed for the following groups: 60-70 year-old senior citizens receiving a full basic pension, senior citizens 70 years and older, disabled persons, and persons who have been continually unemployed for 6 months or longer.

If there are one or more children under the age of 18 in one family, they count as one person in relation to the cost ceiling.

When the cost ceiling has been reached, an insured person will receive a discount card, which guarantees full or partial reimbursement for the rest of the year, according to certain rules.

og ambulat behandling på højest 450 EUR i løbet af et kalenderår hvorefter al service er gratis den resterende del af året med undtagelse af kortvarige institutions/hospitalsophold hvor betalingen reduceres fra 27 EUR pr døgn til 15 EUR pr døgn. For personer med lav indkomst over 18 år er den maksimale egenbetaling 225 EUR. For børn og unge under 18 år er den maksimale egenbetaling 200 EUR per kalenderår hvorefter al behandling der indgår under den maksimale egenbetaling er gratis, inklusiv behandling på en hospitalsafdeling. Til den maksimale egenbetaling medregnes også betaling for ambulat behandling og ydelser som er modtaget uden for landskabet. Derimod medregnes bl.a. tandbehandling, behandling på hospitalsafdelinger, røntgen- og laboratorieundersøgelser ikke. Egenbetalingen kan fratrækkes i kommuneskatten.

ISLAND: I det nuværende system refunderes egenbetalingen for personer i alderen 18-70 år, hvis den i løbet af ét kalenderår overstiger 18 000 ISK. Det samme gælder for børn under 18 år hvis egenbetalingen overstiger 6 000 ISK. For følgende grupper refunderes egenbetalingen hvis den overstiger 4 500 ISK pr. år: Pensionister 60-70 år med fuld grundpension, pensionister 70 år og ældre, handicappede og personer, der har været arbejdsløse uafbrudt i 6 måneder eller længere.

Hvis der er ét eller flere børn under 18 år i samme familie, regnes de som én person i forhold til udgiftsloftet.

Når udgiftsloftet er nået, vil den sikrede få tildelt et rabatkort, som indebærer fuld eller delvis refusion for egenbetalingen i resten af året efter visse nærmere fastsatte regler.

The cost ceiling scheme covers the following services: consultation with a general medical practitioner or a specialist, home visit by a physician, outpatient treatment in a hospital or a casualty department, and laboratory examinations and X-ray treatment. The scheme does not cover treatment for in vitro fertilization.

NORWAY: Under the present scheme, reimbursement is granted for charges that exceed a certain annual amount.

User charges for the services that are included in the cost ceiling arrangement are noted on a card. When the cost ceiling is reached, patients receive a card granting them full reimbursement from the National Insurance Scheme for the rest of the year. The cost ceiling for one of the parents extends to children under the age of 16. No user charges are levied for children under the age of 7.

There are two separate reimbursement schemes in Norway.

The following services are included in reimbursement scheme 1:

- Examination and treatment by a doctor or psychologist
- Necessary pharmaceutical products (products prescribed on "blue prescription")
- Travel costs that are paid for by the National Insurance Scheme.

The following services are included in reimbursement scheme 2:

- Examination and treatment by a dentist for certain specified diseases
- Certain physiotherapy services

Ordningen om udgiftsloft omfatter følgende ydelser: Besøg hos alment praktiserende læge eller speciallæge, besøg af læge i hjemmet, ambulans behandling på hospitaler og skadestuer, samt laboratorieundersøgelser og røntgenbehandling. Ordningen omfatter ikke behandling for in vitro fertilisering.

NORGE: I det nuværende system ydes der refusion for egenbetaling, hvis denne overstiger et vist beløb årligt.

Egenbetalingen for de ydelser, der er omfattet af ordningen om udgiftsloft, noteres på et kvitteringskort. Når udgiftsloftet er nået, tildeles patienten et frikort, hvorefter Folketrygden yder fuld refusion for udgifterne i resten af året. Børn og unge under 16 år er omfattet af udgiftsloftet hos én af forældrene. Børn under 7 år er fritaget for egenbetaling.

Der er to helt adskilte egenandelsordninger i Norge.

Følgende ydelser indgår i egenandelsloft nr. I:

- Undersøgelse og behandling hos læge eller psykolog
- Vigtige lægemidler (på "blå recept")
- Rejser, som Folketrygden betaler for.

Følgende ydelser indgår i egenandelsloft nr. II:

- Undersøgelser og behandling hos tandlæge for visse specificerede sygdomme
- Refusionsberettiget fysioterapi

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

- Certain stays in approved training institutions
- Travel abroad for treatment under the auspices of Rikshospitalet University Hospital.
- Visse ophold ved godkendte genoptræningsinstitutioner
- Behandlingsrejser til udlandet (klimarejser) i regi af Rigshospitalet.

In 2005, the cost ceiling for reimbursement scheme 1 was NOK 1 585 and for re-imburement scheme 2 NOK 3 500.

Egenandelsloftet for 2005 for egenandelsloft I er 1 585 NOK og for egenandelsloft II 3 500 NOK.

SWEDEN: From 1 January 1997, special maximum user charges for general medical treatment and for pharmaceutical products were introduced.

SVERIGE: Siden 1. januar 1997 har der været særskilte takster for maksimal egenbetaling for henholdsvis almindelig lægebehandling og lægemidler.

The user charges for a consultation with a general medical practitioner or a specialist, for medical treatment and for articles used for incontinence are added up. If the user charges, over a 12-month period, together exceed SEK 900 (or a lower amount fixed by the county authority), a card entitling the holder to exemption from charges is issued. The card is valid for the remaining part of the period.

Egenbetalingen for konsultationer hos almenmedicinsk læge eller specialist, for medicinsk behandling og for artikler, der anvendes ved inkontinens, sammentæles. Hvis den samlede egenbetaling over en 12-måneders periode overstiger 900 SEK (eller et lavere beløb, fastsat af Landstinget), udstedes der et frikort. Frikortet gælder for den resterende del af perioden.

If user charges for prescribed pharmaceutical products exceed SEK 1 800, a card entitling the holder to free medication is issued. The card allows the person to buy pharmaceutical products free of charge for the remaining part of the 12-month period.

Hvis egenbetalingen for lægemidler på recept overstiger 1 800 SEK, udstedes et frikort. Frikortet giver ret til køb af lægemidler uden egenbetaling i den resterende del af 12-måneders perioden, regnet fra det første lægemiddelindkøb.

If one of the parents or both parents have several children under the age of 18 years, the children are exempted from paying user charges when the total purchase of pharmaceutical products for them exceeds the fixed maximum user charges. Some county and regional authorities have also determined a maximum user charge for patient transport.

Hvis én eller begge forældre tilsammen har flere børn under 18 år, er børnene fritaget for egenbetaling såfremt lægemiddelindkøbet til dem samlet overstiger det fastlagte maksimum for egenbetaling. Nogle landsting og regioner har også fastsat regler om maksimal egenbetaling for sygetransport.

CHAPTER II

Population and fertility

Befolkning og fertilitet

Introduction

This chapter begins with a general description of the population in the Nordic countries and trends in population development followed by a more detailed description of fertility, births, infant mortality and contraceptive methods.

Population and population trends

The population structure varies somewhat between the Nordic countries, Sweden having the oldest and Greenland the youngest population.

The development in population growth varies somewhat between the Nordic countries. The natural increase has been greatest in Iceland, the Faroe Islands and Greenland throughout the period. Sweden and Åland have the lowest natural increase. In 2003, net migration contributed to population growth in all the Nordic countries with the exception of Greenland and Iceland.

Life expectancy in the Nordic countries has increased significantly, and even though women live longer, the difference between the life expectancies of men and women has been reduced.

Indledning

I dette kapitel gives der først en generel beskrivelse af befolkningen i de nordiske lande, efterfulgt af en nærmere beskrivelse af fertilitet, fødsler, spædbørnsdødelighed og prævention.

Befolkning og befolkningsudvikling

Sammensætningen af befolkningen er noget forskellig fra land til land. Sverige har den ældste og Grønland den yngste befolkning.

Udviklingen i befolkningstilvæksten varierer en del de nordiske lande imellem. Fødselsoverskuddet har hele perioden igennem været størst i Island, Færøerne og Grønland. Sverige og Åland har det laveste fødselsoverskud. I 2003 bidrager nettomigrationen til en befolkningsforøgelse med undtagelse af Grønland og Island.

Den forventede levetid i Norden er forøget markant, og selv om kvinder generelt lever længst, er forskellene mellem mænds og kvinders forventede levetid blevet reduceret.

POPULATION AND FERTILITY

Figure 2.1 Mean population by sex and age as a percentage of the total population 2003
 Middelfolketallet efter køn og alder i pct. af hele befolkningen 2003

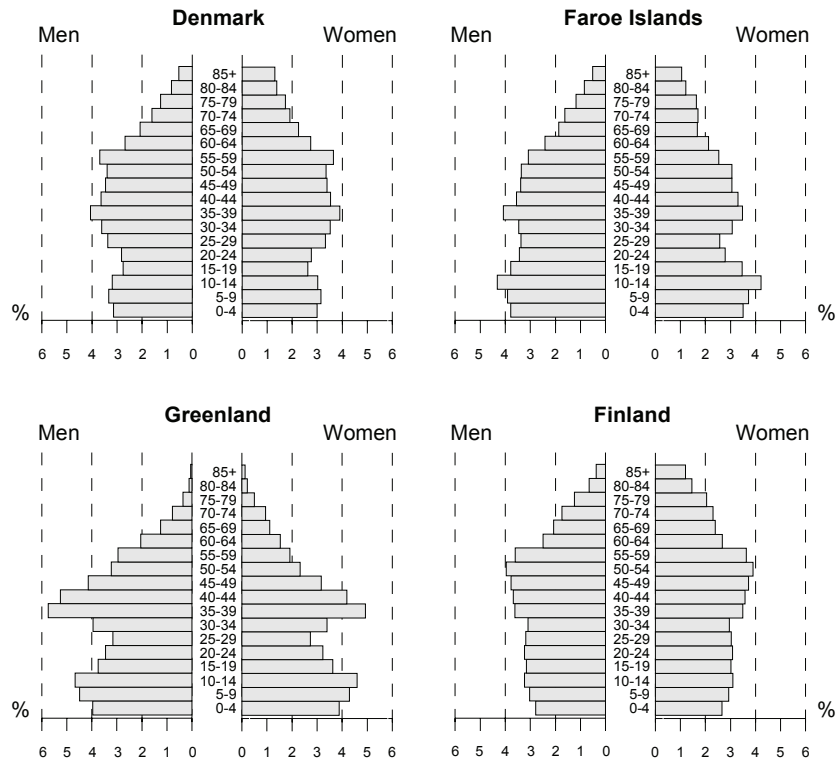
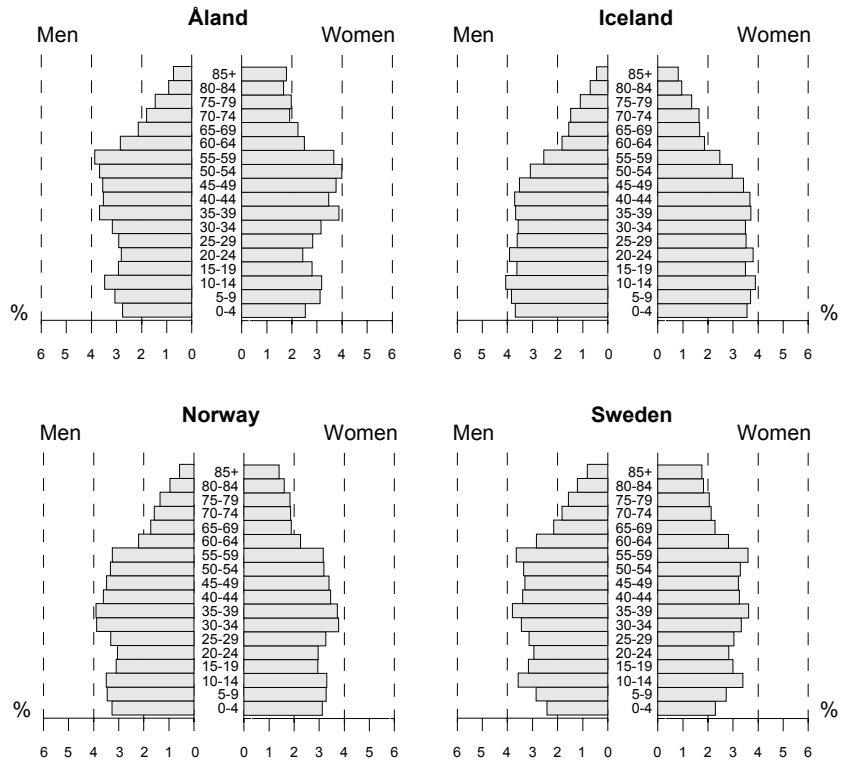


Figure 2.1 ... continued
... fortsat



POPULATION AND FERTILITY

Table 2.1 Mean population 1995-2003
Middelfolketallet 1995-2003

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	of which Åland	Iceland	Norway	Sweden
(1 000)								
<i>Men</i>								
Mænd								
1995	2 580	23	30	2 487	12	134	2 155	4 361
2000	2 639	24	30	2 526	13	141	2 224	4 386
2002	2 657	25	30	2 541	13	144	2 249	4 418
2003	2 665	25	30	2 553	13	145	2 263	4 437
<i>Women</i>								
Kvinder								
1995	2 648	21	26	2 621	13	133	2 204	4 466
2000	2 700	22	26	2 650	13	140	2 267	4 486
2002	2 717	23	26	2 659	13	144	2 289	4 507
2003	2 723	23	26	2 667	13	145	2 302	4 521
<i>Men and women</i>								
Mænd og kvinder								
1995	5 229	44	56	5 108	25	267	4 359	8 827
2000	5 340	46	56	5 176	26	281	4 491	8 872
2002	5 374	47	57	5 201	26	288	4 538	8 925
2003	5 387	48	57	5 220	26	289	4 565	8 958

Sources: The central statistical bureaus: D: Statistics Denmark; FI: Statistics Faroe Islands; G: Statistics Greenland; F & Å: Statistics Finland; I: Statistics Iceland; N: Statistics Norway; S: Statistics Sweden
Kilder: De statistiske centralbureauer: D: Danmarks Statistik; FI: Hagstova Føroya; G: Grønlands Statistik; F & Å: Statistikcentralen; I: Hagstofa Íslands; N: Statistisk sentralbyrå; S: Statistiska centralbyrån

POPULATION AND FERTILITY

Table 2.2 Vital statistics per 1 000 inhabitants 1995-2003
Befolkningens bevægelser pr. 1 000 indbyggere 1995-2003

	<i>Live births</i> Levendefødte	<i>Deaths</i> Døde	<i>Natural increase</i> Fødselsoverskud	<i>Net migration</i> Nettomigration	<i>Population increase</i> Befolkningstilvækst
Denmark					
1995	13.3	12.1	1.3	5.5	6.7
2000	12.6	10.9	1.7	1.8	3.5
2002	12.2	10.9	1.3	2.2	3.6
2003	12.0	10.7	1.3	1.2	2.5
Faroe Islands					
1995	14.7	8.3	6.4	-13.4	-7.0
2000	15.1	7.7	7.5	9.6	17.1
2002	15.0	8.3	6.6	8.6	15.2
2003	14.7	8.5	6.2	4.8	10.6
Greenland					
1995	20.1	8.7	11.4	-8.3	3.1
2000	15.8	8.1	7.7	-3.6	4.1
2002	16.6	7.7	8.9	-6.6	2.4
2003	15.8	8.5	7.3	-5.4	1.9
Finland					
1995	12.3	9.6	2.7	0.6	3.3
2000	11.0	9.5	1.4	0.5	1.9
2002	10.7	9.5	1.2	1.0	2.2
2003	10.9	9.4	1.5	1.1	2.6
Åland					
1995	13.4	10.2	3.2	-2.3	0.9
2000	10.0	9.6	0.4	2.3	2.7
2002	10.3	9.0	1.3	8.5	9.7
2003	10.0	10.2	-0.2	3.8	3.5
Iceland					
1995	16.0	7.2	8.8	-5.3	3.7
2000	15.3	6.5	8.8	6.1	15.3
2002	14.1	6.3	7.7	-1.0	6.6
2003	14.3	6.3	8.0	-0.5	7.3
Norway					
1995	13.8	10.4	3.5	1.5	4.9
2000	13.2	9.8	3.4	2.2	5.6
2002	12.2	9.8	2.4	3.8	6.2
2003	12.4	9.3	3.1	2.5	5.5
Sweden					
1995	11.7	10.6	1.1	1.4	2.4
2000	10.2	10.5	-0.3	2.8	2.4
2002	10.7	10.7	0.1	3.5	3.6
2003	11.1	10.4	0.7	3.2	3.9

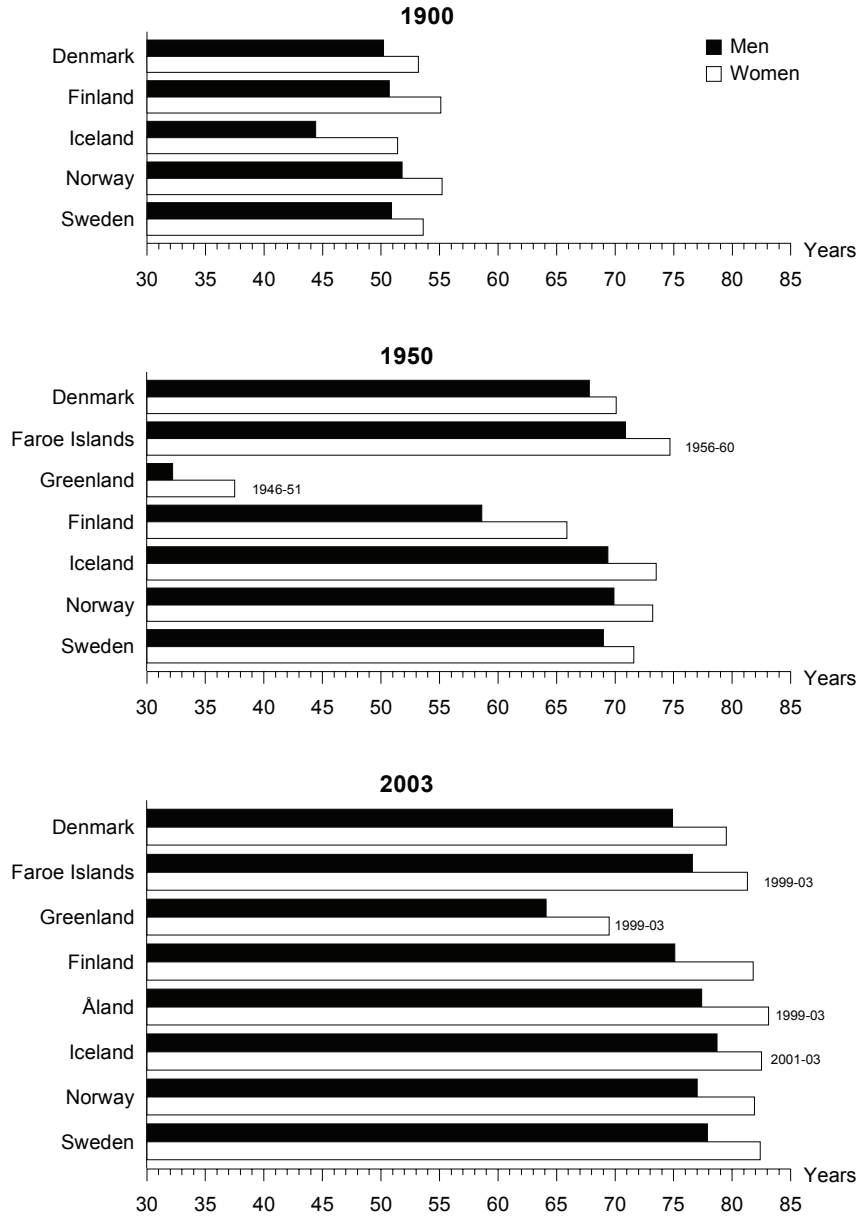
Sources: The central statistical bureaus
Kilder: De statistiske centralbureauer

POPULATION AND FERTILITY

Table 2.3 Average life expectancy 1996-2003
Middellevetiden 1996-2003

Age	Men		Mænd			Women			Kvinder	
	0	15	45	65	80	0	15	45	65	80
Denmark										
1996-00	73.8	59.4	31.1	14.8	6.6	78.7	64.2	35.1	18.0	8.4
2001/02	74.7	60.3	31.7	15.3	6.7	79.2	64.8	35.6	18.2	8.5
2002/03	74.9	60.4	31.9	15.5	6.8	79.5	65.0	35.7	18.4	8.5
Faroe Islands										
1996-00	75.2	60.7	32.2	15.5	7.0	81.4	66.8	37.4	19.4	8.8
1999-03	76.6	62.1	33.5	16.6	7.5	81.3	66.6	37.5	19.6	8.7
Greenland										
1996-00	62.8	50.3	26.2	11.1	5.0	68.0	55.0	27.6	12.5	5.3
1999-03	64.1	51.3	26.4	11.5	5.9	69.5	55.9	28.6	13.4	6.2
Finland										
1996-00	73.6	59.1	31.1	15.0	6.6	80.8	66.2	37.1	19.1	8.1
2002	74.9	60.2	32.1	15.8	6.8	81.5	66.9	37.7	19.7	8.3
2003	75.1	60.6	32.3	16.1	7.0	81.8	67.2	37.9	19.9	8.5
Åland										
1996-00	75.8	61.3	32.7	16.2	7.1	82.5	67.6	38.4	20.5	9.0
1999-03	77.4	63.1	34.3	17.1	7.3	83.1	68.5	39.2	20.8	9.2
Iceland										
1996-00	77.1	62.6	34.0	16.7	7.3	81.4	66.8	37.4	19.6	8.6
2001/02	78.4	63.8	35.1	17.5	7.7	82.6	68.0	38.7	20.7	9.2
2001-03	78.7	64.1	35.3	17.7	7.7	82.5	67.9	38.6	20.5	9.1
Norway										
1996-00	75.5	61.1	32.7	15.7	6.7	81.1	66.6	37.4	19.5	8.5
2002	76.5	61.9	33.5	16.3	6.9	81.5	67.0	37.7	19.8	8.7
2003	77.0	62.5	34.0	16.7	7.0	81.9	67.4	38.1	20.1	8.9
Sweden										
1996-00	76.9	62.4	33.6	16.4	7.0	81.8	67.2	37.9	19.9	8.8
2002	77.7	63.1	34.3	16.9	7.2	82.1	67.5	38.1	20.0	8.8
2003	77.9	63.3	34.4	17.0	7.3	82.4	67.8	38.4	20.3	9.1
Sources:	<i>The central statistical bureaus</i>									
Kilder:	<i>De statistiske centralbureauer</i>									

Figure 2.2 Life expectancy at birth 1900, 1950 and 2003
 Middellevetiden for nyfødte 1900, 1950 og 2003



Fertility, births, infant mortality and contraception

In recent years, the overall development in fertility has resulted in Åland and Sweden having the lowest fertility rates in the Nordic countries, while the rates remain high in the Faroe Islands, Greenland and Iceland, particularly for the youngest age groups.

In all the Nordic countries, it is possible to obtain treatment for infertility, paid for by the public health services (in Iceland and Norway there is, however, a certain user charge). As shown in Table 2.5, more and more people are receiving such treatment, and a significant proportion of live births are the result of in vitro fertilization (IVF). A large number of births resulting from IVF are still multiple births.

Internationally, the Nordic countries are characterized by having very low perinatal mortality. Greenland has the highest among the Nordic countries. The other countries lie relatively close to each other.

Greenland also has the highest mortality rate for the first year of life. The Faroe Islands had the lowest mortality rate for the first year of life in 2003.

The sale of oral contraceptives varies substantially between the Nordic countries, but these differences have become smaller over time.

The use of sterilization as a means of birth control also varies considerably between the Nordic countries. In most of the countries no permission for sterilization is required if the person is aged 25 or more.

Fertilitet, fødsler, spædbørnsdødelighed og prævention

Udviklingen i den samlede fertilitet har i de seneste år ført til, at fertilitetsraterne i Åland og Sverige nu er de laveste i Norden, mens det fortsat er høje rater på Færøerne, Grønland og i Island, navnlig i de yngste aldersklasser.

I alle de nordiske lande er det muligt at blive behandlet for barnløshed, betalt af det offentlige (i Island og Norge er der dog en vis egenbetaling). Som det ses af tabel 2.5 modtager flere og flere behandling og en ikke ubetydelig del af de levendefødte er et resultat af en IVF behandling. For fødsler efter IVF behandling er der fortsat et stort antal flerbarnsfødsler.

Internationalt er de nordiske lande kendetegnet ved at have en meget lav perinatal mortalitet. Grønland ligger højest blandt de nordiske lande. De øvrige lande ligger relativt tæt.

Grønland har ligeledes den højeste dødelighed for det første leveår. Færøerne har den laveste dødelighed i det første leveår i 2003.

Omsætningen af orale præventionsmidler varierer væsentligt mellem de nordiske lande, men der er med tiden sket en vis udligning af forskellene.

Anvendelse af sterilisation som præventionsmiddel varierer ligeledes betydeligt mellem de nordiske lande. I de fleste af landene behøver man ingen tilladelse til at lade sig sterilisere efter det fyldte 25. år.

There are no comparable Nordic statistics about the use of coils and condoms.

Information about emergency contraception is included in this edition. Use of emergency contraception is relatively widespread in the Nordic countries. Use is highest in Norway and lowest in Denmark, the Faroe Islands, and Greenland. The low use in Denmark reflects the fact that Denmark has the highest number of women who use oral contraceptives.

Since the middle of the 1970s, induced abortion has been available in most of the Nordic countries. In Sweden, it is a requirement that the abortion takes place before the end of the 18th week of gestation, while in the other Nordic countries it must be performed before the end of the 12th week of gestation. However, induced abortion can also be carried out after the 12th and 18th week of gestation, but only following special evaluation and permission.

In Denmark, Greenland, Norway and Sweden, it is solely up to the pregnant woman herself to decide whether an abortion is to be performed, while in the Faroe Islands, Finland, Åland and Iceland permission is required. Such permission is given on the basis of social and/or medical criteria.

Abortion rates vary somewhat in the Nordic countries.

Der findes ingen sammenlignelig nordisk statistik om brugen af spiraler og kondomer som præventionsmiddel.

Der er i denne udgave medtaget informationer om nødprævention som er relativt udbredt i de nordiske lande hvor forbruget er højest i Norge og lavest i Danmark, Færøerne og Grønland. Det lave forbrug i Danmark afspejler at der er flest kvinder der anvender P-piller.

I de fleste af de nordiske lande har der siden midten af 1970'erne været adgang til svangerskabsafbrydelse. I Sverige er det en betingelse, at det sker før udgangen af den 18. graviditetsuge, mens svangerskabsafbrydelsen i de øvrige nordiske lande skal ske inden udgangen af den 12. svangerskabsuge. Provokeret abort kan dog også foretages efter henholdsvis 12. og 18. svangerskabsuge; men da først efter særlig vurdering og tilladelse.

I Danmark, Grønland, Norge og Sverige er det alene op til den gravide kvinde at afgøre, om der skal foretages et abortindgreb, mens der på Færøerne, i Finland, Åland og Island kræves en tilladelse. En sådan gives ud fra sociale og/eller medicinske kriterier.

Der er en vis spredning mellem landene med hensyn til abortraterne.

POPULATION AND FERTILITY

Table 2.4 Live births and fertility rate 1996-2003
 Levendefødte og fertilitetsrate 1996-2003

	Number of live births Antal leven- defødte	Live births per 1 000 women by age Levendefødte pr. 1 000 kvinder i alderen						Total fertility rate Samlet fertilitet	
		15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44		45-49
<i>Denmark</i>									
1996-00	66 951	8.0	54.7	129.7	109.3	41.3	6.0	0.2	1 746
2002	64 149	6.5	48.9	123.2	115.6	45.6	7.2	0.3	1 725
2003	64 682	6.0	46.7	125.7	121.4	46.5	7.7	0.3	1 760
<i>Faroe Islands</i>									
1996-00	657	19.3	108.0	166.0	129.1	58.1	11.1	0.3	2 459
1999-03	674	16.2	108.2	163.0	131.8	60.3	11.3	0.1	2 455
<i>Greenland</i>									
1996-00	994	55.9	160.9	118.4	87.7	47.6	13.5	1.4	2 426
2003	895	49.2	143.2	131.3	93.2	45.7	8.4	1.1	2 361
<i>Finland</i>									
1996-00	58 295	9.5	61.4	119.8	101.6	44.7	8.8	0.5	1 735
2002	55 555	11.2	57.2	112.5	102.9	47.9	9.8	0.6	1 718
2003	56 630	10.3	57.0	115.5	106.9	49.4	10.8	0.5	1 760
<i>Åland</i>									
1996-00	286	4.9	42.7	122.0	106.3	50.1	8.5	0.6	1 665
1999-03	272	5.3	44.5	109.6	109.9	51.8	8.9	0.4	1 658
<i>Iceland</i>									
1996-00	4 215	23.4	90.2	129.0	107.2	51.6	9.4	0.2	2 055
2002	4 049	18.0	75.3	120.4	107.2	54.8	10.0	0.7	1 932
2003	4 143	16.1	75.8	130.1	115.1	48.9	11.7	0.4	1 990
<i>Norway</i>									
1996-00	59 522	12.4	70.6	130.9	107.8	43.5	6.9	0.2	1 851
2002	55 434	10.1	59.5	121.0	109.3	44.1	7.7	0.2	1 754
2003	56 458	9.1	58.9	123.6	113.2	47.5	7.7	0.3	1 797
<i>Sweden</i>									
1996-00	90 688	7.1	51.7	107.9	93.4	40.3	7.3	0.3	1 540
2002	95 815	6.6	47.7	109.2	110.7	47.3	8.9	0.3	1 653
2003	99 157	6.0	47.1	111.3	118.1	51.1	9.6	0.4	1 717

Sources: The central statistical bureaus
 Kilder: De statistiske centralbureauer

Table 2.5 In vitro fertilization 1995–2003
IVF-behandling 1995–2003

	Denmark	Finland	Iceland	Norway	Sweden
<i>Treatments, IVF+ICSI</i>					
Behandlinger, IVF+ICSI					
1995–1999	..	4 569	324	..	..
2000	7 002	4 323	298	4 029	6 586
2001	..	4 244	309	4 045	7 115
2002	..	4 369	311	3 629	7 479
2003	..	4 438	314	..	..
<i>Frozen embryo transfers, FET</i>					
Tilbageføring af nedfrosne æg, FET					
1995 – 1999	..	2 015	..	..	..
2000	975	2 488	83	301	1 208
2001	..	2 814	68	359	1 685
2002	..	2 745	72	265	1 743
2003	..	2 552	86	..	..
<i>Number of live births, IVF+ ICSI + FET</i>					
Antal levendefødte, IVF+ ICSI + FET					
1995- 1999	..	1 348	..	..	..
2000	2 085	1 388	147	1 097 ¹⁾	2 237
2001	..	1 360	116	1 243 ¹⁾	2 519
2002	..	1 438	130	1 092 ¹⁾	2 706
2003	..	1 555	140	..	..
<i>Treatments 2003 per 1 000 women aged 15–49 years</i>					
Behandlinger i 2003 pr. 1 000 kvinder i alderen 15–49 år					
IVF+ICSI	..	3.7	4.3	3.4	3.8
FET	..	2.1	1.2	0.2	0.9
Total	..	5.9	5.5	3.6	4.6
<i>Multiple births, per cent of all births after IVF</i>					
Flerbarnsfødsler, procent af					
alle fødsler efter IVF-behandling					
..	..	12.7	26.6	30.1	18.5
<i>Children born in multiple births,</i>					
<i>per cent of all children born after IVF</i>					
Børn født i flerbarnsfødsler, procent af					
alle børn født efter IVF-behandling					
..	..	22.7	42.1	46.5	31.4
<i>IVF, ICSI and FET, per cent of all live births</i>					
..	..	2.8	3.4	2.0	2.8
IVF, ICSI and FET i procent af alle levendefødte					

IVF = In vitro fertilisation (reagensglasbefrugtning)

ICSI = Intracytoplasmic sperm injection (mikrobehandling)

FET = Frozen embryo transfer (tilbageføring af nedfrosne æg)

Based on the year of treatment not on the year of birth. Beregnet ud fra behandlingsår, ikke fødselsår.

1 For live births read all births.

1 Alle fødsler, ikke kun levendefødte.

Source: D: National Board of Health; F: STAKES; I: Landspítali – University Hospital; N: Ministry of Health;
S: National Board of Health and Welfare.

POPULATION AND FERTILITY

Table 2.6 Stillbirths and infant mortality¹⁾ 1996-2003
Dødfødte og dødelighed i første leveår¹⁾ 1996-2003

	Number Antal		Per 1 000 births Pr. 1 000 fødte		Deaths per 1 000 live births Døde pr. 1 000 levendefødte			Total un- der 1 year I alt under 1 år
	Stillbirths Dødfødte	Infant deaths Døde i 1. leveår	Stillbirths Dødfødte	Perinatal deaths Perinatalt døde	First 24 hours Første 24 timer	1-6 days 1-6 dage	7-27 days 7-27 dage	
Denmark								
1996-00	308	332	4.6	7.6	1.6	1.4	0.6	5.0
2002	231	277	3.6	6.3	1.5	1.3	0.6	4,3
2003	241	264	3.7	6.4	1.5	1.2	0.4	4.1
Faroe Islands								
1996-00	3.2	1.2	4.9	6.1	0.9	0.3	0.3	1.8
1999-03	2.6	0.8	3.9	4.8	0.6	0.3	0.3	1.2
Greenland								
1996-00	8	17	8.1	19.6	8.1	3.1	1.0	16.8
2003	5	12	5.6	14.6	5.6	2.3	1.1	13.5
Finland								
1996-00	214	227	3.7	5.8	1.3	0.8	0.6	3.9
2002	176	168	3.2	4.9	1.1	0.6	0.5	3.0
2003	178	182	3.1	4.8	0.9	0.7	0.4	3.2
Åland								
1996-00	-	1	1.5	3.5	0.7	1.4	-	3.5
1999-03	5	6	3.7	6.6	2.2	0.7	-	4.4
Iceland								
1996-00	15	15	3.5	5.7	1.6	0.5	0.3	3.5
2002	7	9	1.7	2.7	0.5	0.5	0.2	2.2
2003	4	10	1.0	2.7	1.0	0.7	0.2	2.4
Norway								
1996-00	244	244	4.1	6.2	1.0	1.1	0.6	4.1
2002	197	186	3.5	5.2	0.8	0.8	0.7	3.4
2003	213	197	3.8	5.7	1.0	1.0	0.5	3.5
Sweden								
1996-00	332	325	3.7	5.4	0.8	0.9	0.6	3.6
2002	352	313	3.7	5.3	0.6	1.0	0.5	3.3
2003	359	308	3.6	5.2	0.7	0.9	0.6	3.1

1 Computed by year of death.

1 Opgjort efter dødsår.

Sources: D: National Board of Health; FI: Chief Medical Officer in the Faroes; G: Chief Medical Officer; F & Å:
Kilder: Statistics Finland; I: Statistics Iceland; N: Statistics Norway ; S: Statistics Sweden

Table 2.7 Stillbirths and deaths during first year of life per 1 000 births 1995–2003, with birthweight 1 000 grams and more, total figures and rates per 1 000 births¹⁾

Dødfødte og døde i løbet af første leveår med en fødselsvægt på 1 000 gram og mere, i alt og pr. 1 000 fødte 1995–2003¹⁾

	Number Antal		Per 1 000 births Pr. 1 000 fødte	Deaths per 1 000 live births Døde pr. 1 000 levendefødte				
	Stillbirths Dødfødte	Infant deaths Døde i 1. leveår	Stillbirths Dødfødte	First 24 hours Første 24 timer	1–6 days 1–6 dage	7–27 days 7–27 dage	28 days to 1 year 28 dage til 1 år	Total un- der 1 year I alt under 1 år
Denmark								
1995	282	330	4.0	1.0	1.9	0.6	1.3	4.7
2000	183	238	2.9	0.6	1.3	0.5	1.2	3.6
2002	183	172	2.7	0.6	0.7	0.4	0.9	2.7
2003	203	134	3.2	0.5	0.5	0.2	0.8	2.0
Finland								
1995	189	168	3.0	0.5	0.7	0.5	1.0	2.7
2000	150	152	2.7	0.6	0.5	0.5	1.1	2.7
2002	130	115	2.4	0.5	0.5	0.3	0.8	2.1
2003	130	132	2.3	0.5	0.7	0.3	0.9	2.3
Iceland								
1995	7	13	1.6	0.9	0.7	-	1.4	3.0
2000	13	5	3.0	0.0	0.2	0.2	0.7	1.2
2002	6	5	1.5	0.2	0.5	0.2	0.2	1.2
2003	3	5	0.7	0.5	-	0.2	0.5	1.2
Norway								
1995	177	182	2.9	0.7	0.7	0.4	1.3	3.0
2000	196	144	3.3	0.7	0.4	0.4	1.1	2.5
2002	158	117	2.8	0.5	0.4	0.4	0.8	2.1
2003	147	110	2.7	0.4	0.5	0.3	0.8	2.0
Sweden								
1995	318	376	3.1	1.4	0.6	0.5	1.2	3.7
2000	318	251	3.6	0.8	0.7	0.4	0.9	2.8
2002	288	222	3.1	0.7	0.6	0.4	0.7	2.1

1 Computed by year of birth.

1 Opgjort efter fødselsår.

Sources: D: National Board of Health F: Statistics Finland & STAKES; I: Medical Birth Registry of Iceland & Statistics Iceland; N: Medical Birth Registry of Norway; S: Medical Birth Registry, National Board of Health and Welfare

POPULATION AND FERTILITY

Table 2.8 Sterilizations 1995-2003
Sterilisationer 1995-2003

	Denmark ¹⁾	Faroe Islands	Greenland	Finland	Of which Åland	Iceland ²⁾	Norway ³⁾	Sweden
<i>Men</i>								
<i>Mænd</i>								
1995	5 256	3	4	792	-	87	2 697	1 507
2000	5 544	10	18	1 771	2	246	3 244	1 463
2002	5 671	11	7	1 589	-	298	3 093	..
2003	5 113	12	2	1 639	-	261	3 155	..
<i>Women</i>								
<i>Kvinder</i>								
1995	4 815	60	67	10 521	31	553	4 525	5 919
2000	5 101	29	127	8 699	31	519	4 512	4 931
2002	5 275	31	92	6 728	41	365	1 477 ³⁾	..
2003	5 116	25	97	5 904	22	358	1 624	..
<i>Total</i>								
<i>I alt</i>								
1995	10 071	63	71	11 313	31	640	7 222	7 426
2000	10 645	39	145	10 470	33	765	7 756	6 394
2002	10 946	42	99	8 317	41	663	4 570 ³⁾	..
2003	10 229	37	99	7 543	22	619	4 779	..
[2003]								
<i>Per 1 000 in the age group</i>								
<i>Pr. 1 000 i aldermen</i>								
<i>Men</i>								
<i>Mænd</i>								
25-34	2.6	0.9		0.9	-	..	1.8	..
35-44	7.9	1.6	1.0	2.7	-	..	5.7	..
45-54	2.2	0.9	1.0	0.8	-	..	1.9	..
<i>Women</i>								
<i>Kvinder</i>								
25-34	4.6	3.0	41.0	4.2	3.2	..	1.6	..
35-44	8.1	4.9	55.0	11.6	6.2	..	3.0	..
45-54	0.5	0.3	1.0	0.7	1.0	..	0.3	..

1 Sterilizations performed in hospitals.

2 Figures 2000-2003 are preliminary.

3 For 2002 excluding a county with 10 per cent of Norwegian population. 100 per cent user charge introduced in 2002.

1 Sterilisationer udført på sygehuse.

2 Tal for 2000-2003 er foreløbige.

3 Tal for et fylke med 10 procent av Norges befolkning mangler for 2002. 100 procent egenbetaling indført fra 2002.

Sources: D: National Board of Health; FI: Chief Medical Officer; G: Chief Medical Officer; F & Å: STAKES;

Kilder: I: Directorate of Health; N: Statistics Norway; S: National Board of Health and Welfare

**Table 2.9 Sales of oral contraceptives per 1 000 women aged 15–44 years
1995–2003. DDD per 1 000 women 15–44 years per day**
Salg af p-piller pr. 1 000 kvinder i alderen 15–44 år 1995–2003.
DDD pr. 1 000 kvinder i alderen 15–44 år pr. dag

ATC code G03A	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
1995	280	214	143	201	257	226	198	258
2000	315	258	186	224	281	265	225	296
2002	331	279	187	222	261	279	246	269
2003	333	286	186	216	240	266	237	264

Sources: D: Danish Medicines Agency; FI: Chief Pharmaceutical Officer; G: Medical Officer; F & Å: National Agency for Medicines; I: Icelandic Ministry of Health and Social Security; N: WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology; S: National Corporation of Swedish Pharmacies

Table 2.10 Number of sold packages of emergency prevention 2000–2003
Antal solgte forpackninger af nødprævention 2000–2003

ATC code G03A	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
2000	30 549	104	-	42 706	176	1 978	27 700	10 880
2001	38 386	189	5	45 242	223	3 310	66 600	84 073
2002	51 118	238	81	73 245	392	3 488	84 500	133 354
2003	59 864	418	310	87 955	349	3 956	99 500	146 183
Per 1 000 women age 15–44								
2000	28.5	12.2	-	41.9	36.0	31.6	30.2	6.4
2001	35.9	21.8	0.4	44.7	45.8	52.5	72.7	49.6
2002	48.0	27.0	6.5	73.0	80.5	55.4	92.2	78.4
2003	56.5	46.8	24.7	88.1	71.5	63.1	108.3	85.6

Sources: D: Danish Medicines Agency; FI: Chief Pharmaceutical Officer; G: Medical Officer; F & Å: National Agency for Medicines; I: Icelandic Ministry of Health and Social Security; N: WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology; S: National Corporation of Swedish Pharmacies

POPULATION AND FERTILITY

Table 2.11 Number of induced abortions 1996-2003
 Antal fremkaldte aborter 1996-2003

	Number of abortions Antal aborter	Abortions per 1 000 women by age Aborter pr. 1 000 kvinder i alderen							Total abortion rate Samlet abortrate	Abortions per 1 000 live births Aborter pr. 1 000 levendefødte
		15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49		
<i>Denmark</i>										
1996-00	16 580	14.5	21.0	19.5	18.3	12.8	4.8	0.5	456.5	247.4
2002	14 991	13.8	20.1	17.2	16.5	13.1	4.5	0.4	428.1	233.8
2003	15 622	14.8	21.0	18.1	17.2	13.4	5.2	0.4	450.8	241.2
<i>Faroe Islands</i>										
1996-00	47	4.4	5.2	7.3	7.8	5.5	2.9	0.6	168.3	70.9
2002	49	6.9	5.2	6.6	6.0	6.1	1.3	0.7	164.4	67.8
2003	37	4.2	6.7	6.5	3.4	3.0	1.9	-	128.9	52.6
<i>Greenland</i>										
1996-00	881	114.6	138.7	87.7	57.8	28.0	9.2	1.1	2 185.5	888.6
2002	822	112.3	139.4	81.5	52.9	28.4	14.5	0.6	2 148.0	873.5
2003	869	113.1	148.5	93.3	52.4	31.3	12.7	1.2	2 278.9	970.9
<i>Finland</i>										
1996-00	10 637	12.8	15.0	13.3	10.9	7.4	2.9	0.3	312.9	183.2
2002	10 907	16.1	16.3	12.5	10.7	7.6	3.3	0.2	333.5	197.1
2003	10 715	14.8	16.9	12.2	10.6	8.0	2.9	0.3	328.4	189.8
<i>Åland</i>										
1996-00	64	16.6	20.8	12.9	14.0	10.0	4.8	0.8	398.9	224.6
2002	61	9.7	18.7	23.3	15.8	8.2	3.3	0.0	394.4	233.7
2003	70	13.6	29.8	9.7	16.8	14.7	4.4	1.0	448.9	273.4
<i>Iceland</i>										
1996-00	922	22.6	24.0	17.4	11.8	9.4	3.9	0.3	447.2	218.8
2002	900	20.2	23.6	16.2	13.5	7.8	3.9	0.6	429.1	222.3
2003	951	19.1	23.5	16.5	16.9	10.2	4.6	0.3	455.3	229.5
<i>Norway</i>										
1996-00	14 248	18.7	26.1	19.7	15.2	9.9	3.5	0.3	471.0	239.4
2002	13 557	16.6	26.8	19.1	14.4	9.8	3.6	0.3	454.5	244.6
2003	13 888	16.3	26.9	19.5	15.2	10.8	4.0	0.3	466.0	246.0
<i>Sweden</i>										
1996-00	31 250	18.2	27.0	23.4	20.2	15.0	5.9	0.6	551.5	344.4
2002	33 365	24.4	30.0	22.7	19.5	15.5	6.2	0.7	595.3	348.2
2003	34 473	24.0	31.2	23.7	20.5	15.7	6.7	0.7	612.3	347.7

Sources: The national abortion registers
 Kilder: De nationale abortregistre

CHAPTER III

Morbidity, medical treatment, accidents and medicine

Sygelighed, sygdomsbehandling, ulykker og medicin

Introduction

This chapter begins with a description of a number of diseases that can be related to the lifestyle and social behaviour of people in the population, followed by data on the incidence of cancer. This is followed by a presentation of data on treatment provided outside hospitals and in hospitals, according to diagnostic group and for common surgical procedures. Following this, data on admissions to hospitals due to accidents are presented. Finally data on consumption of medicinal products are presented.

Diseases related to lifestyle

This section deals with a number of diseases that can be related to the lifestyle and social behaviour of people in the population, and that can be treated either outside hospitals or in hospitals.

Although the number of smokers in the Nordic countries has been decreasing during recent years, there continues to be large differences in the number of smokers, both for men and for women and some differences between countries.

Indledning

I dette kapitel omtales først et antal sygdomme der kan relateres til befolkningens livsstil/socialt adfærd, efterfulgt af forekomsten af nye tilfælde af cancer. Herefter belyses den behandling der gives udenfor sygehusene, efterfulgt af en belysning af behandling ved sygehusene fordelt på diagnosegrupper og ved vigtige kirurgiske indgreb. Herefter omtales ulykkesforekomst og personer indlagt på sygehuse på grund af ulykker. Og til sidst omtales medicinforbruget.

Sygdomme relateret til livsstil

I dette afsnit belyses et antal sygdomme som kan henføres til befolkningernes livsstil/socialt adfærd og som enten behandles uden for sygehusene og/eller indenfor sygehusene.

Selvom antallet af rygere i de senere år er faldende i de nordiske lande, er der dog fortsat store forskelle i antallet af rygere, både hos mænd og kvinder og en vis forskel mellem landene. Dette adfærdsmønster afspejler sig blandt andet i fore-

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Among other things, this pattern of behaviour is reflected in the incidence of lung cancer, as shown in Figure 3.1.

With regard to alcohol consumption, the statistics are inadequate, as the available data are based on sales figures. These figures indicate that the largest consumption/sales are to be found in Denmark and Greenland, followed by Finland, whereas consumption/sales in the other countries is at about the same level. Accordingly, the number of treatment periods/discharges from hospital for alcoholic liver diseases is highest in Denmark and Finland.

This publication previously has included data on the occurrence of hepatitis B and C, but as the information from the different countries is not comparable this table has been left out.

The incidence of HIV infection is relatively stable, with the highest incidence in Denmark and the lowest in Finland. There has been a greater increase in the incidence in women, in Denmark, Finland, Norway and Sweden. The trend is related to new methods of treatment. Because of these new methods, infected people are healthier.

Without doubt, chlamydia infection is the most common sexually transmitted disease in the Nordic countries. It is also the most common cause of infertility among women. The disease is often without symptoms.

A marked fall in the incidence of the traditional sexually transmitted diseases, gonorrhoea and syphilis, has been seen in all countries over the last 20 years. However, there are certain notable exceptions, with Greenland being radically different from the other countries.

komsten af nye tilfælde af lungecancer som det fremgår af figur 3.1.

Når det gælder forbruget af alkohol er statistikken mangelfuld, idet de tilgængelige data er hentet fra varestatistikken. Heraf fremgår det at det største forbrug/salg findes i Danmark og Grønland efterfulgt af Finland mens forbruget så nogenlunde er på samme niveau i de øvrige lande. Tilsvarende findes der også fleste behandlingsperioder/udskrivninger for alkoholiske leversygdomme i Danmark og Finland.

Der er tidligere i denne publikation medtaget data for forekomst af hepatitis B og C, men da landenes oplysninger ikke er sammenlignelige udgår denne tabel.

Forekomsten af HIV smitte ligger relativt stabil med de højeste forekomster i Danmark og de laveste i Finland. Både i Danmark, Finland, Norge og Sverige har der vist sig en større stigning blandt kvinder. Udviklingen skal ses i sammenhæng med de nye behandlingsmetoder der giver flere symptomfrie smittebærere.

Chlamydiainfektion er helt givet den hyppigst forekommende blandt de seksuelt overførte sygdomme i de nordiske lande, og det er samtidig den almindeligste årsag til infertilitet hos kvinder. Sygdommen er ofte asymptomatisk.

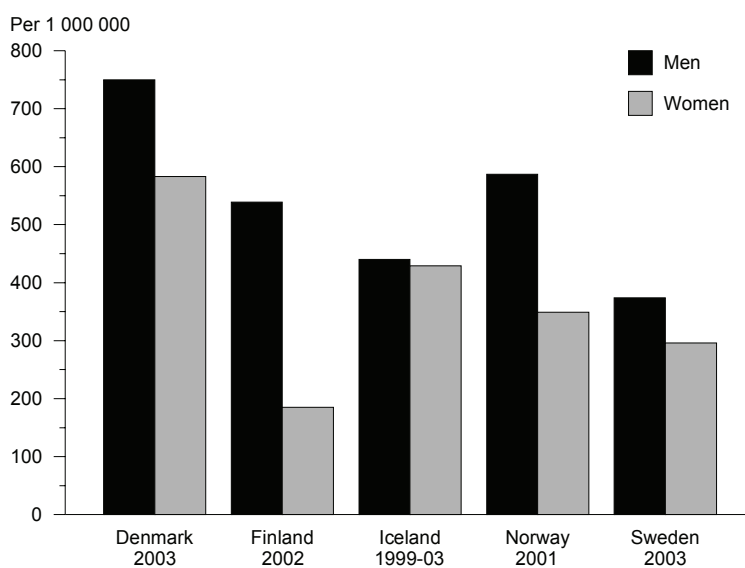
For de traditionelle kønssygdomme, gonorrhé og syfilis, er der - målt over en 20-års periode - sket en markant nedgang i alle lande. Der er dog visse iøjnefaldende forskelle, hvor Grønland skiller sig helt ud fra de øvrige lande.

Table 3.1 Percentage of daily smokers by sex 2003
Daglige rygere procentvis efter køn 2003

	Denmark	Faroe Islands	Finland	Iceland	Norway	Sweden
Age	13+	15+	15-64	15-79	16-74	16-84
<i>Smoking men as a percentage of men in the age group</i>						
Mænd, rygere, i pct. af mænd i aldersgruppen						
	30	38	26	25	27	17
<i>Smoking women as a percentage of women in the age group</i>						
Kvinder, rygere, i pct. af kvinder i aldersgruppen						
	24	34	19	20	25	18

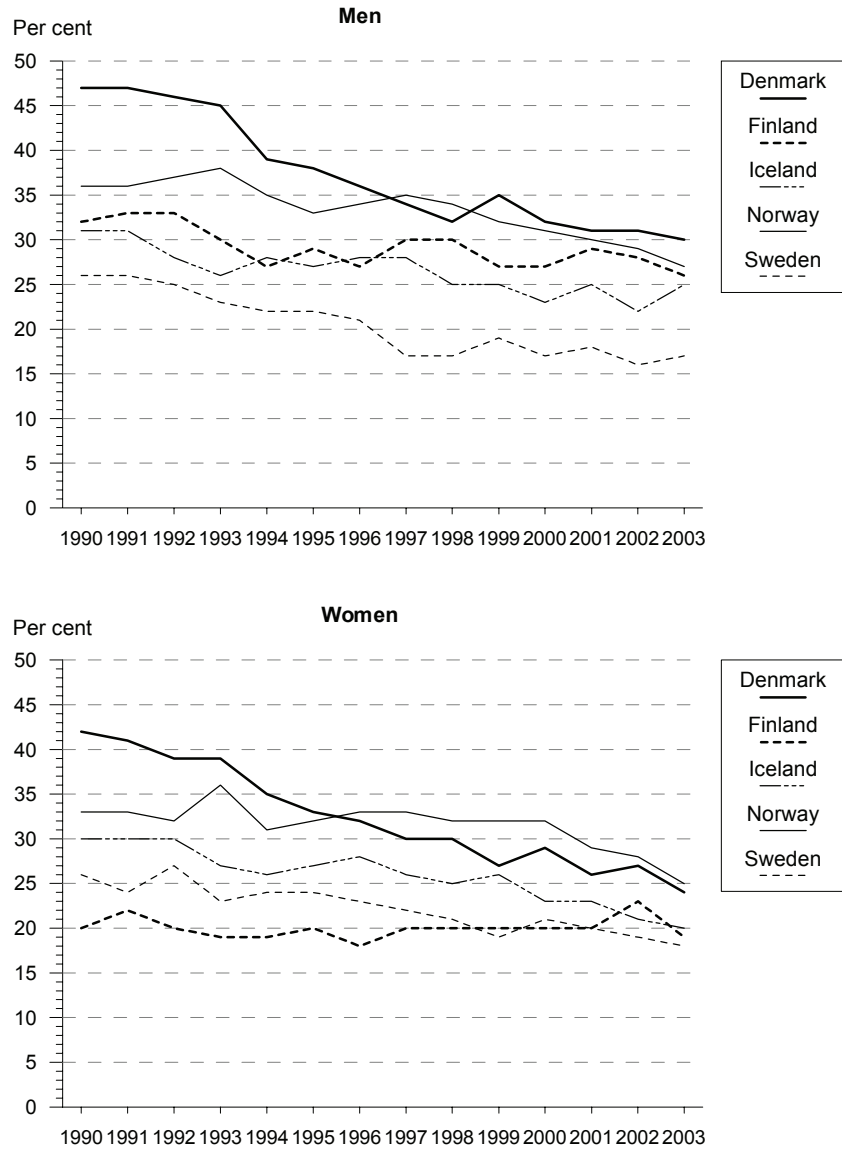
Sources: D: National Board of Health; FI: The national council for prevention; F: National Public Health Institute; I: Public Health Institute of Iceland; N: National Directorate for Health and Social Welfare; S: Statistics Sweden

Figure 3.1 Rates for new cases of lung cancer per 1 000 000 inhabitants
Rater for nye tilfælde af lungecancer pr. 1 000 000 indbyggere



Source: Tables 3.7 and 3.8
Kilde: Tabel 3.7 og 3.8

Figure 3.2 Percentage of daily smokers by sex 1990–2003
 Daglige rygere procentvis efter køn 1990–2003



Source: OECD, for 2001, 2002 and 2003 Table 3.1

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.2 Sales of alcoholic beverages in litres of 100 per cent pure alcohol per capita aged 15 years and over 1995–2003

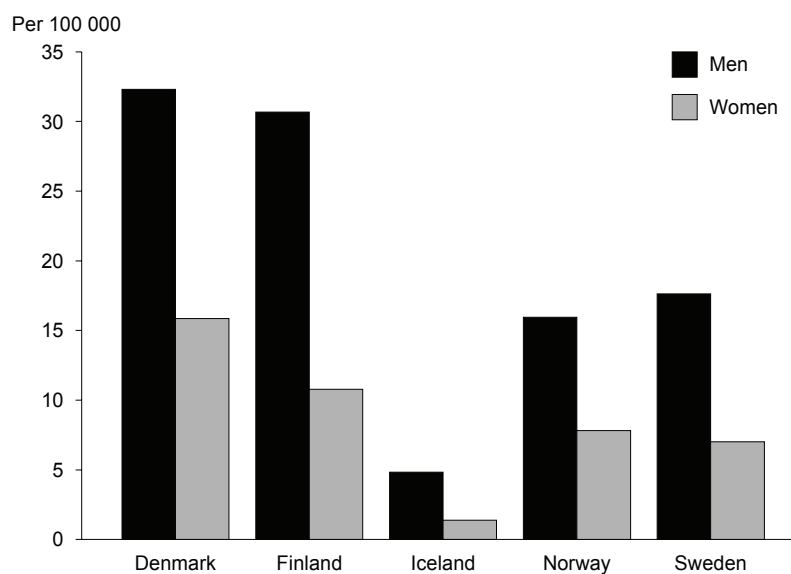
Salg af alkoholiske drikke i liter 100 pct. ren alkohol pr. indbygger 15 år og derover 1995–2003

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
1995	12.1	6.3	12.6	8.3	5.8	4.8	4.8	6.1
2000	11.5	6.8	13.4	8.6	6.1	6.1	5.6	6.2
2002	11.3	7.0	12.3	9.2	6.4	6.5	5.9	6.9
2003	11.5	6.9	12.7	9.3	6.4	6.5	6.0	7.0

Sources: D, FI, G, I, N: The central statistical bureaus
 Kilder: D, FI, G, I, N: De statistiske centralbureauer
 F & Å: STAKES; S: National Institute of Public Health

Figure 3.3 Patients treated in somatic hospitals for alcoholic liver disease per 100 000 inhabitants 2003

Patienter behandlet på somatiske sygehuse for alkoholisk leversygdom pr. 100 000 indbyggere 2003



Source: Table 3.29
 Kilde: Tabel 3.29

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.3 Diagnosed cases of tuberculosis per 100 000 inhabitants 1995-2003
 Diagnosticerede tilfælde af tuberkulose pr. 100 000 indbyggere 1995-2003

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway ¹⁾	Sweden
<i>Men</i>					M+W			
Mænd								
1995	9.8	-	94.3	14.5	7.9	3.7	6.4	6.5
2000	12.1	21.7	50.0	12.3	3.9	2.8	5.8	5.2
2002	8.6	-	143.3	9.8	7.8	2.1	5.9	4.3
2003	9.1	4.0	186.7	8.8	7.7	2.1	8.0	..
<i>Women</i>								
Kvinder								
1995	7.5	9.5	76.8	11.5	.	3.7	4.5	6.3
2000	8.5	4.5	111.0	8.5	.	5.7	4.8	5.2
2002	7.0	-	153.8	8.4	.	3.5	5.4	4.9
2003	5.4	-	126.9	7.1	.	1.4	6.9	..

1 Including relapses.

1 Inklusiv residiver.

Sources: See Table 3.3

Kilder: Se tabel 3.3

I: Directorate of Health

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

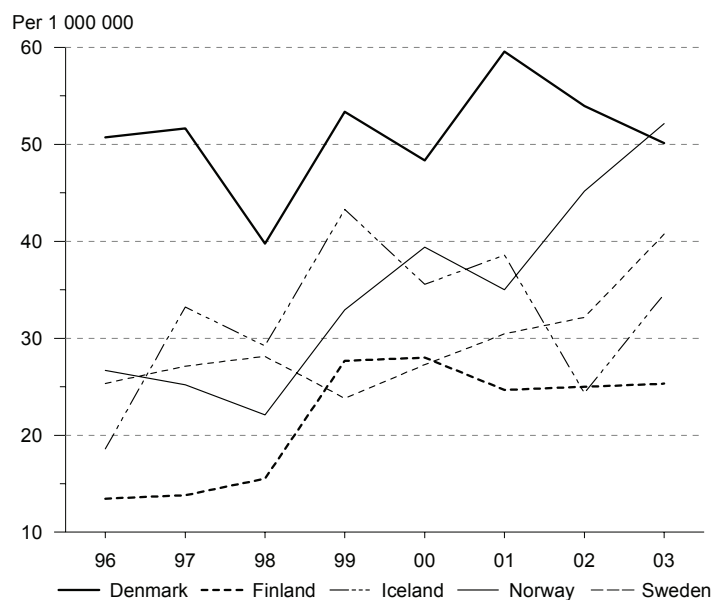
Table 3.4 Confirmed new cases of HIV 1996-2003
Påviste nye tilfælde af HIV 1996-2003

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Of which Åland	Iceland	Norway	Sweden
<i>Men</i>								
<i>Mænd</i>								
1996-00	180	0	6	76	0	6	81	155
2002	190	-	5	93	-	5	122	175
2003	198	1	7	92	-	6	145	226
<i>Women</i>								
<i>Kvinder</i>								
1996-00	80	-	4	24	0	3	49	78
2002	102	-	2	37	-	2	83	112
2003	72	-	4	40	1	4	93	139
<i>Total</i>								
<i>I alt</i>								
1996-00	260	0	9	102	0	9	130	233
2002	292	-	7	131	-	7	205	287
2003	270	1	11	132	1	10	238	365

Sources: See Table 3.3

Kilder: Se tabel 3.3

Figure 3.4 Confirmed new cases of HIV per 1 000 000 inhabitants 1996-2003
Påviste nye tilfælde af HIV per 1 000 000 indbyggere 1996-2003



Sources: See Table 3.4

Kilder: Se tabel 3.4

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE
Table 3.5 Notified cases of gonorrhoea and syphilis per 100 000 inhabitants aged 15 years and over 2003

Anmeldte tilfælde af gonorré og syfilis pr. 100 000 indbyggere 15 år og derover 2003

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
<i>Gonorrhoea</i>								
<i>Gonorré</i>								
Men	6.1	-	1 046.7	7.7	-	..	9.1	13.2
Women	0.7	-	1 292.3	1.3	-	..	1.4	3.0
Total	3.4	-	1 140.4	4.5	-	1.3	5.2	8.0
<i>Syphilis</i>								
<i>Syfilis</i>								
Men	3.0	-	3.3	3.3	-	..	1.8	4.3
Women	0.1	-	-	2.8	-	..	0.3	0.6
Total	1.6	-	1.8	3.1	-	1.3	1.1	2.4

Sources: See Table 3.3

Kilder: Se tabel 3.3

Table 3.6 Diagnosed cases of chlamydia per 100 000 inhabitants 1995-2003

Diagnosticerede tilfælde af chlamydia pr. 100 000 indbyggere 1995-2003

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland ¹⁾	Norway	Sweden
<i>Men</i>								
<i>Mænd</i>								
1995	124	..	1 509	138	48	368	157	131
2000	165	..	2 789	179	94	479	..	187
2002	196	..	2 638	204	179	491	..	240
2003	220	..	2 486	195	131	424	..	258
<i>Women</i>								
<i>Kvinder</i>								
1995	370	..	2 500	224	140	428	276	192
2000	384	..	4 802	271	206	781	..	246
2002	405	..	4 391	318	249	922	..	311
2003	460	..	4 129	296	247	665	..	337
<i>Men and women</i>								
<i>Mænd og kvinder</i>								
1995	249	67	1 971	182	95	398	217	156
2000	276	79	3 727	226	151	647	326	217
2002	302	169	3 455	262	213	726	336	276
2003	341	181	3 252	246	190	566	358	299

1 Notified cases. Since 1997 cases verified by laboratories. 1 Anmeldte tilfælde. Fra 1997 er det tilfælde der er verificeret via laboratorier.

Sources: See Table 3.3

Kilder: Se tabel 3.3

Cancer

The Nordic countries have population-based cancer registers with centralized coding and classification. However, the coding is not centralized in Sweden.

Both external and internal factors that produce changes in the DNA material can cause cancer. Stimulants, foodstuffs, exposure to occupational hazards and factors in the environment have been shown to be cancer inducing.

The incidence of cancer increases with increasing age. Cancer is rare before the age of 30, where the incidence is 300 cases per 1 000 000 inhabitants. At the age of 70, the incidence is approximately 10 000 cases per 1 000 000 inhabitants. The annual number of cases of cancer is increasing in all the Nordic countries, and this trend remains after adjusting for differences in the size and age structure of the population.

The trend for cancer diseases in the Nordic countries remains analogous for most forms of cancer, but there are interesting differences. In general, the number of cases has increased with time, with a few exceptions of decreasing incidence such as cancer of the stomach. The decrease in the incidence of cancer of the cervix in the Nordic countries is related to the public screening programmes to detect pre-cancerous lesions and early lesions, and the ensuing treatment.

The incidence of breast cancer, cancer of the prostate and colorectal cancer is increasing in almost all countries. Dietary factors are probably significant for this development, but for cancer of the breast and prostate, hormonal factors also play an im-

Cancersygdomme

De nordiske lande har befolkningsbaserede cancerregistre med centraliseret kodning og klassifikation. Kodningen er dog ikke centraliseret i Sverige.

Årsagerne til kræft er både ydre og indre faktorer, som medfører ændringer i arvemassen. Nydelsesmidler, kostfaktorer, visse erhvervseksponeringer og faktorer i miljøet, har vist sig at være kræftfremkaldende.

Kræftforekomsten øges med stigende alder, og kræft er en sjælden sygdom før 30-års-alderen, hvor incidensen når 300 tilfælde per 1 000 000 indbyggere. Ved 70-års-alderen er det tilsvarende tal omkring 10 000 tilfælde per 1 000 000 indbyggere. Det årlige antal kræfttilfælde øges i samtlige nordiske lande, og denne tendens er stadig til stede, når der korrigeres for forskelle i befolkningsstørrelserne og alderssammensætningen.

Udviklingen i kræftsygdommene i de nordiske lande er analog for de fleste kræftformer, men der er interessante forskelle. Generelt er antallet af kræfttilfælde gennem tiden øget, med få undtagelser hvor forekomsten er faldende. Det gælder blandt andet for kræft i mavesækken. Forekomsten af livmoderhalskræft i de nordiske lande, skal ses i sammenhæng med befolkningsbaseret screening for forstadier og tidlig kræft, og disses behandling.

Bryst- og prostatacancer samt colorektal cancer stiger i næsten alle lande. Kostfaktorer er formentlig af væsentlig betydning for denne udvikling, men for bryst- og prostatacancer spiller hormonelle faktorer også en vigtig rolle. Forekomsten af

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

portant role. The incidence of cancer of the testis is again increasing in most of the countries. The incidence of tobacco-related cancers, such as lung cancer, is high in all the countries. However, the incidence of lung cancer among men is decreasing.

On the NOMESCO homepage www.nom-nos.dk and on the Nordic Cancer Union homepage ncu.cancer.dk/ancr you will find more detailed information concerning cancer incidence in the Nordic countries.

testikelkræft er igen stigende i de fleste af landene. Forekomsten af tobaksrelaterede kræftformer, såsom lungecancer er høje i alle landene Det skal dog bemærkes, at lungekræft blandt mænd er faldende.

På NOMESKO's hjemmeside www.nom-nos.dk og hos den nordiske cancerunion på adressen ncu.cancer.dk/ancr findes der mere detaljerede informationer om cancerforekomst i de nordiske lande.

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.7 New cases of cancer per 1 000 000 inhabitants, men
Nye tilfælde af cancer pr. 1 000 000 indbyggere, mænd

	Total* I alt*	C62 Testis Testikler	C61 Prostate Prostata	C16 Stomach Mave	C18-21 Colon and rectum Tyktarm og endetarm	C25 Pancreas Pancreas	C33-34 Lungs Lunger	C43 Melanoma of the skin Melanom i hud
<i>Denmark¹⁾</i>								
1996-00	5 626	110	655	121	651	124	760	161
2002	5 755	99	752	116	667	124	743	173
2003	6 127	103	893	120	709	134	750	200
<i>Faroe Islands²⁾</i>								
1996-00	3 586	86	405	172	474	138	465	34
1998-02	3 291	101	320	177	463	160	429	42
1999-03	3 060	107	329	99	387	132	345	8
<i>Greenland</i>								
1996-00	2 575	54	54	207	237	130	681	15
2002	2 651	33	66	199	298	99	861	-
2003	2 839	99	33	165	429	99	594	-
<i>Finland</i>								
1996-00	4 210	34	1 201	176	391	130	602	122
2001	4 386	33	1 400	153	410	132	556	134
2002	4 608	37	1 546	164	423	126	539	134
<i>Iceland</i>								
1996-00	4 108	61	1 096	199	480	98	469	98
1999-03	4 151	56	1 237	159	467	97	440	121
<i>Norway</i>								
1996-00	5 064	108	1 293	182	687	124	580	206
2001	5 166	119	1 288	163	729	131	587	215
<i>Sweden</i>								
1996-00	5 140	55	1 528	156	600	101	381	183
2000	5 361	56	1 739	136	599	94	380	182
2002	5 465	60	1 781	133	635	95	364	220
2003	5 740	54	2 036	136	645	98	374	216

Numbers refer to ICD-10.

* The total covers chapter C.
Totalen dækker kapitel C.

1 2002 and 2003 are preliminary figures.

2 Based on 5 year average discharges from the patient register.

1 2002 og 2003 er foreløbige tal.

2 Baseret på udskrivninger for 5 års gennemsnit fra patientregisteret.

Sources: The cancer registers in the Nordic countries

Kilder: De nordiske cancerregistre

G: Danish Cancer Society

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.8 New cases of cancer per 1 000 000 inhabitants, women
Nye tilfælde af cancer pr. 1 000 000 indbyggere, kvinder

	<i>Total*</i> I alt*	<i>C50</i> <i>Breast</i> Bryst	<i>C53</i> <i>Cervix uteri</i> Livmoder- hals	<i>C16</i> <i>Stomach</i> Mave	<i>C18-21</i> <i>Colon and</i> <i>rectum</i> Tyktarm og endetarm	<i>C25</i> <i>Pancreas</i> Pancreas	<i>C33-34</i> <i>Lungs</i> Lunger	<i>C43</i> <i>Melanoma</i> <i>of the skin</i> Melanom i hud
<i>Denmark¹⁾</i>								
1996-00	6 021	1 381	160	73	641	131	537	197
2002	6 188	1 536	133	56	622	134	581	203
2003	6 317	1 469	150	68	621	126	583	253
<i>Faroe Islands²⁾</i>								
1996-00	3 946	922	221	101	470	175	267	37
1998-02	3 912	1 066	154	117	452	208	280	81
1999-03	3 869	956	44	89	363	204	230	18
<i>Greenland</i>								
1996-00	4 463	467	352	46	337	122	559	23
2002	3 300	569	266	76	303	152	759	-
2003	3 400	453	189	38	680	151	604	-
<i>Finland</i>								
1996-00	4 184	1 281	61	140	419	138	179	115
2001	4 292	1 377	60	127	431	143	203	124
2002	4 352	1 419	52	114	437	134	185	129
<i>Iceland</i>								
1996-00	3 947	1 082	105	102	378	107	409	172
1999-03	4 140	1 176	109	101	383	78	429	221
<i>Norway</i>								
1996-00	4 587	1 077	140	113	710	140	311	223
2001	4 764	1 144	133	93	721	149	349	230
<i>Sweden</i>								
1996-00	4 855	1 366	102	98	567	109	249	182
2000	4 954	1 420	100	99	576	101	276	183
2002	5 016	1 469	103	95	590	102	276	206
2003	5 068	1 519	105	86	602	105	296	205

Numbers refer to ICD-10.

* *The total covers chapter C.*
Totalen dækker kapitel C.

1 2002 and 2003 are preliminary figures.

1 2002 og 2003 er foreløbige tal.

2 Based on 5 year average discharges from the patient register.

2 Baseret på udskrivninger for 5 års gennemsnit fra patientregisteret.

Sources: *The cancer registers in the Nordic countries*
Kilder: De nordiske cancerregistre
G: Danish Cancer Society

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.9 New cases of leukemia per 1 000 000 inhabitants, 0-14 year-olds
 Nye tilfælde af leukæmi pr. 1 000 000 indbyggere, 0-14-årige

	Denmark ¹⁾	Finland	Iceland ²⁾	Norway ³⁾	Sweden
<i>Boys Dreng</i>					
1996-00	47	47	48	53	54
2002	50	80	30	45	51
2003	40	..	36	..	56
<i>Girls Piger</i>					
1996-00	43	50	25	51	49
2002	45	55	31	41	51
2003	41	..	31	..	41
<i>Total I alt</i>					
1996-00	45	49	37	53	52
2002	48	68	31	43	51
2003	40	..	34	..	49

The table covers the numbers C91-C95 in ICD-10.

Tabellen dækker numrene C91-C95 i ICD-10.

1 2002 and 2003 are preliminary figures.

1 2002 og 2003 er foreløbige tal.

2 Only five year averages are presented. Figures for single years may be unstable because of low population. 2002= average 1998-2002, 2003 = average 1999-2003.

2 Kun femårs gennemsnit præsenteres. Tal for enkelte år kan være ustabile på grund af lav population. 2001 = gennemsnit 1999-2003.

3 2002=2001.

3 2002=2001.

Sources: *The cancer registers in the Nordic countries*

Kilder: De nordiske cancerregistre

G: Danish Cancer Society

Table 3.10 New cases of cancer of the colon and rectum per 1 000 000 inhabitants
 Nye tilfælde af cancer i tyktarm og endetarm pr. 1 000 000 indbyggere

	Denmark ¹⁾	Faroe Islands	Greenland	Finland	Iceland	Norway	Sweden
	2003	1999-03	2003	2002	1999-03	2001	2003
<i>Men Mænd</i>							
<i>Age Alder</i>							
0-24	1	-	-	2	4	1	6
25-44	67	89	-	48	43	58	56
45-64	739	706	853	450	537	780	567
65-84	3 733	1 547	4 871	2 240	3 185	4 008	3 111
85+	5 484	3 493	-	3 538	4 070	5 657	4 228
<i>Women Kvinder</i>							
<i>Age Alder</i>							
0-24	-	-	-	21	-	3	7
25-44	49	-	-	55	72	65	50
45-64	598	484	1 971	402	428	734	538
65-84	2 537	1 472	4 467	1 548	2 000	2 873	2 260
85+	3 407	2 977	14 085	2 701	3 122	4 153	2 601

1 Preliminary figures.

1 Foreløbige tal.

The table covers the numbers C18-21 in ICD-10.

Tabellen dækker numrene C18-21 i ICD-10.

Sources: *The cancer registers in the Nordic countries*

Kilder: De nordiske cancerregistre

G: Danish Cancer Society

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.11 New cases of lung cancer per 1 000 000 inhabitants
Nye tilfælde af lungecancer pr. 1 000 000 indbyggere

	Denmark ¹⁾	Faroe Islands	Greenland	Finland	Iceland	Norway	Sweden
	2003	1999-03	2003	2002	1999-03	2001	2003
<i>Men Mænd</i>							
<i>Age Alder</i>							
0-24	1	-	-	-	-	1	1
25-44	47	-	97	7	47	25	17
45-64	923	600	853	568	665	705	441
65-84	4 009	1 779	7 655	3 086	2 833	3 344	1 794
85+	2 340	1 747	-	3 434	1 791	2 334	879
<i>Women Kvinder</i>							
<i>Age Alder</i>							
0-24	5	-	-	1	-	-	1
25-44	45	34	-	15	67	26	14
45-64	795	363	1 380	232	732	533	455
65-84	2 392	1 071	5 743	648	2 113	1 360	1 007
85+	770	-	-	655	1 427	711	385

1 Preliminary figures.

1 Foreløbige tal.

The table covers the numbers C33-34 in ICD-10.
Tabellen dækker numrene C33-34 i ICD-10.

Sources: *The cancer registers in the Nordic countries*
Kilder: De nordiske cancerregistre
G: Danish Cancer Society

Table 3.12 New cases of cancer of the cervix uteri per 1 000 000 women
Nye tilfælde af livmoderhalscancer pr. 1 000 000 kvinder

	Denmark ¹⁾	Faroe Islands	Greenland	Finland	Iceland	Norway	Sweden
	2003	1999-03	2003	2002	1999-03	2001	2003
<i>Age Alder</i>							
0-24	5	-	-	-	4	3	3
25-44	215	-	231	88	212	205	154
45-64	181	202	591	54	124	185	117
65-84	246	-	-	80	113	193	170
85+	228	-	-	82	446	113	206

1 Preliminary figures.

1 Foreløbige tal.

The table covers the number C53 in ICD-10.
Tabellen dækker numrene C53 i ICD-10.

Sources: *The cancer registers in the Nordic countries*
Kilder: De nordiske cancerregistre
G: Danish Cancer Society

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.13 New cases of cancer of the testis per 1 000 000 men
Nye tilfælde af testikelcancer pr. 1 000 000 mænd

	Denmark ¹⁾	Faroe Islands	Greenland	Finland	Iceland	Norway	Sweden
	2003	1999-03	2003	2002	1999-03	2001	2003
<i>Age Alder</i>							
0-24	38	44	87	27	22	47	15
25-44	237	236	-	84	128	274	148
45-64	68	71	284	15	40	75	24
65-84	23	77	-	-	15	16	8
85+	-	-	-	-	-	79	15

1 Preliminary figures.

1 Foreløbige tal.

The table covers the number C62 in ICD-10.
Tabellen dækker nummer C62 i ICD-10.

Sources: The cancer registers in the Nordic countries
Kilder: De nordiske cancerregistre
G: Danish Cancer Society

Table 3.14 New cases of melanoma of the skin per 1 000 000 inhabitants
Nye tilfælde af melanom i hud pr. 1 000 000 indbyggere

	Denmark ¹⁾	Faroe Islands	Greenland	Finland	Iceland	Norway	Sweden
	2003	1999-03	2003	2002	1999-03	2001	2003
<i>Men Mænd</i>							
<i>Age Alder</i>							
0-24	13	-	-	5	18	9	7
25-44	115	-	-	55	109	108	111
45-64	323	35	-	194	208	350	304
65-84	564	-	-	532	352	726	658
85+	978	-	-	312	-	1 029	1 015
<i>Women Kvinder</i>							
<i>Age Alder</i>							
0-24	29	-	-	12	60	13	14
25-44	232	-	-	85	370	203	167
45-64	363	-	-	149	304	341	292
65-84	471	134	-	340	214	511	424
85+	684	-	-	426	-	533	447

1 Preliminary figures.

1 Foreløbige tal.

The table covers the number C43 in ICD-10.
Tabellen dækker nummer C43 i ICD-10.

Sources: The cancer registers in the Nordic countries
Kilder: De nordiske cancerregistre
G: Danish Cancer Society

Medical consultations and immunization schedules

In the Nordic countries, primary health services are organized and financed by the public sector.

However, the degree of decentralization varies, also regarding the relationship between private general practitioners and those publicly employed in the primary health care sector.

There are also differences in the level of integration of medical treatment, nursing, physiotherapy, etc. Similar differences are also found for home nursing and home help.

The registration practice for medical consultations differs substantially from country to country.

Normally, patients visit the physician in his/her practice. But in all countries consultations can be telephone consultations, home visits by a physician, and treatment in emergency wards.

In 1997, NOMESCO carried out a pilot study of reasons for contact between patients and general practitioners in the five Nordic countries. The results of this survey were presented in Section B of the 1998 version of this publication. Even though the results should be interpreted with caution, the report substantiates conditions already known, such as that registration practice differs between the Nordic countries, partly due to the payment systems and partly because of organizational differences. All contacts in Denmark are registered as medical contacts, because of the payment system, whereas some of the contacts in the other

Lægebesøg og vaccinationsprogrammer

I de nordiske lande er det primære sundhedsvæsen forankret og finansieret af den offentlige sektor.

Men graden af decentralisering varierer, hvilket også gælder for forholdet mellem privatpraktiserende og offentligt ansatte læger i det primære sundhedsvæsen.

Der er endvidere forskel på integrationsgraden af lægebehandling, sygepleje, fysioterapi m.v. Lignende forskelle findes også for hjemmesygeplejen og hjemmehjælpen.

Registreringspraksis for lægebesøg er meget forskellig fra land til land.

Det er det mest almindelige, at patienterne opsøger lægen i lægekonsultationen, men i alle landene praktiseres der også via telefonkonsultationer, lægebesøg i hjemmet og skadestuebehandling.

I 1997 gennemførte NOMESCO en pilotundersøgelse om kontaktårsagerne i almen praksis i de fem nordiske lande. Resultaterne af denne undersøgelse var medtaget som Sektion B i denne rapport i 1998. Selv om de fundne resultater må tages med forbehold, underbygger rapporten de kendte forhold om at registreringspraksis er forskellig i de nordiske lande hvilket dels afspejler betalingsreglerne og dels organisatoriske forskelle. Alle kontakter i Danmark registreres således som lægekontakter, på grund af betalingssystemet, mens en del af kontakterne i de andre lande er registrerede/ikke regi-

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

countries are registered or non-registered contacts with other health staff. Along with other factors, this means that the statistics on medical consultations are not directly comparable between the Nordic countries.

All Nordic countries have recommended immunization programmes with some differences in vaccination against tuberculosis and whooping cough, and the choice of vaccines against measles and rubella.

Collection of data on immunization varies a lot from country to country, and none of the countries except Norway have immunization registers covering the country as a whole.

strerede kontakter med andet sundheds-personale. Blandt andet disse forhold gør at statistikken om lægebesøg ikke er sammenlignelig mellem de nordiske lande.

Alle nordiske lande har anbefalede vaccinationsprogrammer med visse forskelle i vaccination mod tuberkulose, kighoste og valget af vaccine mod henholdsvis mæslinger og røde hunde.

Dataindsamlingen for vaccinationerne varierer meget fra land til land, og ingen af landene, bortset fra Norge, har vaccinationsregistre der dækker hele landet.

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.15 Medical consultations¹⁾ 2003
 Lægekonsultationer¹⁾ 2003

	Denmark	Finland	Iceland ²⁾	Sweden ³⁾
<i>Total number of consultations (millions)</i>				
Konsultationer i alt (mill.)	28.2	22.0	1.5	25.4
of which: heraf:				
<i>Consultations with a general practitioner</i>				
Besøg hos alment praktiserende læge i konsultationen	18.4	11.8	0.7	11.8
<i>Consultations with a specialist</i>				
Besøg hos specialist	9.8	10.2	0.8	13.6
<i>Consultations per capita</i>				
Besøg pr person	5.2	4.2	5.3	2.8

1 Excl. consultations by telephone, home visits by physicians. Consultations with a specialist include out-patient treatment in hospitals.

2 2001.

3 Incl. home visits, excl. consultations in day care at hospitals.

1 Ekskl. telefonkonsultationer, lægebesøg i hjemmet. Besøg hos specialister omfatter også ambulante behandling på sygehuse.

2 2001.

3 Inkl. hjemmebesøg, ekskl. dagbehandling på hospitaler.

Sources: D: National Board of Health; F: STAKES; I: Directorate of Health; S: Federation of Swedish County Councils

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.16 Children under the age of two immunized according to immunization schedules (per cent) 2003

Børn under to år vaccineret i henhold til det anbefalede vaccinationsprogram (pct.) 2003

	Denmark	Faroe Islands	Finland	Iceland	Norway ¹⁾	Sweden
<i>BCG</i>						
Tuberkulose	-	-	98	-	..	16
<i>Pertussis</i>						
Kighoste	96	99	96	97	92	98
<i>Tetanus</i>						
Stivkrampe	96	99	96	97	92	98
<i>Diphtheria</i>						
Difteri	96	99	96	97	92	98
<i>Polio</i>						
Polio	96	99	96	97	92	99
<i>Rubella</i>						
Røde hunde	96	91	97	93	86	94
<i>Measles</i>						
Mæslinger	96	91	97	93	86	94

1 The figures are underestimated due to low reporting in some municipalities.

1 Tallene er underestimerede på grund af lav indberetning i nogle kommuner.

Source: WHO/EPI; D: Statens Seruminstitut; FI: Ministry of Health and Social Affairs; F: National Public Health Institute; I: Directorate of Health; N: Norwegian Institute of Public Health; S: Swedish Institute for Infectious Disease Control

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.17 Recommended immunization schedules per 1 January, 2005

	<i>Denmark</i>	<i>Finland</i>	<i>Iceland</i>	<i>Norway</i>	<i>Sweden</i>
BCG	-	<7 days	-	Risk groups: First week of life. Negatives: 13-14 years	Risk groups
Pertussis	3, 5 and 12 months and 5 years	3, 5, 12 months and 6 years	3, 5, 12 months and 5 years	3, 5 and 11-12 months	3, 5 and 12 months
Tetanus	3, 5 and 12 months and 5 years	3, 5, 12 months and 4 years	3, 5, 12 months, 5 and 14 years	3, 5 and 11-12 months, 11-12 years	3, 5 and 12 months, 10 years
Diphtheria	3, 5 and 12 months and 5 years	3, 5, 12 months and 4 years	3, 4, 12 months, 5 and 14 years	3, 5 and 11 months, 11-12 years	3, 5 and 12 months, 10 years
Polio	IPV: 3, 5 and 12 months and 5 years	IPV: 5 and 12 months + 4 years	IPV: 3, 5, 12 months and 14 years	IPV: 3, 5 and 11 months, 6-8 and 14 years	IPV: 3, 5 and 12 months, 5-6 years
Measles, Mumps, Rubella	15 months. 12 years	14-18 months and 6 years	18 months and 9 years	15 months and 12-13 years	18 months and 12 years
Rubella, only	Women of fertile age	-	-	Seronegative women of fertile age	-
Measles, only	-	-	-	-	-
Haemophilus influenzae b	3, 5 and 12 months	3, 5 and 12 months	3, 5 and 12 months	3, 5 and 11 months	3, 5 and 12 months
Meningococcal disease gr. C	-	-	6, 8 months	-	-

IPV = Inactivated polio vaccine The Faroe Islands, Greenland and Åland have the same immunization schedules as Denmark and Finland respectively. In Greenland, however, BCG is included.

Sources: WHO/EPID: Statens seruminstitut; F: National Public Health Institute; I: Directorate of Health; N: Norwegian Institute of Public Health; S: The National Board of Health and Welfare

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Tabel 3.17 Anbefalede vaccinationsprogrammer pr. 1. januar 2005

	Danmark	Finland	Island	Norge	Sverige
Tuberkulose	-	<7 dage	-	Risikogrupper: Første leveuge Negative: 13-14 år	Risikogrupper
Kighoste	3, 5 og 12 måneder og 5 år	3, 5 og 12 måneder og 6 år	3, 5, 12 måneder og 5 år	3, 5 og 11-12 måneder	3, 5 og 12 måneder
Stivkrampe	3, 5 og 12 måneder og 5 år	3, 5 og 12 måneder og 4 år	3, 5, 12 måneder, 5 år og 14 år,	3, 5 og 11-12 måneder, samt 11-12 år	3, 5 og 12 måneder, 10 år
Difteri	3, 5 og 12 måneder og 5 år	3, 5 og 12 måneder og 4 år	3, 4, 12 måneder, 5 og 14 år	3, 5 og 11 måneder samt 11-12 år	3, 5 og 12 måneder, 10 år
Polio	IPV: 3, 5 og 12 måneder	IPV: 5 og 12 måneder + 4 år	IPV: 3, 5, 12 måneder og 14 år	IPV: 3, 5 og 11 måneder, 6-8 år og 14 år	IPV: 3, 5 og 12 måneder, 5-6 år
Mæslinger, fåresyge, røde hunde	15 måneder, 12 år	14-18 måneder og 6 år	18 måneder og 9 år	15 måneder og 12-13 år	18 måneder og 12 år
Røde hunde, alene	Kvinder i den fertile alder	-	-	Seronegative kvinder i den fertile alder	-
Mæslinger, alene	-	-	-	-	-
Haemophilus influenzae b	3, 5 og 12 måneder	3, 5 og 12 måneder	3, 5 og 12 måneder	3, 5 og 11 måneder	3, 5 og 12 måneder
Meningitis	-	-	6, 8 måneder	-	-
IPV = Inaktiveret polio vaccine	Færøerne, Grønland og Åland har de samme vaccinationsprogrammer som henholdsvis Danmark og Finland. Vaccination mod tuberkulose er dog inkluderet i Grønland.				

Kilder: WHO/EPID: Statens Seruminstitut; F: Folkhälsoinstitutet; I: Landlæknisembættið; N: Nasjonalt folkehelseinstitutt; S: Socialstyrelsen

Discharges, patients treated, average length of stay and surgical procedures

In this section, data on treatment in hospitals are presented, with data from selected diagnostic groups and with data on surgery according to 16 major surgical procedure groups. The statistics based on diagnosis are first presented with the total number of discharges from hospitals, the average length of stay, and the number of patients who have been treated during the year, according to the ICD-10's main chapters. Then follow tables on hospital discharges, patients treated and average length of stay for 10 selected diagnostic groups. On the NOMESCO website at www.nom-nos.dk detailed data are presented on the total number of patients treated and discharged according to the European shortlist of hospital discharge diagnoses suggested by the EU Hospital Data Project in 2003. This list is compatible with both ICD-9 and ICD-10.

The statistics from the patient registers in the five Nordic countries show some large differences between the countries that cannot solely be attributed to differences in disease patterns. For this reason, in 2000 NOMESCO performed a validity study of the diagnosis-related patient statistics. The results of this study were presented as a theme section in the 2000 version of this publication. A similar study of the surgical procedure statistics was presented in the 2002 publication. In the 2003 publication, a similar study of day surgery were presented.

From the diagnosis-related statistics, it can be seen that there is a certain varia-

Udskrivninger, patienter behandlet, gennemsnitlig liggetid og kirurgiske indgreb

I dette afsnit gives der data for behandlingen ved sygehuse med data fra udvalgte diagnosegrupper og med data for operationer opgjort efter 16 hovedoperationsgrupper. Den diagnosebaserede statistik vises først med det samlede antal udskrivninger, den gennemsnitlig liggetid, samt patienter der er behandlet i løbet af året, fordelt efter ICD-10's hovedkapitler. Herefter kommer tabeller om patienter behandlet og udskrivninger samt den gennemsnitlige liggetid for 10 udvalgte diagnosegrupper. På NOMESCO's hjemmeside på www.nom-nos.dk findes der detaljerede data om det samlede antal patienter behandlet og udskrivninger fordelt efter den europæiske kortliste for hospitalsudskrivningsdiagnoser foreslået af EU Hospital Data Project i 2003. Denne liste er kompatibel med både ICD-9 og ICD-10.

Statistikken fra patientregistrene i de fem nordiske lande viser en del store forskelle mellem landene som ikke alene kan tilskrives forskelle i sygdomsforekomsten hvorfor NOMESCO i 2000 gennemførte et validitetsstudium af den diagnoserelaterede patientstatistik. Resultaterne derfra var medtaget som temasektion i 2000 udgaven af denne publikation. Et tilsvarende studie af procedure/operationsstatistikken blev medtaget i 2002 udgaven. I 2003 udgaven var der medtaget et tilsvarende studie af dagkirurgi.

Det der kan konstateres ved den diagnoserelaterede statistik er, at der er en vis varia-

tion in diagnosis and coding among the Nordic countries, in spite of the fact that they use the same classification system. The validity study identified different diagnostic cultures, differences in medical treatment and differences in the way in which treatment is organized.

The quality of the data in the patient registers, such as representativity, completeness and reliability, is important for these statistics. The general picture in this respect is that the Nordic data have a high degree of coverage. In order to make the figures as comparable as possible, the data presented in this publication are from somatic hospital wards in general hospitals and specialist somatic hospitals. For Norway, however, it is not possible to present data for hospital wards, only for hospitals, which means that the Norwegian data are an underestimation compared to the data from the other countries.

However, it should be noted that the statistics concerning discharges, average length of stay and number of patients treated during the year are presented according to main diagnosis/diagnostic group. This means that the patient statistics do not represent all the individual cases of illness at the time of admittance, but only the diagnosis that was the main reason for the patient's admittance to/treatment in a hospital. The concept main diagnosis has been well defined by the WHO, but there is a certain variation among the Nordic countries in the way in which the main diagnosis is interpreted. In the national statistics there are also secondary diagnoses, but as these are different in the national systems of registration, statistics on the number of cases of the individual diagnoses are not comparable.

tion i diagnosticeringen og kodningen mellem de nordiske lande til trods for at man anvender den samme klassifikation. I validitetsstudiet blev der peget på forskellige diagnostiske kulturer, forskelle i den medicinske behandling samt forskelle i den måde hvorpå behandlingen er organiseret.

Det som kan spille en væsentlig rolle for statistikken er kvaliteten af de data der findes i patientregistrene, såsom repræsentativitet, fuldstændighed og pålidelighed. Her er det generelle billede at de nordiske data har en høj dækningsgrad. For at gøre tallene så sammenlignelige som muligt er de data der vises i denne publikation fra somatiske hospitalsafdelinger på almindelige sygehuse samt somatiske specialsygehuse. For Norges vedkommende er det imidlertid ikke muligt at give data fra sygehusafdelinger men kun sygehuse i sin helhed, hvilket gør at de norske data er underestimerede sammenlignet med de andre lande.

Det som man imidlertid må være opmærksom på er, at statistikken om udskrivninger, gennemsnitlig liggetid samt personer der er behandlet i løbet af året er opgjort efter hoveddiagnose/diagnosegruppe. Det betyder at patientstatistikken ikke viser alle forekomster af de enkelte sygdomstilfælde ved indlæggelse, men kun den diagnose der var hovedårsagen til at den pågældende blev indlagt/behandlet ved et hospital. Begrebet hoveddiagnose er veldefineret af WHO, men der findes en vis variation mellem de nordiske lande i hvorledes hoveddiagnosen tolkes. I de nationale statistikker findes der også bi-diagnoser, men da omfanget af disse er forskellige i de nationale registreringssystemer, vil statistik der tæller forekomsten af de enkelte diagnoser ikke give et sammenligneligt billede.

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

The figures for the Faroe Islands and Greenland are slightly under-estimated, since they are partly included in the Danish statistics.

Another important aspect is changes in the statistics in connection with the change in the classification. This is described in detail in Chapter 5 together with the causes of death. Today, all five Nordic countries use ICD-10, so that comparability is only a problem in the historic data. For example, the present tables 3.18-3.20, calculated according to the main chapters in ICD-10, are not completely comparable with the previous corresponding tables calculated according to the main chapters in ICD-9.

When evaluating the statistics it is important to note that the wrong diagnosis may have been made, or the wrong code may have been used for the correct diagnosis. Nordic studies show, however, that when it comes to the main diagnosis, validity is good.

In several countries the introduction of diagnosis related groups (DRG) has been seen to influence diagnosis in hospitals, for example more secondary diagnoses are registered and the choice of main diagnosis has changed in certain cases.

One last aspect is the different ways in which countries organize their hospital sectors, including differences in treatment practice. Differences are typically seen in the extent of out-patient versus in-patient treatment.

Tables 3.31-3.33 include information on selected surgical procedure groups, selected because of their high frequency

De Færøske og Grønlandske tal er noget underestimerede da de delvis indgår i den danske statistik.

Et andet væsentligt aspekt er ændringer i statistikken ved klassifikationsskiftet. Dette er omfattende beskrevet i kapitel 5 sammen med dødsårsagerne. I dag anvender alle 5 nordiske lande ICD-10 hvorfor det kun er i de historiske data der kan komme brist i sammenligneligheden. De nuværende tabeller 3.18-3.20 opgjort efter ICD-10's hovedkapitler kan eksempelvis ikke helt sammenlignes med de tidligere tilsvarende tabeller opgjort efter ICD-9's hovedkapitler.

Ved vurderingen af statistikken skal man også være opmærksom på, at der kan være oplyst forkert diagnose ligesom der kan være anvendt forkert kode til korrekt oplyst diagnose. Nordiske studier viser dog, at når det gælder hoveddiagnosen er der en god validitet.

Indførelsen af de diagnoserelaterede grupperinger (DRG) har i flere lande vist sig at påvirke diagnostiseringen ved sygehusene, blandt andet ved at flere bi-diagnoser registreres og valget af hoveddiagnose i visse tilfælde ændres.

Et sidste forhold der gør sig gældende er landenes forskelle i organiseringen af sygehusvæsenet og herunder også forskelle i behandlingspraksis. Her kan der typisk være forskelle med hensyn til omfanget af ambulant behandling eller om behandlingen foregår under indlæggelse.

Tabellerne 3.31-3.33 indeholder oplysninger om udvalgte operationsgrupper, som er udvalgt fordi de er hyppigt fore-

and because the frequency of operations is influenced by differences in medical practice between the countries.

In order to present a more complete picture, Table 3.34 covers the most frequent procedures carried out as day surgery.

In order to give more detail, the 14 groups are presented by sex, and in some cases by age, in Tables 3.35-3.48. In this way, the differences between the countries appear more clearly.

Comparisons of operations between various geographic areas are however difficult, and the comparisons contain a number of potential sources of error, which in principle are the same as those mentioned for the diagnosis-related statistics.

In addition, there are differences from country to country in the way in which operations in hospitals are counted.

kommende og fordi operationsomfanget i forskellig grad påvirkes af forskelle i medicinsk praksis i landene.

For at få et mere fuldkomment billede er der i tabel 3.34 medtaget de mest forekommende indgreb som sker uden indlæggelse – dagkirurgisk.

For at få et mere komplet billede, er de 14 grupper medtaget fordelt på køn og i visse aldersgrupper i tabellerne 3.35-3.48. Heraf fremgår forskellene mellem landene tydeligere.

Sammenligninger af operationer mellem geografiske områder er imidlertid vanskelige og indeholder en række potentielle fejlkilder, som i princippet er de samme som er nævnt for den diagnoserelevante statistik.

Hertil kommer, at der er forskelle fra land til land i måden hvorpå operationer ved sygehuse tælles.

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.18 Discharges from hospitals* by main diagnostic group, per 1 000 inhabitants 2003

	<i>Denmark</i>	<i>Faroe Islands¹⁾</i>	<i>Finland²⁾</i>	<i>Åland²⁾</i>
Certain infectious and parasitic diseases	5.2	4.4	5.0	6.0
Neoplasms	19.1	17.5	20.3	20.3
Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune system	2.2	3.4	1.6	1.1
Endocrine, nutritional and metabolic diseases	4.8	5.0	2.8	3.5
Mental and behavioural disorders	2.9	2.7	2.1	3.7
Diseases of the nervous system	4.7	5.7	6.8	11.8
Diseases of the eye and adnexa	2.6	3.4	2.1	3.0
Diseases of the ear and mastoid process	1.1	3.1	1.1	3.8
Diseases of the circulatory system	25.9	22.9	26.2	25.6
Diseases of the respiratory system	16.9	14.2	12.5	19.5
Diseases of the digestive system	16.2	25.2	13.9	18.8
Diseases of the skin and subcutaneous tissue	2.9	2.7	2.0	1.8
Diseases of the musculo-skeletal system and connective tissue	10.5	15.1	15.4	15.3
Diseases of the genito-urinary system	10.8	10.1	8.8	11.3
Pregnancy, childbirth and the puerperium	16.5	19.9	14.1	13.1
Certain conditions originating in the perinatal period	1.7	0.6	1.6	1.8
Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities	1.8	1.7	1.7	2.0
Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified	14.5	10.9	11.8	13.3
Injury, poisoning and certain other consequences of external causes	19.1	18.3	15.7	17.1
Factors influencing health status and contact with health services	19.8	17.9	2.6	4.1
Total	198.7	204.6	175.7	208.6

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

1 Average 1999–2003.

2 Excluding wards in psychiatric hospitals and in non-specialized departments in health centres.

3 Discharges with a length of stay less than 90 days.

4 Figures are for discharges from hospitals, not for finished treatment at wards.

Sources: The national in-patient registers

ICD-10 chapters.

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Udskrivninger fra sygehuse* efter hoveddiagnosegrupper, Tabel 3.18
pr. 1 000 indbyggere 2003

<i>Iceland³⁾</i>	<i>Norway⁴⁾</i>	<i>Sweden</i>	
2.5	4.2	4.3	Visse infektions- og parasitære sygdomme
13.0	18.2	15.0	Svulster
2.0	1.2	1.2	Sygdomme i blod og bloddannende organer og visse lidelser i forbindelse med immunsystemet
2.2	2.7	3.1	Endokrine, ernærings- og stofskiftesygdomme
2.1	2.1	1.5	Psykiske og adfærdsmæssige lidelser
5.3	7.7	4.0	Sygdomme i nervesystem
2.7	1.9	1.0	Sygdomme i øje og øjenomgivelser
1.2	0.8	0.9	Sygdomme i øre og processus mastoideus
18.0	25.1	25.0	Sygdomme i kredsløbsorganer
10.9	14.5	9.6	Sygdomme i åndedrætsorganer
13.5	12.2	12.1	Sygdomme i fordøjelsesorganer
2.7	2.0	1.1	Sygdomme i hud og underhud
11.7	13.2	7.9	Sygdomme i knogler, bevægelsessystem og bindevæv
11.5	9.3	7.2	Sygdomme i urin- og kønsorganer
21.1	15.1	13.8	Svangerskab, fødsel og barsel
4.0	2.4	1.7	Visse årsager til sygdomme i perinatalperioden
2.0	1.9	1.2	Medfødte misdannelser og kromosomanomalier
6.3	10.7	14.0	Symptomer og abnorme fund ikke klassificeret andetsteds
11.5	18.2	14.4	Læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger
17.7	9.3	5.3	Faktorer af betydning for sundhedstilstand og kontakter med sundhedsvæsen
160.7	171.8	144.3	I alt

* Omfatter somatiske afdelinger ved almindelige sygehuse og ved somatiske specialsygehuse

1 Gennemsnit for årene 1999-2003.

2 Eksklusiv psykiatriske hospitalsafdelinger og ikke-specialiserede afdelinger på sundhedscentraler.

3 Udskrivninger med liggetid under 90 dage.

4 Opgørelsen vedrører udskrivninger fra sygehuse, ikke afsluttede behandlinger ved afdelinger.

Kilder: Landspatientregistrene

ICD-10 kapitler.

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.19 Average length of stay in hospitals* by main diagnostic group 2003

	<i>Denmark</i>	<i>Faroe Islands¹⁾</i>	<i>Finland²⁾</i>	<i>Åland²⁾</i>
Certain infectious and parasitic diseases	5.2	6.5	5.4	5.3
Neoplasms	6.0	4.8	4.7	7.7
Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune system	4.3	3.1	4.1	5.7
Endocrine, nutritional and metabolic diseases	5.9	7.5	5.4	6.1
Mental and behavioural disorders	4.5	5.1	10.4	6.2
Diseases of the nervous system	5.5	5.3	4.7	4.2
Diseases of the eye and adnexa	2.4	3.1	2.3	2.1
Diseases of the ear and mastoid process	2.7	0.8	2.6	2.3
Diseases of the circulatory system	5.8	10.0	5.7	6.9
Diseases of the respiratory system	4.9	5.2	4.8	4.7
Diseases of the digestive system	4.7	2.8	4.2	4.7
Diseases of the skin and subcutaneous tissue	5.5	5.5	5.3	5.0
Diseases of the musculo-skeletal system and connective tissue	5.6	6.1	4.6	6.4
Diseases of the genito-urinary system	3.8	3.2	3.8	4.5
Pregnancy, childbirth and the puerperium	3.2	4.6	3.6	4.2
Certain conditions originating in the perinatal period	11.3	4.7	8.3	6.5
Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities	4.1	2.5	4.2	8.5
Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified	3.2	3.1	3.0	3.1
Injury, poisoning and certain other consequences of external causes	5.0	5.2	5.1	5.3
Factors influencing health status and contact with health services	5.2	3.5	3.9	4.1
Total	4.9	5.0	5.8	5.8

* Definition, see Table 3.18

1 Average 1999–2003.

2 Excluding wards in psychiatric hospitals and in non-specialized departments in health centres.

3 Excluding patients staying 90 days or longer.

Sources: See Table 3.18

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Gennemsnitlig liggetid ved sygehuse* efter hoveddiagnosegrupper 2003 Tabel 3.19

<i>Iceland³⁾</i>	<i>Norway</i>	<i>Sweden</i>	
6.1	6.8	5.4	Visse infektions- og parasitære sygdomme
7.4	7.5	7.1	Svulster
2.9	4.5	4.8	Sygdomme i blod og bloddannende organer og visse lidelser i forbindelse med immunsystemet
7.2	4.8	5.6	Endokrine, ernærings- og stofskiftesygdomme
16.3	3.9	3.8	Psykiske og adfærdsmæssige lidelser
6.5	3.6	4.9	Sygdomme i nervesystem
2.6	3.4	2.9	Sygdomme i øje og øjenomgivelser
2.3	2.6	2.3	Sygdomme i øre og processus mastoideus
7.3	5.8	5.5	Sygdomme i kredsløbsorganer
5.5	6.2	4.9	Sygdomme i åndedrætsorganer
4.2	5.0	4.7	Sygdomme i fordøjelsesorganer
6.5	6.6	6.5	Sygdomme i hud og underhud
6.1	5.3	6.1	Sygdomme i knogler, bevægelsessystem og bindevæv
3.8	4.4	4.1	Sygdomme i urin- og kønsorganer
2.7	4.1	2.9	Svangerskab, fødsel og barsel
5.1	10.0	10.8	Visse årsager til sygdomme i perinatalperioden
4.6	5.0	5.0	Medfødte misdannelser og kromosomanomalier
4.3	2.4	2.5	Symptomer og abnorme fund ikke klassificeret andetsteds
6.1	5.0	4.6	Læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger
3.3	7.3	4.1	Faktorer af betydning for sundhedstilstand og kontakter med sundhedsvæsen
5.2	5.4	4.8	I alt

* Definition, se tabel 3.18

1 Gennemsnit for årene 1999-2003.

2 Eksklusiv psykiatriske hospitalsafdelinger og ikke-specialiserede afdelinger på sundhedscentraler.

3 Eksklusiv patienter med liggetid på 90 dage eller mere.

Kilder: Se tabel 3.18

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.20 Patients treated in hospitals* during 2003 by main diagnostic group, per 1 000 inhabitants

	<i>Denmark</i>	<i>Faroe Islands¹⁾</i>	<i>Finland²⁾</i>	<i>Åland²⁾</i>
Certain infectious and parasitic diseases	4.5	3.9	4.4	5.2
Neoplasms	9.5	7.6	8.7	7.9
Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune system	1.7	1.7	1.0	0.9
Endocrine, nutritional and metabolic diseases	3.7	3.8	2.3	2.3
Mental and behavioural disorders	2.2	2.1	1.8	2.9
Diseases of the nervous system	3.4	4.1	4.9	6.7
Diseases of the eye and adnexa	2.2	3.1	1.7	2.3
Diseases of the ear and mastoid process	0.8	2.9	1.0	3.3
Diseases of the circulatory system	16.3	17.0	16.8	14.0
Diseases of the respiratory system	12.0	11.2	9.8	16.4
Diseases of the digestive system	12.2	20.4	10.9	13.1
Diseases of the skin and subcutaneous tissue	2.4	2.3	1.5	1.5
Diseases of the musculo-skeletal system and connective tissue	8.6	12.8	11.9	9.9
Diseases of the genito-urinary system	8.4	8.3	7.3	8.6
Pregnancy, childbirth and the puerperium	14.6	17.5	12.0	9.0
Certain conditions originating in the perinatal period	1.5	0.5	1.4	1.5
Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities	1.2	1.3	1.2	1.2
Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified	12.5	9.4	10.0	10.7
Injury, poisoning and certain other consequences of external causes	15.7	15.1	12.7	13.2
Factors influencing health status and contact with health services	16.6	16.1	2.2	3.7
Total	116.8	137.2	142.6	165.7

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

1 Average 1999–2003.

2 Excluding wards in psychiatric hospitals and in non-specialized departments in health centres.

3 Excluding patients staying 90 days or longer.

4 The figures cover treatment at the same hospital. If a patient is transferred to another hospital, this is recorded as a new treatment period.

Sources: See Table 3.18

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Patienter behandlet ved sygehuse* i løbet af 2003, efter hoveddiagnosegrupper, pr. 1 000 indbyggere Tabel 3.20

<i>Iceland³⁾</i>	<i>Norway⁴⁾</i>	<i>Sweden</i>	
2.2	3.9	3.7	Visse infektions- og parasitære sygdomme
7.9	11.5	8.4	Svulster
0.9	0.9	0.9	Sygdomme i blod og bloddannende organer og visse lidelser i forbindelse med immunsystemet
1.7	2.4	2.5	Endokrine, ernærings- og stofskiftesygdomme
1.8	1.8	1.3	Psykiske og adfærdsmæssige lidelser
3.8	6.1	3.1	Sygdomme i nervesystem
2.5	1.6	0.8	Sygdomme i øje og øjenomgivelser
1.2	0.8	0.8	Sygdomme i øre og processus mastoideus
14.6	21.8	16.6	Sygdomme i kredsløbsorganer
9.3	12.9	7.4	Sygdomme i åndedrætsorganer
11.9	10.7	9.7	Sygdomme i fordøjelsesorganer
2.3	1.7	1.0	Sygdomme i hud og underhud
9.2	11.3	6.7	Sygdomme i knogler, bevægelsessystem og bindevæv
10.6	8.4	6.1	Sygdomme i urin- og kønsorganer
20.2	14.7	11.6	Svangerskab, fødsel og barsel
3.1	2.4	0.8	Visse årsager til sygdomme i perinatalperioden
1.6	1.6	0.8	Medfødte misdannelser og kromosomanomalier
5.6	10.1	12.1	Symptomer og abnorme fund ikke klassificeret andetsteds
10.2	17.1	12.3	Læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger
16.9	7.9	4.3	Faktorer af betydning for sundhedstilstand og kontakter med sundhedsvæsen
105.2	124.5	92.6	I alt

* Omfatter somatiske afdelinger ved almindelige sygehuse og ved somatiske specialsygehuse

1 Gennemsnit for årene 1999-2003.

2 Eksklusiv psykiatriske hospitalsafdelinger og ikke-specialiserede afdelinger på sundhedscentraler.

3 Eksklusiv patienter med liggetid på 90 dage eller mere.

4 Tallene dækker behandling ved et sygehus. Hvis en patient overflyttes til et andet sygehus, er der tale om en ny behandlingsperiode.

Kilder: Se tabel 3.18

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.21 Discharges, patients treated and average length of stay in hospitals* for malignant neoplasm of breast, women 2003

Udskrivninger, patienter behandlet og gennemsnitlig liggetid ved sygehuse* for kræft i bryst, kvinder 2003

	Denmark	Faroe Islands ¹⁾	Finland	Åland ¹⁾	Iceland	Norway ²⁾	Sweden
<i>Discharges, total</i> Udskrivninger, i alt	7 981	148	11 073	41	302	6 587	11 409
<i>Patients treated, total</i> Patienter behandlet, i alt	5 217	33	5 840	28	221	4 482	8 620
<i>Patients treated per 100 000 women in the age group</i> Patienter behandlet pr. 100 000 kvinder i alderen							
25-44	66	59	79	57	65	63	64
45-64	367	314	453	448	355	429	377
65+	458	423	413	401	451	450	400
<i>Total rate</i> Samlet rate	192	149	219	211	153	196	191
<i>Average length of stay per patient treated</i> Gennemsnitlig liggetid pr. behandlet patient							
	7.8	15.0	6.6	10.5	8.6	8.7	5.9
<i>Average length of stay per discharge</i> Gennemsnitlig liggetid pr. udskrivning							
	5.1	3.4	3.5	7.1	6.3	5.9	4.5

1 Average 1999-2003.

2 The figures cover treatment at the same hospital. If a patient is transferred to another hospital, this is re-recorded as a new treatment period.

1 Gennemsnit for årene 1999-2003.

2 Tallene dækker behandling ved et sygehus. Hvis en patient overflyttes til et andet sygehus, er der tale om en ny behandlingsperiode.

The table includes ICD-10: C50.
Tabellen omfatter ICD-10: C50.

Source: * Definition, see Table 3.19
Kilde: * Definition, se tabel 3.19

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.22 Discharges, patients treated and average length of stay in hospitals* for malignant neoplasm of bronchus and lung 2003

Udskrivninger, patienter behandlet og gennemsnitlig liggetid ved sygehuse* for kræft i bronkie og lunge 2003

		Denmark	Faroe Islands ¹⁾	Finland	Åland ¹⁾	Iceland	Norway ²⁾	Sweden
<i>Discharges</i>	<i>Udskrivninger</i>							
<i>Men, total</i>	Mænd, i alt	5 180	35	4 609	18	197	3 736	4 229
<i>Women, total</i>	Kvinder, i alt	4 338	32	1 793	12	184	2 540	3 517
<i>Patients treated</i>	<i>Patienter behandlet</i>							
<i>Men, total</i>	Mænd, i alt	2 324	10	1 764	8	92	2 234	2 305
<i>Women, total</i>	Kvinder, i alt	1 905	7	654	7	96	1 459	1 863
<i>Patients treated per 100 000 men in the age group</i>								
Patienter behandlet pr. 100 000 mænd i alderen								
	0-24	0	-	0	-	-	0	0
	25-44	7	-	3	-	9	4	3
	45-64	113	64	81	78	91	130	60
	65+	428	229	366	303	385	531	237
	<i>Total rate</i>							
	Samlet rate	87	41	69	64	64	99	52
<i>Patients treated per 100 000 women in the age group</i>								
Patienter behandlet pr. 100 000 kvinder i alderen								
	0-24	0	-	0	-	-	0	0
	25-44	5	3	2	-	7	7	3
	45-64	112	61	32	75	94	100	65
	65+	232	116	83	168	344	223	123
	<i>Total rate</i>							
	Samlet rate	70	32	25	52	66	64	41
<i>Average length of stay per patient treated</i>								
Gennemsnitlig liggetid pr. behandlet patient								
		15.4	14.9	15.0	22.6	21.2	17.2	17.9
<i>Average length of stay per discharge</i>								
Gennemsnitlig liggetid pr. udskrivning								
		6.9	3.8	5.7	11.1	10.4	10.1	9.6

1 Average 1999-2003.

2 The figures cover treatment at the same hospital. If a patient is transferred to another hospital, this is re-coded as a new treatment period.

1 Gennemsnit for årene 1999-2003.

2 Tallene dækker behandling ved et sygehus. Hvis en patient overflyttes til et andet sygehus, er der tale om en ny behandlingsperiode.

The table includes ICD-10: C34.
Tabellen omfatter ICD-10: C34.

Source: * Definition, see Table 3.19
Kilde: * Definition, se table 3.19

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE
Table 3.23 Discharges, patients treated and average length of stay in hospitals* for acute myocardial infarction 2003

Udskrivninger, patienter behandlet og gennemsnitlig liggetid ved sygehuse* for akut hjerteinfarkt 2003

		Denmark	Faroe Islands ¹⁾	Finland	Åland ¹⁾	Iceland	Norway ²⁾	Sweden
<i>Discharges</i>	<i>Udskrivninger</i>							
<i>Men, total</i>	<i>Mænd, i alt</i>	10 682	65	8 733	46	316	11 098	20 806
<i>Women, total</i>	<i>Kvinder, i alt</i>	5 920	35	6 422	34	148	6 733	13 648
<i>Patients treated</i>	<i>Patienter behandlet</i>							
<i>Men, total</i>	<i>Mænd, i alt</i>	6 868	50	6 802	37	275	9 957	15 494
<i>Women, total</i>	<i>Kvinder, i alt</i>	4 099	26	5 155	27	125	6 142	10 668
<i>Patients treated per 100 000 men in the age group</i>								
<i>Patienter behandlet pr. 100 000 mænd i alderen</i>								
	0-44	21	17	15	21	15	38	13
	45-64	348	278	306	342	327	662	352
	65+	1 189	1 138	1 381	1 313	1 018	2 054	1 676
	<i>Total rate</i>							
	<i>Samlet rate</i>	258	207	267	291	190	443	349
<i>Patients treated per 100 000 women in the age group</i>								
<i>Patienter behandlet pr. 100 000 kvinder i alderen</i>								
	0-44	7	1	3	3	1	8	4
	45-64	103	69	78	40	97	183	107
	65+	705	643	930	1 019	505	1 284	1 061
	<i>Total rate</i>							
	<i>Samlet rate</i>	151	115	193	205	86	268	236
<i>Average length of stay per patient treated</i>								
<i>Gennemsnitlig liggetid pr. behandlet patient</i>								
		7.9	10.6	8.4	8.9	9.2	6.5	7.4
<i>Average length of stay per discharge</i>								
<i>Gennemsnitlig liggetid pr. udskrivning</i>								
		5.2	8.1	6.6	7.1	7.9	5.9	5.6

1 Average 1999-2003.

2 The figures cover treatment at the same hospital. If a patient is transferred to another hospital, this is re-corded as a new treatment period.

1 Gennemsnit for årene 1999-2003.

2 Tallene dækker behandling ved et sygehus. Hvis en patient overflyttes til et andet sygehus, er der tale om en ny behandlingsperiode.

 The table includes ICD-10: I21-I22.
 Tabellen omfatter ICD-10: I21-I22.

 Source: * Definition, see Table 3.19
 Kilde: * Definition, se tabel 3.19

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.24 Discharges, patients treated and average length of stay in hospitals* for cerebrovascular diseases 2003

Udskrivninger, patienter behandlet og gennemsnitlig liggetid ved sygehuse* for karsygdomme i hjernen 2003

		Denmark	Faroe Islands ¹⁾	Finland	Åland ¹⁾	Iceland	Norway ²⁾	Sweden
<i>Discharges</i>	<i>Udskrivninger</i>							
<i>Men, total</i>	Mænd, i alt	11 615	94	10 585	44	422	7 970	17 625
<i>Women, total</i>	Kvinder, i alt	11 067	71	9 474	43	305	8 137	17 417
<i>Patients treated</i>	<i>Patienter behandlet</i>							
<i>Men, total</i>	Mænd, i alt	8 839	68	7 502	30	326	7 322	14 378
<i>Women, total</i>	Kvinder, i alt	8 311	59	6 942	33	227	7 539	14 595
<i>Patients treated per 100 000 men in the age group</i>								
Patienter behandlet pr. 100 000 mænd i alderen								
	0-44	21	19	26	27	11	26	15
	45-64	378	246	355	230	233	333	267
	65-79	1 442	1 574	1 280	940	1 352	1 407	1 271
	80+	2 687	2 105	1 663	1 289	1 776	1 944	1 798
	<i>Total rate</i>							
	Samlet rate	332	281	294	232	225	326	324
<i>Patients treated per 100 000 women in the age group</i>								
Patienter behandlet pr. 100 000 kvinder i alderen								
	0-44	22	7	22	33	9	24	14
	45-64	233	208	200	149	155	237	177
	65-79	969	893	817	569	691	913	861
	80+	2 242	1 535	1 134	842	1 032	1 417	1 373
	<i>Total rate</i>							
	Samlet rate	305	264	261	247	157	329	323
<i>Average length of stay per patient treated</i>								
Gennemsnitlig liggetid pr. behandlet patient								
		15.1	41.6	13.4	19.6	18.7	11.6	12.3
<i>Average length of stay per discharge</i>								
Gennemsnitlig liggetid pr. udskrivning								
		11.4	31.9	9.7	14.1	14.2	10.7	10.2

1 Average 1999-2003.

2 The figures cover treatment at the same hospital. If a patient is transferred to another hospital, this is re-coded as a new treatment period.

1 Gennemsnit for årene 1999-2003.

2 Tallene dækker behandling ved et sygehus. Hvis en patient overflyttes til et andet sygehus, er der tale om en ny behandlingsperiode.

The table includes ICD-10: I60-I69.
Tabellen omfatter ICD-10: I60-I69.

Source: * Definition, see Table 3.19
Kilde: * Definition, se tabel 3.19

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.25 Discharges, patients treated and average length of stay in hospitals* for chronic obstructive pulmonary disease and bronchiectasis 2003

Udskrivninger, patienter behandlet og gennemsnitlig liggetid ved sygehuse* for bronkit, emfysem og anden obstruktiv lungesygdom 2003

	Denmark	Faroe Islands ¹⁾	Finland	Åland ¹⁾	Iceland	Norway ²⁾	Sweden
<i>Discharges, total</i> Udskrivninger, i alt	20 099	83	7 661	55	542	9 248	16 558
<i>Patients treated, total</i> Patienter behandlet, i alt	11 970	55	4 759	38	340	6 742	10 070
<i>Per 100 000 in the age group</i> Pr. 100 000 i alderen							
0-4	39	193	2	-	-	20	6
5-14	2	3	1	-	-	6	1
15-24	3	3	1	-	-	3	1
25-64	94	69	43	53	46	77	41
65-74	967	419	376	462	589	636	401
75+	1 297	623	515	977	1 058	774	640
<i>Total rate</i> Samlet rate	222	118	91	148	118	149	112
<i>Average length of stay per patient treated</i> Gennemsnitlig liggetid pr. behandlet patient							
	10.1	14.9	9.4	11.5	16.3	11.3	9.7
<i>Average length of stay per discharge</i> Gennemsnitlig liggetid pr. udskrivning							
	6.0	9.9	5.9	8.1	10.2	8.2	5.9

1 Average 1999-2003.

2 The figures cover treatment at the same hospital. If a patient is transferred to another hospital, this is recorded as a new treatment period.

1 Gennemsnit for årene 1999-2003.

2 Tallene dækker behandling ved et sygehus. Hvis en patient overflyttes til et andet sygehus, er der tale om en ny behandlingsperiode.

The table includes ICD-10: J40-J44, J47.
Tabellen omfatter ICD-10: J40-J44, J47.

Source: * Definition, see Table 3.19
Kilde: * Definition, se tabel 3.19

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.26 Discharges, patients treated and average length of stay in hospitals* for asthma 2003

Udskrivninger, patienter behandlet og gennemsnitlig liggetid ved sygehuse* for astma 2003

	Denmark	Faroe Islands ¹⁾	Finland	Åland ¹⁾	Iceland	Norway ²⁾	Sweden
<i>Discharges, total</i> Udskrivninger, i alt	7 094	108	7 190	57	172	4 144	5 713
<i>Patients treated, total</i> Patienter behandlet, i alt	5 590	72	5 625	46	146	3 608	4 555
<i>Per 100 000 in the age group</i> Pr. 100 000 i alderen							
0-4	741	1 027	399	920	248	496	446
5-14	146	213	75	300	42	91	32
15-24	53	54	49	49	19	36	14
25-64	48	42	67	46	23	41	19
65-74	55	134	167	212	76	55	43
75+	45	108	291	484	122	64	92
<i>Total rate</i> Samlet rate	104	155	108	178	50	80	51
<i>Average length of stay per patient treated</i> Gennemsnitlig liggetid pr. behandlet patient							
	3.1	4.4	5.8	4.9	5.3	5.3	3.3
<i>Average length of stay per discharge</i> Gennemsnitlig liggetid pr. udskrivning							
	2.4	3.0	4.5	3.9	4.5	4.6	2.6

1 Average 1999-2003.

2 The figures cover treatment at the same hospital. If a patient is transferred to another hospital, this is recorded as a new treatment period.

1 Gennemsnit for årene 1999-2003.

2 Tallene dækker behandling ved et sygehus. Hvis en patient overflyttes til et andet sygehus, er der tale om en ny behandlingsperiode.

The table includes ICD-10: J45-J46.
Tabellen omfatter ICD-10: J45-J46.

Source: * Definition, see Table 3.19
Kilde: * Definition, se tabel 3.19

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.27 Discharges, patients treated and average length of stay in hospitals* for intervertebral disc disorders 2003

Udskrivninger, patienter behandlet og gennemsnitlig liggetid ved sygehuse* for diskusprolaps i halsens ryghvirvler og andre ryghvirvler 2003

	Denmark	Faroe Islands ¹⁾	Finland	Åland ¹⁾	Iceland	Norway ²⁾	Sweden
<i>Discharges, total</i> Udskrivninger, i alt	6 238	52	7 202	37	473	6 557	3 488
<i>Patients treated, total</i> Patienter behandlet, i alt	4 726	39	5 952	30	424	5 731	2 995
<i>Per 100 000 in the age group</i> Pr. 100 000 i alderen							
0-24	7	6	14	21	17	12	4
25-44	125	118	174	168	273	197	58
45-64	143	147	190	170	239	225	51
65+	79	131	73	98	80	75	21
<i>Total rate</i> Samlet rate	88	85	114	114	147	126	33
<i>Average length of stay per patient treated</i> Gennemsnitlig liggetid pr. behandlet patient							
	8.0	10.0	5.1	7.3	2.6	5.5	6.5
<i>Average length of stay per discharge</i> Gennemsnitlig liggetid pr. udskrivning							
	6.1	7.5	4.2	5.8	2.3	4.8	5.6

1 Average 1999-2003.

2 The figures cover treatment at the same hospital. If a patient is transferred to another hospital, this is re-recorded as a new treatment period.

1 Gennemsnit for årene 1999-2003.

2 Tallene dækker behandling ved et sygehus. Hvis en patient overflyttes til et andet sygehus, er der tale om en ny behandlingsperiode.

The table includes ICD-10: M50-M52.
Tabellen omfatter ICD-10: M50-M52.

Source: * Definition, see Table 3.19
Kilde: * Definition, se tabel 3.19

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.28 Discharges, patients treated and average length of stay in hospitals* for fracture of femur 2003

Udskrivninger, patienter behandlet og gennemsnitlig liggetid ved sygehuse* for brud af lår 2003

		Denmark	Faroe Islands ¹⁾	Finland	Åland ¹⁾	Iceland	Norway ²⁾	Sweden
<i>Discharges</i>	<i>Udskrivninger</i>							
<i>Men, total</i>	Mænd, i alt	3 870	34	3 251	14	146	3 517	6 132
<i>Women, total</i>	Kvinder, i alt	8 923	68	6 617	34	328	8 193	13 482
<i>Patients treated</i>	<i>Patienter behandlet</i>							
<i>Men, total</i>	Mænd, i alt	3 262	26	2 561	11	120	3 341	5 449
<i>Women, total</i>	Kvinder, i alt	7 566	49	5 236	31	254	7 836	12 312
<i>Patients treated per 100 000 men in the age group</i>								
Patienter behandlet pr. 100 000 mænd i alderen								
	0-44	26	31	32	19	14	33	23
	45-64	75	75	74	39	94	81	54
	65-74	281	344	230	180	205	303	209
	75-79	669	525	548	441	438	762	582
	80+	1 773	1 439	1 359	1 141	1 318	2 207	1 584
	<i>Total rate</i>							
	Samlet rate	122	109	100	86	83	149	123
<i>Patients treated per 100 000 women in the age group</i>								
Patienter behandlet pr. 100 000 kvinder i alderen								
	0-44	9	18	11	11	2	11	10
	45-64	83	82	51	46	52	93	61
	65-74	481	515	300	222	471	521	369
	75-79	1 203	1 323	884	857	1 304	1 373	976
	80+	3 202	2 349	2 196	2 491	2 717	3 781	2 682
	<i>Total rate</i>							
	Samlet rate	278	219	197	237	176	342	272
<i>Average length of stay per patient treated</i>								
Gennemsnitlig liggetid pr. behandlet patient								
		13.5	22.1	10.6	15.9	15.0	10.7	10.2
<i>Average length of stay per discharge</i>								
Gennemsnitlig liggetid pr. udskrivning								
		11.4	16.3	8.4	13.9	11.8	10.2	9.3

1 Average 1999-2003.

2 The figures cover treatment at the same hospital. If a patient is transferred to another hospital, this is re-recorded as a new treatment period.

1 Gennemsnit for årene 1999-2003.

2 Tallene dækker behandling ved et sygehus. Hvis en patient overflyttes til et andet sygehus, er der tale om en ny behandlingsperiode.

The table includes ICD-10: S72.
Tabellen omfatter ICD-10: S72.

Source: * Definition, see Table 3.19
Kilde: * Definition, se tabel 3.19

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.29 Discharges, patients treated and average length of stay in hospitals* for alcoholic liver disease 2003

Udskrivninger, patienter behandlet og gennemsnitlig liggetid ved sygehuse* for alkoholisk leversygdom 2003

		Denmark	Faroe Islands ¹⁾	Finland	Åland ¹⁾	Iceland	Norway ²⁾	Sweden
<i>Discharges</i>	<i>Udskrivninger</i>							
<i>Men, total</i>	<i>Mænd, i alt</i>	1 442	4	1 267	4	10	503	1 319
<i>Women, total</i>	<i>Kvinder, i alt</i>	653	-	473	2	3	254	491
<i>Patients treated</i>	<i>Patienter behandlet</i>							
<i>Men, total</i>	<i>Mænd, i alt</i>	861	2	782	2	7	359	770
<i>Women, total</i>	<i>Kvinder, i alt</i>	432	-	287	2	2	179	313
<i>Patients treated per 100 000 men in the age group</i>								
<i>Patienter behandlet pr. 100 000 mænd i alderen</i>								
	0-44	7	-	9	3	-	4	3
	45-64	85	21	75	45	16	42	42
	65+	41	29	36	22	13	28	32
	<i>Total rate</i>							
	<i>Samlet rate</i>	32	8	31	17	5	16	17
<i>Patients treated per 100 000 women in the age group</i>								
<i>Patienter behandlet pr. 100 000 kvinder i alderen</i>								
	0-44	4	-	3	-	-	1	1
	45-64	43	4	27	29	6	23	19
	65+	14	6	10	32	-	10	8
	<i>Total rate</i>							
	<i>Samlet rate</i>	16	2	11	14	1	8	7
<i>Average length of stay per patient treated</i>								
<i>Gennemsnitlig liggetid pr. behandlet patient</i>								
		14.4	14.6	12.8	27.9	7.2	11.8	13.2
<i>Average length of stay per discharge</i>								
<i>Gennemsnitlig liggetid pr. udskrivning</i>								
		8.9	8.0	7.8	18.6	5.0	8.4	7.9

1 Average 1999-2003.

2 The figures cover treatment at the same hospital. If a patient is transferred to another hospital, this is re-corded as a new treatment period.

1 Gennemsnit for årene 1999-2003.

2 Tallene dækker behandling ved et sygehus. Hvis en patient overflyttes til et andet sygehus, er der tale om en ny behandlingsperiode.

The table includes ICD-10: K70.
Tabellen omfatter ICD-10: K70.

Source: * Definition, see Table 3.19
Kilde: * Definition, se tabel 3.19

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.30 Discharges, patients treated and average length of stay in hospitals* for other diseases of liver 2003

Udskrivninger, patienter behandlet og gennemsnitlig liggetid ved sygehuse* for ikke-alkoholisk leversygdom 2003

		Denmark	Faroe Islands ¹⁾	Finland	Åland ¹⁾	Iceland	Norway ²⁾	Sweden
<i>Discharges</i>	<i>Udskrivninger</i>							
<i>Men, total</i>	Mænd, i alt	1 029	5	864	1	11	612	1 307
<i>Women, total</i>	Kvinder, i alt	1 088	13	1 190	2	32	660	1 269
<i>Patients treated</i>	<i>Patienter behandlet</i>							
<i>Men, total</i>	Mænd, i alt	756	4	592	1	10	502	931
<i>Women, total</i>	Kvinder, i alt	820	8	825	2	21	569	934
<i>Patients treated per 100 000 men in the age group</i>								
Patienter behandlet pr. 100 000 mænd i alderen								
	0-44	12	13	12	0	3	13	7
	45-64	55	21	38	11	13	33	34
	65+	51	36	45	22	20	50	53
	<i>Total rate</i>							
	Samlet rate	28	17	23	6	7	22	21
<i>Patients treated per 100 000 women in the age group</i>								
Patienter behandlet pr. 100 000 kvinder i alderen								
	0-44	12	6	14	3	2	13	8
	45-64	50	61	52	34	36	36	31
	65+	62	110	49	16	43	50	42
	<i>Total rate</i>							
	Samlet rate	30	34	31	14	15	25	21
<i>Average length of stay per patient treated</i>								
Gennemsnitlig liggetid pr. behandlet patient								
		10.2	12.8	7.1	6.8	8.4	9.3	10.1
<i>Average length of stay per discharge</i>								
Gennemsnitlig liggetid pr. udskrivning								
		7.6	8.4	4.9	6.8	6.0	7.8	7.3

1 Average 1999-2003.

2 The figures cover treatment at the same hospital. If a patient is transferred to another hospital, this is re-corded as a new treatment period.

1 Gennemsnit for årene 1999-2003.

2 Tallene dækker behandling ved et sygehus. Hvis en patient overflyttes til et andet sygehus, er der tale om en ny behandlingsperiode.

The table includes ICD-10: K71-K77.
Tabellen omfatter ICD-10: K71-K77.

Source: * Definition, see Table 3.19
Kilde: * Definition, se tabel 3.19

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE
Table 3.31 Sixteen major surgical procedure groups, total numbers 2003
 Seksten store operationsgrupper, i alt 2003

NCSF codes		Denmark	Faroe Islands ¹⁾	Finland	Åland ¹⁾	Iceland	Norway	Sweden
ABC 01-26	<i>Disc operations</i>							
	Disk-operationer	2 433	15	3 422	15	416	3 698	2 033
BAA 20-60	<i>Partial and total thyroid excision</i>							
	Resektion af thyreoidea	1 641	7	1 788	4	96	1 153	2 275
CJC, CJD, CJE, CJF00, CJF10	<i>Cataract surgery</i>							
	Kataraktoperationer	25 067	120	39 373	51	1 565	24 246	80 127 ²⁾
FNA; FNB; FNC; FND; FNE	<i>Coronary anastomosis surgery</i>							
	Coronar Anastomoser	3 059	27	4 305	0	183	3 860	6 726
FNG 02; FNG 05	<i>Percutaneous expansion of the coronary artery (PTCA)</i>							
	Perkutan coronar angioplastik (PTCA)	7 693	44	5 928	1	621	10 048	12 898 ³⁾
HAB	<i>Excision of mammary gland (women)</i>							
	Resektion af mammae (kvinder)	4 498	17	3 916	18	148	3 146	7 155
HAC 10-25; HAC 99	<i>Mastectomy (women)</i>							
	Ablatio mammae (kvinder)	2 791	12	2 191	12	71	1 515	3 565
JEA	<i>Appendectomy</i>							
	Appendektomi	6 251	47	7 646	48	437	5 297	10 861
JKA 20-21	<i>Cholecystectomy</i>							
	Kolecystektomi	7 020	43	8 681	47	584	4 614	12 353
KAS 10-20	<i>Kidney transplant</i>							
	Nyretransplantation	171	2	157	1	1	240	344
KEC	<i>Radical prostatectomy</i>							
	Radikal prostatektomi	287	0	733	2	35	252	1 589
KED 22-72	<i>Prostatectomy, transurethral procedures</i>							
	Transurethral resektion af prostate	4 527	18	3 840	28	219	4 856	7 825
KED 00; KED 96	<i>Open prostatectomy</i>							
	Åben prostatektomi	109	1	67	0	2	219	196
LCC 10-20; LCD; LCE; LEF 13	<i>Hysterectomy (including supravaginal hysterectomy and exenteration of pelvis)</i>							
	Hysterektomi (inkl. supravaginal hysterektomi og bækkensentration)	6 680	31	10 086	43	475	5 138	9 973
MCA	<i>Caesarean section</i>							
	Kejsersnit	12 565	104	9 089	50	699	8 757	16 115
NFB; NFC	<i>Hip replacement</i>							
	Hofteledsplastik	9 555	67	10 249	44	444	9 655	17 614

The NCSF codes refer to NOMESCO Classification of Surgical Procedures. Version 1.7. NOMESCO 65:2003.

1 Average 1999-2003.

2 2002. Data from the Swedish cataract register with a coverage of 95 per cent. Including only CJC, CJD and CJE.

3 NCSF: FNG00-FNG06.

1 Gennemsnit for årene 1999 til 2003.

2 2002. Data fra det svenske kataraktregister med 95 procent dækningsgrad. Inkluderer kun CJC, CJD og CJE.

3 NCSF: FNG00-FNG06.

Sources: D: National Board of Health; FI: Ministry of Health; F & Å: STAKES; I: Directorate of Health; N: Norwegian Patient Register; S: National Board of Health and Welfare

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.32 Sixteen major surgical procedure groups, per 100 000 inhabitants 2003
 Seksten store operationsgrupper, pr. 100 000 indbyggere 2003

NCSP codes		Denmark	Faroe Islands ¹⁾	Finland	Åland ¹⁾	Iceland	Norway	Sweden
ABC 01-26	<i>Disc operations</i> Disk-operationer	45	32	66	58	144	81	23
BAA 20-60	<i>Partial and total thyroid excision</i> Resektion af thyreoidea	30	14	34	15	33	25	25
CJC, CJD, CJE, CJF00, CJF10	<i>Cataract surgery</i> Kataraktoperationer	465	257	755	196	541	534	898 ²⁾
FNA; FNB; FNC; FND; FNE	<i>Coronary anastomosis surgery</i> Coronaranastomoser	57	59	83	2	63	85	75
FNG 02; FNG 05	<i>Percutaneous expansion of the coronary artery (PTCA)</i> Perkutan coronar angioplastik (PTCA)	143	95	114	4	215	221	144 ³⁾
HAB	<i>Excision of mammary gland (women)⁴⁾</i> Resektion af mammae (kvinder) ⁴⁾	160	69	147	140	102	137	158
HAC 10-25; HAC 99	<i>Mastectomy (women)⁴⁾</i> Ablatio mammae (kvinder) ⁴⁾	94	53	82	88	49	66	79
JEA	<i>Appendectomy</i> Appendektomi	116	101	147	187	151	117	121
JKA 20-21	<i>Cholecystectomy</i> Kolecystektomi	130	93	167	180	202	102	138
KAS 10-20	<i>Kidney transplant</i> Nyretransplantation	3	5	3	2	0	5	4
KEC	<i>Radical prostatectomy⁵⁾</i> Radikal prostatektomi ⁵⁾	11	2	29	17	24	11	36
KED 22-72	<i>Prostatectomy, transurethral procedures⁵⁾</i> Transurethral resektion af prostata ⁵⁾	170	75	151	222	151	216	176
KED 00; KED 96	<i>Open prostatectomy⁵⁾</i> Åben prostatektomi ⁵⁾	4	2	3	2	1	10	4
LCC 10-20; LCD; LCE; LEF 13	<i>Hysterectomy (including supravaginal hysterectomy and exenteration of pelvis)⁴⁾</i> Hysterektomi (inkl. supravaginal hysterektomi og bækkeneksentration) ⁴⁾	245	136	379	325	329	224	221
MCA	<i>Caesarean section⁶⁾</i> Kejsersnit ⁶⁾	195	147	163	194	172	156	172
NFB; NFC	<i>Hip replacement</i> Hofteledsplastik	177	143	197	171	153	213	197

The NCSP codes refer to NOMESCO Classification of Surgical Procedures. Version 1.7. NOMESCO 65:2003.

1 Average 1999-2003.

2 2002. Data from the Swedish cataract register with a coverage of 95 per cent. Including only CJC, CJD and CJE.

3 NCSP: FNG00-FNG06.

4 Per 100 000 women.

5 Per 100 000 men.

6 Per 1 000 deliveries.

1 Gennemsnit for årene 1999-2003.

2 2002. Data fra det svenske kataraktregister med 95 procent dækningsgrad. Inkluderer kun CJC, CJD og CJE.

3 NCSP: FNG00-FNG06.

4 Pr. 100 000 kvinder.

5 Pr. 100 000 mænd.

6 Pr. 1 000 fødsler.

Sources: See Table 3.31

Kilder: Se tabel 3.31

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE
Table 3.33 Fifteen surgical procedures partly carried out as day surgery in hospitals 2003

	NCSF codes	Denmark			Finland		
		Total number of procedures	Of which day surgery	Day surgery (per cent)	Total number of procedures	Of which day surgery	Day surgery (per cent)
<i>Carpal tunnel decompression of median nerve</i> Dekompression og lysis af medianus nerve	ACC51	3 890	3 055	78.5	7 598	6 488	85.4
<i>Cataract surgery</i> Kataraktoperation	CJC, CJD, CJE, CJF00, CJF10	25 067	23 447	93.5	39 373	37 174	94.4
<i>Tonsillectomy and/or adenoidectomy</i> Tonsillektomi og/eller adenoidektomi	EMB10, EMB20, EMB30	8 052	1 325	16.5	17 324	11 026	63.6
<i>Wedge resection of mammary gland (women only)</i> Segmentresektion af brystkirtel (kun kvinder)	HAB40	1 877	18	1.0	1 270	100	7.9
<i>Inguinal and femoral hernia</i> Brok-operationer	JAB, JAC	12 169	5 994	49.3	11 511	5 492	47.7
<i>Haemorrhoidectomy</i> Haemorrhoidectomia	JHB00	2 166	719	33.2	1 795	426	23.7
<i>Cholecystectomy, laparoscopic</i> Laparoskopisk cholecystektomi	JKA21	5 807	552	9.5	6 560	652	9.9
<i>Transurethral resection of prostate (TURP)</i> Transurethral resektion af prostata (TURP)	KED22	3 971	15	0.4	3 186	9	0.3
<i>Curettage and excision of endometrium in uterus and cervix uteri</i> Abrasio af endometrium i uterus og cervix uteri	LCA10-16, LCB28, LCB32, LDA10	10 956	7 651	69.8	4 966	3 303	66.5
<i>Termination of pregnancy</i> Abort-operationer	LCH	12 383	7 624	61.6	5 449	4 685	86.0
<i>Female sterilization</i> Sterilisation af kvinder	LGA	5 116	3 110	60.8	4 830	3 973	82.3
<i>Removal of implanted devices from bone</i> Fjernelse af osteosyntese	NAU, NBU, NCU, NDU, NEU, NFU, NGU, NHU	12 659	6 250	49.4	5 441	3 407	62.6
<i>Knee arthroscopy</i> Artroskopi af knæled	NGA11	8 524	6 018	70.6	4 392	3 205	73.0
<i>Arthroscopic operations on meniscus of knee</i> Artroskopisk meniskoperation på knæ	NGD01, NGD11, NGD21, NGD91	9 864	6 169	62.5	11 102	9 077	81.8
<i>Vein ligation and stripping on leg</i> Fjernelse af åreknuder på ben	PHB13-14, PHD	6 813	4 255	62.5	7 399	4 645	62.8

1 The figures are estimated based on a coverage of 80 per cent. Figures for cataract surgery are data for 2002 from the Swedish cataract register with a coverage of 95 per cent, including only CJC, CJD and CJE.

Source: See Table 3.31

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Femten kirurgiske indgreb, der delvist gennemføres som dagkirurgi Tabel 3.33
på sygehuse 2003

Norway			Sweden ¹⁾		
Total number of procedures	Of which day surgery	Day surgery (per cent)	Total number of procedures	Of which day surgery	Day surgery (per cent)
6 399	6 019	94.1	9 042	8 678	96.0
24 246	22 208	91.6	80 127	77 950	97.3
13 174	6 122	46.5	13 720	6 431	46.9
1 852	747	40.3	5 270	1 586	30.1
8 330	5 137	61.7	18 015	12 805	71.1
2 846	1 639	57.6	2 426	1 510	62.2
4 096	510	12.5	9 320	1 167	12.5
4 493	9	0.2	6 683	134	2.0
5 977	4 080	68.3	16 278	12 916	79.3
13 200	12 812	97.1	18 056	16 612	92.0
1 735	872	50.3	3 970	3 303	83.2
8 821	3 727	42.3	13 475	8 629	64.0
4 912	3 722	75.8	7 218	6 507	90.2
14 702	12 859	87.5	11 971	11 103	92.7
8 445	6 933	82.1	6 271	5 449	86.9

1 Tallene er beregnet ud fra en 80 procents dækningsgrad. Tal for kataraktoperation er data for 2002 fra det svenske kataraktregister med 95 procent dækningsgrad. Kataraktregistret inkluderer kun CJC, CJD og CJE.

Kilde: Se tabel 3.31

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.34 Surgical procedures in connection with cancer diagnoses, total and per 100 000 inhabitants 2003

Operationer i forbindelse med kræftdiagnoser, i alt og pr. 100 000 indbyggere 2003

NCSF codes	Denmark	Faroe Islands ¹⁾	Finland	Åland ¹⁾	Iceland	Norway	Sweden
<i>Totalt alt</i>							
HAB <i>Excision of the mammary gland (women)</i> Resektion af mammae (kvinder) (ICD-9: 174; ICD-10: C50)	1 814	13	1 819	47	93	1 750	3 801
HAC <i>Mastectomy (women)</i> 10-25; Ablatio mammae (kvinder) HAC 99 (ICD-9: 174; ICD-10: C50)	2 267	12	1 980	54	66	1 368	3 252
KEC <i>Radical prostatectomy</i> Radikal prostatektomi (ICD-9: 185; ICD-10: C61)	279	0	723	11	35	247	1 563
KED <i>Prostatectomy, transurethral procedures</i> 22-72 Transurethral resektion af prostata (ICD-9: 185; ICD-10: C61)	626	4	363	25	31	879	1 443
LCC 10-20; <i>Hysterectomy (including supravaginal hysterectomy and exenteration of pelvis)</i> LCD; Hysterektomi (inkl. supravaginal hysterektomi og bækkeneksentration) LCE; LEF 13 (ICD-9: 180-184; ICD-10: C51-58)	1 134	20	880	17	33	977	2 193
<i>Per 100 000 inhabitants</i>							
<i>Pr. 100 000 indbyggere</i>							
<i>Partial excision of the mammary gland (women)²⁾</i> Resektion af mammae (kvinder) ²⁾	67	56	68	71	64	76	84
<i>Mastectomy (women)²⁾</i> Ablatio mammae (kvinder) ²⁾	83	52	74	82	46	60	72
<i>Radical prostatectomy³⁾</i> Radikal prostatektomi ³⁾	10	2	28	17	24	11	35
<i>Prostatectomy, transurethral procedures³⁾</i> Transurethral resektion af prostata ³⁾	23	15	14	39	21	39	33
<i>Hysterectomy (including supravaginal hysterectomy and exenteration of pelvis)³⁾</i> Hysterektomi (inkl. supravaginal hysterektomi og bækkeneksentration) ³⁾	42	91	33	26	23	43	49

The NCSF codes refer to NOMESCO Classification of Surgical Procedures. Version 1.7. NOMESCO 65:2003.

1 Average 1999-2003.

2 Per 100 000 women.

3 Per 100 000 men.

1 Gennemsnit for årene 1999-2003.

2 Pr. 100 000 kvinder.

3 Pr. 100 000 mænd.

Sources: See Table 3.31

Kilder: Se tabel 3.31

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.35 Disc operations by sex and age 2003
Disk-operationer fordelt på køn og alder 2003

Age Alder	Denmark		Faroe Islands ¹⁾		Finland		Iceland		Norway		Sweden		
	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	
<15	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
15-24	44	25	0	-	85	68	8	9	79	53	48	35	
25-44	639	487	3	3	998	641	135	95	1056	746	607	434	
45-64	542	438	4	2	850	544	70	72	851	638	412	332	
65+	119	135	1	1	112	124	14	13	150	124	78	87	
<i>Total</i> I alt	1 344	1 089	8	7	2 045	1 377	227	189	2 136	1 562	1 145	888	
<i>Per 100 000</i>													
<i>in the age</i>													
<i>group</i>													
Pr. 100 000													
i alderen													
15-24	15	9	12	-	26	21	37	43	28	20	9	7	
25-44	81	63	45	59	141	94	320	228	157	115	49	36	
45-64	76	62	64	49	118	75	220	232	155	119	35	29	
65+	35	29	50	23	35	25	91	70	53	32	12	10	
<i>Total</i> I alt	50	40	35	29	80	52	157	131	95	68	26	20	

1 Average 1999-2003.

1 Gennemsnit for årene 1999 til 2003.

NCSP codes covered: ABC 01-26.

Sources: See Table 3.31

Kilder: Se tabel 3.31

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.36 Partial and total thyroid excision by sex and age 2003
 Resektion af thyreoidea, fordelt på køn og alder 2003

Age Alder	Denmark		Finland		Iceland		Norway		Sweden	
	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W
<15	1	9	2	5	1	-	-	1	-	24
15-24	11	43	13	57	-	5	7	31	27	104
25-44	73	556	67	393	2	36	45	315	93	683
45-54	89	352	93	394	4	24	51	242	73	381
55-64	69	221	87	317	4	5	57	184	103	341
65-74	35	107	37	203	4	9	43	81	69	203
75-84	15	53	23	84	-	2	18	73	30	127
85+	2	5	2	11	-	-	-	5	3	14
<i>Total I alt</i>	295	1 346	324	1 464	15	81	221	932	398	1 877
<i>Per 100 000 in the age group</i>										
<i>Pr. 100 000 i alderen</i>										
15-24	4	15	4	18	-	24	3	12	5	20
25-44	9	72	9	58	5	86	7	48	8	57
45-54	24	97	23	99	21	130	16	81	12	65
55-64	20	64	27	97	32	40	24	78	18	60
65-74	18	48	19	83	46	94	29	47	20	52
75-84	13	32	23	46	-	30	17	46	12	37
85+	7	7	10	18	-	-	-	8	5	10
<i>Total I alt</i>	11	49	13	55	10	56	10	41	9	42

NCSP codes covered: BAA 20-60.

Sources: See Table 3.31
 Kilder: Se tabel 3.31

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.37 Cataract surgery by sex and age 2003
Kataraktoperationer, efter køn og alder 2003

Age Alder	Denmark		Faroe Islands ¹⁾		Finland		Norway		Sweden ²⁾	
	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W
<45	291	211	2	1	242	241	222	197	458	334
45-64	1 628	1 849	12	9	2 371	2 822	1 129	1 289	3 235	3 771
65-74	2 387	4 029	17	17	3 772	7 716	1 734	3 124	4 654	8 445
75-84	3 707	7 330	17	32	5 071	13 090	3 870	8 018	8 506	17 279
85+	1 014	2 621	5	8	1 040	3 008	1 400	3 263	2 609	5 895
Total I alt	9 027	16 040	53	66	12 496	26 877	8 355	15 891	19 462	35 724
<i>Per 100 000 in the age group</i>										
<i>Pr. 100 000 i alderen</i>										
45-64	228	262	214	175	329	389	206	240	276	327
65-74	1 201	1 797	1 033	994	1 901	3 158	1 151	1 816	1 327	2 150
75-84	3 299	4 376	1 823	2 437	5 138	7 170	3 679	5 057	3 516	5 071
85+	3 533	3 725	2 122	1 729	5 298	4 838	5 472	5 206	3 954	4 057
Total I alt	339	589	221	296	490	1 009	371	694	439	790

1 Average 1999-2003.

2 2002. Data from the Swedish cataract register with a coverage of 95 per cent. Including only CJC, CJD and CJE.

1 Gennemsnit for årene 1999 til 2003.

2 2002. Data fra det svenske kataraktregister med 95 procent dækningsgrad. Inkluderer kun CJC, CJD og CJE.

NCSP codes covered: CJC, CJD, CJE, CJF00, CJF10

Sources: See Table 3.31

Kilder: Se tabel 3.31

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.38 Coronary anastomosis surgery by sex and age 2003
Coronar Anastomoser efter køn og alder 2003

Age Alder	Denmark		Faroe Island ¹⁾		Finland		Iceland		Norway		Sweden	
	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W
<45	41	11	0	-	45	10	4	-	55	12	77	20
45-54	281	45	2	0	454	54	24	1	341	54	519	93
55-64	751	135	9	2	986	175	47	9	920	146	1 441	299
65-74	918	296	8	2	1 250	515	52	14	1 001	327	1 955	637
75-84	387	179	3	1	483	314	20	8	661	303	1 105	539
85+	7	8	-	-	13	6	3	1	23	17	26	15
Total I alt	2 385	674	22	6	3 231	1 074	150	33	3 001	859	5 123	1 603
Per 100 000 in the age group												
Pr. 100 000 i alderen												
45-54	76	12	57	14	113	14	125	5	110	18	86	16
55-64	219	39	361	86	310	53	371	72	386	62	252	53
65-74	462	132	517	132	630	211	592	147	664	190	557	162
75-84	344	107	276	91	489	172	382	120	628	191	457	158
85+	24	11	-	-	66	10	232	42	90	27	39	10
Total I alt	90	25	90	25	127	40	104	23	133	38	115	35

1 Average 1999-2003.

1 Gennemsnit for årene 1999 til 2003.

NCSP codes covered: FNA; FNB; FNC; FND; FNE.

Sources: See Table 3.31

Kilder: Se tabel 3.31

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.39 Percutaneous expansion of the coronary artery (PTCA) by sex and age 2003
Perkutan coronar angioplastik (PTCA) efter køn og alder 2003

Age Alder	Denmark		Faroe Islands		Finland		Norway		Sweden ²⁾	
	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W
<45	335	85	3	0	218	46	423	77	365	99
45-54	995	245	7	1	800	188	1 541	298	1 452	346
55-64	1 872	504	11	3	1 367	393	2 440	656	3 214	885
65-74	1 475	751	11	4	1 150	667	1 870	834	2 680	1 172
75-84	766	530	2	2	555	467	1 104	633	1 512	979
85+	59	76	-	-	31	46	82	90	111	83
<i>Total I alt</i>	5 502	2 191	33	11	4 121	1 807	7 460	2 588	9 334	3 564
<i>Per 100 000 in the age group</i>										
<i>Pr. 100 000 i alderen</i>										
45-54	269	67	215	43	201	48	495	99	242	59
55-64	545	147	451	163	420	117	1 025	277	562	157
65-74	742	335	677	216	575	272	1 241	485	764	298
75-84	682	316	191	182	549	253	1 050	399	625	287
85+	206	108	-	-	156	73	321	144	168	57
<i>Total I alt</i>	206	80	138	47	161	68	332	113	210	79

1 Average 1999-2003.

2 NCSP: F00-F06.

1 Gennemsnit for årene 1999 til 2003.

2 NCSP: F00-F06.

NCSP codes covered: FNG 02; FNG 05.

Sources: See Table 3.31

Kilder: Se tabel 3.31

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.40 Excision of mammary gland by age, women 2003
 Resektion af mammae, kvinder, fordelt på alder 2003

Age Alder	Denmark	Faroe Islands ¹⁾	Finland	Iceland	Norway	Sweden
<15	4	-	4	-	3	2
15-24	166	1	150	1	57	227
25-44	1 096	3	747	31	471	1 261
45-64	2 181	5	2 233	77	1 886	3 872
65-74	608	3	571	24	542	1 259
75-84	233	2	173	12	156	466
85+	72	0	38	3	31	68
<i>Total I alt</i>	4 360	15	3 916	148	3 146	7 155
<i>Per 100 000 in the age group</i>						
<i>Pr. 100 000 i alderen</i>						
15-24	57	28	47	5	21	44
25-44	142	59	110	74	72	106
45-64	309	110	308	249	351	336
65-74	271	192	234	251	315	321
75-84	139	166	95	179	98	137
85+	102	86	61	126	49	47
<i>Total I alt</i>	160	69	147	102	137	158

1 Average 1999-2003.

1 Gennemsnit for årene 1999 til 2003.

NCSP codes covered: HAB.

Sources: See Table 3.31

Kilder: Se tabel 3.31

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.41 Mastectomy, women, by age 2003

Ablatio mammae, kvinder, fordelt på alder 2003

Age Alder	Denmark	Faroe Islands ¹⁾	Finland	Iceland	Norway	Sweden
<15	-	-	1	-	-	-
15-24	1	-	3	-	3	1
25-44	284	2	213	11	156	386
45-64	1 168	5	1 077	36	684	1 575
65-74	571	4	424	9	251	667
75-84	420	1	352	12	319	716
85+	104	0	121	3	102	220
<i>Total I alt</i>	2 548	12	2 191	71	1 515	3 565
<i>Per 100 000 in the age group</i>						
<i>Pr. 100 000 i alderen</i>						
15-24	0	-	1	-	1	0
25-44	37	28	31	26	24	32
45-64	165	94	149	116	127	137
65-74	255	240	174	94	146	170
75-84	251	106	193	179	201	210
85+	148	43	195	126	163	151
<i>Total I alt</i>	94	53	82	49	66	79

1 Average 1999-2003.

1 Gennemsnit for årene 1999 til 2003.

NCSP codes covered: HAC 10-25; HAC 99.

Sources: See Table 3.31

Kilder: Se tabel 3.31

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.42 Appendectomy by sex and age 2003
 Appendektomi fordelt på køn og alder 2003

Age Alder	Denmark		Faroe Islands ¹⁾		Finland		Iceland		Norway		Sweden	
	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W
<15	803	656	7	7	659	527	85	70	529	390	1 382	1 008
15-24	611	604	6	6	839	914	53	50	657	624	1 218	1 135
25-44	882	878	6	5	1 192	1 187	67	51	913	809	1 648	1 489
45-64	466	715	5	3	795	834	26	20	427	467	880	1 093
65+	251	385	2	1	378	321	8	7	191	290	431	577
Total I alt	3 013	3 238	26	21	3 863	3 783	239	198	2 717	2 580	5 559	5 302
<i>Per 100 000 in the age group</i>												
<i>Pr. 100 000 i alderen</i>												
0-14	154	133	117	130	140	117	253	217	114	88	168	129
15-24	203	208	189	202	252	287	242	237	237	234	224	219
25-44	112	114	86	86	169	174	159	122	135	124	133	125
45-64	65	101	93	53	110	115	82	65	78	87	75	95
65+	74	83	64	29	119	66	52	38	68	74	65	66
Total I alt	113	119	107	95	152	142	165	137	121	113	125	117

1 Average 1999-2003.

1 Gennemsnit for årene 1999 til 2003.

NCSF codes covered: JEA.

Sources: See Table 3.31

Kilder: Se tabel 3.31

Table 3.43 Cholecystectomy by sex and age 2003
 Kolecystectomi fordelt på køn og alder 2003

Age Alder	Denmark		Faroe Islands ¹⁾		Finland		Iceland		Norway		Sweden	
	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W
<25	49	334	-	3	51	178	5	44	26	209	94	490
25-44	493	2 116	2	16	467	1 680	26	148	290	1 297	916	3 042
45-64	746	1 963	4	11	1 214	2 496	51	181	430	1 253	1 724	3 226
65+	494	825	3	5	1 053	1 542	50	79	406	703	1 310	1 551
Total I alt	1 782	5 238	9	34	2 785	5 896	132	452	1 152	3 462	4 044	8 309
<i>Per 100 000 in the age group</i>												
<i>Pr. 100 000 i alderen</i>												
0-24	6	43	4	34	6	23	9	83	3	29	7	38
25-44	62	275	30	272	66	247	62	355	43	199	74	256
45-64	105	278	68	216	168	344	160	584	78	233	147	280
65+	145	179	100	145	332	315	326	424	144	179	199	176
Total I alt	67	192	37	152	109	221	91	313	51	151	91	184

1 Average 1999-2003.

1 Gennemsnit for årene 1999 til 2003.

NCSF codes covered: JKA 20-21.

Sources: See Table 3.31

Kilder: Se tabel 3.31

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.44 Kidney transplant by sex and age 2003

Nyretransplantationer, fordelt på køn og alder 2003

Age Alder	Denmark		Finland		Norway		Sweden	
	M	W	M	W	M	W	M	W
<15	3	3	6	2	4	4	9	3
15-24	2	2	8	3	8	5	13	4
25-44	54	32	21	18	31	26	81	39
45-54	24	13	18	16	29	16	52	25
55-64	18	16	29	19	47	17	60	24
65+	3	1	6	11	36	17	24	10
<i>Total I alt</i>	104	67	88	69	155	85	239	105
<i>Per 100 000 in the age group</i>								
<i>Pr. 100 000 i alderen</i>								
15-24	1	1	2	1	3	2	2	1
25-44	7	4	3	3	5	4	7	3
45-54	6	4	4	4	9	5	9	4
55-64	5	5	9	6	20	7	10	4
65+	1	0	2	2	13	4	4	1
<i>Total I alt</i>	4	2	3	3	7	4	5	2

NCSF codes covered: KAS 10-20.

Sources: See Table 3.31

Kilder: Se tabel 3.31

Table 3.45 Prostatectomy, transurethral procedures and open prostatectomy by age, men 2003

Transurethral resektion af prostata og åben prostatektomi, mænd fordelt på alder 2003

Age Alder	Denmark	Finland	Iceland	Norway	Sweden
<45	37	28	2	16	28
45-64	1 070	925	57	1 013	1 643
65+	3 529	2 954	162	4 046	6 350
<i>Total I alt</i>	4 636	3 907	221	5 075	8 021
<i>Per 100 000 in the age group</i>					
<i>Pr. 100 000 i alderen</i>					
45-64	150	128	179	184	140
65+	1 038	933	1 057	1 438	964
<i>Total I alt</i>	174	153	153	226	181

NCSF codes covered: KED 00, KED 22-72, KED 96.

Sources: See Table 3.31

Kilder: Se tabel 3.31

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.46 Hysterectomy (including supravaginal hysterectomy and exenteration of pelvis) by age, women 2003

Hysterektomi (inkl. supravaginal hysterektomi og bækkeneksentration), kvinder fordelt på alder 2003

Age Alder	Denmark	Faroe Islands ¹⁾	Finland	Iceland	Norway	Sweden
<25	7	-	12	2	5	11
25-44	2 152	9	2 390	195	1 436	2 222
45-64	3 501	17	5 827	234	2 802	5 329
65+	1 020	4	1 857	44	895	2 411
Total I alt	6 680	31	10 086	475	5 138	9 973
<i>Per 100 000 in the age group</i>						
Pr. 100 000 i alderen						
25-44	280	162	351	468	221	187
45-64	495	343	804	755	522	462
65+	221	127	380	236	228	274
Total I alt	245	136	379	329	224	221

1 Average 1999-2003.

1 Gennemsnit for årene 1999 til 2003.

NCSP codes covered: LCC 10-20; LCD; LCE; LEF 13.

Sources: See Table 3.31

Kilder: Se tabel 3.31

Table 3.47 Caesarean section, by age, women 2003

Kejsersnit, kvinder fordelt på alder 2003

Age Alder	Denmark ¹⁾	Faroe Islands ²⁾	Finland	Iceland	Norway ¹⁾	Sweden ¹⁾
<15	-	-	2	-	-	1
15-24	1 153	21	1 297	146	869	1 565
25-34	8 601	58	5 433	418	5 669	10 332
35-44	2 791	25	2 326	133	2 196	4 182
45+	20	-	31	2	23	35
Total I alt	12 565	104	9 089	699	8 757	16 115
<i>Per 1 000 deliveries</i>						
Pr. 1 000 fødsler						
15-24	147	59	121	147	95	133
25-34	189	152	159	172	149	158
35-44	249	166	217	208	236	191
45+	357	-	316	1 000	451	208
Total I alt	194	116	163	172	155	163

1 Rates are per 1 000 live births.

1 Rater er pr. 1 000 levendefødte.

2 Average 1999-2003. Rates are per 1 000 live births.

2 Gennemsnit for årene 1999 til 2003. Rater er pr. 1 000 levendefødte.

NCSP codes covered: MCA.

Sources: See Table 3.31

Kilder: Se tabel 3.31

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.48 Hip replacement by sex and age 2003
 Hoftelédplastik fordelt på køn og alder 2003

Age Alder	Denmark		Faroe Islands ¹⁾		Finland		Iceland		Norway		Sweden	
	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W
<25	11	6	-	0	11	15	-	-	5	7	8	9
25-44	121	91	1	1	141	111	8	6	79	108	162	178
45-64	1 131	1 109	7	10	1 328	1 255	57	62	740	1 281	1 857	2 186
65-74	1 109	1 662	5	13	1 295	1 823	56	83	845	1 888	1 973	2 850
75+	1 121	3 194	8	22	1 099	3 171	37	135	1 142	3 560	2 587	5 804
Total I alt	3 493	6 062	20	47	3 874	6 375	158	286	2 811	6 844	6 587	11 027
<i>Per 100 000 in the age group</i>												
Pr. 100 000 i alderen												
25-44	15	12	9	17	20	16	19	14	12	17	13	15
45-64	159	157	125	212	184	173	179	200	135	239	158	190
65-74	558	741	295	791	653	746	637	869	561	1 097	563	726
75+	795	1 343	650	1 233	929	1 296	566	1 490	873	1 609	840	1 194
Total I alt	131	223	83	209	152	239	109	198	125	299	148	244

1 Average 1999-2003.

1 Gennemsnit for årene 1999 til 2003.

NCSP codes covered: NFB; NFC.

Sources: See Table 3.31

Kilder: Se tabel 3.31

Accidents and self-inflicted injury

Patients admitted to hospital because of accidents occupy a substantial part of the capacity in hospitals.

While statistics on causes of death are highly developed in the Nordic countries, registration of survivors following accidents is still incomplete, and the available data are difficult to compare. Since only Denmark and Iceland have comparable statistics on external causes of accidents, it is not possible to present Nordic statistics on this.

Therefore statistics are presented for hospital discharges for the most common "serious" accidents that usually require admission. The statistics show marked differences, both between countries and for men and women.

Ulykker og villet egenskade

Patienter indlagt på grund af ulykker udnytter en væsentlig del af kapaciteten ved sygehusene.

Mens statistikken over dødsårsager er veludbygget i de nordiske lande, er registreringen af overlevende efter ulykker stadigvæk mangelfuld, og de tilgængelige data er vanskelige at sammenligne. Da kun Danmark og Island har sammenlignelig statistik for de ydre årsager ved ulykker er det ikke muligt at bringe nordisk statistik vedrørende dette.

Det er derfor valgt at medtage statistik over udskrivninger for de mest almindelige "større" ulykker som oftest vil kræve indlæggelse. Her ser man markante forskelle, både mellem landene og mænd og kvinder.

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.49 Discharges after treatment for injuries per 100 000 inhabitants by sex 2003¹⁾

Udskrivninger fra sygehuse efter behandling for skader per 100 000 indbygger og efter køn 2003¹⁾

	Denmark		Faroe Islands ²⁾		Greenland		Finland		Åland ²⁾		Iceland		Norway		Sweden	
	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W
<i>Fracture of skull and intracranial injury</i> Kraniebrud og intrakraniel læsion ICD10: S02; S06	291	164	366	132	192	113	256	134	326	186	173	77	271	150	260	175
<i>Fracture at wrist and hand level</i> Brud i handled og hand ICD10: S62	58	20	63	24	35	12	45	17	25	15	37	13	49	15	24	8
<i>Superficial injury of lower leg</i> Læsion af knæ og underben ICD10: S80-S89	264	215	446	231	221	279	508	369	435	303	163	141	225	188	156	152
<i>Superficial injury of hip and thigh</i> Læsion af hofte og lår ICD10: S70-S79	173	369	137	283	79	104	231	463	162	417	120	249	183	399	192	400
<i>Poisoning</i> Forgiftning ICD10: T36-T65	164	220	57	70	69	109	101	108	68	83	39	75	118	153	74	122
<i>Burn and corrosion</i> Forbrænding og ætsning ICD10: T20-T32	17	10	23	8	32	19	45	18	34	14	31	19	35	17	20	12

1 Including violence and self-inflicted injury.

2 Average 1999-2003.

1 Inklusiv vold og villet egenskade.

2 Gennemsnit for årene 1999-2003.

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.50 Discharges after treatment for injuries, per 100 000 inhabitants, by sex and age 2003¹⁾

Udskrivninger fra sygehuse efter behandling for skader, pr. 100 000 indbyggere efter køn og alder 2003¹⁾

Age Alder	Denmark		Finland		Norway		Sweden	
	M	W	M	W	M	W	M	W
0-14	716	501	1 067	624	1 175	763	1 215	849
15-24	1 089	469	2 047	869	2 221	1 356	1 449	770
25-64	713	417	2 118	1 261	1 635	1 125	1 197	870
65+	1 275	2 412	4 475	5 833	3 382	5 176	4 028	5 372
<i>Total I alt</i>	828	777	2 207	1 945	1 831	1 770	1 652	1 730

1 Including violence and self-inflicted injury.

1 Inklusiv vold og villet egenskade.

Sources: *The Inpatient Registers of the Nordic Countries* ICD-10: S00-T98
Kilde: Patientregistrene i de nordiske lande

Development in consumption of medicinal products

Table 3.54 presents total sales of medicinal products in the Nordic countries, by ACT main group. Sales of medicinal products are highest in Sweden, then Finland and Norway, while Denmark and Iceland have slightly lower sales. Sales in the Faroe Islands are slightly lower than in Iceland, while sales in Greenland are substantially lower than in the other countries.

In 2004, NOMESCO received special funding from the Nordic Council of Ministers to carry out a detailed study of the consumption and cost of medicinal products. This is a follow-up study of the study on this topic that was presented in a previous theme section, and the results were published at the end of 2004, with data for 1993-2003. Therefore, in this publication of Health Statistics in the Nordic Countries, only general statistics on medicinal products and consumption of medicinal products are presented. The special publication on medicinal products can be found as a Pdf file at www.nom-nos.dk.

Udvikling i lægemiddelforbrug

I tabel 3.54 ses det samlede lægemiddelforbrug i de nordiske lande fordelt på ATC-hovedgrupper. Forbruget af lægemidler er højest i Sverige, dernæst kommer Finland og Norge, mens Danmark og Island har et lidt lavere forbrug. Åland er stort set på højde med Finland. Forbruget på Færøerne er lidt lavere end i Island, mens forbruget i Grønland er markant lavere end i de øvrige lande.

I 2004 modtog NOMESKO særskilte midler fra Nordisk Ministerråd for at foretage en dyberegående studie af lægemiddelforbruget og lægemiddeludgifterne. Studiet er en opfølgning på tidligere tema-sektion om samme emne og blev udgivet ved udgangen af 2004 med data for perioden 1993- 2003. Det er derfor i denne udgave af helsetatistikken kun medtaget generel statistik om lægemidler og lægemiddelforbruget. Specialpublikationen med dets resultater kan findes som Pdf-fil på www.nom-nos.dk.

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.51 Sales of medicinal products in total, DDD/1 000 inhabitants/day by ATC-group, 2003

Salg af lægemidler i alt i DDD/1 000 indbyggere/døgn fordelt på ATC-grupper 2003

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
<i>A Alimentary tract and metabolism</i>								
Fordøjelse og stofskifte	131	124	57	173	148	115	185	195
<i>B Blood and blood-forming organs</i>								
Blod og bloddannende organer	78	59	26	127	127	81	103	117
<i>C Cardiovascular system</i>								
Hjerte og kredsløb	320	390	132	381	308	307	352	353
<i>G Genito-urinary system and sex hormones</i>								
Kønshormoner m.m.	108	85	65	128	112	142	99	113
<i>H Systemic hormonal preparations, excl. sex hormones and insulins</i>								
Hormoner til systemisk brug	27	24	11	36	43	29	36	38
<i>J Anti-infectives for systemic use</i>								
Infektionssygdomme	16	19	25	24	22	21	18	18
<i>L Antineoplastic and immuno-modulating agents</i>								
Cancermidler m.m.	6	4	1	9	12	7	7	8
<i>M Musculo-skeletal system</i>								
Muskler, led og knogler	49	38	27	86	61	76	61	61
<i>N Nervous system</i>								
Nervesystemet	236	171	97	210	148	273	190	234
<i>P Antiparasitic products, insecticides and repellents</i>								
Parasitmidler	1	1	2	1	2	1	1	1
<i>R Respiratory system</i>								
Åndedrætsorganer	116	83	50	119	106	103	161	136
<i>S Sensory organs</i>								
Sanseorganer	8	6	13	13	13	10	17	15
<i>Total</i>								
I alt	1 096	1 004	507	1 311	1 104	1 171	1 230	1 535

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: WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology; S: National Corporation of Swedish Pharmacies

Note: Sales of B05 and D are excluded from this table because of differences in the use of national DDDs. A11 is excluded because of differences in the definitions of medicinal and non-medicinal products.

CHAPTER IV

Mortality and causes of death

Dødelighed og dødsårsager

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

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

MORTALITY AND CAUSES OF DEATH

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

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 countries.

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

Statistiske analyser foretages på et aggregeret niveau. Dette niveau kan være kapitelinddelingen 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 flere lande.

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.

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 change from ICD-9 to ICD-10.

Differences in the national coding practices is another factor of importance to the comparability of causes of death between

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.

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 bridgekodnings-studier i forbindelse med overgangen fra ICD-9 til ICD-10.

Et andet forhold af stor betydning for sammenligneligheden af dødsårsagerne mellem flere lande, er den kodningspraksis, der er

MORTALITY AND CAUSES OF DEATH

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; R99). 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 4.10.)

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 (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.

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; R99). 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 4.10.)

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

The other Nordic countries use computer-aided coding. 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.

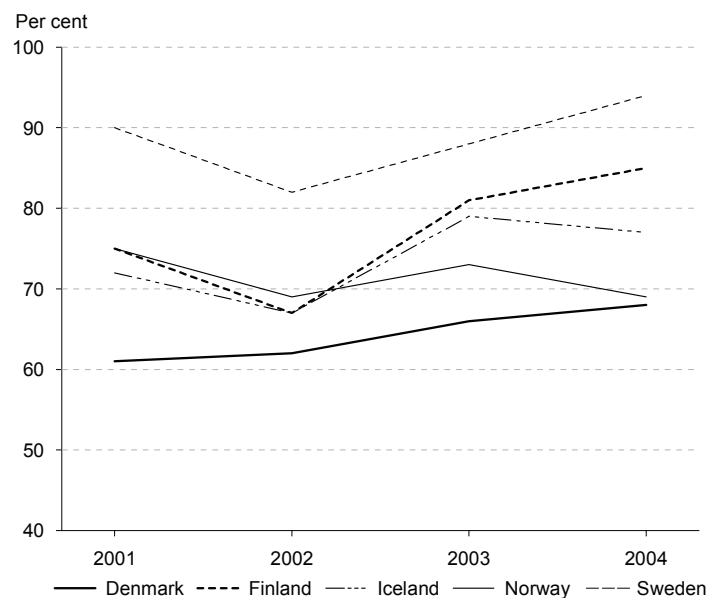
Since 2001, the Nordic Classification Centre has carried out annual comparisons of how the countries classify a sample of causes of death. The sample is relatively small (200-250 death certificates per year), but the results still give an indication of how comparable the statistics are (see Figure 4.1).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

af de andre nordiske lande er på vej til at anvende ACME, indtil da anvendes . edb-støttet kodning. Automatisk kodning giver ikke nødvendigvis et mere korrekt billede af dødsårsagsmønstret 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 2001-2004

National kodning sammenlignet med ACME 2001-2004



MORTALITY AND CAUSES OF DEATH

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.

Another factor influencing the quality of the statistics on causes of death is the decreasing autopsy rate (in 2002 9.3 in Norway as the lowest and 29.9 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.

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. 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

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.

En yderligere faktor der spiller ind på dødsårsagsstatistikens kvalitet er de faldende rater for obduktion (i 2002 9,3 i Norge som det laveste og 29,9 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.

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. 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

MORTALITY AND CAUSES OF DEATH

comparison of death statistics for accidents unreliable. The incidence of accidents in total is highest in Finland.

Sverige og derfor er med til gøre sammenligningen dødsårsagsstatistikken vedrørende ulykker ringe. Når det gælder alle ulykker forekomsten størst i Finland.

For insufficiently defined condition, Finland, Åland and Iceland are atypical compared to the other Nordic countries.

For de mangelfuldt definerede tilstande er det især Finland; Åland og Island der adskiller sig fra de øvrige nordiske lande.

Detailed data on causes of death according to the European short list are to be found on the NOMESCO homepage at www.nom-nos.dk (including standardized rates).

På NOMESKO's hjemmeside på www.nom-nos.dk findes der detaljerede data om dødsårsager (herunder også standardiserede rater) opgjort efter den europæiske forkortede liste.

MORTALITY AND CAUSES OF DEATH

Table 4.1 Deaths by sex and age per 100 000 inhabitants 1995-2003
Døde efter køn og alder pr. 100 000 indbyggere 1995-2003

Age Alder	Total I alt		Under 1 year ¹⁾ Under 1 år ¹⁾		1-14 years 1-14 år		15-24 years 15-24 år		25-64 years 25-64 år		65+ years 65+ år	
	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
2002	1 066	1 115	485	397	16	13	71	27	452	286	6 274	5 600
2003	1 056	1 081	499	386	18	13	61	23	454	279	6 143	5 423
<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
2002	814	851	575	-	56	-	29	103	342	229	5 317	4 788
2003	843	854	273	-	-	-	115	33	383	225	5 392	4 905
<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
2002	851	701	2 101	1 724	142	58	525	187	659	475	7 260	6 273
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
2002	944	955	305	289	16	11	88	30	481	215	5 399	4 579
2003	939	941	324	300	20	9	84	30	494	210	5 178	4 477
<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
2002	871	920	-	769	43	-	67	-	281	127	4 990	4 472
2003	997	1 041	1 550	-	43	46	-	-	293	70	5 676	5 288
<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
2002	649	617	339	101	16	33	32	24	259	181	4 803	4 016
2003	623	640	285	196	15	10	41	28	222	156	4 680	4 293
<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
2002	961	995	325	347	20	17	81	32	331	199	6 099	5 129
2003	909	952	370	307	18	15	77	31	318	195	5 760	4 935
<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
2002	1 036	1 092	350	302	16	11	58	26	304	193	5 795	5 052
2003	1 022	1 053	360	258	16	11	50	27	300	192	5 516	4 749

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 4.2 Death rates from malignant neoplasms per 100 000 by age 1996-2003
Dødeligheden af ondartede svulster pr. 100 000 efter alder 1996-2003

		Denmark ¹⁾	Faroe Islands ¹⁾	Greenland	Finland	Åland	Iceland ²⁾	Norway ²⁾	Sweden ²⁾
<i>Men</i>	Mænd								
<i>Age</i>	Alder								
0-14	1996-00	4	-	3	3	-	4	3	3
	2000	3	-	-	2	-	3	3	3
	2003	4	18	..	4	-	3	4	3
15-34	1996-00	9	6	9	7	6	8	7	7
	2000	9	-	11	6	32	7	7	8
	2003	5	15	..	6	-	2	7	6
35-44	1996-00	34	-	47	26	44	31	29	23
	2000	33	-	51	22	-	38	32	20
	2003	28	-	..	22	-	14	25	18
45-54	1996-00	148	39	136	107	170	100	120	97
	2000	145	32	230	105	196	102	127	91
	2003	139	220	..	94	105	64	101	84
55-64	1996-00	471	303	801	348	371	362	365	305
	2000	462	214	985	320	471	227	348	294
	2003	435	455	..	313	340	331	351	283
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
	2003	1 173	1 050	..	842	871	878	939	829
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
	2003	2 467	1 277	..	1 861	2 602	2 077	2 257	1 918
<i>Women</i>	Kvinder								
<i>Age</i>	Alder								
0-14	1996-00	3	-	5	3	-	4	3	3
	2000	2	-	-	2	-	3	4	3
	2003	5	-	..	2	-	6	2	3
15-34	1996-00	9	11	12	6	6	9	7	7
	2000	9	-	13	7	-	2	6	9
	2003	6	-	..	5	-	5	6	7
35-44	1996-00	48	14	113	34	75	30	45	24
	2000	41	-	104	36	-	19	39	21
	2003	46	32	..	27	-	47	33	29
45-54	1996-00	175	113	312	108	184	124	141	99
	2000	164	36	109	106	340	113	126	94
	2003	162	142	..	98	49	116	122	110
55-64	1996-00	440	306	811	235	275	350	325	303
	2000	425	297	542	237	150	396	319	296
	2003	422	337	..	228	-	328	325	277
65-74	1996-00	895	698	1 355	511	531	727	605	743
	2000	905	589	1 427	505	557	775	600	719
	2003	886	598	..	486	275	593	621	597
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
	2003	1 496	1 010	..	1 053	634	1 284	1 182	1 130

1 2003=2001.

2 2003=2002.

1 2003=2001.

2 2003=2002.

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

Source: The national registers for causes of death

Kilde: De nationale dødsårsagsregistre

MORTALITY AND CAUSES OF DEATH

Table 4.3 Death rates from circulatory diseases per 100 000 by age 1996-2003
Dødeligheden af kredsløbssygdomme pr. 100 000 efter alder 1996-2003

		Denmark ¹⁾	Faroe Islands ¹⁾	Greenland	Finland	Åland	Iceland ²⁾	Norway ²⁾	Sweden ²⁾
Men	Mænd								
Age	Alder								
0-34	1996-00	3	-	13	4	7	2	3	3
	2000	3	-	6	5	-	3	3	3
	2003	2	-	..	3	-	3	3	2
35-44	1996-00	22	6	50	50	11	23	27	25
	2000	23	-	51	44	-	38	25	21
	2003	25	29	..	41	-	33	26	20
45-54	1996-00	76	104	168	181	170	80	112	105
	2000	95	96	179	184	98	113	93	104
	2003	103	63	..	164	158	123	88	83
55-64	1996-00	274	367	491	529	445	329	343	341
	2000	326	299	473	481	538	209	282	303
	2003	334	496	..	436	113	232	260	283
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
	2003	1 115	927	..	1 172	677	878	996	971
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
	2003	4 557	4 087	..	4 333	4 585	4 107	4 446	4 718
Women	Kvinder								
Age	Alder								
0-34	1996-00	2	9	8	2	-	1	2	2
	2000	2	18	7	3	-	1	2	1
	2003	2	-	..	2	-	1	1	1
35-44	1996-00	20	7	41	16	11	8	10	11
	2000	14	33	42	17	-	10	11	11
	2003	15	-	..	13	-	19	8	9
45-54	1996-00	68	23	91	42	31	28	33	34
	2000	41	-	109	48	-	24	36	34
	2003	39	-	..	39	-	39	33	35
55-64	1996-00	225	74	274	132	97	136	107	117
	2000	131	198	271	129	75	198	102	112
	2003	120	193	..	105	62	76	83	108
65-74	1996-00	770	309	1 412	624	402	427	525	522
	2000	561	118	1 427	551	464	419	471	469
	2003	545	359	..	448	183	260	411	447
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
	2003	3 767	3 423	..	3 853	5 146	3 444	3 742	4 042

1 2003=2001.

2 2003=2002.

1 2003=2001.

2 2003=2002.

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

Table 4.4 Avoidable deaths per 100 000 inhabitants
Undgåelige dødsfald pr. 100 000 indbyggere

ICD10 codes	Age Alder		Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
			2001	2001	2000	2003	2003	2002	2002	2002
C15	0-74	<i>Malignant neoplasm of the oesophagus</i> Kræft i spiserør	5.4	2.3	7.2	2.2	4.2	2.6	2.4	2.5
C32- C34	0-74	<i>Malignant neoplasm of the trachea, bronchus and lung</i> Kræft i luftrør, bronkie og lunge	45.4	25.2	57.6	24.4	12.5	25.3	28.2	23.4
C53	0-74	<i>Malignant neoplasm of cervix uteri¹⁾</i> Kræft i livmoderhalsen ¹⁾	3.8	14.5	11.6	1.1	0.0	0.7	3.2	2.6
E10- E14	0-74	<i>Diabetes mellitus</i> Sukkersyge	10.9	6.9	3.6	5.0	12.5	2.2	4.9	7.1
I60- I69	0-74	<i>Cerebrovascular diseases</i> Sygdom i hjernen	24.1	25.2	32.4	26.2	8.3	8.8	17.1	21.2
J00- J99	0-14	<i>Diseases of the respiratory system</i> Sygdomme i åndedrætsorganer	0.7	0.0	0.0	1.2	21.0	0.0	0.7	0.6
J45- J46	0-14	<i>Asthma</i> Astma	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.1	0.0
K70; K73- K74	0-74	<i>Chronic liver disease and cirrhosis</i> Kronisk leversygdom og skrumpelever	15.1	2.3	5.4	14.0	12.5	0.4	4.6	5.5
V01- X59	0- 90+	<i>Accidents</i> Ulykker	38.8	15.0	67.6	53.2	41.8	24.3	38.4	32.4

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 4.5 Deaths caused by HIV/AIDS, in total and per 100 000 inhabitants 1996-2003
Dødsfald som følge af HIV/AIDS, i alt og pr. 100 000 indbyggere 1996-2003

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
<i>Number</i>								
<i>Antal</i>								
1996-00	63	1	4	12	-	1	25	39
2000	21	-	5	10	-	1	15	13
2002	34 ¹⁾	- ¹⁾	5	1	-	-	12	27
2003	..	..	-	8	-	-	16	..
<i>Per 100 000 inhabitants</i>								
<i>Pr. 100 000 indbyggere</i>								
1996-00	1.0	0.4	7.1	0.2	-	0.3	0.6	0.4
2000	0.4	-	8.9	0.2	-	0.4	0.3	0.1
2002	0.6 ¹⁾	- ¹⁾	8.9	0.0	-	-	0.3	0.3
2003	..	..	-	0.2	-	-	0.4	..

ICD-10: B20-B24

1 2001.

1 2001.

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

MORTALITY AND CAUSES OF DEATH

Table 4.6 Suicides per 100 000 inhabitants by sex and age 1995–2003
Selvmord pr. 100 000 indbyggere efter køn og alder 1995–2003

	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	-
1999-03	4.9	-	-	9.6	-	2.7	-	-	5.6	-
Greenland										
1996-00	171.6	199.4	427.1	146.8	68.1	53.7	41.7	47.5	47.4	34.0
Finland										
1995	43.4	13.1	48.9	58.5	53.3	11.8	1.9	13.5	16.7	11.3
2000	34.6	10.5	41.8	46.6	36.8	11.0	4.1	9.4	15.5	10.3
2002	32.4	8.4	43.2	41.3	44.0	10.2	1.9	10.6	14.5	9.3
2003	31.9	12.3	35.1	41.3	38.8	9.8	3.5	11.2	13.0	9.8
Åland										
1996-00	30.4	12.8	26.9	37.8	47.1	12.3	-	-	14.7	24.4
2003	7.7	-	-	14.0	-	-	-	-	-	-
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
2002	13.2	-	26.7	20.5	6.6	6.3	-	-	9.8	10.9
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
2002	16.1	6.8	22.3	20.0	23.5	5.8	2.9	5.2	8.0	5.6
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
2002	19.5	4.9	20.2	23.7	32.4	7.1	2.2	5.5	9.0	9.3

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 4.7 Deaths from accidents per 100 000 inhabitants by sex and age 1995–2003
 Dødsfald i ulykker pr. 100 000 indbyggere efter køn og alder 1995–2003

	Men					Women				
	Total I alt	0-14	15-24	Mænd 25-64	65+	Total I alt	0-14	15-24	Kvinder 25-64	65+
Denmark										
1995	51.2	7.3	42.7	33.2	200.0	43.3	3.4	8.5	12.8	196.9
2000	45.3	6.3	37.7	30.2	180.7	43.6	2.9	10.3	11.3	209.9
2001	42.9	4.9	32.2	32.0	160.3	34.8	2.3	8.1	9.6	166.1
Faroe Islands										
1996-00	50.3	18.5	54.0	36.2	169.7	26.9	7.7	7.2	5.9	134.8
1999-03	40.3	3.5	88.4	40.2	56.8	8.9	7.4	13.8	7.4	11.6
Greenland										
1996-00	94.3	51.3	71.9	105.2	289.2	29.9	13.2	35.6	27.7	122.5
Finland										
1995	72.6	7.0	33.2	81.7	199.4	32.0	3.6	7.4	16.3	125.5
2000	70.8	6.0	30.8	75.6	200.4	34.4	3.0	9.3	18.9	127.7
2002	70.8	6.7	36.9	70.9	205.6	35.6	3.1	8.5	17.0	138.2
2003	72.0	6.4	31.6	73.8	204.2	35.1	2.7	9.1	17.4	133.1
Åland										
1996-00	59.6	4.1	19.2	62.1	168.4	21.0	-	7.0	10.5	77.0
2003	38.6	-	-	28.0	163.0	44.9	-	-	14.0	199.3
Iceland										
1995	51.5	26.9	47.0	56.3	96.4	35.2	34.6	14.6	31.1	78.5
2000	38.4	3.0	46.0	36.7	116.0	12.8	-	23.7	10.1	33.6
2001	30.8	14.8	13.8	31.8	87.5	14.1	3.1	14.2	5.7	66.0
2002	27.8	5.9	18.5	27.3	92.9	20.9	15.4	14.2	15.3	59.8
Norway										
1995	44.7	7.3	38.3	30.9	161.9	31.8	3.6	9.7	7.9	140.3
1999	44.4	7.0	37.3	26.8	195.6	33.2	4.2	7.8	8.2	175.2
2000	43.9	4.8	35.4	31.8	167.1	34.2	5.0	9.4	8.1	159.6
2002	45.0	4.7	32.8	33.3	174.5	31.9	2.9	8.6	8.8	150.0
Sweden										
1995	33.0	4.8	21.0	24.3	110.5	22.2	3.4	6.0	6.7	87.0
1999	33.1	4.5	17.1	23.1	119.5	23.5	3.0	6.0	6.1	97.3
2000	36.2	3.1	27.1	25.5	125.4	22.7	1.6	6.4	6.5	93.5
2002	39.9	3.1	22.7	27.6	145.6	25.1	1.1	6.1	7.5	104.3

 Source: *The national registers for causes of death*

Kilde: De nationale dødsårsagsregistre

G: Chief Medical Officer

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

MORTALITY AND CAUSES OF DEATH

Table 4.8 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										
2001	16.6	-	119.1	-	-	-	-	-	-	-
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
2002	13.3	2.1	19.2	12.1	29.5	4.5	2.2	5.3	3.7	8.7
2003	11.7	4.5	15.0	11.1	21.5	4.8	1.8	6.0	3.3	11.0
Åland										
1996-00	9.8	-	12.3	9.0	24.6	3.1	-	-	-	16.2
2003	15.4	-	-	28.0	-	15.0	-	-	14.0	39.9
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
2001	14.0	3.0	23.0	13.8	26.9	5.6	3.1	14.2	5.7	0.0
2002	9.7	3.0	13.9	10.9	13.3	10.4	12.3	4.7	8.4	21.7
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
2001	9.5	0.9	19.5	9.0	16.3	4.0	1.4	5.7	2.8	9.4
2002	11.8	1.7	24.1	11.6	17.4	3.5	1.6	4.5	3.0	6.1
Sweden										
2002	9.7	1.8	16.9	9.7	13.5	3.0	0.5	5.3	2.5	5.3

Source: *The national registers for causes of death*

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

Kilde: De nationale dødsårsagsregistre

G: Chief Medical Officer

MORTALITY AND CAUSES OF DEATH

Table 4.9 Deaths for which the underlying diagnosis is alcohol-related per 100 000 inhabitants
Dødsfald for hvilke den underliggende diagnose er alkoholrelateret per 100 000 indbyggere

	Denmark	Faroe Islands	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
Year	2001	2001	2003	2003	2002	2002	2002
<i>Men</i>							
<i>Mænd</i>							
0-34	0.5	-	4.0	-	-	0.3	0.4
35-44	27.1	-	36.8	-	-	6.5	3.8
45-64	84.5	17.8	115.3	81.7	-	34.2	18.4
65-74	100.5	-	86.7	96.5	11.4	49.1	21.3
75+	38.0	-	38.0	-	-	19.9	7.2
Total	36.0	4.1	48.4	30.9	0.7	13.9	7.7
<i>Women</i>							
<i>Kvinder</i>							
0-34	0.2	-	0.9	-	-	0.2	0.2
35-44	9.5	-	9.2	-	-	2.5	1.0
45-64	31.9	20.4	30.8	-	3.3	8.4	6.0
65-74	20.3	-	21.7	91.6	10.4	9.9	8.7
75+	13.3	-	2.9	0.0	11.4	5.9	1.4
Total	12.4	4.5	12.3	7.5	2.1	3.7	2.6
<i>M+W</i>							
<i>M+K</i>							
0-34	0.3	-	2.5	-	-	0.2	0.3
35-44	18.5	-	23.2	-	-	4.5	2.4
45-64	58.3	19.0	72.9	41.0	1.6	21.5	12.3
65-74	57.7	-	50.8	94.1	10.9	28.2	14.6
75+	22.4	-	14.3	-	6.6	11.1	3.7
Total	24.1	4.3	29.9	19.0	1.4	8.8	5.2

ICD-10: E244, F10, G312, G621, G721, I426, K292, K700-709, K860, O354, P043, Q860, T510-519, Y901-Y909, Y911-Y919, Z502, Z714

MORTALITY AND CAUSES OF DEATH

Table 4.10 Deaths from insufficiently defined conditions per 100 000 inhabitants
Dødsfald af mangelfuldt definerede tilstande per 100 000 indbyggere

	Denmark	Faroe Islands	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
Year	2001	2001	2003	2003	2002	2002	2002
<i>Men</i>							
<i>Mænd</i>							
0-44	1.1	6.3	1.3	-	2.0	1.0	1.9
45-64	6.2	35.7	3.9	-	6.5	7.1	9.7
65-74	28.0	61.7	5.5	-	22.8	28.2	33.4
75+	280.7	254.2	15.2	-	15.9	166.8	204.3
Total	19.1	29.0	3.0	-	4.9	13.7	20.5
<i>Women</i>							
<i>Kvinder</i>							
0-44	0.5	0.0	0.8	-	0.0	0.3	1.0
45-64	3.5	40.8	1.8	-	3.3	2.6	4.8
65-74	22.6	59.7	2.0	-	10.4	8.1	17.3
75+	444.3	279.5	14.3	210.8	11.4	249.5	355.0
Total	42.3	35.6	2.4	22.5	2.1	25.5	41.6
<i>M+W</i>							
<i>M+K</i>							
0-44	0.8	3.3	1.1	-	1.0	0.7	1.5
45-64	4.8	38.1	2.8	-	4.9	4.9	7.3
65-74	25.1	60.8	3.6	-	16.3	16.1	24.9
75+	384.1	269.9	14.6	134.5	13.2	218.8	296.7
Total	30.8	32.2	2.7	11.4	3.5	19.7	31.1

ICD-10: I469, I959, I99, J960, J969, P285.0, R000-R948, R99

MORTALITY AND CAUSES OF DEATH

Table 4.11 The ten most frequent causes of death in the population over 85 years of age
De ti hyppigste dødsårsager i befolkningen over 85 år

	Denmark	Finland	Iceland	Norway	Sweden
		2003	2002	2002	2002
1	ICD-10 ..	I25 <i>Chronic ischaemic heart disease</i>	I25 <i>Chronic ischaemic heart disease</i>	I21 <i>Acute myocardial infarction</i>	I25 <i>Chronic ischaemic heart disease</i>
	Per 100 000	2 782	1 841	1 932	1 621
2	ICD-10 ..	I21 <i>Acute myocardial infarction</i>	I21 <i>Acute myocardial infarction</i>	J18 <i>Pneumonia, organism unspecified</i>	I21 <i>Acute myocardial infarction</i>
	Per 100 000	2 357	1 558	1 830	1 546
3	ICD-10 ..	F03 <i>Unspecified dementia</i>	F03 <i>Unspecified dementia</i>	I64 <i>Stroke, not specified as haemorrhage or infarction</i>	F03 <i>Unspecified dementia</i>
	Per 100 000	1 573	935	1 379	1 046
4	ICD-10 ..	I63 <i>Cerebral infarction</i>	I64 <i>Stroke, not specified as haemorrhage or infarction</i>	I50 <i>Heart failure</i>	I50 Heart failure
	Per 100 000	1 262	906	1 207	987
5	ICD-10 ..	J18 <i>Pneumonia, organism unspecified</i>	J18 <i>Pneumonia, organism unspecified</i>	I25 <i>Chronic ischaemic heart disease</i>	J18 <i>Pneumonia, organism unspecified</i>
	Per 100 000	925	651	1 011	708
6	ICD-10 ..	F01 <i>Vascular dementia</i>	I50 <i>Heart failure</i>	F03 <i>Unspecified dementia</i>	I64 <i>Stroke, not specified as haemorrhage or infarction</i>
	Per 100 000	680	623	521	641
7	ICD-10 ..	G30 <i>Alzheimer's disease</i>	G30 <i>Alzheimer's disease</i>	R54 <i>Senility</i>	R54 <i>Senility</i>
	Per 100 000	603	510	478	622
8	ICD-10 ..	I69 <i>Sequelae of cerebrovascular infarction</i>	I51 <i>Complications and ill-defined descriptions of heart disease</i>	W19 <i>Unspecified fall</i>	I70 <i>Atherosclerosis</i>
	Per 100 000	444	481	454	573
9	ICD-10 ..	J15 <i>Bacterial pneumonia, not elsewhere classified</i>	J44 <i>Other chronic obstructive pulmonary disease</i>	I48 <i>Atrial fibrillation and flutter</i>	I63 <i>Cerebral infarction</i>
	Per 100 000	414	425	412	494
10	ICD-10 ..	I50 <i>Heart failure</i>	I63 <i>Cerebral infarction</i>	C61 <i>Malignant neoplasm of prostate</i>	I48 <i>Atrial fibrillation and flutter</i>
	Per 100 000	326	283	1 262 ¹⁾	375

1 Per 100 000 men.

1 Pr. 100 000 mænd.

CHAPTER V

Resources

Ressourcer

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.

Health care expenditure

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

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

RESOURCES

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 2003, the level of public financing was lowest in Finland with 75 per cent, while the proportion in the other Nordic 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 5.3 shows that expenditure in 2002-prices has increased since 1995 by between 3 and 4 per cent per year in all the Nordic countries, with the exception of Iceland, where the increase has been over 6 per cent per year.

Change 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 in-

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 2003 var det offentliges andel lavest i Finland med 75 procent mens andelen i de andre nordiske lande 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 1990'erne og i begyndelsen af det nye årtusind. Med undtagelse af Finland er sundhedsudgifternes andel af BNP mellem ca. 7 og 10 procent.

Af tabel 5.3 fremgår at siden 1995 har udgifterne i faste priser steget med mellem 3 og 4 procent per år i alle de nordiske lande, med undtagelse af Island hvor stigningen har været på over 6 pct. per år.

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 offentlige, el-

<p>clude national insurance or private insurance reimbursements for use of health services, and public expenditure (net) on hospitals and primary health services.</p>	<p>ler forsikringernes refusion for brugen af sundhedsydelse samt det offentlige udgifter (netto) til drift af sygehuse og det primære sundhedsvæsen m.v.</p>
<p>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.</p>	<p>Det offentlige 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 det offentlige budgetter.</p>
<p>Health care expenditure also includes part of the expenditure on nursing and care for elderly people and people with disabilities. 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.</p>	<p>Sundhedsudgifterne omfatter også dele af udgifterne til pleje og omsorg for ældre og funktionshæmmede. Ifølge internationale 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.</p>
<p>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.</p>	<p>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.</p>
<p>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</p>	<p>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 mø-</p>

RESOURCES

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 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 5.2 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 NOSOSKO 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

de 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 landene er ikke kommet lige langt i implementeringen af systemet, men på det aggregerede niveau som data præsenteres her vurderes til 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 5.2 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 sundhedsregnskabs-system 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 organisatio-

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.

ner 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 5.5 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 Table 5.6 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 expendi-

Udvikling i lægemiddeludgifter

I 2004 udgav NOMESCO, 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 5.5. 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 5.6 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

RESOURCES

ture on medicinal products is for ATC group N. User charges are highest in Iceland followed by Finland and Åland.

Islands vedkommende findes i udgifterne til gruppe N. Egenbetalingen er højest i Island efterfulgt af Finland og Åland og mindst på Færøerne og Grønland.

Table 5.1 Health care expenditure (million KR/EUR) 2003
Udgifter til sundheds- og sygepleje (mio. KR/EUR) 2003

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland ¹⁾	Iceland ²⁾	Norway ²⁾	Sweden ³⁾
	DKK	DKK	DKK	EUR	ISK	NOK	SEK
<i>Public financing</i>							
Offentlig finansiering	104 143	734	851	8 169	70 997	134 664	184 999
<i>Private financing</i>							
Privat finansiering	21 395	90	-	2 503	14 003	26 156	31 779
<i>Total health care expenditure</i>							
Samlede udgifter til sundheds- og sygepleje	125 538	824	851	10 671	85 000	160 820	216 778

1 Finnish figures include Åland.

2 Preliminary estimates.

3 2002.

1 Finske tal inkluderer Åland.

2 Foreløbige estimater.

3 2002.

Source: OECD HEALTH DATA 2005

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

Table 5.2 Health care expenditure (EUR/capita) 2003
Udgifter til sundheds- og sygepleje (EUR/capita) 2003

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland ¹⁾	Iceland ²⁾	Norway ²⁾	Sweden ³⁾
<i>Public financing</i>							
Offentlig finansiering	2 598	2 057	2 010	1 558	2 833	3 692	1 885
<i>Private financing</i>							
Privat finansiering	533	252	-	478	559	717	324
<i>Total health care expenditure</i>							
Samlede udgifter til sundheds- og sygepleje	3 131	2 309	2 010	2 035	3 391	4 409	2 210

1 Finnish figures include Åland.

2 Preliminary estimates.

3 2002.

1 Finske tal inkluderer Åland.

2 Foreløbige estimater.

3 2002.

Source: OECD HEALTH DATA 2005

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

RESOURCES

Table 5.3 GDP and health care expenditure in total and per capita 1995–2003
BNP og udgifter til sundheds- og sygepleje i alt og pr. indbygger 1995–2003

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland ²⁾	Iceland	Norway	Sweden
	DKK	DKK	DKK	EUR	ISK	NOK	SEK
<i>Total expenditure per capita 2003</i>							
Samlede udgifter pr. indbygger 2003	23 288	17 181	14 968	2 044	293 589	35 230	24 289 ⁵⁾
<i>GDP (million) 2003</i>							
BNP (mio.) 2003	1 396 608	10 182	9 546	143 337	797 487	1 563 689	2 438 447
<i>Expenditure in 2003-prices (million)¹⁾</i>							
Udgifter i 2003-priser (mio.)							
1995	97 460	532	674	8 072	53 601	99 290	161 950
2000	113 351	603	809	9 060	71 118	114 673	196 979
2002	122 932	796	..	10 090	78 290	153 498 ⁴⁾	221 572
2003	125 538	824	851	10 671	85 000 ³⁾	160 820 ³⁾	..

- 1 Health expenditure in 2003 prices using GDP-wide deflator.
2 Finnish figures include Åland.
3 Preliminary estimates.
4 There is a series break for Norway since data after 2001 are estimated according to the SHA methodology and are therefore not comparable with pre-2001 data.
5 2002.

- 1 Sundhedsudgifter i 2003 priser.
2 Finske tal inkluderer Åland.
3 Foreløbige estimater.
4 Der er et brud i den norske tidsserie, idet data efter 2001 er estimeret i henhold til SHA-metodologi og derfor ikke er sammenlignelige med tidligere data.
5 2002.

Source: OECD HEALTH DATA 2005

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

Table 5.4 Health care expenditure as a percentage of GDP 1995–2003
Udgifter til sundheds- og sygepleje i pct. af BNP 1995–2003

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland ¹⁾	Iceland	Norway	Sweden
1995	8.2	10.4	9.4	7.5	8.8	7.9	8.1
2000	8.4	7.1	9.2	6.7	9.3	7.7	8.4
2002	8.8	7.8	..	7.3	10.2	9.9 ³⁾	9.2
2003	9.0	8.0	8.9	7.4	10.7 ²⁾	10.3 ²⁾	..

- 1 Finnish figures include Åland.
2 Preliminary estimates.
3 There is a series break for Norway since data after 2001 are estimated according to the SHA methodology and are therefore not comparable with pre-2001 data.

- 1 Finske tal inkluderer Åland.
2 Foreløbige estimater.
3 Der er et brud i den norske tidsserie, idet data efter 2001 er estimeret i henhold til SHA-metodologi og derfor ikke er sammenlignelige med tidligere data.

Source: OECD HEALTH DATA 2005

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

Table 5.5 Sales of medicinal products by ATC-group, calculated in pharmacy retail prices (million Euro), 2003

Salg af lægemidler fordelt på ATC-grupper, apotekernes salgspris (mio. euro) 2003

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland ¹⁾	of which Åland ¹⁾	Iceland	Norway	Sweden
<i>A Alimentary tract and metabolism</i>								
Fordøjelse og stofskifte	189	1.8	0.3	237	1.0	18	186	370
<i>B Blood and blood-forming organs</i>								
Blod og bloddannende organer	119	1.3	0.2	98	0.6	8	80	215
<i>C Cardiovascular system</i>								
Hjerte og kredsløb	284	0.3	0.5	404	1.6	24	327	424
<i>D Dermatologicals</i>								
Hudmidler	47	0.4	0.3	60	0.2	4	45	94
<i>G Genito-urinary system and sex hormones</i>								
Kønshormoner m.m.	112	0.7	0.3	151	0.6	10	83	166
<i>H Systemic hormonal preparations, excl. sex hormones and inulins</i>								
Hormoner til systemisk brug	34	0.3	0.1	41	0.2	3	37	83
<i>J Anti-infectives for systemic use</i>								
Infektionssygdomme	155	3.1	0.8	150	0.8	13	81	187
<i>L Antineoplastic and immunomodulating agents</i>								
Cancermidler m.m.	132	0.8	0.1	161	1.3	12	138	288
<i>M Musculo-skeletal system</i>								
Muskler, led og knogler	79	0.5	0.1	151	0.7	10	104	147
<i>N Nervous system</i>								
Nervesystemet	479	3.0	1.2	399	1.5	48	350	620
<i>P Antiparasitic products, insecticides and repellents</i>								
Parasitmidler	9	0.8	0.0	5	0.0	0	5	8
<i>R Respiratory system</i>								
Åndedrætsorganer	197	1.3	0.3	191	0.9	14	190	250
<i>S Sensory organs</i>								
Sanseorganer	32	0.2	0.1	41	0.2	3	38	60
<i>V Various</i>								
Diverse	21	0.2	0.4	17	0.1	1	17	41
Total I alt	1 884	14.6	4.7	2 107	9.8	170	1 681	2 955
<i>Of which user charges</i>	590	2.5	-	892	4.0	38	-	587

Sources: D: Danish Medicines Agency; FI: Chief Pharmaceutical Officer; G: The Central Pharmacy in Copenhagen
 Kilder: County; F & Å: National Agency for Medicines; I: Ministry of Health and Social Security; N: WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology; 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 5.6 Sales of medicinal products by ATC-group, EUR/capita 2003 - based on pharmacy retail prices

Salg af lægemidler fordelt på ATC-grupper, EUR/capita 2003 - baseret på apotekernes salgspris

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
<i>A Alimentary tract and metabolism</i>								
Fordøjelse og stofskifte	35	38	5	45	37	64	41	41
<i>B Blood and blood-forming organs</i>								
Blod og bloddannende organer	22	27	3	19	22	29	18	24
<i>C Cardiovascular system</i>								
Hjerte og kredsløb	53	7	8	77	60	82	72	47
<i>D Dermatologicals</i>								
Hudmidler	9	8	6	11	8	16	10	11
<i>G Genito-urinary system and sex hormones</i>								
Kønshormoner m.m.	21	14	5	29	21	36	18	19
<i>H Systemic hormonal preparations, excl. sex hormones and inulins</i>								
Hormoner til systemisk brug	6	6	3	8	8	10	8	9
<i>J Anti-infectives for systemic use</i>								
Infektionssygdomme	29	64	14	29	29	44	18	21
<i>L Antineoplastic and immunomodulating agents</i>								
Cancermidler m.m.	25	16	2	31	49	42	30	32
<i>M Musculo-skeletal system</i>								
Muskler, led og knogler	15	11	2	29	24	35	23	16
<i>N Nervous system</i>								
Nervesystemet	89	62	21	76	56	165	77	69
<i>P Antiparasitic products, insecticides and repellents</i>								
Parasitmidler	2	17	0	1	1	1	1	1
<i>R Respiratory system</i>								
Åndedrætsorganer	37	26	6	37	35	48	42	28
<i>S Sensory organs</i>								
Sanseorganer	6	4	2	8	6	11	8	7
<i>V Various</i>								
Diverse	4	3	8	3	3	5	4	5
Total I alt	350	304	85	403	358	588	370	330
<i>Of which user charges</i>	110	51	-	171	146	212	-	66

Sources: See Table 5.5

Kilder: Se tabel 5.5

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'. '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 included that are not occupied within the social and health care sectors, including those not working within the medical profession.

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 NOMESCO i 2003 en arbejdsgruppe, med henblik på 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, selv om 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. Andet sundhedspersonale med en højere uddannelse er defineret som personale med en universitetsuddannelse så som ernæringsfysiologer og farmaceuter. Endvidere er der for læger, medtaget en gruppe som ikke arbejder indenfor social og sundhedssektoren, herunder ikke med deres fag.

RESOURCES

Furthermore, the included data are registered at a given time of the year. For Iceland, Finland and Sweden figures cover 2002. Physicians are for 2003 in Iceland, however. Icelandic figures for occupational therapists are for 2001. Nurses for Sweden only include public employees.

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

De medtagne data er desuden en opgørelse på et givet tidspunkt i året. For Island, Finland og Sverige gælder de 2002. Dog er læger for 2003 i Island. Islands data for ergoterapeuter er for 2001. Sygeplejersker for Sverige inkluderer kun offentligt ansatte.

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

Table 5.7 Active health personnel in health and social services 2003 (NACE 85.1 and 85.3)

Erhvervsaktivt sundhedspersonale indenfor sundheds- og socialområdet 2003 (NACE 85.1 og 85.3)

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
<i>Physicians</i>								
Læger	16 152	90	83	11 267	64	1 047	14 278	28 483
<i>Dentists</i>								
Tandlæger	4 578	40	29	2 406	21	285	3 763	7 286
<i>Dental hygienists</i>								
Tandplejere	1.079	..	..	..	27	..	732	2 770
<i>Dental surgery assistants</i>								
Tandlægeassistenter	..	44	..	3 562	..	..	2.722	..
<i>Psychologists</i>								
Psykologer	..	5	4	1 988	6	39	2 874	4 074
<i>Qualified nurses</i>								
Sygeplejersker	52 270	354	225	45 372	308	2 747	65 884	85 237
<i>Radiographers</i>								
Radiografer	996	5	..	1 853	9	86	1 815	141
<i>Qualified auxiliary nurses</i>								
Sygeplejerskeassistenter	26 438	118	..	33 587	443	1 474	69 387	114 940
<i>Other care personnel</i>								
Andet plejepersonale	54 601	..	..	..	111	..	..	..
<i>Midwives</i>								
Jordemødre	1 321	19	12	1 568	10	200	2 260	6 051
<i>Physiotherapists</i>								
Fysioterapeuter	5 043	17	13	2 429	19	415	6 764	9 844
<i>Occupational therapists</i>								
Ergoterapeuter	4 318	10	4	645	8	88	2 017	6 832
<i>Hospital laboratory technicians</i>								
Hospitalslaboranter	5 322	35	21	3 819	21	289	3 967	..
<i>Other health personnel with a higher education</i>								
Andet sundheds-personale med en højere uddannelse	788	..	..	..	6	..	179	..

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

RESOURCES

Table 5.8 Active health personnel in health and social services 2003 per 100 000 inhabitants (NACE 85.1 and 85.3)

Erhvervsaktivt sundhedspersonale indenfor sundheds- og socialområdet per 100 000 indbyggere 2003 (NACE 85.1 og 85.3)

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
<i>Physicians</i>								
Læger	300	188	146	216	243	362	313	319
<i>Dentists</i>								
Tandlæger	85	83	52	46	80	99	82	82
<i>Dental hygienists</i>								
Tandplejere	20	..	..	..	103	..	16	31
<i>Dental surgery assistants</i>								
Tandlægeassistenter	..	92	..	68	..	..	60	..
<i>Psychologists</i>								
Psykologer	..	10	6	38	23	13	63	46
<i>Qualified nurses</i>								
Sygeplejersker	970	738	397	870	1 170	950	1 443	954
<i>Radiographers</i>								
Radiografer	18	10	-	36	34	30	40	2
<i>Qualified auxiliary nurses</i>								
Sygeplejerskeassistenter	491	246	..	644	1 645	510	1 520	1 286
<i>Other care personnel</i>								
Andet plejepersonale	1 063	..	..	..	422	..	..	..
<i>Midwives</i>								
Jordemødre	25	40	21	30	38	69	50	68
<i>Physiotherapists</i>								
Fysioterapeuter	94	35	23	47	72	143	148	110
<i>Occupational therapists</i>								
Ergoterapeuter	80	21	7	12	30	30	44	76
<i>Hospital laboratory technicians</i>								
Hospitalslaboranter	99	73	37	73	80	100	87	..
<i>Other health personnel with a higher education</i>								
Andet sundheds-personale med en højere uddannelse	15	..	..	..	23	..	4	..

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

Table 5.9 Employed physicians by specialties in health and social services 2003 (NACE 85.1 and 85.3)

Erhvervsaktive læger fordelt på specialer indenfor social - og sundhedsområdet 2003 (NACE 85.1 og 85.3)

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
<i>General practice</i>								
Almen medicin (alment praktiserende læger)	3 857	27	51	957	8	169	1 465	4 809
<i>Psychiatry</i>								
Psykiatri	764	3	2	513	5	70	875	1 387
<i>Other specialties</i>								
Andre specialer	6 372	35	16	4 729	35	575	5 386	14 209
<i>Specialists in total</i>								
Specialister i alt	10 993	65	69	6 199	48	814	7 726	20 405
<i>Physicians without specialist authorization</i>								
Læger uden specialistgodkendelse	5 159	25	14	4 945	16	233	6 552	8 078
<i>Physicians in total within NACE 85.1 and 85.3</i>								
Læger i alt indenfor NACE 85.1 og 85.3	16 152	90	83	11 144	64	1 047	14 278	28 483
<i>Per 100 000 inhabitants</i>								
Pr. 100 000 indbyggere								
<i>General practice</i>								
Almen medicin	72	56	90	18	30	58	32	54
<i>Psychiatry</i>								
Psykiatri	14	6	4	10	19	24	19	16
<i>Other specialties</i>								
Andre specialer	118	73	28	91	133	199	118	159
<i>Specialists in total</i>								
Specialister i alt	204	136	122	119	182	281	169	228
<i>Physicians without specialist authorization</i>								
Læger uden specialistgodkendelse	96	52	25	95	61	81	144	90
<i>Physicians in total within NACE 85.1 and 85.3</i>								
Læger i alt indenfor NACE 85.1 og 85.3	300	188	146	214	243	362	313	319

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

RESOURCES

Table 5.10 Employed physicians 2003
Erhvervsaktive læger 2003

	Denmark	Faroe Islands	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)	11 099	63	38	7 240	44	748	8 887	..
<i>General practitioners (NACE 85.1 and 85.3)</i> Læger der arbejder som alment praktiserende læger (NACE 85.1 og 85.3)	3 857	27	42	3 572	15	196	3 711	4 809
<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)	1 196	-	..	2 753	5	..	1 473	..
<i>Physicians employed in administrative medicine (NACE 75.1)</i> Læger beskæftiget med administrativ medicin (NACE 75.1)	196	1	1	..	1	..	391	546
<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)	743	-	..	1 052	..	..	748	1 382
<i>Physicians employed within all other NACE codes</i> Læger beskæftiget på alle andre NACE-koder	990	-	..	654	..	..	1 016	1 817

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

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 age 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.

The statistics in the tables about hospitals have been divided up so that developments for the different types of hospitals can be followed.

Ordinary hospitals are hospitals with several specialities that primarily provide short-term somatic treatment, and also short-term psychiatric treatment.

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 alderdoms- 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.

I tabellerne over sygehuse er der foretaget en opdeling, således at man kan følge udviklingen i de forskellige typer sygehuse.

Almindelige sygehuse er sygehuse med flere specialer og beskæftiger sig i hovedsagen med somatisk korttidsbehandling, men inkluderer også korttidspsykiatrisk behandling.

RESOURCES

The category 'specialized hospitals' includes hospitals that only have one speciality within somatic treatment.	Under rubrikken 'specialsygehuse', er der opregnet sygehuse, som kun har et enkelt speciale inden for den somatiske behandling.
Psychiatric hospitals are hospitals that only provide treatment for psychiatric patients. The category 'other hospitals' includes hospitals that provide geriatric and psychiatric care and/or long-term treatment in health centres with mixed medical and surgical wards.	Psykiatriske sygehuse er sygehuse, som kun behandler psykiatriske patienter. Rubrikken 'andre sygehuse' omfatter sygehuse med geriatrisk og psykiatrisk pleje og/eller langtidsbehandling ved helsecentre med blandede medicinske og kirurgiske afdelinger.
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.	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.
The tables about hospital discharges and average length of stay apply to patients admitted to ordinary hospitals and specialized hospitals. This limitation has been done in order to improve comparability between the countries.	Tabellerne over udskrivninger og gennemsnitlig liggetid omfatter indlagte patienter ved almindelige sygehuse og specialsygehuse. Denne afgrænsning er foretaget for at fremme sammenligneligheden mellem landene.
The trend is that the number of treatment places and the average length of stay has 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.

Table 5.11 Number of hospitals by number of beds 2003
 Sygehuse efter antal sengepladser 2003

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	of which Åland	Iceland ¹⁾	Norway	Sweden
<i>Ordinary hospitals</i>								
<i>Almindelige sygehuse</i>								
-199	21	2	16	60	1	2	19	39
200-499	19	1	-	19	-	-	15	27
500-799	9	-	-	6	-	-	5	8
800+	4	-	-	4	-	1	3	6
<i>Total I alt</i>	53	3	-	89	1	3	42	80
<i>Specialized hospitals</i>								
<i>Specialsygehuse</i>								
-199	4	-	-	9	-	-	7	1
200-499	-	-	-	-	-	-	1	-
500-799	-	-	-	-	-	-	-	-
800+	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Total I alt</i>	4	-	-	9	-	-	8	1
<i>Psychiatric hospitals</i>								
<i>Psykiatriske sygehuse</i>								
-199	7	-	-	15	1	-	11	-
200-499	3	-	-	7	-	-	-	-
500-799	-	-	-	2	-	-	-	-
800+	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Total I alt</i>	10	-	-	24	1	-	11	-
<i>Other hospitals</i>								
<i>Andre sygehuse</i>								
-199	-	-	-	249	1	20	2	-
200-499	-	-	-	9	-	-	-	-
500-799	-	-	-	1	-	-	-	-
800+	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Total I alt</i>	-	-	-	259	1	20	2	-
<i>Hospitals, total</i>								
<i>Sygehuse, i alt</i>	67	3	16	381	3	23	63	81

1 2001.

1 2001.

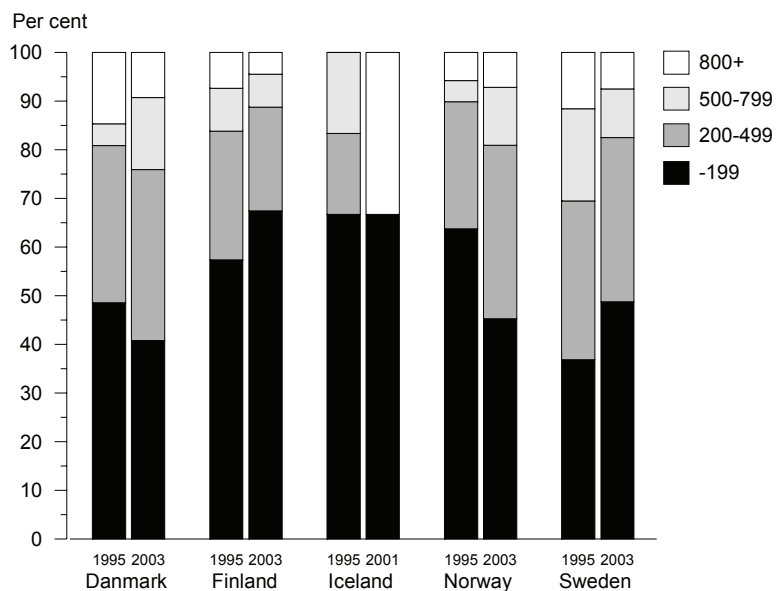
Note: Ordinary hospitals are hospitals that mainly provide treatment for patients with somatic diseases. Specialized hospitals are hospitals with only one speciality. Psychiatric hospitals are hospitals that only provide treatment for patients with psychiatric disorders (excl. psychiatric nursing homes). Other hospitals include hospitals providing long-term medical care as well as hospitals that cannot be categorized in the above, e.g. the Finnish health centres.

Anmærkning: Ved almindelige sygehuse forstås sygehuse, som overvejende behandler somatiske patienter. Specialsygehuse er sygehuse med kun ét speciale. Til psykiatriske sygehuse henregnes sygehuse, der udelukkende behandler psykiatriske patienter (dog ekskl. psykiatriske plejehjem). Andre sygehuse omfatter langtidsmedicinske sygehuse og sygehuse, der ikke kan kategoriseres i ovenstående, fx de finske helsevårdscentraler.

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: Federation of Swedish County Councils

RESOURCES

Figure 5.1 Number of ordinary hospitals by number of beds 1995 and 2003
 Antal almindelige sygehuse fordelt efter antal senge 1995 og 2003



Source: Table 5.11
 Kilde: Tabel 5.11

Table 5.12 Authorized hospital beds by speciality 2003
 Normerede sengepladser ved sygehuse efter specialer 2003

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland ²⁾	Åland	Iceland	Norway	Sweden ³⁾
<i>Number</i>								
<i>Antal</i>								
<i>Medicine</i>								
Medicin	10 128	93	46	6 720	64	..	6 941	14 601
<i>Surgery</i>								
Kirurgi	7 541	95	62	5 195	47	..	6 368	8 125
<i>Psychiatry</i>								
Psykiatri	3 788	76	12	5 119	32	..	2 943	4 606
<i>Other</i>								
Andet	-	-	286 ¹⁾	20 753	98	..	235	-
<i>Total</i>								
I alt	21 457	264	406	37 787	241	..	16 487	27 332
<i>Beds per 100 000 inhabitants</i>								
<i>Sengepladser pr. 100 000 indbyggere</i>								
<i>Medicine</i>								
Medicin	188	194	81	129	243	..	152	163
<i>Surgery</i>								
Kirurgi	140	198	109	100	179	..	139	91
<i>Psychiatry</i>								
Psykiatri	70	158	21	98	122	..	64	51
<i>Other</i>								
Andet	-	-	505 ¹⁾	398	372	..	5	-
<i>Total</i>								
I alt	398	550	716	724	916	..	360	305

1 Excl. patient hotel.

2 The number of beds has been calculated by dividing the total number of bed days by 365.

3 Average disposable beds. Not comparable with earlier years.

1 Ekskl. patienthotel.

2 Antallet af senge er beregnet ved at dividere det totale antal sengedage med 365.

3 Gennemsnitligt disponible sengepladser. Ikke sammenlignelig med tidligere år.

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: Federation of Swedish County Councils

RESOURCES

Table 5.13 Discharges, bed days and average length of stay in wards in ordinary hospitals and specialized hospitals 2003

Udskrivninger, sengedage og gennemsnitlig liggetid på afdelinger ved almindelige sygehuse og specialsygehuse 2003

	Denmark	Faroe Islands	Greenland ¹⁾	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
<i>Discharges per 1 000 inhabitants</i>								
Udskrivninger pr. 1 000 indbyggere								
<i>Medicine</i>								
Medicin	102	112	27	83	94	..	87	71
<i>Surgery</i>								
Kirurgi	96	96	55	117	105	..	84	70
<i>Psychiatry</i>								
Psykiatri	8	8	5	11	31	..	6	9
<i>Total</i>								
I alt	206	216	88	210	230	..	177	159
<i>Bed days per 1 000 inhabitants</i>								
Sengedage pr. 1 000 indbyggere								
<i>Medicine</i>								
Medicin	570	613	200	470	578	..	518	372
<i>Surgery</i>								
Kirurgi	401	334	400	363	401	..	400	302
<i>Psychiatry</i>								
Psykiatri	237	431	81	358	373	..	213	159
<i>Total</i>								
I alt	1 208	1 378	682	1 191	1 351	..	1 131	150
<i>Average length of stay</i>								
Gennemsnitlig liggetid								
<i>Medicine</i>								
Medicin	6	5	7	6	6	..	6	5
<i>Surgery</i>								
Kirurgi	4	3	7	3	4	..	5	4
<i>Psychiatry</i>								
Psykiatri	..	56	17	34	12	..	37	18
<i>Total</i>								
I alt	..	6	8	6	6	..	7	6

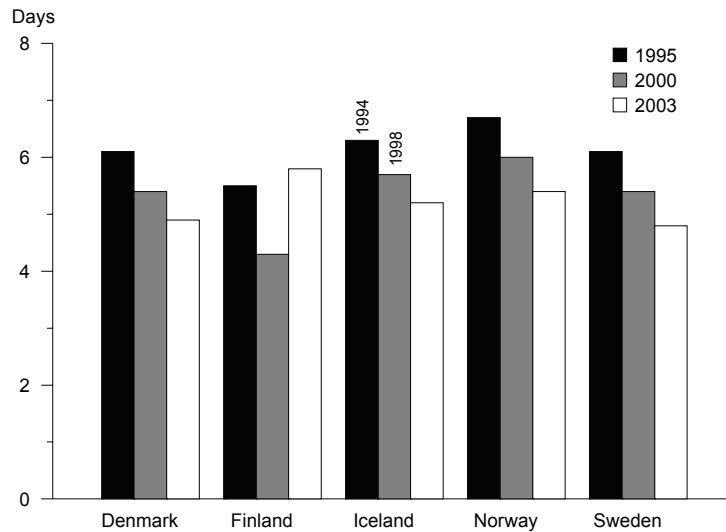
1 Figures for average length of stay only refer to Dronning Ingrid's Hospital.

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

Source: The national in-patient registers

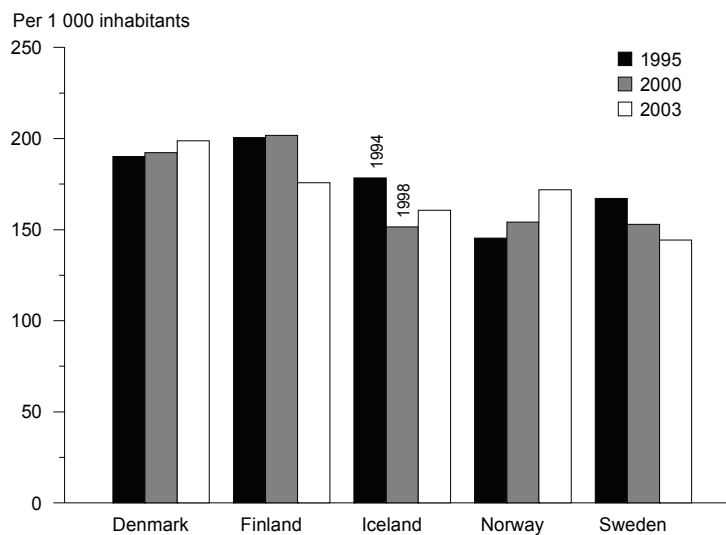
Kilde: De nationale patientregistre

Figure 5.2 Average length of stay in somatic wards 1995–2003
Gennemsnitlig liggetid på somatiske afdelinger 1995–2003



Source: Table 3.19
Kilde: Tabel 3.19

Figure 5.3 Number of discharges from somatic wards, per 1 000 inhabitants 1995–2003
Udskrivninger fra somatiske afdelinger pr. 1 000 indbyggere 1995–2003



Source: Table 3.18
Kilde: Tabel 3.18

RESOURCES

Table 5.14 Discharges from hospitals* by sex and age, per 1 000 inhabitants in the age group 2003

Udskrivninger fra sygehuse* efter køn og alder, pr. 1 000 indbyggere i aldersgruppen 2003

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland ¹⁾	Norway	Sweden
<i>Age</i> Alder								
<i>Men</i>								
Mænd								
0-14	189	168	97	127	162	132	98	73
15-44	87	99	} 140	87	78	48	79	51
45-64	198	203		204	148	123	173	133
65-69	373	355	} 565	375	360	287	324	275
70-74	497	503		478	402	403	422	377
75-79	620	559		612	564	495	524	482
80+	759	686		751	867	633	683	649
<i>Total</i>								
I alt	194	187	150	181	178	126	157	131
<i>Women</i>								
Kvinder								
0-14	162	133	88	100	104	121	78	59
15-44	193	218	} 372	175	182	183	159	131
45-64	180	209		198	176	172	162	123
65-69	297	346	} 662	302	257	299	263	217
70-74	384	437		395	311	347	326	289
75-79	467	521		493	365	436	413	374
80+	598	508		556	660	543	528	518
<i>Total</i>								
I alt	227	232	314	217	214	196	185	158

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

Table 5.15 Bed days in hospitals* by sex and age, per 1 000 inhabitants in the age group 2003
 Sengedage på sygehuse* efter køn og alder, pr. 1 000 indbyggere i aldersgruppen 2003

	Denmark	Faroe Islands	Greenland ¹⁾	Finland	Åland	Iceland ²⁾	Norway	Sweden
<i>Age</i> Alder								
<i>Men</i>								
Mænd								
0-14	562	279	373	353	661	393	399	282
15-44	293	260	} 843	267	242	170	286	170
45-64	963	767		838	722	608	856	620
65-69	2 123	2 153	} 5 149	1 838	2 107	1 911	2 054	1 542
70-74	3 004	3 475		2 464	2 294	2 807	2 848	2 311
75-79	4 011	3 801		3 499	3 997	4 295	3 699	3 184
80+	5 304	5 816		5 899	6 872	6 934	4 998	4 620
<i>Total</i>								
I alt	922	777	940	789	942	697	833	642
<i>Women</i>								
Kvinder								
0-14	507	294	463	291	246	348	339	239
15-44	588	659	} 1 842	519	597	522	606	399
45-64	836	835		686	697	730	832	580
65-69	1 751	2 040	} 5 223	1 316	1 259	1 866	1 667	1 245
70-74	2 570	2 974		1 904	1 926	2 801	2 282	1 858
75-79	3 430	5 297		2 649	2 166	4 205	3 021	2 627
80+	4 821	5 655		3 632	4 874	6 716	4 060	3 976
<i>Total</i>								
I alt	1 087	1 132	1 679	872	991	968	1 003	752

1 Some women from villages are admitted to hospital up to one month before the expected date of delivery.

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

1 En del kvinder fra bygderne indlægges op til en måned før termin.

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

* Definition, see Table 3.19

* Definition, se tabel 3.19

Source: *The national in-patient registers*

Kilde: De nationale patientregistre

THEME SECTION

SECTION B

Children's health

Børns sundhed

AUTHORS: ELSE-KARIN GRØHOLT,
FORFATTERE: RANNVEIG NORDHAGEN

Foreword

At NOMESCO's plenary meeting in 2004, it was decided that the theme for Health Statistics in the Nordic Countries 2005 would be Children's health. Else-Karin Grøholt and Rannveig Nordhagen, from the Norwegian Institute of Public Health, were appointed as project leaders. A reference group was also appointed, with the following members:

Anette Johansen; National Institute of Public Health (NIPH) Denmark

Mika Gissler; National Research and Development Centre for Welfare and Health, Finland

Geir Gunnlaugsson; Centre for Child Health Services, Reykjavik, Iceland

Anders Hjern; National Board of Health and Welfare; Epidemiology Centre, Sweden and

Johannes Nielsen; NOMESCO

Forord

NOMESKO besluttede på sit plenarmøde i 2004 at temaet i Helsestatistik for de nordiske lande i 2005 skulle omhandle børns sundhed. Norge påtog sig projektledelsen ved Else-Karin Grøholt og Rannveig Nordhagen, begge Nasjonalt folkehelseinstitutt, sammen med en referencegruppe bestående af følgende medlemmer:

Anette Johansen; Statens Institut for Folkesundhed (SIF) Danmark

Mika Gissler; STAKES, Finland

Geir Gunnlaugsson; Centrum för barnhelsevård, Reykjavik, Island

Anders Hjern; Socialstyrelsen; EpC, Sverige og

Johannes Nielsen; NOMESKO

Why is children's health important?

"The hand that rocks the cradle rules the world" (Nordic proverb).

The thought behind this proverb is that we should take care of our children, because the future lies with them. In the foreword to UNICEF's annual report: "The State of the World's Children", 1998, Kofi Annan writes: "...Much of the next millennium can be seen in how we care for our children today" (1).

This may sound obvious, but we know that in large areas of the world children's health and living conditions are far from adequate. Children are often the losers – or the victims – when it comes to war, natural disasters, destitution or oppression.

There is more to childhood than just health, but children's health is important in relation to how childhood is experienced, and children's health is a decisive factor for development and health in adulthood. As stated in the last UNICEF report, 2005: "...Childhood is more than just the time before a person is considered as an adult" (2).

This is the first NOMESCO report in which children's health is dealt with specifically. However, in earlier reports, some of the most important indicators of children's health are reported, such as infant mortality. In this report we have tried to go a bit further, and have chosen some areas for closer analyses. We believe that it has been important not just to focus on "death and destruction", but also to look at other aspects of children's health. Without going into the different definitions of health, we

Hvorfor er barns helse viktig?

"Hånden som rører vuggen, styrer verden" (Nordisk ordspråk).

I dette ordspråket kan vi ane at tanken er at vi må ta vare på våre barn, fordi i dem ligger fremtiden. I forordet til UNICEF's årlige rapport: "The State of the World's Children", 1998, skriver Kofi Annan: "...Much of the next millennium can be seen in how we care for our children today" (1).

Dette lyder jo selvsagt, men likevel vet vi at barn i store deler av verden har langt fra tilfredsstillende helse eller leveforhold. De blir svært ofte taperne – eller ofrene – når det gjelder krig, naturkatastrofer, nød eller undertrykkelse.

Barndom er mer enn bare helse, men barns helse er en viktig del når det gjelder hvordan barndommen oppleves, og barns helse er også avgjørende for hvordan utvikling og helse blir i voksen alder. Som det står i den siste UNICEF rapporten, 2005: "...Childhood is more than just the time before a person is considered as an adult" (2).

Dette er den første NOMESCO rapporten hvor man spesielt tar for seg barns helse. I tidligere rapporter kan vi imidlertid finne noen av de viktigste indikatorene på barnehelse, for eksempel spedbarnsdødelighet. I den foreliggende rapporten har vi forsøkt å gå litt videre, og har valgt ut noen områder for nærmere analyser. Vi synes det har vært viktig å ikke bare fokusere på "død og fordervelse", men også på andre sider av barns helse. Uten å gå inn på forskjellige definisjoner av helse, har vi

have chosen areas that can tell us something about the health of the child population, and not just about the health of individuals. In other words, we are in the area of "child public health". We have no satisfactory word for this in the Nordic languages, but when we talk about public health for children we mean health problems that are of great importance for the whole child population. Such diseases are a burden for society, the family and the individual.

Historic perspective, living conditions and health

In discussions about which countries are best to live in, the Nordic countries have been ranked very highly (2,3). We have neither been involved in wars nor experienced deprivation for many years, and we can be proud of being among the countries with the lowest infant mortality and the longest life expectancy. This has not always been the case. At the beginning of the last century, infant mortality in the Nordic countries was just as high as in countries that we reckon today as being poor countries, and was about 10%. Today, infant mortality in the Nordic countries is under 4 per 1000 live births.

Previously, malnutrition was an important cause of infant mortality, and the incidence of infectious diseases was high. In particular, tuberculosis was common among children and young people. Improved living conditions, adequate nutrition, better hygiene, improved housing and more widespread use of vaccination for a range of childhood diseases, have changed this picture considerably. Better

valgt områder som kan si noe om hele barnebefolkningens helse, og ikke bare enkeltindividets helse. Vi er med andre ord inne på området "child public health". Dette har vi ikke noe godt ord for i nordisk språksammenheng, men vi snakker altså om "folkesykdommer" eller folkehelse hos barn, og mener helseproblemer som har vesentlig betydning for hele barnebefolkningen. Slike sykdommer er en belastning både for samfunnet, familien og for individet selv.

Historisk perspektiv, levekår og helse

I diskusjoner om hvilke land som er best å bo i, har de nordiske land vært rangert svært høyt (2,3). Vi har ikke vært involvert i krig eller nød på svært mange år, og kan rose oss av å være blant de land som har lavest spedbarnsdødelighet og høyest levealder. Slik har det likevel ikke alltid vært. I begynnelsen av forrige århundre var spedbarnsdødeligheten i de nordiske land like høy som i en del land vi i dag regner til den fattige verden, og lå rundt 10%. I dag ligger de nordiske lands spedbarnsdødelighet under 4 per 1000 levende fødte.

Underernæring var tidligere en vesentlig årsak til spedbarnsdød, og infeksjonssykdommer var hyppig forekommende. Spesielt herjet tuberkulosen blant barn og unge. Bedrede levekår, tilstrekkelig ernæring, bedre hygiene og boligforhold, samt økende vaksinasjonsdekning mot en rekke barnesykdommer, har endret dette bildet vesentlig. Ikke minst har bedret ernæring og levekår betydd mye for utryd-

nutrition and improved living conditions have been of particular importance for the eradication of a "poor man's disease" such as tuberculosis. But even though these serious conditions that often led to disease and premature death among children are now almost eradicated, this does not mean that there are no clouds in the sky. We still have many chronic conditions that children suffer from – that they do not die from, but must live with. Also, the environment in which children live has changed completely during the last 100 years. Some threats to health have disappeared, but new threats have appeared. The risks associated with the use of drugs, and the risk of traffic accidents associated with the increased use of transport, are examples of this. Other conditions, such as type 1 diabetes, also seem to be more prevalent, though we do not fully understand the reasons for this change.

Nordic and global comparisons, social inequalities

"Children are poor people's riches"
(Nordic proverb)

Today, the Nordic countries are among the most affluent in the world, from an economic aspect. The Nordic countries are reckoned to be "welfare states". This can be defined in different ways, but roughly speaking this means that society supports many common goods, and in this way the level of living conditions is evened out (4). Both Nordic health services and family policy give special consideration to children (5). All the Nordic countries provide public benefits for pregnancy and birth, both in the form of

delsen av en "fattigmannssykdom" som tuberkulose. Men selv om disse alvorlige tilstandene som hyppig førte til sykdom og tidlig død hos barn nå nærmest er utryddet, betyr det ikke at himmelen er skyfri. Vi har fortsatt en rekke kroniske tilstander barn lider under - som de ikke dør av, men må leve med. Miljøet barn lever i er også totalt endret på disse 100 år. Noen helsetrusler er borte, men andre er kommet til. Risikoen som bruk av en rekke narkotiske stoffer fører med seg, eller økt ferdsel med påfølgende transportulykker, er eksempler som kommer inn under denne siste kategorien. Andre lidelser, som for eksempel type 1 diabetes, ser også ut til å være i endring, uten at vi kjenner de eksakte årsakene til dette.

Nordiske og globale sammenligninger, sosial ulikhet

"Barn er fattigfolks rikdom"
(Nordisk ordspråk)

De nordiske land hører i dag med til de mest velstående land i verden, økonomisk sett. Nordiske land er også regnet for å være "velferdsstater". Dette kan defineres på forskjellig måte, men grovt sett betyr det at samfunnet understøtter mye av fellesgodene, og på denne måten jevner ut levekårene (4). Spesielle omsyn til barn viser seg ved de nordiske lands helsetjenester, så vel som i familiepolitikken (5). Alle de nordiske land gir offentlige ytelser ved svangerskap og fødsel, både i form av direkte økonomisk støtte samt i form av

direct economic support and in the form of maternity and paternity leave. Preventive services for children, such as health checks and school health services, are free. Vaccination programmes are also free. In addition, general medical practitioner services are highly subsidized for children. However, the way in which benefits are given varies for the Nordic countries, and therefore it is difficult to compare these benefits directly.

On a world basis, poverty is still one of the greatest threats to children's health (2). However, as shown in the UNICEF report 2005, the proportion of children under the poverty level in the OECD countries (families with an income under 50% of the median income) is lowest in the Nordic countries. Finland has the lowest proportion (2.8%). The proportion in Norway is 3.4%. Norway is also the only country in which the proportion of poor children has been reduced during the 1990s. It has also been shown that an increasing level of social benefits leads to a reduction in the proportion of poor children. Even though there has been economic growth in several of the OECD countries, this does not necessarily mean that the proportion of children under the poverty level has been reduced.

Health and living conditions are closely related, and we should therefore not expect to find differences in health between poor people and rich people in the Nordic countries. On a global perspective, we have a south-north gradient, in which the southern hemisphere has the largest proportion of poor people, and many more health problems than in the northern hemisphere. But there are also differences here in the Nordic countries. This be-

permisjonsordninger for mor og far. Forebyggende tjenester for barn, slik som helsekontroller og skolehelsetjeneste, er gratis. Dette gjelder også vaksineprogrammet. Det gis dessuten ytelser til barn i form av gratis eller sterkt subsidierte legebesøk. Måten disse ytelsene gis på varierer imidlertid mellom de nordiske land, og det er derfor vanskelig å sammenligne disse direkte.

I verdenssammenheng er fattigdom fortsatt en av de største trusler mot barns helse (2). Av UNICEF-rapporten 2005 kan man imidlertid se at andelen barn under fattigdomsgrensen i OECD land (familier med inntekt under 50% av medianinntekten) er lavest i de nordiske land. Finland har aller lavest andel (2,8%), mens Norge har 3,4%. Norge blir også angitt som det eneste landet som har minsket andelen fattige barn i 1990-årene. Det er også vist at økende sosiale ytelser gir minsket fattigdomsrate blant barn. Selv om det er vist økonomisk vekst i flere av OECD landene, er det likevel ikke ensbetydende med at andelen barn under fattigdomsgrensen er blitt mindre.

Helse og levekår er tett knyttet, og vi skulle derfor forvente at vi i de nordiske land ikke finner forskjeller i helse mellom fattig og rik. I et globalt perspektiv har vi en sør-nord gradient, hvor den sørlige halvkule har den største andel fattige, og langt flere helseproblemer enn vi i nord. Men det finnes forskjeller her hos oss også. Det kan vi se dersom vi prøver å sortere helseproblemer etter kriterier for sosioøkonomisk status, slik som inntekt,

comes visible when we assess health problems according to criteria such as income, education and occupation (6). Many studies show that the differences continue to exist, and there is also evidence that these differences are increasing (7,8). Even though socio-economic conditions are improving for most people, there is a group of people that is becoming increasingly marginalized (9). However, social inequalities in health is not just a problem that affects only a few vulnerable groups. On the contrary, research in this area has shown that social inequalities in health form a gradient, in which the differences can be found between every socio-economic group in the hierarchy. In other words, the gradient cuts through the whole of society. In UNICEF's report, it is pointed out that it is important for children to grow up close to the "norm" of the material conditions in their surroundings (2). This is also pointed out by Marmot (10). In this report we have not described the data in relation to socio-economic factors, mainly because we do not have adequate data in order to classify problems in this way.

How can we describe the health of the child population?

Health is difficult to define, but it is even more difficult to measure. Traditionally, health has most often been measured in terms of sickness and disease, or absence of sickness and disease. Positive measures of health are often searched for, but have not been used to any great extent. We must resort to measuring indicators, or "surrogates" for health. Good indicators of child health are lacking. In 2002, The European

utdanning og yrkesplassering (6). En rekke studier viser at disse forskjellene stadig eksisterer, og det er også funn som tyder på at disse forskjellene øker (7,8). Selv om de fleste får bedre sosioøkonomiske forhold, finnes det en gruppe som blir mer marginalisert (9). Sosial ulikhet i helse er imidlertid ikke bare et fattigdomsproblem som rammer noen få, utsatte grupper. Forskning på området viser tvert i mot at de sosiale forskjellene i helse danner en gradient der forskjellene kan gjenfinnes mellom hver sosioøkonomisk gruppe i hierarkiet. Den sosiale gradienten går med andre ord tvers gjennom hele samfunnet. I UNICEFs rapport blir det pekt på at det er viktig for barn å vokse opp nær til "normen" av de materielle vilkårene i omgivelsene (2). Dette er også påpekt av Marmot (10). I denne rapporten har vi ikke beskrevet dataene i henhold til sosioøkonomiske faktorer, kanskje mest fordi vi ikke har gode nok data for å kunne sortere problemene på den måten.

Hvordan skal vi få et bilde av barnepopulasjonens helse?

På samme måte som helse er vanskelig å definere, er det enda vanskeligere når vi kommer til spørsmål om hvordan vi kan måle den. Tradisjonelt sett blir helse oftest målt i sykdom og død, eller som fravær av dette. Positive mål for helse er ofte etterspurt, men har ikke fått vesentlig anvendelse. Vi er henvist til å måle indikatorer, eller "surrogater" for helse. Det har vært, og er mangel på gode indi-

Commission carried out a project called CHILD (Child Health Indicators for Life and Development). In this project, a group of experts developed a group of indicators that could give a reasonably satisfactory picture of children's health in the EU countries (including Norway and Iceland) (11). They came up with 38 indicators, covering many aspects of children's health: socio-economic factors, environment, morbidity and mortality, and various known risk factors for health and disease. The indicators are meant to reflect health problems that represent a burden for the individual and the family, as well as for society as a whole. In this report it is not possible to present data on all these indicators, and, in the Nordic countries, data for all the indicators are not currently available. The indicators presented here have been chosen by consensus in the working group. They give an incomplete picture of the health of the child population. However, the areas that have been chosen are important in further work to improve children's health. The European section of WHO also uses the indicators that are recommended in CHILD. It is desirable for countries to come to an agreement about which indicators should be used, so that, in the future, data from different countries are comparable.

How can we obtain data on children's health?

In principle, there are several ways in which children's health can be monitored:

a) information that is registered rou-

katorer for barnehelse. Den Europeiske kommisjon gjennomførte i 2002 et prosjekt med tittelen CHILD (Child Health Indicators for Life and Development), hvor en faggruppe kom frem til et sett av indikatorer som kunne gi et noenlunde tilfredsstillende bilde på barnehelse i de land som da var tilknyttet EU (inkludert Norge og Island) (11). I alt kom man frem til 38 indikatorer som spente over mange forhold ved barns helse: sosio-økonomiske faktorer, miljø, sykdom og dødelighet, samt forskjellige kjente risikofaktorer for helse/uhelse. Indikatorene skulle peke på helseproblemer som representerte en byrde for individ og familie så vel som for samfunnet. I denne rapporten er det ikke mulig å prøve å spenne over alle disse indikatorene, og per i dag er data vedrørende alle indikatorene heller ikke umiddelbart tilgjengelige i de nordiske land. Det utvalget av indikatorer vi her presenterer, representerer en konsensus i arbeidsgruppen, og gir et ufullstendig bilde av barnepopulasjonens helse. De utvalgte områdene er imidlertid viktige i det videre arbeidet for en bedre barnehelse. Den europeiske delen av WHO arbeider også ut i fra indikatorene foreslått i CHILD. Det er ønskelig at det vil bli en felles enighet mellom landene om hvilke indikatorer man skal anvende for å kunne sammenligne over landegrensene i fremtiden.

Hvordan skal vi få data om barns helse?

I prinsippet finnes det flere måter for å overvåke barns helse:

a) opplysninger som er gjenstand for ru-

CHILDREN'S HEALTH

tinely (registers of births, causes of death statistics etc.)	tinemessig registrering (fødselsregistre, dødsårsaksregistre mv.)
b) information from special health surveys	b) opplysninger som kommer frem ved spesielle helseundersøkelser
c) research projects (national and international)	c) forskningsprosjekter (nasjonale eller internasjonale)

In the Nordic countries, collection of data is not so well coordinated that it is possible to compare all data, but some surveys are carried out in the same way in several countries, including the Nordic countries. WHO's HBSC (Health Behaviour among School Children) and ESPAD (The European School Survey Project on Alcohol and other Drugs) are examples of such studies.

In addition to the problem of comparability of data, there is also the problem of representativeness. Therefore, we must always be careful when using the data to draw conclusions about children's health. Data registers ought to be the most reliable sources, but these also contain inaccuracies, because they are based on information that is interpreted and recorded by different personnel. The register data that are available today cover only a limited area of children's health. In order to monitor children's health over time, we need additional register data or repeated health surveys.

A lot of information about children's health is recorded routinely at health centres and by school health services. If these data are to be useful for more than just checking the health of individuals, the data need to be aggregated and analysed. This is done in different ways in the Nordic countries. If we were able to collect such data continuously, they

I de nordiske land er vi ikke så samkjørte at vi uten videre kan sammenligne alle data, men noen undersøkelser er foretatt på samme måte i flere land, inkludert de nordiske: WHO's HBSC (Health Behaviour among School Children) og ESPAD (The European School Survey Project on Alcohol and other Drugs) er eksempler på slike undersøkelser.

I tillegg til problemer med sammenlignbarhet av data, har vi også problemer knyttet til representativitet. Derfor må vi alltid være forsiktige med konklusjoner om barnebefolkningens helse når vi studerer dataene. Registerdata skulle være de sikreste, men også i disse er det rom for feil, fordi de er basert på opplysninger tolket og introdusert av forskjellig personell. De registerdata vi har tilgjengelige i dag dekker bare begrensede områder av barnehelsen. For å følge barns helse over tid må vi ha registerdata eller gjentatte helseundersøkelser.

Mange opplysninger om barns helse noteres rutinemessig ved helsestasjoner og gjennom skolehelsetjenesten. Dersom disse skal være til hjelp utover det som berører enkeltindivider, må slike data aggregeres og analyseres. Dette gjøres ulikt i de forskjellige nordiske land. Dersom vi kunne samle slike data fortløpende, ville det kunne gi et godt grunnlag for å be-

would provide a good basis for assessing the health status of the child population.

dømme barnepopulasjonens helsetilstand.

The present and the future

As the quotes at the beginning of this chapter imply, time will tell whether we have looked after the child population of today well enough, particularly with regard to health. In the last issue of *The State of The World's Children* (2005), Kofi Annan writes: ...“for nearly half of two billion children in the real world, childhood is starkly and brutally different from the ideal we aspire to.” (2). The affluent Nordic countries ought to be good examples of just the opposite.

During the last few decades, research has shown that the health status of children has not only been a decisive factor for their present health, but also for their health in adulthood. This was demonstrated a long time ago by the Norwegian researcher Anders Forsdahl, and was later confirmed by several international researchers (12,13). Coronary and circulatory diseases are still the main causes of morbidity and mortality among adults. It has been shown that the health and living conditions of the foetus and young children are decisive factors for the development of these diseases.

Nå og fremtiden

Som de innledende sitatene i dette kapitlet antyder, vil det senere vise seg om vi sørger godt nok for dagens barnebefolkning. Dette gjelder ikke minst barnehelsen. Kofi Annan skriver i siste utgave av *The State of The World's Children* (2005): ...“for nearly half of two billion children in the real world, childhood is starkly and brutally different from the ideal we aspire to.” (2). De rike nordiske land bør være gode eksempler på det motsatte.

I de siste par tiår har ny forskning vist at helsetilstanden hos barn ikke bare er avgjørende for barnet der og da, men er like avgjørende for helse i voksen alder. Dette ble fremmet meget tidlig av den norske forskeren Anders Forsdahl, og er senere bekreftet av en rekke forskere internasjonalt (12,13). Fortsatt er det slik at hjerte- og karsykdommer er hovedårsak til både sykkelighet og dødelighet i voksen alder. Det er vist at helse og levekår i fosterliv og tidlig barnealder er avgjørende for disse sykdommenes utvikling.

Conditions related to pregnancy and birth

“I know what they are! the girl said about the contractions” (Swedish proverb)

Length of pregnancy and birth weight

Birth weight and length of pregnancy are “overlapping” variables, but they are not identical. Children born before the 37th week of pregnancy are defined as premature, and over half the children with low birth weight (defined as under 2 500 g) are premature (14). From a global perspective, prematurity and low birth weight show large variation, with much higher incidence in developing countries than in industrialized countries. There are also ethnic variations. Infant mortality and morbidity are higher among premature babies with low birth weight, so this is an important indicator of children’s health. The Nordic countries are among the countries with the lowest incidence of prematurity and low birth weight (Tables 1 and 2). For example, in the USA, the incidence is about twice as high (14). In vitro fertilization is the cause of a proportion of premature babies with low birth weight, among other things because of multiple births. In the Nordic countries, in vitro fertilization represents 2-3% of all births (15).

Previously, estimation of expected date of delivery was based only on the date given by the woman for the last menstruation. However, expected date of delivery is increasingly, perhaps always, now based on

Forhold i svangerskap og ved fødsel

“Dette vet jeg hva er! Sa jenta om veene” (Svensk ordspråk)

Svangerskapsvarighet og fødselsvekt

Fødselsvekt og svangerskapsvarighet er “overlappende” størrelser, men ikke identiske. Barn som er født før 37. svangerskapsuke defineres som premature, og tilsvarende er over halvparten av barn med lav fødselsvekt (definert som barn under 2 500 g) premature (14). Både prematuritet og lav fødselsvekt viser stor variasjon globalt sett, med langt høyere forekomst i utviklingsland enn i industriland. Det er også etniske variasjoner. For tidlig fødte barn med lav fødselsvekt har høy spedbarnsdødelighet og sykkelighet, og er således en viktig indikator på barns helse. De nordiske land er blant de som har lavest forekomst av lav fødselsvekt/prematuritet blant barn (tabell 1 og 2). I USA er forekomsten for eksempel om lag dobbelt så høy (14). In vitro fertilisering er årsak til en andel av premature fødsler/lav fødselsvekt, blant annet pga flerfødsler. I Norden utgjør in vitro fertilisering 2-3% av alle fødsler (15).

Fastsettelse av termin har tidligere kun vært basert på kvinnens angivelse av siste menstruasjon, men er nå mer og mer, og kanskje utelukkende, basert på termin beregnet ut fra ultralydundersøkelse. Vi vet

the results of ultrasound examination. We do not know which method the figures presented in Table 1 are based on, and it is perhaps a mixture of the two methods. This is best demonstrated by the figures from Norway. There was a large reduction in the proportion of babies born late in pregnancy (weeks 43-47) after 1995. The reason for this is largely that the method of estimating expected date of delivery according to the date of the last menstruation was replaced by the method based on ultrasound examination from 1999. A similar trend can be seen for Denmark and Iceland. Ultrasound examinations have contributed to a large reduction in pregnancies that go over time, because births

ikke hvordan tallene i tabell 1 er fremkommet, og det kan være en blanding av de to metodene. Dette ses best på tallene fra Norge, hvor vi ser et stort fall i andelen født sent i svangerskapet (uke 43-47) etter 1995. Dette fallet skyldes vesentlig at termin beregnet etter siste menstruasjon ble erstattet med termin basert på ultralydundersøkelse fra og med 1999. En lignende tendens kan også ses i Danmark og på Island. Ultralydundersøkelsene har bidratt til at vi får langt færre overtidige svangerskap, fordi fødsel i så fall vil fremkalles. Når det gjelder for tidlig fødsel (prematunitet) er tallene jevnere, og vi ser liten endring i den angitte tidsperiode. Hva som setter i gang

Table 1 Length of pregnancy in weeks, per 1000 live births

	Denmark		Finland		Iceland		Norway		Sweden	
	1995	2003	1995	2003	1995	2003	1995	2003	1995	2003
<i><=27 weeks</i>										
Both sexes	2.7	3.9	2.8	2.5	2.8	1.7	3.0	4.1	2.6	3.2
Boys	2.9	3.8	2.9	2.6	2.7	1.4	3.1	4.7	2.7	3.1
Girls	2.4	4.0	2.6	2.5	2.9	2.0	3.0	3.6	2.5	3.2
<i>28-32 weeks</i>										
Both sexes	9.2	12.6	8.0	7.8	7.2	7.5	10.5	12.4	9.3	9.8
Boys	9.9	13.4	8.9	8.4	6.3	7.1	12.1	12.2	9.9	10.2
Girls	8.4	11.7	7.1	7.1	8.2	7.8	8.8	12.6	8.7	9.3
<i>33-36 weeks</i>										
Both sexes	46	55	43	45	38	45	47	62	50	50
Boys	49	59	46	47	45	48	52	62	53	51
Girls	42	51	41	42	31	42	42	62	46	48
<i>< 37 weeks</i>										
Both sexes	58	72	54	55	55	58	60	78	62	63
<i>37-42 weeks</i>										
Both sexes	925	926	941	941	941	942	814	910	931	930
<i>43-47 weeks</i>										
Both sexes	6.9	2.0	1.1	0.6	4.0	0.2	22.9	2.3	5.9	6.1
<i>Unknown</i>										
Both sexes	10.5	0.5	4.1	3.2	-	0.5	102.6	9.4	1.5	0.8

Source: D: Medical Birth Registry; F: STAKES/ Medical Birth Registry; I: Landspítali - University Hospital, Medical Birth Registry; N: Medical Birth Registry; S: Medical Birth Registry

are now induced in such cases. With regard to premature births, the figures are more even, and we see few changes during the given time period. What sets off birth is still a mystery, and there are speculations about a range of factors, such as genetics, stress and infections. Recent research has shown, among other things, that there is a socio-economic gradient, with a higher proportion of premature babies (<37 weeks of pregnancy) among mothers in the lowest socio-economic groups (16).

In most industrialized countries (compared to in many developing countries), the weight and length of newborn babies are recorded accurately. The "light" babies cause most concern, both because they have a lower survival rate in infancy and because birth weight is associated with health outcome in adulthood. Recently, we have seen a great improvement in survival of the lightest babies, though the proportion of "tiny babies" (<2 500 g) has not changed much. If we look at the group of babies 2 500 g and less (Table 2), we see that there has been little change during the time period. The proportion is fairly similar in the Nordic countries. Iceland is rather special, in that the proportion of very tiny babies (<1 000 g) fell dramatically from 1995-2003. However, we must take into account the fact that there are few such births in Iceland.

There are now many indications that an epidemic of obesity is developing, and along with this there is increasing concern that babies are too heavy when they are born. However, Table 2 shows there has been little change from 1995 to 2003 in the number of children in the heaviest group (>4 000 g)

fødselen er fortsatt en gåte, og det spekuleres over en rekke sammenhenger som genetik, stress og infeksjoner. Nyere forskning viser blant annet at det finnes en sosioøkonomisk gradient ved at det er en større andel premature (<37 ukers graviditet) blant mødre i de laveste sosioøkonomiske gruppene (16).

I de fleste industriland (i motsetning til i mange utviklingsland) noteres vekt og lengde på nyfødte nøyaktig. De "lette" barna har voldt mest bekymring, både fordi de har mindre overlevelse i spedbarnsalderen og fordi fødselsvekt er forbundet med helseutfall i voksen alder. Vi har sett stor bedring av overlevelse for de aller letteste barna i nyere tid, uten at andelen "lettvektete" (< 2 500 g) har endret seg vesentlig. Ser man samlet på vektgruppen 2500 g og mindre (tabell 2) er det liten endring i løpet av tidsperioden. Andelen er temmelig lik i de nordiske land. Island er bemerkelsesverdig på den måten at andelen av de aller letteste barna (< 1000 g) sank drastisk fra 1995-2003. Vi må likevel ta i betraktning at det er få fødsler det dreier seg om på Island.

Det er nå mye som tyder på at vi er i ferd med å utvikle en epidemi av fedme, og parallelt med dette har det også vært en voksende bekymring for at barna er for tunge allerede ved fødselen. Av tabell 2 ser vi imidlertid at for barn i den tyngste kategorien (> 4000 g) viser tallene liten endring fra 1995 til 2003.

Table 2 Birthweight, per 1000 live births

	Denmark		Finland		Iceland		Norway		Sweden	
	1995	2003	1995	2003	1995	2003	1995	2003	1995	2003
<i><1000 g</i>										
Both sexes	2.6	3.7	2.8	2.4	4.2	1.2	3.0	4.4	2.6	3.0
Boys	2.8	3.4	2.7	2.2	3.1	0.9	3.2	4.5	2.5	2.7
Girls	2.5	4.0	2.9	2.6	5.3	1.5	2.7	4.3	2.7	3.4
<i>1000 - 1499 g</i>										
Both sexes	5.5	5.5	4.2	3.7	5.1	5.5	5.4	5.5	4.4	4.6
Boys	5.2	5.3	4.1	3.9	5.8	4.7	5.3	5.3	4.3	4.4
Girls	5.8	5.6	4.3	3.6	4.4	6.4	5.6	5.7	4.5	4.8
<i>1500 - 2499 g</i>										
Both sexes	40	44	33	34	34	24	37	41	36	36
Boys	38	42	30	32	37	23	36	38	35	34
Girls	43	47	36	37	31	25	39	45	38	37
<i>< 2500 g</i>										
Both sexes	48	53	40	41	44	31	46	51	43	43
<i>2500 - 3999 g</i>										
Samlet	764	754	757	772	682	683	744	736	763	752
<i>4000 - 6999 g</i>										
Both sexes	187	191	201	187	275	287	209	212	190	198
Boys	227	224	240	227	309	335	246	249	229	236
Girls	146	155	161	145	224	237	169	173	147	158
<i>Unknown</i>										
Both sexes	..	1.8	2.6	0.5	-	0.5	1.4	0.9	4.1	6.5

Source: D: Medical Birth Registry; F: STAKES/Medical Birth Registry; I: Landspítali - University Hospital, Medical Birth Registry; N: Medical Birth Registry; S: Medical Birth Registry

Age at giving birth

The mean age of primiparae (women giving birth for the first time) has increased in most western countries. For example, in Norway, the mean age of primiparae rose from 22.6 years in 1967 to 27.1 in 2002. Table 3 shows that the age group with the highest proportion of primiparae is 25-29. There seems to be a "shift" in all countries towards a higher age for primiparae during the period (Table 3, Figure 1). Of course, it can be debated whether this development is entirely favourable. Higher age is associated with a higher risk of complications

Fødealder

Den gjennomsnittlige alder for førstegangsfødende har steget i de fleste vestlige land. I Norge har for eksempel gjennomsnittsalderen for førstegangsfødende steget fra 22,6 år i 1967, til 27,1 år i 2002. Av tabell 3 kan vi se at "alderstoppen" blant førstegangsfødende ligger i gruppen 25-29 år. Det synes å være en "forskyvning" i alle land mot en høyere alder for førstegangsfødende gjennom perioden (tabell 3, fig 1). Det kan selvsagt diskuteres om dette utelukkende er en heldig utvikling. Høyere alder medfø-

during pregnancy and birth. However, older parents are often better educated and are often also more motivated parents. One result of this is that babies of older mothers are more often breast fed and are less likely to have accidents or be exposed to violence (17).

rer høyere risiko for komplisert svangerskap og fødsel. Eldre foreldre har imidlertid ofte bedre utdanning og er ofte også mer motiverte foreldre. Dette fører for eksempel til at barn av eldre mødre i større grad ammes, og at de i mindre grad er utsatt for ulykker og vold (17).

Teenage pregnancies

“It is something that passes, the girl said, she became pregnant”
(Finnish proverb)

Teenage pregnancies are reckoned to be risky. One hundred years ago, the maternal mortality rate in Norway for 15-19 year-olds was twice as high as for 20-29 year-olds (18). The total maternal mortality in most of the Nordic countries is now so low that it is not a good measure of risk. However, there are other factors that make it still “risky” to be a teenage mother. Teenage mothers have a higher risk of having a low level of education, lower income and of being a single parent. Several studies carried out under the auspices of UNICEF have shown a north-south gradient in Europe, with most teenage pregnancies in the south (19,20). However, the outcome for teenage mothers compared to older mothers varies in different cultures, for example according to how the family structure is in the different countries. It is said that in places where young people move away at a younger age from their families to fend for themselves, the risk of ending up in a low education and a low income group is greater than in places where young people live with their parents for longer (19-21). In all the Nordic countries now, the proportion of primiparae who are teenagers is under 10% (Table 4). The highest proportion is in Iceland, and the lowest in Denmark. The

Tenåringssvangerskap

“Det er noe som går over, sa piken, hun ble med barn”
(Finsk ordspråk)

Svangerskap i tenårene er regnet for å være risikabelt. For ca 100 år siden var mødredødeligheten blant 15-19 åringer dobbelt så høy som i aldersgruppen 20-29 år i Norge (18). Den samlede mødredødeligheten i de fleste nordiske land er nå så lav at det ikke er noe godt mål for risikoen. Imidlertid er det andre forhold som gjør at det fortsatt er ”risikabelt” å bli mor i tenårene. Tenåringsmødre har høyere risiko for å få lav utdanning, dårligere inntekt og for å bli alenemødre. Flere undersøkelser i regi av UNICEF har vist en nord - sør gradient i Europa, med flest tenåringssvangerskap i sør (19,20). Utfallet for tenåringsmødre i forhold til eldre mødre varierer imidlertid i ulike kulturer, blant annet etter hvordan familiestrukturen i de forskjellige land er. Det sies at der hvor ungdom flytter tidlig fra sin familie for å stå på egne ”ben”, vil de ha større risiko for å havne i lavutdannelses- og lavinntektsgruppen enn der hvor ungdom bor lenge hos foreldrene (19-21). I alle nordiske land er det nå under 10% av førstegangsfødende som er tenåringer. (tabell 4). Høyest andel er det på Island, og lavest i Danmark. Island har også tidligere ligget høyest. Man an-

proportion was also highest in Iceland previously. It is thought that the reduction in teenage pregnancies is the result of a combination of counselling on birth control, good availability of birth control measures and easy access to abortion. The Nordic countries are regarded as pioneers in this area, in contrast to other countries that base their policy on greater moral premises (20,22).

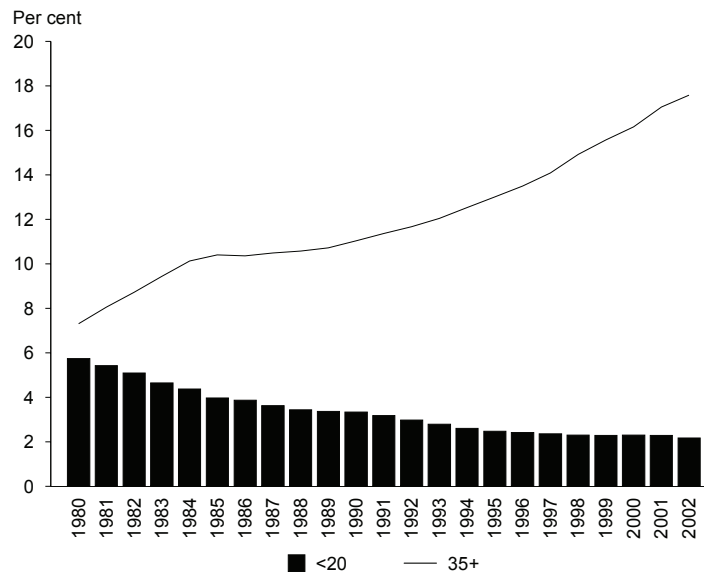
tar at nedgangen i tenåringsfødsler skyldes en kombinasjon av prevensjonsveiledning, lett tilgang til prevensjonsmidler samt lettere adgang til å få utført abort. De nordiske land blir fremholdt som foregangsland på dette området, i motsetning til de som vil legge større moralske premisser til grunn (20,22).

Table 3 Age of primiparae

	As a percentage of all primiparae					
	< 20	20-24	25-29	30-34	35-39	40+
<i>Denmark</i>						
1995	4.1	25.6	44.2	20.4	5.1	0.6
2000	3.5	20.9	44.3	24.1	6.3	0.9
2003	2.8	17.2	43.8	27.2	7.9	1.1
<i>Faroe Islands</i>						
1995	..	..	..	..	..	..
2000	7.3	25.5	29.1	23.3	13.3	1.5
2003	7.5	30.7	27.4	19.0	11.7	3.6
<i>Finland</i>						
1995	5.8	24.6	40.7	21.5	6.2	1.2
2000	6.7	26.7	34.8	22.6	7.8	1.5
2003	6.2	24.3	37.3	22.0	8.5	1.6
<i>Åland</i>						
1995	1.6	21.1	50.0	19.5	7.0	0.8
2000	5.6	18.9	32.2	32.2	7.8	3.3
2003	3.5	20.0	36.5	32.9	7.1	-
<i>Iceland</i>						
1995	14.2	42.3	29.4	9.9	3.4	0.8
2000	12.6	38.0	33.4	11.8	3.7	0.5
2003	9.4	36.6	35.8	13.7	3.6	1.0
<i>Norway</i>						
1995	6.8	33.1	39.2	16.1	4.3	0.6
2000	6.0	25.9	40.8	21.1	5.5	0.7
2003	5.0	23.5	38.7	25.0	6.9	0.9
<i>Sweden</i>						
1995	4.7	28.9	39.4	20.1	6.0	0.9
2000	4.2	21.7	40.1	25.3	7.5	1.1
2003	3.8	20.3	37.8	28.4	8.3	1.3

Sources: D: Medical Birth Registry; FÆ: National Patient Register (FO); F&Å: STAKES/Medical Birth Register; I: Statistics Iceland; N: Statistics Norway population statistics; S: Medical Birth Registry.

Figure 1 Percentage of women giving birth below 20 years and 35 years or more in the Nordic countries 1980–2002



Source: Nordic Medical Birth Registries

Table 4 shows the relationship between abortions and births for teenagers. The figures are complete for Denmark, Finland, Sweden and Norway. There are so few in the youngest age group (<15 years) that absolute numbers are given, so it is difficult to compare countries. However, in the other age groups we have comparable rates for each country. In these age groups, the number of births has decreased, with the exception of Finland. During the same period, the number of abortions has increased, with the exception of Norway. It is not certain how these figures should be interpreted, but the low number of abortions in Norway may, among other things, be related to the widespread use of emergency prevention (23).

Tabell 4 viser forholdet mellom provoserte aborter og fødsler blant tenåringer med fullstendige tall fra Danmark, Finland, Sverige og Norge. I den yngste gruppen (<15 år) er det så få, og det er angitt absolutte tall, slik at det er vanskelig å sammenligne mellom de enkelte land. I de andre aldersgruppene har vi imidlertid sammenlignbare rater for hvert land. I disse aldersgruppene har fødslene gått ned, med unntak av Finland. Antallet provoserte aborter er i samme periode gått opp med unntak av Norge. Det er usikkert hvordan man kan tolke disse tallene, men det lave antall provoserte aborter i Norge kan blant annet henge sammen med stort forbruk av nødprevensjon (23).

Table 4 Births and abortions among teenagers

	Number		Per 1 000 women in the age group			
	< 15 years		15-17 years		18-19 years	
	Births	Abortions	Births	Abortions	Births	Abortions
<i>Denmark</i>						
1995	1	55	2.1	9.6	17.4	20.0
1999	1	65	2.3	9.2	14.9	18.1
2003 ¹⁾	2	73	1.7	10.2	13.0	21.2
<i>Finland</i>						
1995	4	35	2.9	7.8	19.9	15.3
1999	4	88	3.6	12.3	20.1	17.5
2003	5	60	3.3	11.4	20.3	19.4
<i>Iceland</i>						
1995	–	–	10.7	11.4	42.0	21.6
1999	–	7	9.7	16.8	44.6	25.2
2003	–	8	5.5	12.4	31.6	26.9
<i>Norway ²⁾</i>						
1996	2	45	4.0	12.1	27.4	26.5
1999	2	35	3.6	12.3	23.5	28.1
2003	2	49	2.9	10.6	18.9	24.8
<i>Sweden</i>						
1995	9	128	2.8	12.2	17.2	22.7
1999	8	159	2.1	14.6	13.8	23.8
2003	6	270	2.3	19.0	11.7	30.8

1) Provisional figures

2) Live births. Figures given are for 1996, because figures for abortions according to age are not available for 1995

Sources: D: National Patient Register; FÆ: National Patient Register (FO); F&Å: STAKES/Medical Birth Registry, Register of Abortions; I: Statistics Iceland; N: Population and abortion statistics; S: Abortion statistics and Statistics Sweden birth statistics

Smoking during pregnancy

Smoking during pregnancy leads to lower birthweight (about 200 g less). In addition, smoking is a contributory factor for several health conditions in the neonatal period, such as cot deaths (24,25). The figures shown in Table 5 have serious sources of error, and are not completely comparable for the different countries. First, the questions about smoking are asked at different times during pregnancy, second, in some countries the questions on smoking are

Røyking i svangerskapet

Røyking i svangerskapet fører til lavere fødselsvekt (ca 200 g mindre), og er dessuten en medvirkende faktor ved flere helseutfall i spedbarnsperioden, slik som krybbedød (24,25). Tallene vi kan vise i denne tabellen (tabell 5) er heftet med mye usikkerhet, og egner seg ikke helt for sammenligning. For det første blir spørsmålene om røyking i svangerskapet stilt ved noe forskjellig tidspunkt i svangerskapet, og dessuten er det noen steder frivillig

CHILDREN'S HEALTH

Table 5 Women who smoke during pregnancy, per cent

	No. of pregnant women in total	Pregnant women who smoke per 100 pregnant women	
		At the beginning of pregnancy	At the end of pregnancy ¹⁾
<i>Denmark</i>			
1995	69 513	27	..
2000	66 172	22	20
2003	63 595	18	16
<i>Finland</i>			
1995	62 198	15	13
2000	55 854	14	13
2003	55 791	15	12
<i>Åland</i>			
1995	321	15	15
2000	254	12	11
2003	251	12	9
<i>Norway²⁾</i>			
1995	..	..	..
2000	51 994	24	17
2003	46 701	22	15
<i>Sweden</i>			
1995	100 602	16	.. ³⁾
2000	88 331	11	7 ⁴⁾
2003	92 831	10	7 ⁴⁾

1) In Sweden – around the 32nd week of pregnancy

2) No. of pregnant women who answered the question

3) Drop-out 60-70%

4) Drop-out 20-30%

Sources: D: Medical Birth Registry; F&Å: STAKES/ Medical Birth Registry; N: Medical Birth Registry; S: Medical Birth Registry.

voluntary (as in Norway) and third, in some countries the non-response rate is high (as in Sweden). This probably leads to inaccurate reporting. We do not have figures for smoking during pregnancy for Iceland, but the results of two studies in Reykjavik (1999-2003) have shown that about 12-13% of all women smoked throughout their pregnancy (Geir Gunnlaugsson, personal communication). However, Table 5 shows that Denmark and Norway seem to have the largest proportion of smokers, both at the beginning and at the end of pregnancy. The proportion decreases towards the end of pregnancy, but there are still twice as many

for den svangre å svare (Norge), eller det er et stort frafall (Sverige). Dette fører sannsynligvis til feilrapportering. Vi har ikke tall på røyking under graviditet på Island, men resultater fra to studier i Reykjavik (1999-2003) viste at om lag 12-13% av alle kvinner røykte under hele graviditeten (Geir Gunnlaugsson, personlig meddelelse). Tabell 5 viser imidlertid at Danmark og Norge synes å ha den største andelen som røyker både ved graviditetens begynnelse og slutt. Det skjer en reduksjon mot slutten av svangerskapet, men det er likevel dobbelt så mange røykende gravide i Norge og Danmark (hhv

pregnant women who smoke in Norway and Denmark (15% and 16% respectively at the end of pregnancy in 2003) as in Sweden (7%).

15% og 16% i slutten av svangerskapet i 2003) som i Sverige (7%).

Mortality and morbidity in childhood

“The more sick the child is, the more loved” (Danish proverb)

Mortality statistics can be regarded as reasonably reliable, but it is much more difficult to obtain reliable statistics on morbidity for children. There are registers for some chronic diseases, but we often have to use figures from irregular health surveys, or from patient discharge registers from hospitals. Both sources may be regarded as unreliable.

Sykelighet og dødelighet i barnealder

“Jo sykere barn, jo kjærere” (Dansk ordspråk)

Mens dødelighetstallene kan regnes for å være temmelig sikre, er det langt vanskeligere å få gode tall for barns sykelighet. Det finnes registre for noen kroniske sykdommer, men vi er ofte henvist til å anvende tall fra mer uregelmessige helseundersøkelser, eventuelt fra pasientutskrivningsregistre fra sykehus. Begge metoder er beheftet med usikkerhet.

Mortality during the first year of life

Total infant mortality in the Nordic countries is among the lowest in the world, that is, under 4 per 1 000 live births. Higher figures are only to be found in Denmark. But these figures are from 2001, and they may have fallen since then. The two largest groups, conditions originating in the perinatal period, and congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities, also generally show a downward trend. This is probably the result of improved health services for newly-born infants: that is to say, improved survival of premature babies and babies with malformations. The proportion of babies born with these conditions has not changed much during this period. Sudden infant death syndrome (cot deaths) decreased most markedly. This is

Dødelighet i første leveår

Den totale spedbarnsdødelighet i de nordiske land er nå blant de laveste i verden, dvs. under 4 per 1000 levende fødte. Bare Danmark kan vise til noe høyere tall, men de er fra 2001, og kan ha gått ytterligere ned. De to største gruppene, perinatale tilstander og medfødte misdannelser, viser også, stort sett, en nedadgående trend. Dette skyldes sannsynligvis bedre helsetjenester for nyfødte: dvs. bedre overlevelse av premature barn samt for barn med misdannelser. Andelen av fødte med disse problemene har ikke vist særlig endring i løpet av tidsperioden. Krybbedødsfallene viser mest markant nedgang. Dette skyldes vesentlig intervensjonen som ble introdusert på 1990-tallet med å la barna sove i ryggeleie (24; 25). Dette har vært en verdensomspen-

CHILDREN'S HEALTH

Table 6a Mortality during the first year of life, in total and from selected causes

	In total ¹⁾	Per 100 000 in the age group		
		Conditions originating in the perinatal period (ICD-10: P00 - P96)	Sudden infant death syndrome (ICD-10: R95)	Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities (ICD10: Q00-Q99)
<i>Denmark</i>				
1997	5.2	249.8	31.0	164.1
2001	4.9	236.8	38.2	129.9
<i>Finland</i>				
1997	3.9	158.4	33.7	153.4
2003	3.2	124.0	31.9	118.7
<i>Iceland</i>				
1997-1999	3.5	201.1	56.3	80.5
2000-2002	2.6	152.5	24.1	32.1
<i>Norway</i>				
1997	4.1	190.6	45.1	140.5
2002	3.4	153.3	30.7	108.2
<i>Sweden</i>				
1997	3.6	136.1	35.6	125.3
2002	3.3	164.0	21.3	98.0

1) Total number of deaths in the first year of life, per 1000 live births (infant mortality)

Sources: D: Causes of death statistics; F: Statistics Finland, causes of death statistics; I: Statistics Iceland; N: Causes of death statistics; S: Causes of death statistics

mainly the result of the intervention that was introduced during the 1990s, of letting babies sleep on their backs (24, 25). This has been a world-wide development. Another risk factor for cot deaths is smoking. We see that there has been no decrease in the number of cot deaths in Denmark during this period, and this may be related to the high proportion of pregnant women who smoke.

nende utvikling. Andre risikofaktorer for krybbedød er blant annet røyking. Vi ser at Danmark i den angitte periode ikke kan vise til nedgang i krybbedød, og dette kan muligens ha sammenheng med en høy andel røykende mødre.

Total mortality in childhood after the first year of life

Children in the Nordic countries are among the healthiest in the world, and the

Samlet dødelighet i barnealderen etter spedbarnsperioden

Barn i Norden er blant de friskeste i verden og dødsfall pga. av sykdom etter

Table 6b Mortality 1-17 years, in total and from selected causes

	Per 100 000 in the age group			
	Total	Infectious diseases (ICD-10: A00-B99, G00-G08, J10-J22)	Tumours (ICD-10: C00-C97)	Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities (ICD10: Q00-Q99)
<i>Denmark</i>				
1997	20.4	1.0	1.8	3.9
2000	19.3	0.9	1.6	2.9
2001	20.4	1.4	2.3	4.2
<i>Finland</i>				
1997	22.3	1.3	3.3	2.5
2000	17.4	1.2	2.3	2.1
2003	18.0	1.7	3.1	1.2
<i>Iceland</i>				
1997-2002	20.8	2.0	3.6	1.8
<i>Norway</i>				
1997	23.1	0.9	3.6	3.4
2000	21.4	1.9	3.9	1.4
2002	21.0	0.9	3.4	2.4
<i>Sweden</i>				
1997	16.1	1.0	2.6	1.9
2000	13.7	0.7	3.3	1.7
2002	13.3	0.5	3.4	1.3

Sources: D: Causes of death statistics; F: Statistics Finland, causes of death statistics; I: Statistics Iceland; N: Causes of death statistics; S: Causes of death statistics

number of deaths caused by disease after the first year of life has decreased in the same way that infant mortality has decreased (2). As shown in Table 6b, only a small proportion of children die from infectious diseases. Deaths from infectious diseases occur most often in the first year of life (not shown in the table). Previously, these diseases were the cause of a large proportion of child deaths. In the period shown in the table, there have only been small changes. Mortality from tumours has remained fairly constant, but cancer is still the main cause of death from disease for children. The prognosis for leukaemia has improved markedly, but the prognosis for solid tumours in children is not as good as for non-solid tumours. Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities also account for a proportion of mortality for children, particularly for the youngest children (not

spedbarnsalderen har avtatt på linje med spedbarnsdødeligheten (2). Vi ser også (tabell 6b) at bare en liten andel dør av infeksjonssykdommer, og da spesielt i tidlig barnealder (data ikke vist i tabellen). I tidligere tider var disse sykdommene ansvarlige for en stor andel av dødeligheten i barnealderen. I det tidsrommet tabellen viser tall for, er det små endringer. Vi ser liten endring i dødeligheten av svulster, men kreft er fortsatt den viktigste årsak til dødelighet av sykdom i barnealderen. Selv om vi har fått atskillig bedret prognose ved leukemier, har ikke solide svulster i barnealderen den samme gode prognose. Misdannelser utgjør også en viss andel av dødeligheten blant barn utover spedbarnsperioden, særlig blant de yngste (ikke vist i tabellen). Med unntak av Danmark, viser tabell 6b at dødsfall pga. misdan-

shown in the table). With the exception of Denmark, the number of deaths due to congenital malformations shows a downward trend during the period (Table 6b).

Violent deaths 0-17 years

A large proportion of deaths for children 0-17 years are so-called "violent deaths", or deaths caused by external causes. For example, in Norway, external causes are the reason for as many as 42% of all deaths in this age group, while diseases are the cause of 58%. The figures in the table are not presented according to gender, but in all countries, boys are in the majority with regard to deaths from accidents. Transport accidents is still the main cause, and the figures show little change, though they seem to have decreased slightly in Norway. Sweden has the lowest number of deaths from transport accidents among children, while Iceland has the highest number. The reason for this is unclear. Transport accidents should be preventable, and measures have been introduced in several countries. For example, in the 1950s, the number of deaths from transport accidents in Sweden was as high as in other European countries. At that time, "work on child safety" was put on the agenda, through the establishment of the "Child Accident Committee", with responsibility divided between different professional bodies (health services, police), and special interest organizations such as Save the Children, the Red Cross and the Swedish Life Saving Society (Livräddningssällskapet). Today, the Swedish Ombudsman for Children has responsibility for this work. The Swedish child accident programme has, in an international perspective, often been pointed out as being very far-sighted (25).

Voldsomme dødsfall 0-17 år

En stor andel av dødsfall blant barn 0-17 år er såkalt "voldsomme dødsfall", eller dødsfall forårsaket av ytre årsaker. I Norge utgjør for eksempel ytre årsaker hele 42% av alle dødsfallene i aldersgruppen, mens 58% er forårsaket av sykdom. Tabellen er ikke delt på kjønn, men i alle land dominerer gutter når det gjelder dødelighet av ulykker. Transportulykker er fortsatt den dominerende årsaken, og tallene synes å endre seg lite, selv om de synes å være gått noe ned i Norge. Sverige kan vise til den laveste tallene på transportulykker i Norden, mens Island har den desidert høyeste dødeligheten i transportulykker blant barn. Årsaken til dette er uklar. Transportulykkene burde være forebyggbare, og det er satt inn tiltak i flere land. På 1950 tallet hadde for eksempel Sverige like høy dødelighet av transportulykker som andre europeiske land. På denne tiden ble imidlertid "barnsikkerhetsarbeidet" i Sverige satt på dagsorden gjennom etableringen av "Barnolycksfallskommittén", der ansvaret ble delt mellom ulike faginstanser (helsevesen, politi) og interesseorganisasjoner som "Rädda Barnen", Röda Korset" og "Livräddningssällskapet". I dag er det barneombudet i Sverige som har ansvaret for dette arbeidet. De svenske tiltakene mot barneulykker har i et internasjonalt perspektiv ofte vært fremholdt som svært framsynte (26).

The suicide statistics in the Nordic countries have been depressing, but fortunately, there are not many suicide deaths in this age-group. Norway and Finland have the highest proportion of deaths from this cause. The trend in Norway seems to be downwards, but this does not seem to be the case in Finland. It is worth noting that the suicide rates are artificially low in this table, because we include the youngest age-groups.

It is hard to believe that children are murdered, but there are always some deaths from this cause each year in all the Nordic countries.

Selvmondsstatistikken i Norden har vist dystre tall, men det er heldigvis ikke så mange i denne aldersgruppen. Norge og Finland har høyest andel dødsfall pga. selvmord. Norge synes nå å ha en nedadgående trend, mens dette ikke synes å skje i Finland. Det er verdt å merke seg at selvmordsratene blir kunstig lave i denne tabellen, fordi vi inkluderer også de aller yngste aldersgruppene.

Man skulle ikke tro at drap av barn i det hele skulle forekomme, men vi ser stadig noen få i året i alle nordiske land.

Table 6c External causes of mortality 0-17 years, in total and from selected causes

	Per 100 000 in the age group				
	Total	Transport accidents (ICD-10: V01-V99, Y85.0)	Intentional self-harm (ICD-10: X60-X84, Y87.0)	Assault (ICD-10: X85-Y09, Y87.1)	Other external causes of accidental injury (ICD-10: W00-X59, Y40-Y84)
<i>Denmark</i>					
1997	8.1	4.0	1.3	0.3	2.6
2000	8.7	4.8	0.9	0.7	2.3
2001	6.4	3.9	0.6	0.4	1.5
<i>Finland</i>					
1997	9.6	4.7	1.4	0.6	2.9
2000	8.0	3.4	1.3	0.8	2.5
2003	8.0	4.1	2.0	0.4	1.5
<i>Iceland</i>					
1997-2002	9.8	6.6	1.1	0.4	1.7
<i>Norway</i>					
1997	9.0	4.1	1.6	0.5	0.7
2000	9.7	4.1	1.9	0.9	1.1
2002	6.6	2.8	1.0	0.4	0.7
<i>Sweden</i>					
1997	5.3	2.6	0.8	0.3	1.6
2000	4.6	2.1	0.8	0.5	1.2
2002	4.4	2.1	0.9	0.3	1.1

Sources: D: Causes of death statistics; F: Statistics Finland, causes of death statistics; I: Statistics Iceland; N: Causes of death statistics; S: Causes of death statistics

Congenital malformations diagnosed during the first year of life or earlier

There are many different congenital malformations, and they can have different causes. The three that are chosen in Tables 7a and 7b are among the most common, and they are also possible to diagnose at birth and to some extent prenatally. These malformations can represent a great burden for the family as well as for society. Tables 7a and 7b should be interpreted together. Prenatal diagnosis of spina bifida and Down syndrome may lead to termination of pregnancy, leading to a reduction in the number of live-born babies with these disorders. There is an ongoing debate about prenatal diagnosis of malformations, and for some people, the possibilities lead to difficult ethical dilemmas. But there is also another aspect that must be mentioned in relation to spina bifida. The use of folate is recommended to prevent spina bifida, and a well-implemented preventive strategy will be reflected in a fall in the incidence of live-born babies with this disorder. However, Tables 7a and 7b show small changes, and trends that can illuminate these factors can, therefore, not be identified from the figures in these tables. But it is worth noting that Iceland has had no cases of spina bifida during 2001-2003. We see that in Denmark there has been an increase in the number of abortions because of spina bifida and Down syndrome, but there has been no corresponding reduction in the number of live-born babies with these disorders. Probably the figures are not large enough, or the period is not long enough, to assess these factors.

Medfødte misdannelser diagnostisert i første leveår eller tidligere

Det finnes mange forskjellige misdannelser, og alle kan ha forskjellige årsaksforhold. De tre som er valgt ut i tabell 7a og 7b er blant de hyppigst forekommende, og dessuten mulig å diagnostisere både ved fødselen og til dels prenatalt. Disse misdannelsene representerer også til dels store belastninger for familien så vel som for samfunnet. Tabellene 7a og 7b bør vurderes i sammenheng. Prenatal diagnostikk av ryggmargbrokk og Down syndrom kan føre til avbrytelse av svangerskapet, slik at andelen levende fødte med disse lidelser går ned. Diskusjonen om prenatal diagnostikk av misdannelser pågår fortsatt, og mulighetene kan for enkelte medføre store etiske dilemmaer. Det er dessuten et annet moment som også må nevnes med hensyn til ryggmargbrokk: Det er anbefalt bruk av folat for å forebygge denne lidelsen, og en godt gjennomført forebyggende strategi på dette feltet, ville kunne gjenspeiles i en nedgang i insidensen av levende fødte med ryggmargbrokk. Tabellene 7a og 7b viser imidlertid små endringer, og noen trender som kan si noe om disse faktorene kan derfor ikke leses ut i fra tabellene. Imidlertid er det verdt å merke seg at Island ikke har noen tilfeller av ryggmargbrokk i perioden 2001-2003. Vi kan se at Danmark har en økning av aborter med ryggmargbrokk og Down syndrom, men det er ingen tilsvarende nedgang i antall levende fødte med disse lidelsene. Sannsynligvis har vi ikke store nok tall eller stort nok tidsrom til å bedømme disse forholdene.

Table 7a Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities, selected causes, diagnosed during the first year of life

	Per 10 000 live births		
	Cleft lip and palate (ICD-10: Q35-Q37)	Spina bifida (ICD-10: Q05)	Down syndrome (ICD-10: Q90)
<i>Denmark</i>			
1997 - 2000	19.7	3.7	11.1
2001 - 2003	21.9	4.5	10.1
<i>Finland</i>			
1997 - 2001	22.9	3.1	11.6
2002 - 2003	22.7	2.9	12.2
<i>Iceland</i>			
1997 - 2000	25.1	3.0	11.9
2001 - 2003	17.9	0.0	11.4
<i>Norway¹⁾</i>			
1997 - 2000	18.6	1.2	11.3
2001 - 2002	17.4	2.0	11.7
<i>Sweden</i>			
1997 - 2000	19.6	2.4	12.5
2001 - 2002	18.3	2.4	13.9

1) 22nd week.

Sources: D: Register of Congenital Malformations ; F: STAKES: Register of Congenital Malformations; I: University Hospital, Medical Birth Registry; N: Medical Birth Registry; S: Register of Congenital Malformations (MBR) + clinical register for cleft lip and palate for Q35-Q37; MBR + follow-up of the Medical Birth Registry and operations in the Patient Register for Q05; MBR + Central Cyto-genetic Register for Q90

Table 7b Abortions diagnosed with malformations

	Per 10 000 live births		
	Cleft lip and palate (ICD-10: Q35-Q37)	Spina bifida (ICD-10: Q05)	Down syndrome (ICD-10: Q90)
<i>Denmark</i>			
1997 - 2000	0.0	0.5	2.8
2001 - 2003 ¹⁾	0.5	1.5	5.1
<i>Finland</i>			
1997 - 2001	1.5	1.7	11.6
2002 - 2003	1.6	1.8	11.9
<i>Iceland</i>			
1997 - 2000	..	..	..
2001 - 2003	..	..	..
<i>Norway</i>			
1997 - 2000	..	..	..
2001 - 2002	0.5	2.7	3.2
<i>Sweden</i>			
1997 - 2000	0.7	3.2	9.3
2001 - 2002	2.5	3.2	10.9

1) Provisional figures.

Sources: D: National Patient Register; F: STAKES: Register of Congenital Malformations; I: Statistics Iceland; N: Medical Birth Registry; S: Register of Congenital Malformations (+ Central Cyto-genetic Register for Q90)

Diabetes

The incidence of type 1 diabetes shows great international variation, from 0.1 per 100 000 in Venezuela to over 35 per 100 000 in Finland (27). The Nordic countries have the highest incidence, along with Sardinia. The incidence of type 1 diabetes increased during the 1980s and 1990s, but this trend seems to have levelled off (28-30). The highest increase in incidence was to be found among children in the age-group 0-5 years compared with the age-groups 5-9 and 10-14. Genetic factors can explain some of the differences in incidence internationally, but the disease has multifactorial causes. Changes in environmental factors must also play a role in explaining the increase in incidence.

The incidence in Europe shows a north-south gradient, with the highest incidence in the north and the lowest incidence in the southern, central and eastern areas (with the exception of Sardinia). Regional variation has also been shown in the Nordic countries.

Among the Nordic countries, Finland in particular has had the highest incidence. This is reflected in Table 8 and Figure 2, which show the incidence of type 1 diabetes per 100 000 in the Nordic countries. We see that the incidence of type 1 diabetes in Finland (figures for Finland do not include Åland) are almost twice as high as in Denmark, Norway and Iceland. The table also shows that the incidence of type 1 diabetes increases with increasing age, and that it is highest for boys. The incidence seems to be levelling off in all the Nordic countries, however data from Iceland after the year 2000 are lacking (Figure 2). Not all the Nordic countries have established their own national registers for type 1 diabetes, so the figures should be interpreted with caution.

Diabetes

Insidensen av type 1 diabetes viser store variasjoner internasjonalt, så lavt som 0,1 per 100 000 i Venezuela til over 35 i Finland (27). De nordiske land har den høyeste insidensen, bare sammenlignbart med Sardinia. Det har også vært observert at type 1 diabetes viste en stigende insidens i 1980-90 årene, men dette synes nå å flate ut (28-30). Den høyeste økning i insidens ble funnet blant barn i aldersgruppen 0-5 år sammenlignet med aldersgruppene 5-9 og 10-14 år. Genetiske faktorer kan forklare noe av forskjellene i insidens internasjonalt, men sykdommen har multifaktorielle årsaker. Endringer i miljøfaktorer må derfor spille en stor rolle for å forklare økningen i insidens.

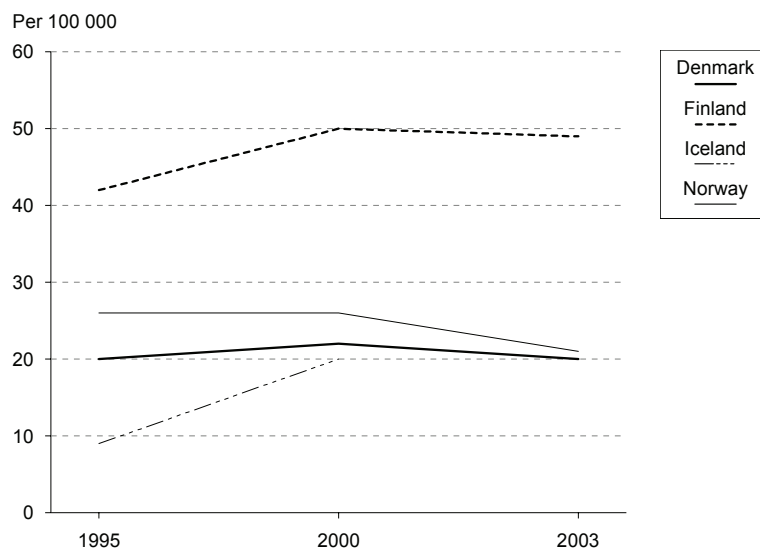
I europeisk sammenheng viser insidensen en nord-sør gradient med høyest insidens i nordøstlige deler, og lavest insidens i sør, i sentrale og østlige deler (med unntak av Sardinia). Det er også påvist regionale endringer innenfor de nordiske land.

Blant de nordiske land har spesielt Finland hatt den høyeste insidens. Dette gjenspeiles også i tabell 8 og figur 2 som viser insidensen av type 1 diabetes per 100 000 i de nordiske land. Vi ser at insidensen av type 1 diabetes i Finland (tallene for Finland er uten Åland) nesten er dobbelt så høy som i Danmark, Norge og Island. Av tabellen ser vi også at insidensen av type 1 diabetes øker med økende alder, og at den er høyest blant gutter. Insidensen ser ut til å flate ut i alle nordiske land, men vi har ikke tall for Island etter år 2000 (fig. 2). Ikke alle nordiske land har etablert eget nasjonalt register for type 1 diabetes, og tallene bør derfor tolkes med forsiktighet.

Table 8 Incidence of type 1 diabetes, per 100 000 (ICD-9: 250, ICD-10: E10)

	Denmark			Finland			Iceland		Norway			Sweden
	1998	2000	2003	1995	2000	2002	1995	2000	1995	2000	2003	2002
<i>Total</i>												
Both sexes	20	22	20	42	50	49	9	20	26	26	21	37
Boys	19	25	181	38	56	54	12	21	26	29	24	38
Girls	22	18	21	45	44	44	6	19	28	30	26	35
<i>0-4 years</i>												
Both sexes	13	15	11	30	42	38	-	-	14	13	19	31
Boys	14	21	7	30	45	45	-	-	15	14	22	30
Girls	13	9	15	30	39	32	-	-	12	12	15	33
<i>5-9 years</i>												
Both sexes	20	20	18	49	58	52	2	8	27	25	32	47
Boys	15	23	15	40	64	54	3	3	30	26	33	48
Girls	25	17	22	59	52	49	-	12	24	25	30	46
<i>10-14 years</i>												
Both sexes	29	30	29	46	50	55	8	12	30	41	34	42
Boys	28	31	33	45	59	61	9	18	31	47	36	47
Girls	29	29	26	47	40	50	6	6	28	35	33	36

Sources: D: Danish Register for Diabetes among Children and Young People; F: Stakes; I: Árni Þórsson, Barnsjúkhuset Hringurinn, Landspítali – University Hospital; N: Norwegian Diabetes Register; S: National Patient Register

Figure 2 Incidence of type 1 diabetes in the Nordic countries 1995–2003. Both sexes, 0–14 years

Sources: D: Danish Register for Diabetes among Children and Young People; F: STAKES: Diabetes-projekt; I: Árni Þórsson, Barnsjúkhuset Hringurinn, Landspítali háskólasjúkrahús, Reykjavík ; N: Norwegian Diabetes Register

Asthma

Reports from many countries have shown that the prevalence of asthma among children has been increasing during the last few years. A Nordic survey of chronic diseases among children has shown that half of the reported cases were cases of asthma and allergy (6). Because of its high prevalence, asthma represents a serious burden both for the families involved and for society as a whole. However, it has been very difficult to find reports with results that can be compared, because definitions of asthma vary. The ISAAC studies (International Studies of Asthma and Allergies in Childhood) have tried to do something about this, by giving accurate definitions of this group of respiratory diseases. ISAAC studies have been carried out in several countries, but there is great variation in relation to the time the studies were carried out and the age-groups that were investigated. Therefore, it is also difficult to use the results of these studies to compare the prevalence of asthma. However, the ISAAC studies have shown an increase in prevalence in nearly all the participating countries, including the Nordic countries (31). The causes of asthma are largely unknown, and there are many hypotheses about this. The ISAAC studies are now in their third phase, and time will tell whether the upward trend will continue (32).

Astma

Mange rapporter fra en rekke land har vist at astma hos barn har hatt en økende prevalens de senere år. I en nordisk undersøkelse om kroniske sykdommer hos barn, var astma og allergi ansvarlig for halvparten av de rapporterte tilfellene (6). På grunn av den høye prevalensen, representerer astma en stor byrde både for de rammede familier og for samfunnet. Det har imidlertid vært svært vanskelig å finne rapporter som kan sammenlignes, fordi definisjonen av astma har variert. ISAAC studiene (International Studies of Asthma and Allergies in Childhood) har forsøkt å bote på dette ved å sette nøyaktige definisjoner på denne gruppen respiratoriske sykdommer. ISAAC studiene har vært gjennomført i en rekke land, men det er store variasjoner mht tidspunkt for undersøkelsene, og de undersøkte aldersgrupper. Derfor er det også vanskelig å sammenligne forekomsten. ISAAC studiene har imidlertid kunnet vise økning i de aller fleste deltakerland, inkludert de nordiske (31). Årsakene til astma er for en stor del ukjente, og det er mange hypoteser rundt dette. ISAAC studiene er nå inne i sin 3. fase, og fremtiden vil vise om den økningen vi har sett fortsetter (32).

Mental illness – mental health

“God save our mind and reason” (Great grandmother’s evening prayer)

In this chapter we distinguish between mental health and mental illness. Table 9 shows the prevalence of some selected

Psykiske lidelser - mental helse

“Gud bevare vet og forstand” (Oldemors kveldsbønn)

I dette kapitlet skiller vi mellom mental helse og psykiske lidelser. Tabell 9 viser forekomst av noen utvalgte psykiske lidel-

mental illnesses, mainly based on data from patient registers. Patient registers only contain data about people who have been admitted to hospital or who have been treated in hospital out-patient departments. Therefore, this type of data encompasses only the most serious cases. There are very few cases in the four groups of disorders that are shown in Table 9. This reflects the fact that there are few children with mental illness in the Nordic countries. Based on so small figures it is, however, difficult to draw any conclusions, but some comments can be made. The proportion of children (15-19 years old) in Finland with affective disorders is clearly higher than in the other Nordic countries, and shows an upward trend in the period shown. The proportion is higher for girls than for boys. It looks as though the number of attempted suicides is higher among girls in all the Nordic countries, but this is well known (contrary to accomplished suicide). Eating disorders are clearly more common among girls, which is also common knowledge. There does not appear to have been much change over time for these disorders.

The term "mental health" is often seen in the literature. This condition is much more difficult to define than conditions with well-established diagnoses. Often this refers to measurement of symptoms and afflictions that affect the life situation of children and young people. Young people are asked whether they think that their health is good, whether they have particular afflictions, whether they feel nervous or irritable, and whether they enjoy themselves. This method is used, for example, in the HBSC (Health Behaviour among School-aged Children) studies (33). From the latest of

ser, stort sett på grunnlag av pasientregister. Pasientregistrene inneholder data over den delen av befolkningen som har vært innlagt i sykehus eller som har vært til behandling ved sykehusets poliklinikk. På bakgrunn av dette begrenses derfor disse dataene seg til de mest alvorlige tilfellene. De fire gruppene av lidelser som er listet i tabell 9 viser svært små tall i det hele. Dette skulle dermed borge for at vi ikke har så mange barn med psykiske lidelser i Norden. Det er vanskelig å si noe mer om dette bedømt ut i fra så små tall, men noen få kommentarer kan gis: Andelen barn (15-19 år) i Finland med affektive lidelser er klart høyere enn i de andre nordiske land, og de viser en stigende tendens i tidsrommet. Andelen er høyere blant jenter. Det ser ut som suicidalforsøk er hyppigere blant jenter i alle land, men dette er også forholdsvis gammel kunnskap (i motsetning til fullbyrdet suicid). Spiseforstyrrelser viser en klar overvekt blant jenter, hvilket også er en kjent sak. Noen særlig endring over tid ses ikke av disse lidelsene.

I litteraturen møter vi ofte begrepet "mental helse", som er mye vanskeligere å måle og definere enn veletablerte diagnoser. Ofte dreier det seg om måling av symptomer og plager som sier noe om hvordan barn/ungdommer har det i sin livssituasjon. Ungdommene blir spurt om de selv mener de har god helse, om de har spesielle plager, om de føler seg nervøse eller irritable, og om de trives. Dette er anvendt blant annet i HBSC undersøkelsene (33). I de siste undersøkelsene derfra, ser vi at en stor andel av barn 11-15 år har en eller flere slike plager. Skal man

CHILDREN'S HEALTH
Table 9 Mental health problems (attempted suicide, affective disorders, psychoses and eating disorders), per 1 000 in the age group 15-19 years

	<i>Attempted suicide (ICD-10: X60-X84, Y87.0)</i>		<i>Affective disorders (ICD-10: F30-F39)</i>		<i>Psychoses (ICD-10: F20-F29)</i>		<i>Eating disorders (ICD-10: F50)</i>	
	Boys	Girls	Boys	Girls	Boys	Girls	Boys	Girls
Denmark ¹⁾								
1997	1.1	2.8	0.3	0.5	1.3	0.9	0.1	1.1
2000	1.5	3.8	0.3	0.7	1.2	1.6	0.0	0.8
2002	1.5	5.0	0.3	0.9	1.2	1.8	0.0	0.7
Faroe Islands								
1997	-	-	-	1.9	-	-	-	0.6
2000	-	-	0.6	-	-	-	-	-
2003	0.3	0.3	0.6	1.2	0.6	-	-	0.3
Finland								
1997	0.4	0.8	2.0	1.7	1.5	1.3	0.0	1.3
2000	0.6	1.3	2.5	4.1	1.9	1.7	0.0	1.4
2003	0.5	1.2	2.4	5.5	2.1	2.1	0.0	1.4
Åland								
1996 - 1999	0.3	0.3	0.3	-	0.3	1.1	-	2.6
2000 - 2003	0.3	1.0	0.7	-	0.3	-	-	4.5
Iceland ²⁾								
1997	..	..	..	..	..	..	..	..
2000	..	..	2.2	1.6	1.5	0.1	-	0.3
2002	..	..	1.2	1.1	0.9	0.1	-	0.4
Norway								
1999	0.2	1.2	0.1	0.4	0.0	0.1	0.1	0.4
2000	0.3	1.3	0.1	0.6	0.0	0.1	0.0	0.7
2003	0.3	1.3	0.1	0.6	0.0	0.1	0.0	1.1
Sweden								
1998	0.7	2.8	0.4	1.1	0.5	0.5	0.0	1.1
2000	0.8	3.1	0.6	1.5	0.5	0.3	0.0	1.1
2002	0.9	3.3	0.6	2.0	0.4	0.4	0.1	1.1

1 The figures for suicide and attempted suicide are too high, because in Denmark the diagnosis codes for suicide and attempted suicide (X60 - X84) are not used in somatic units. Instead, contact cause 4 is used (suicide/ attempted suicide, according to: Common content for basis registration of hospital patients 2004). This code is also used for self-inflicted damage and only at the first figure level, so that it is not possible to sort out self-inflicted damage that is neither suicide nor attempted suicide. The Danish National Board of Health are aware of this problem.

2 Discharges from hospitals, somatic and psychiatric units, length of stay <90 days. No attempted suicides are recorded for this age group, since external causes (e.g. X, and Y diagnoses) are not recorded as primary diagnoses.

Sources: D: National Patient Register; FÆ: National Patient Register (FO); F&tÅ: STAKES: Register of Hospital Discharges; I: Directorate of Health; N: National Patient Register; S: National Patient Register

these studies, we see that a large proportion of 11-15 year-old children have, or have had, one or more of such afflictions. However, if we should estimate children's mental health from such questions, representative health surveys, with a range of questions, must be carried out, and this often involves several problems of measurement (34). Measurement instruments based on compound symptom check-lists, for example for behavioural disorders such as ADHD (Attention deficit hyperactivity disorder), have also been used in some studies. Swedish studies have demonstrated a prevalence of 2.4-4% for ADHD among 6-year-olds (35).

Accidents among children

As mentioned previously, a large proportion of mortality among children is caused by accidents. Similarly, a large proportion of morbidity is also caused by accidents. In this report, we have included only two groups, which in serious cases lead to a stay or a consultation in hospital (Table 10). These conditions can also be prevented, so that the statistics can be altered. Measures to prevent accidents have been an important part of preventive measures in total for a long time.

Bone fractures is the most common group. In all the Nordic countries, there were about 300-400 fractures of long bones per 100 000 in 2003. Sweden and Iceland have the lowest figures. Fractures are more common in the oldest age groups, but the reason for this is unknown. Boys break their bones more often than girls, which is the usual pattern in accident statistics.

bedømme barns mentale helse ved slike spørsmål, må det imidlertid gjøres representative helseundersøkelser som inneholder en rekke spørsmål, og det medfører ofte flere måleproblemer (34). Måleinstrumenter basert på sammensatte symptomlister, for eksempel atferdsforstyrrelser som ADHD (Attention deficit hyperactivity disorder) har også vært anvendt i noen undersøkelser. Svenske studier viste en forekomst av ADHD på 2,4-4% blant seksåringer (35).

Skader hos barn

Det er tidligere nevnt at skader/ulykker utgjør en stor del av dødeligheten blant barn. På samme måte vil også skader/ulykker forårsake en stor del av barns sykkelighet. I denne rapporten har vi tatt med bare to skadegrupper, som i alvorlige tilfeller vil gi sykehusopphold/konsultasjon (tabell 10). Igjen er det slik at disse skadene utgjør et forebyggingspotensiale, slik at vi kan endre statistikken. Skadeforebyggende arbeid har lenge vært en viktig del av alt forebyggingsarbeid.

Bruddskader er den hyppigste kategori. I alle nordiske land ligger brudd av lange rørknokler samlet på omkring 300-400 per 100 000 i 2003. Sverige og Island ligger samlet lavest. Brudd er hyppigere i de eldste aldersgruppene, men årsakene til dette er ikke kjent. Gutter "brekker" åpenbart mer enn jenter, noe som er et vanlig funn i ulykkesstatistikken.

CHILDREN'S HEALTH

The statistics for burns show fairly even figures, and there has been a slight reduction in incidence in all countries. Here again, the incidence is higher for boys than for girls. Children in the younger age-groups are affected most often.

Statistikken over forbrenninger viser nok så jevne tall, og vi aner en nedgang av forekomsten i alle land. Det ses også her at forekomsten er høyere blant gutter, og at det er de yngre barna som blir hyppigst rammet.

Table 10 Discharges from hospital for selected causes, per 100 000 in the age group

	Denmark	Faroe Islands	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
	2003	2003	2003	2003	2002	2003	2002
<i>Fracture of long bones¹⁾</i>							
0-17 Both sexes	375	397	369	557	186	355	295
Boys	475	540	503	684	228	464	385
Girls	271	247	228	423	141	240	199
0-4 Both sexes	196	115	163	226	128	115	152
5-9 Both sexes	476	629	381	592	359	442	343
15-17 Both sexes	332	323	434	942	319	416	251
<i>Burns²⁾</i>							
0-17 Both sexes	19	142	34	66	21	34	42
Boys	22	152	46	94	18	43	49
Girls	16	131	22	36	24	24	34
0-4 Both sexes	44	258	87	156	57	83	103
Boys	49	221	112	168	47	96	116
Girls	38	298	60	144	67	70	89

1 ICD-10: S421-S424, S427, S429, S520-S529, S720-S724, S727-S729, S820-S829, T10, T12, T022-T026, T028-T029

2 ICD10: T20-T32, W8n, W91-W94, X0n, X30-X33, X1n

Sources: D: National Patient Register; FÆ: National Patient Register (FO); F&Å: STAKES: Register of Hospital Discharges; I: Directorate of Health; N: National Patient Register; S: National Patient Register

Nutrition and lifestyle

“Children copy what they see” (Icelandic proverb)

Many factors relating to lifestyle could have been included under this title. The factors that we have chosen here have been shown

Ernæring og livsstil

”Það læra börnin sem fyrir þeim er haft”

“Barn tar etter det de ser” (Islandsk ord-språk)

Mange faktorer om livsstil og levestett kunne blitt tatt med under denne overskriften. De faktorene vi har valgt ut her,

to have a clear relationship to health outcome, and are relevant for the health of children and young people today. In some areas we have comparable statistics for the Nordic countries for young people, such as the statistics from the ESPAD surveys (The European School Survey Project on Alcohol and other Drugs). The first ESPAD survey was carried out in 1995, and it has been repeated every fourth year. As the title implies, this is a survey of use of alcohol, drugs and tobacco among young people. It is limited to the age-group 15-16 years, and we have data from three surveys: 1995, 1999 and 2003.

Other surveys have also been carried out in single countries, but we have chosen to present figures from ESPAD for the sake of comparability, and in order to demonstrate the trends. More detailed statistics can be found in the ESPAD report (36).

Tobacco

“One can joke about there being no more bread, but when there is no more tobacco, it is serious” (Finnish proverb)

The damage caused by tobacco to health is well known, and tobacco is addictive. From the time when Doll and Hill published their historic article on lung cancer among smokers (37), many campaigns have been carried out to prevent the use of tobacco, especially among young people. However, from an historic perspective, widespread smoking is a comparatively new phenomenon, and the time span since preventive measures were introduced is perhaps too short for the measures to have reached their full effect.

har vist klare sammenhenger med helseutfall, og er meget aktuelle i dagens bilde av barn og unges helse. På noen områder har vi sammenlignbar statistikk for de nordiske land når det gjelder ungdom, slik som ESPAD undersøkelsene (The European School Survey Project on Alcohol and other Drugs). ESPAD undersøkelsen ble første gang gjennomført i 1995, og gjentas hvert 4. år. Som tittelen antyder, er dette en undersøkelse om bruk av rusmidler og tobakk blant ungdom. Den begrenser seg til aldersgruppen 15-16 år, og vi har data fra tre undersøkelser: 1995, 1999 og 2003.

Det finnes også andre undersøkelser i de enkelte land, men vi har valgt å presentere ESPAD tall for sammenligningens skyld, og fordi vi får se trender i utviklingen. ESPAD rapporten inneholder mer data enn de vi her har sitert, men vi henviser til rapporten for ytterligere lesning (36).

Tobakk

“Man kan spøke når det er tomt for brød, men når det er slutt på tobakken er det ille” (Finsk ordspråk)

Tobakkens skadevirkninger på mange helseutfall er godt kjent, og tobakken er avhengighetsskapende. Helt fra Doll og Hills historiske artikkel om lungekreft hos røykere (37), er det blitt drevet tallrike kampanjer mot bruk av tobakk, spesielt blant ungdom. Sett i langt historisk perspektiv, er utbredt røyking likevel et forholdsvis nytt fenomen, og effekten av tiltak er kanskje for nye til å ha nådd sitt virkningspotensial.

It is not by chance that the proverb quoted above is Finnish. Together with young people from Greenland and the Faroe Islands, young people from Finland have a high consumption of tobacco (Table 11), but there are only small differences between the Nordic countries.

There is a weak downward trend, particularly in Sweden and Iceland, but apart from that, the proportion of young people who smoke is surprisingly stable. This is of concern for health in the future. Previously, boys and men smoked most, but there are now only small differences between the sexes. That girls smoke as much as, or even more than, boys is of concern, with regard to damage to the foetus during future pregnancies.

Legislation governing where it is permissible to smoke is in the process of being changed in several countries. The new Tobacco Act in Norway came into force on 1 July 2004. It is now forbidden to smoke in all public places, government offices etc. A similar new tobacco act came into force in Sweden on 1 July 2005, and discussions are taking place in Finland and Iceland about whether similar legislation should be introduced there. This does not seem to be the case in Denmark. Price regulation (particularly in Norway and Iceland) and age-limits for buying tobacco (16 years in Denmark, 18 years in the other Nordic countries) are other anti-smoking measures. However, despite the differences in smoking prevention policies, we should expect a downward trend in most of the Nordic countries.

Det er ikke uten grunn at det ordspråk som er sitert ovenfor er av finsk opprinnelse. Sammen med Grønland og Færøyene angir de finske ungdommene et høyt forbruk av tobakk (tabell 11), men det er ikke svært stor forskjell mellom de nordiske land. Vi kan nok se en svak nedadgående tendens, særlig i Sverige og på Island, men ellers holder andelen røykende ungdom seg forbausende jevn. Dette er bekymringsfullt for utvikling av senere helse. Tidligere var det gutter/menn som røykte mest, men nå er det liten forskjell på kjønnene. Med tanke på fosterskader ved senere graviditeter, er det likeledes bekymringsfullt at jentene nå nesten røyker mer enn guttene.

Lovgivningen er i endring i flere land når det gjelder steder hvor man kan røyke. I Norge trådte den nye "røykeloven" i kraft fra 1. juli 2004. Loven innebærer bl.a. at det ikke er tillatt å røyke på "utesteder", og det samme gjelder offentlige kontorer etc. Tilsvarende røykelov ble innført i Sverige fra 1. juni 2005, og det pågår diskusjoner i Finland og Island om lignende lov også skal innføres der. Det synes ikke som dette er tilfelle i Danmark. Prisregulering (spesielt Norge og Island) og aldersgrenser for kjøp av røyk (16 år i Danmark, 18 år i de øvrige nordiske land) er andre virkemidler i kampen mot røyking. Til tross for ulike policy mht. tiltak mot røyking, bør man likevel kunne forvente en nedadgående trend i flere nordiske land.

Table 11 Smoking among 15–16 year-olds, per cent

	At some time			40 times or more			During the last 30 days		
	Both sexes	Boys	Girls	Both sexes	Boys	Girls	Both sexes	Boys	Girls
<i>Denmark</i>									
1995	68	67	69	23	22	24	28	24	32
1999	73	72	74	32	31	32	38	34	41
2003	64	63	64	27	26	28	30	27	32
<i>Faroe Islands</i>									
1995	87	86	88	42	42	41	42	40	43
1999	84	86	81	43	47	40	41	42	41
2003	83	82	84	41	39	42	41	42	41
<i>Greenland</i>									
1995	..	..	..	..	..	..	..	..	..
1999	86	83	89	50	41	55	67	62	71
2003	81	74	85	42	34	49	60	56	65
<i>Finland</i>									
1995	77	78	75	35	33	36	37	36	39
1999	75	77	73	39	41	38	43	44	43
2003	70	70	70	32	32	32	38	35	41
<i>Iceland</i>									
1995	61	60	62	27	27	27	32	30	33
1999	56	54	57	25	24	26	28	26	30
2003	46	47	45	18	19	17	20	20	20
<i>Norway</i>									
1995	65	66	64	25	25	25	36	33	39
1999	71	69	73	33	31	34	40	36	44
2003	62	60	64	26	23	29	28	24	32
<i>Sweden</i>									
1995	71	69	72	28	28	28	30	28	33
1999	67	67	67	25	26	25	30	29	32
2003	60	60	60	22	20	24	23	20	26

Source: European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD)

Alcohol

“Everyone is introduced to alcohol during their teens, and most people become users”
Willy Pederson in his book “Bittersøtt” (38)

By studying Table 12 and looking at the number of young people who have drunk alcohol at some time, we see that Willy Pedersen’s statement is correct. Nearly eve-

Alkohol

“Alle møter alkohol i løpet av tenårene, og de fleste blir brukere”
Willy Pedersen i boken “Bittersøtt” (38)

Ved å studere tabell 12 og se på ungdommer som har prøvd alkohol noen gang, ser vi at Pedersen har helt rett i uttagnet. De aller fleste har smakt alkohol

ryone has drunk alcohol before they are 15-16 years old. We know that alcohol policy, with regard to price and availability of alcohol to young people, has been and is different in the different Nordic countries. The table shows that Denmark comes out highest, both for use of alcohol, frequent use during the previous year, and heavy drinking. This may reflect different policies with regard to availability, but may also reflect cultural differences in drinking patterns. The ESPAD report also shows another aspect that seems to be special for the Nordic countries compared to other European countries. All the Nordic countries, and Ireland and the UK, have a high score for the question about whether young people have been intoxicated, or report "binge drinking" (five or more drinks in a row) during the last 30 days (Table 12, Figure 3). The pattern of drinking among young people has not changed much in the period covered by the three surveys. Young people in the Nordic countries also often reported that they had problems caused by alcohol (problems with friends and parents, sexual problems or delinquency problems) (Figure 3). It seems that young people manage to get as much alcohol as they want, despite the age-limits for buying alcohol and the restrictions on serving alcohol in several of the countries (Norway, Sweden and Iceland).

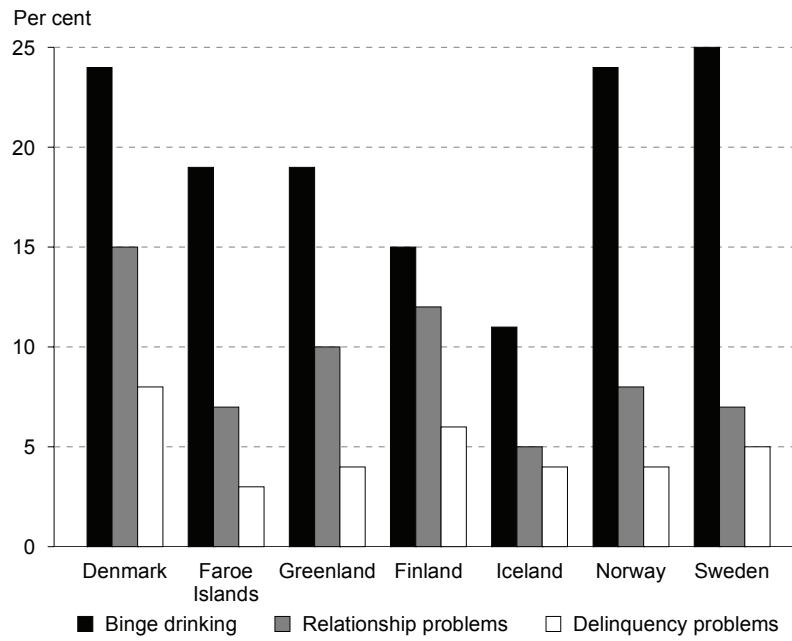
før 15-16 år. Vi vet at de forskjellige nordiske land har hatt, og har, forskjellig policy når det gjelder pris på alkohol og tilgang på alkohol for ungdom. Av tabellen ser vi at den samlede bruk av alkohol, så vel som hyppig bruk og høyest forbruk siste år, finner vi i Danmark. Dette kan avspeile forskjellig politikk når det gjelder tilgang, men kan også være et tegn på kulturforskjeller når det gjelder drikkemønstre. ESPAD rapporten viser også en annen ting som synes å være spesielt nordisk når vi sammenligner med andre land i Europa: Alle de nordiske land skårer høyt sammen med Irland og UK når det gjelder spørsmål om de har drukket seg fulle eller rapportert "binge drinking" (fem eller flere drinker på rekke og rad) gjennom siste 30 dager (tabell 12, fig. 3). Drikkemønsteret blant ungdom har endret seg relativt lite mellom de tre undersøkelsene. Nordisk ungdom rapporterte også hyppig om problemer som skyldtes alkohol (problemer med venner og foreldre, seksuelle problemer eller lovbrudd) (fig. 3). Det ser ut som ungdom får tak i den mengde alkohol de ønsker, på tross av at det er innført aldersgrense for kjøp av alkohol i flere av landene, og at flere av landene dessuten har restriksjoner mht utsalgssteder (Norge, Sverige, Island).

Table 12 Use of alcohol among 15–16 year-olds, per cent

	At some time			≥ 20 times during the previous 12 months			Been intoxicated ≥ 3 times during the last 30 days		
	Both sexes	Boys	Girls	Both sexes	Boys	Girls	Both sexes	Boys	Girls
<i>Denmark</i>									
1995	96	97	95	42	45	39	21	24	18
1999	98	98	97	51	60	34	30	36	26
2003	96	98	95	42	48	36	26	30	21
<i>Faroe Is-lands</i>									
1995	79	79	80	18	17	19	11	11	10
1999	86	88	84	18	23	14	9	13	6
2003	87	89	86	27	26	26	18	20	16
<i>Greenland</i>									
1995	..	..	..	..	..	..	..	..	..
1999	83	82	83	12	10	15	19	25	17
2003	80	81	80	11	10	11	19	20	19
<i>Finland</i>									
1995	89	88	89	13	10	14	18	19	18
1999	91	91	91	16	17	15	18	19	17
2003	88	87	88	13	13	13	16	15	17
<i>Iceland</i>									
1995	79	78	80	10	11	12	14	14	13
1999	79	79	79	11	11	11	12	12	12
2003	75	75	75	9	10	8	10	9	9
<i>Norway</i>									
1995	79	79	80	7	9	5	8	9	8
1999	85	84	87	13	15	11	14	14	13
2003	84	82	85	12	13	12	12	12	10
<i>Sweden</i>									
1995	89	89	89	11	12	11	13	13	12
1999	90	90	90	13	15	11	14	15	11
2003	87	89	85	11	11	9	10	11	11

Source: European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD)

Figure 3 Binge-drinking and problems associated with use of alcohol. Both sexes 15-16 year-olds, 2003



Source: European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD), 2003

Cannabis

In the ESPAD surveys, there were also questions about use of illegal drugs. It seems that cannabis (hashish and marijuana) have been tried (at some time) by about 10% of all young people, and there have been no great changes since the 1999 survey (Table 13). The proportion of young people who have tried cannabis at some time is slightly higher in Denmark and Greenland (>20%). The proportion of young people who have tried cannabis several times is generally under 5%, again with the exception of Greenland and Denmark. We may assume that use of cannabis is typical "experimental behaviour", that does not necessarily lead to high consumption. The proportion of young people in the ESPAD surveys who say that they use stronger drugs is very small.

Cannabis

I ESPAD undersøkelsene spør man også etter bruk av illegale stoffer. Det ser ut som cannabis (hashish og marijuana) er prøvd (noen gang) av omlag 10% av alle unge, og det er ingen store endringer i forhold til 1999 undersøkelsen (tabell 13). Danmark og Grønland har en noe høyere andel av unge (>20%) som har prøvd cannabis noen gang. Andelen som har prøvd flere ganger er stort sett under 5%, igjen med unntak av Grønland og Danmark. Man kan kanskje anta at bruk av cannabis er en typisk "eksperimentell" atferd, som ikke nødvendigvis leder til stort forbruk. Det er svært små andeler av deltakerne i ESPAD som angir bruk av sterkere rusmidler.

CHILDREN'S HEALTH
Table 13 Use of cannabis among 15-16 year-olds, per cent

	At some time			During the last 30 days		
	Both sexes	Boys	Girls	Both sexes	Boys	Girls
<i>Denmark</i>						
1995	17	20	15	6	8	4
1999	24	30	20	8	11	6
2003	23	27	18	8	10	5
<i>Faroe Is-lands</i>						
1995	11	11	11	2	2	3
1999	7	8	6	1	2	0
2003	9	9	10	1	2	1
<i>Greenland</i>						
1995	..	..	..	..	..	..
1999	23	23	23	10	12	8
2003	27	29	26	11	12	11
<i>Finland</i>						
1995	5	5	5	1	1	1
1999	10	10	9	2	3	2
2003	11	11	11	3	3	2
<i>Iceland</i>						
1995	10	12	8	4	5	3
1999	15	18	13	4	5	3
2003	13	14	11	4	4	4
<i>Norway</i>						
1995	6	7	5	3	4	2
1999	12	14	10	4	5	3
2003	9	9	9	3	3	2
<i>Sweden</i>						
1995	6	7	5	1	2	1
1999	8	11	6	2	3	1
2003	7	9	6	1	2	1

Source: European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD)

Body mass index of children and young people

The poor man eats when he has food, the rich man when he wants to" (Nordic proverb)

In the whole of the western world today, we are witnessing what has been called an obesity epidemic. This phenomenon is also seen in other parts of the world, where obesity can exist side by side with hunger and emaciation. Therefore, there is good reason to regard the trend in obesity as a threat to later health outcome. In several countries, and especially in the USA, where the prevalence of overweight seems to be particularly high, we see, among other things, the development of type 2 diabetes in younger and younger people (39-46). Health surveys among 40-year-olds in Norway have shown that body mass index follows a normal distribution, but the curve has been displaced to the right during the last decade (47). There is reason to believe that this is also the case for children.

There are many problems associated with following developments in height and weight among children and young people, both in relation to data collection and methods of measurement. Children and young people's growth and development have often been evaluated by calculating body mass index (BMI). Even though BMI is not an ideal measure of children's growth, it is a relatively simple method, compared to other methods, and is adequate for following trends. One problem is that we do not have standard values for BMI in relation to age and gender. In some countries, such as the USA, standard growth curves have been developed.

Barn og unges kroppsmasseindeks

"Den fattige spiser når han har, den rike når han vil" (Nordisk ordspråk)

I hele den vestlige verden er vi i dag vitne til noe som har fått benevnelsen en epidemi av fedme. Fenomenet ses også i andre deler av verden, hvor fedme kan eksistere side om side med sult og avmagring. Det er derfor all grunn til å se på utvikling av fedme som en trussel for senere helseutfall. I flere land, og spesielt i USA, hvor prevalensen av overvekt synes å være særlig høy, ser man blant annet utvikling av type 2 diabetes i stadig yngre aldersgrupper (39-46). Helseundersøkelser blant 40 åringer i Norge viser at det foreligger en normalfordeling på kroppsmasseindeks, men at kurven er forskjøvet mot høyre de siste tiår (47). Det er stor grunn til å anta at dette også gjelder for barn.

Det er mange vansker forbundet med å følge utviklingen i høyde og vekt hos barn og unge, både når det gjelder datainnsamling og målemetoder. Vekst og utvikling hos barn og unge er gjerne blitt vurdert ved beregning av kroppsmasseindeks (KMI). Selv om KMI ikke er et ideelt mål på vekst hos barn, er den relativt enkel i forhold til andre metoder, og ville være tilstrekkelig i forhold til trender. Noe vanskeligere er det at vi ikke har noen gullstandard for verdiene for KMI i forhold til alder og kjønn. Enkelte land har utviklet standardiserte vekstkurver, slik som USA. Vi har ingen felles nordisk standard, selv om de enkelte land har forholdt seg til sine

We have no common Nordic standard, though some of the Nordic countries have their own national standards. Therefore, it is difficult to compare data. Since this is a global problem, Cole established a standard definition for overweight and obesity based on pooled results from several national studies. Several studies have subsequently used Cole's index for overweight and obesity (48). In this index, "overweight" includes obesity. Cole's index is used, for example, in the HBSC (Health Behaviour among School Children) surveys, but all the Nordic countries used the index only in the last survey. Previously, only some of the countries have included BMI. BMI values in the HBSC surveys are based on self-reported height and weight. One of the requirements for internationally comparative values, is that height and weight must be measured using objective methods. The HBSC studies in Europe have been published, and generally speaking, it seems that overweight increases with a north-south gradient, but that the prevalence of overweight in the USA is higher than in the European countries. The prevalence of overweight in the Nordic countries is about 10-20%, whilst the prevalence in southern countries is over 20%. The sparse data we have from the Nordic countries seem to confirm this (Table 14). The cross-sectional data that are available seem to indicate that the prevalence of overweight is increasing. Also, the prevalence of overweight and obesity for boys seems to be generally higher than for girls.

WHO have initiated a growth reference study for young children (0-5 years), based on optimal nutrition for children, including WHO's recommendations for breastfeeding. In this way, one can obtain

nasjonale standarder. Det er derfor vanskelig å få sammenlignbare data. Siden dette er et globalt problem, har Cole utarbeidet referanseverdier for overvekt og fedme basert på samlede resultater fra flere forskjellige nasjonale studier. Senere er det kommet flere studier som har basert seg på Coles verdier (indeks) for overvekt/fedme (48). I denne indeksen er det et poeng at "overvekt" også inkluderer fedme. Coles indeks er blant annet anvendt i HBSC undersøkelsene (Health Behaviour among School Children), men dette gjelder bare ved siste undersøkelse for alle nordiske land. Tidligere har bare enkelte land inkludert KMI målinger. KMI verdiene i HBSC studiene bygger på selvrapportert høyde og vekt. For internasjonalt sammenlignbare verdier kreves nå at høyde og vekt måles ved hjelp av objektive metoder. HBSC studiene i Europa er publisert, og grovt kan man si at overvekt synes å øke med en nord - sør gradient, men at USA har en høyere prevalens enn europeiske land. I de nordiske land ligger prevalensen av overvekt i størrelsesorden 10-20%, mens prevalensen i sørlige land er over 20%. De få data vi her har fra nordiske land, synes å være i overensstemmelse med dette (tabell 14). Der hvor det finnes flere tverrsnittsdata tyder det på at overvekt øker. Dessuten har gutter som en gjennomgående tendens, høyere prevalens av overvekt og fedme enn jenter.

For de minste barna (0-5 år) har WHO satt i gang en spesiell vekststudie, basert på optimal ernæring for barn, inkludert WHO's anbefalinger for brystmelkenæring. Slik kan man få en "gullstandard"

a “gold standard” for growth development for young children. The results of this study are expected to be published at the beginning of 2006 (49).

The global “pandemic of the millennium”, that is overweight, needs to be monitored better, using comparable data. Measurements should not be based on self-reported data, such as in the HBSC surveys, and both longitudinal and cross-sectional studies should be carried out. Even though it is assumed that the main reason for overweight is greater consumption of food and concurrent lower expenditure of energy, we do not have enough knowledge about all the causal relationships, such as genetic factors.

for vekstutvikling hos små barn. Resultatene fra denne studien ventes publisert primo 2006 (49).

Den globale ”pandemien i dette millennium” når det gjelder overvekt må følges bedre, med sammenlignbare data. Målingene bør ikke være basert på selvrporterte data slik som i HBSC studiene, og det bør være longitudinelle undersøkelser så vel som tverrsnitt. Selv om det antas at den vesentlige årsak til overvekt er større inntak av føde, sammenlignet med lavere forbruk av energi, har vi ikke nok kunnskap om alle årsaksforhold, for eksempel genetiske faktorer.

Table 14 Proportion of overweight children (11, 13 and 15 years)

	11 years			13 years			15 years		
	Both sexes	Boys	Girls	Both sexes	Boys	Girls	Both sexes	Boys	Girls
<i>Denmark</i> 2002	..	..	..	..	8	9	..	14	9
<i>Finland</i> 1994	14	14	14	13	14	11	9	14	4
1998	16	19	13	15	18	13	12	15	9
2002	15	16	13	14	17	12	14	20	9
<i>Iceland</i> 2003	..	..	..	..	..	..	15	18	12
<i>Norway</i> 2002	-	13	10	-	16	8	..	15	10
<i>Sweden</i> 2002	..	..	..	..	11	7	..	13	6

Source: D/F/N/S: Health Behaviour among School Children (HBSC); I: Research among schoolchildren (Thorarinn Sveinsson, personal communication)

Breastfeeding

It is well known that breastfeeding provides the best nutrition for infants, both in relation to short-term and long-term health outcomes (45,50). Breastfeeding has, perhaps, been most important in developing countries (because of hygiene), but also has health benefits in western countries. For example, breast milk seems to be beneficial in preventing overweight later in life. Therefore, the WHO has breastfeeding as a priority area in all countries (50). Guidelines for infant nutrition have also recently been published by the Nordic Council of Ministers (51).

From an historical perspective, we see that the frequency of breastfeeding has varied from country to country. An historical analysis carried out in Norway by Liestøl and Rosenberg (52) showed that the level of breastfeeding fell from the beginning of the twentieth century to a minimum level in about 1970. The same tendency was seen in several countries, such as the USA and England. In Norway, the level has been increasing again since 1970. The WHO recommends full breastfeeding (exclusive) until the child is 6 months old. This means that breast milk is the only form of nutrition that the baby receives. There are few representative studies of the length of breastfeeding internationally and in the Nordic countries. Table 15 shows that Sweden and Iceland are the only countries in which studies have been carried out over long periods. The data are from a register in Sweden (Register of Breastfeeding: Amningsregisteret) and from longitudinal surveys and registers in Iceland. There are a few one-off studies from the other countries. None of the countries meet the WHO recommendations for full breastfeeding for six

Brysternæring

Brysternæring er kjent for å være den beste ernæringen i spedbarnsalderen. Dette gjelder for helseutfall både på kort og lang sikt (45,50). Brysternæring har kanskje vært viktigst i utviklingsland (pga hygieniske forhold), men gir også helsegevinster i vestlige land. Morsmelksernæring synes for eksempel å være positivt i forhold til å hindre overvekt senere i livet. WHO har derfor hatt brysternæring som et satsningsområde i alle land (50). Tilsvarende retningslinjer for ernæring i spedbarnsalder er også nylig publisert av Nordisk Ministerråd (51).

Historisk sett ser vi at ammefrekvensen har variert fra land til land. I Norge ble det utført en historisk analyse av Liestøl og Rosenberg (52), som fant at forekomsten av brysternæring hadde falt fra begynnelsen av 1900 tallet til et minimum omkring 1970. Den samme tendensen gjorde seg gjeldende i flere land, bl.a. USA og England. I Norge har vi hatt en stigende tendens igjen etter 1970. WHO har anbefalt at man skal tilstrebe full brysternæring (eksklusiv) til barnet er 6 måneder. Dette betyr at morsmelk da er den eneste form for ernæring spedbarnet får. Det finnes få representative undersøkelser vedrørende brysternæringens lengde både internasjonalt og i de nordiske land. I tabellen vi viser her (tabell 15), synes det som om Sverige og Island er de eneste landene som kan vise til undersøkelser over en lengre tidsperiode. Data er hentet fra et register i Sverige (Amningsregisteret), og fra longitudinelle undersøkelser og fra registre på Island. Fra de andre landene finnes enkeltundersøkelser. Ingen av landene oppfyller WHO's anbefaling om fullamming til 6 måneders alder. Sverige ligger imidlertid best an med

months. However, Sweden comes out best, with around 30%. The situation is better when it comes to partial breastfeeding, which means that the infant gets breast milk and other food (for example breast milk formula). The proportion of women who breastfeed for six months is then up to 60-80% in several countries. The figures in Iceland and Sweden seem to have remained stable over the period from the 1990s until 2002-3. There is reason to believe that more countries should try to follow the WHO guidelines.

rundt 30% fullamming ved 6 måneders alder. Tilstanden er bedre når det gjelder delvis brysternæring, som betyr at barnet får brystmelk og andre tilskudd (for eksempel morsmelkerstatning) ved siden av. Andelen ammende ved 6 måneder er da på opptil 60-80% i flere land. Tallene fra Island og Sverige synes å ha vært stabile over den målte perioden fra 90-tallet og til 2002-03. Det er grunn til å tro at flere land burde tilstrebe å følge WHO's retningslinjer.

Table 15 Breastfeeding during the first year of life

	Full breastfeeding			Partial breastfeeding			
	1st week	4 months	6 months	1st week	4 months	6 months	12 months
<i>Denmark</i>							
1995	86 ¹⁾	60	17	93	75	61	18
1999	98	51	..	..	..	..	..
<i>Finland</i>							
1995	..	10	0	..	61	40	..
2000	..	15	1	..	66	51	26 ²⁾
<i>Iceland</i>							
1995	88	46	5	97	83	77	13
2001	93	48	14	98	81	68	13
2003	92	48	12	98	79	67	15
<i>Norway</i>							
1998/99	96	44	7	99	85	80	36
<i>Sweden</i>							
1997	94	69	42	98	84	74	..
2000	93	68	33	98	83	72	..
2002	91	68	32	98	83	73	..

1) 1 month

2) 11 months

Sources: D: 1995 data: Children's welfare, health and thriving in a time perspective (SFI 2003), 1999 data: Breastfeeding survey ; F: Ministry of Social Affairs and Health; I: 1995 data: Thorsdóttir I, Atladóttir H and Pálsson G (2000): Forskning av isländska næringsrådet V. Reykjavik, 2001 and 2003 data: Gunnlaugsson G; N: Norwegian Directorate for Health and Social Affairs (Infant nutrition); S: Register of Breastfeeding

Measuring health services for children **Mål på helsetjenester for barn**

There are many measures of health services for children. One of the most important is perhaps vaccination coverage, but data on this are published in other reports (NOMESCO). In addition, some comments are given in the first chapter of this report.

Det finnes mange mål på helsetjenester for barn. Noen av de viktigste er kanskje mål på vaksinasjonsdekning, men disse dataene er publisert i andre rapporter (NOMESCO). For øvrig er det gitt kommentarer i innledningskapitlet til denne rapporten.

Five year survival rates for acute lymphatic leukaemia

This indicator has been included, because there has been a marked improvement during the last decade (Table 16).

The table shows five-year survival rates for acute lymphatic leukaemia for the age-group 0-14 years, for three five-year periods from 1973 to 1997. The table shows that the survival rates at the end of the 1990s are twice as high as in the 1970s, and that they are approaching 100%.

This is a great victory for modern cancer treatment, and a very positive development.

Fem års overlevelse av akutt lymfatisk leukemi

Denne indikatoren er tatt med, fordi man kan vise til en uttalt bedring i løpet av de senere tiår. (tabell 16).

Tabellen viser 5 års overlevelse av akutt lymfatisk leukemi for aldersgruppen 0-14 år for tre femårsperioder fra 1973 til 1997. Av tabellen ser vi at overlevelsesprosenten på slutten av 1990-tallet er den dobbelte av hva den var på 1970-tallet, og nærmer seg 100%.

Dette er en stor seier for moderne kreftbehandling, og en svært gledelig utvikling.

Table 16 Five-year survival rates for acute lymphatic leukaemia, 0-14 years (ICD-10: C91-C95), per cent

	Both sexes	Boys	Girls
<i>Denmark</i>			
1973-1977	52	47	59
1983-1987	75	69	81
1993-1997	87	88	86
<i>Finland</i>			
1973-1977	49	58	42
1983-1987	77	83	72
1993-1997	86	86	87
<i>Iceland</i>			
1973-1977	38	25	50
1983-1987	73	67	80
1993-1997	100	100	100
<i>Norway</i>			
1973-1977	..	40	46
1983-1987	..	66	72
1993-1997	..	78	86
<i>Sweden</i>			
1973-1977	46	41	48
1983-1987	78	78	79
1993-1997	87	88	86

Sources: D: ACCIS (Fighting Cancer) F: Cancer Registry; I: Cancer Registry; N: Cancer Registry of Norway; S: Cancer and Causes of Death Register

Conclusions

On the basis of the chosen parameters for children's health in the Nordic countries, we cannot draw any certain conclusions.

By comparing UNICEF's parameters for children's health, such as child mortality and morbidity from serious illnesses, vaccination coverage and poverty, we can ascertain that children in the Nordic countries are among the healthiest in the world, and are also among the children with the best living conditions. This is reaffirmed in the latest UNICEF report (2). On the basis of the data presented in the present report, we can also ascertain that health status in the different Nordic countries shows more similarities than dissimilarities.

Konklusjoner

På grunnlag av de valgte parametrene for barns helse i Norden, kan vi ikke trekke sikre konklusjoner.

Ved sammenligninger av UNICEFs parametre for barnehelse, slik som barnedødelighet og somatisk sykkelighet for alvorlige sykdommer, vaksinasjonsdekning og fattigdom, kan vi slå fast at barn i Norden hører til de friskeste i verden, og er også blant de som har best levekår. Dette understrekes på nytt i den siste UNICEF rapporten (2). På grunnlag av data lagt fram i den foreliggende rapporten, kan vi også slå fast at helsetilstanden i de forskjellige nordiske land viser mer likhet enn ulikhet.

CHILDREN'S HEALTH

The tables on nutrition and lifestyle show for example that there is potential for improvement in several areas.

If we aspire to improve children's health and to have better preventive health measures for children, we need to have an overview of all aspects of children's health. Register data are important, and we have several good registers, such as the medical birth registers, the registers of causes of death and the vaccination registers.

Other data come from more limited surveys both in dimension and coverage of different age groups. Therefore, they are of limited value in giving a comprehensive picture. A lot of information about the health of the individual is collected in health centres and schools. This information is not collected in such a way that it is useful for monitoring health or for epidemiological research. Therefore, a future task could be to coordinate the work of the Nordic countries. For example, increased use of electronic patient records provides further possibilities for monitoring children's health in the Nordic countries. It is important for all countries to allocate resources to this area. It is also important to coordinate regular collection of key data.

We have seen that the data we have on children's health mainly cover the traditional measures of somatic health. We have little knowledge about the more modern, but unfortunately vague areas related to how children thrive and to their mental health. We have problems of how to measure these areas, and we lack a common Nordic policy.

We ought to be able to carry out more surveys to obtain informative data on the

De tabeller vi har om ernæring og livsstil, viser for eksempel at det eksisterer forbedringspotensiale på flere områder.

Dersom vi skal tilstrebe bedre helse og bedre forebyggende helsearbeid blant barn, må vi til en hver tid ha oversikt over alle helseområder for barn. Registerdata er viktige, og vi har flere gode registre slik som fødselsregistre, dødsårsaksregistre og vaksinasjonsregistre.

Data utenom disse er basert på mer begrensede undersøkelser, både i omfang og når det gjelder aldersgrupper. De har dermed begrenset verdi for helhetsbildet. På helsestasjoner og skoler blir det samlet inn mange opplysninger om de enkelte individenes helse. Disse opplysningene blir ikke samlet slik at de kan være til nytte i overvåkingsøyemed eller epidemiologisk forskning. En fremtidig oppgave kunne derfor være å oppnå nordisk koordinering av dette arbeidet. Økt bruk av datajournaler gir for eksempel bedre mulighet for å følge barnehelsen i alle de nordiske land. Det er derfor viktig at alle land setter inn ressurser på dette området. Det er også viktig å samordne en regelmessig innsamling av nøkkeldata.

Vi har sett at de data vi har om barns helse for det meste dreier seg om de tradisjonelle mål innenfor somatisk helse. Det mer moderne, men dessverre "ulne" området som gjelder barns trivsel og mentale helse, har vi bare sparsom viten om. Vi har måleproblemer, og vi savner en felles nordisk politikk.

Vi bør kunne få flere undersøkelser med gode data på barns livsløp, og om hvilke

different periods in children's lifespan, and on the periods that are most important. The early years are perhaps the most important. It would be useful if children were also given special attention in future NOMESCO reports. The indicators we already have should be followed up, and we should try to identify new and better health indicators for children.

The working group recommends that formal Nordic cooperation in the area of children's health should be established.

perioder i livet som er mest viktig. Dette gjelder kanskje mest de aller første årene. Det ville være nyttig om barn fikk spesiell oppmerksomhet også i fremtidens NOMESCO rapporter. De indikatorene vi allerede har bør følges videre, og man kan søke å komme frem til nye og bedre helseindikatorer for barn.

Arbeidsgruppen foreslår at det etableres et formalisert nordisk samarbeid innenfor barnehelse.

References

- (1) UNICEF United Nations Children's Fund. The state of the world's children. 1998.
- (2) UNICEF United Nations Children's Fund. The state of the world's children 2005 Childhood under Threat. 2005.
- (3) World Health Organization. The World Health Report 2005. Make every mother and child count. 2005.
- (4) Kautto M, Fritzell J, Hvinden B, Kvist J, Uusitalo H. Nordic Welfare States in the European Context. London: Routledge; 2001.
- (5) Nososco. Sosial tryghed i de nordiske lande. København: NOMESCO; 2002.
- (6) Groholt E-K, Stigum H, Nordhagen R, Köhler L. Children with chronic health conditions in the Nordic countries in 1996 - influence of socio-economic factors. *Ambulatory Child Health* 2001; 7: 177-89.
- (7) Arntzen A, Samuelsen SO, Bakketeig LS, Stoltenberg C. Socioeconomic status and risk of infant death. A population-based study of trends in Norway, 1967-1998. *Int J Epidemiol* 2004;33:279-88.
- (8) Arntzen A. Sociodemographic factors and outcomes of pregnancy. National Institute of Public Health, University of Oslo; 1996.
- (9) Halldorsson M, Kunst A, Köhler L, Mackenbach J. Socioeconomic inequalities in the health of children and adolescents. A comparative study of the five Nordic countries. *Eur J Publ Health* 2000;10:281-8.
- (10) Michael Marmot. Status Syndrome How your social standing directly affects your health. London: Bloomsbury; 2004.
- (11) European Commission. Child health indicators for life and development (CHILD). 2002.
- (12) Forsdahl A. Observations throwing light on the high mortality in the county of Finnmark. Is the high mortality today a late effect of very poor living conditions in childhood and adolescence? *Int J Epidemiol* 2002;31:302-8.
- (13) Barker DJP. Mothers, babies and disease in later life. London: BMJ Publishing group; 1994.
- (14) World Health Organization UNICEF. Low birthweight, Country, regional and global estimates. 2004.
- (15) NOMESCO. Health statistics in the Nordic countries 2002. København: Nordisk Medicinalstatistisk Komité; 2004. Report No.: 69.

- (16) Mattison DR, Damus K, Fiore E, Petrini J, Alter C. Preterm delivery: A public health perspective. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2001;15 Suppl 2:7-16.
- (17) Ekeus C. Teenage parenthood. Parental characteristics. Stockholm: Karolinska Institutet; 2004.
- (18) Statistisk sentralbyrå. Dødeligheten og dens årsaker i Norge 1856-1955. Oslo; 1961. Report No.: 10.
- (19) Berthoud R, Robson K. The outcomes of teenage motherhood in Europe. Innocenti Research Centre, Florence, Italy: UNICEF United Nations Children's Fund; 2001.
- (20) UNICEF United Nations Children's Fund. A league table of teenage births in rich nations. Innocenti research centre, Florence, Italy; 2001. Report No.: Innocenti report card issue no 3, July 2001.
- (21) Kleven L, Haugen O. Norske tenåringsmødrer - få, men fattige. *Samfunnsspeilet* 2004, no 3.
- (22) Myklestad I. Forebygging av uønskede tenåringssvangerskap. Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2003. Report No.: 2003.2.
- (23) NOMESCO Nordic Medico Statistical Committee. Medicines consumption in the Nordic countries 1999-2003. København: NOMESCO; 2004. Report No.: 72.
- (24) Carpenter RG, Irgens LM, Blair PS, England PD, Fleming P, Huber J, et al. Sudden unexplained infant death in 20 regions in Europe: case control study. *Lancet* 2004;363:185-91.
- (25) Hill SA, Hjelmeland B, Johannessen NM, Irgens LM, Skjaerven R. Changes in parental risk behaviour after an information campaign against sudden infant death syndrome (SIDS) in Norway. *Acta Paediatr* 2004;93:250-4.
- (26) Berfenstam R. Sweden's pioneering child accident programme: 40 years later. *Inj Prev* 1995;88:69-74.
- (27) Karvonen M, Viik-Kajander M, Moltchanova E, Libman I, LaPorte R, Tuomilehto J. Incidence of childhood type 1 diabetes worldwide. Diabetes Mondiale (DiaMond) Project Group. *Diabetes Care* 2000;23:1516-26.
- (28) EURODIAB ACE Study group. Variation and trends in incidence of childhood diabetes in Europe. *Lancet* 2000;873-6.
- (29) Onkamo P, Vaananen S, Karvonen M, Tuomilehto J. Worldwide increase in incidence of Type I diabetes--the analysis of the data on published incidence trends. *Diabetologia* 1999;42:1395-403.

CHILDREN'S HEALTH

- (30) Joner G, Stene LC, Sovik O. Nationwide, prospective registration of type 1 diabetes in children aged <15 years in Norway 1989-1998: no increase but significant regional variation in incidence. *Diabetes Care* 2004;27:1618-22.
- (31) The international study of asthma and allergies in childhood (ISAAC) steering committee. Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and atopic eczema: ISAAC. *Lancet* 1998;351:1225-32.
- (32) Ellwood P, Asher MI, Beasley R, Clayton TO, Stewart AW, ISAAC steering committee. The international study of asthma and allergies in childhood (ISAAC): phase three rationale and methods. *Int J Tuberc Lung Dis* 2005;10-6.
- (33) WHO Europe. Young people's health in context Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. København: WHO; 2005.
- (34) Hagquist C. Mätning av barns og ungdomars psykiska hälsa. Stockholm: Socialstyrelsen; 2004.
- (35) Landgren M, Pettersson R, Kjellman B, Gillberg C. ADHD, DAMP and other neurodevelopmental/psychiatric disorders in 6-year-old Children: epidemiology and comorbidity. *Dev Med Child Neurol* 1996;38:891-906.
- (36) Hibell B, Andersson B, Bjarnason T, Ahlström S, Balakireva O, Kokkevi A, Morgan M. The ESPAD report 2003 Alcohol and other drug use among students in 35 European countries. Stockholm; 2003.
- (37) Doll R, Hill AB. Mortality of British Doctors in relation to smoking: observations on coronary thrombosis. *National Cancer Inst Monogr* 1966;19:205-68.
- (38) Pedersen W. Bittersøtt. Ungdom/sosialisering/rusmidler. Oslo: Universitetsforlaget; 1998.
- (39) Guillaume M, Lissau I. Epidemiology. In: Burniat W, Cole T, Lissau I, Poskitt E, editor. *Child and Adolescent Obesity Causes and consequences, prevention and management*. 1 ed. Cambridge: Cambridge University press; 2002. p. 28-49.
- (40) Lissau I. Overweight and obesity epidemic among children. Answer from European countries. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2004;28 Suppl 3:S10-S15.
- (41) Ekblom O, Oddsson K, Ekblom B. Prevalence and regional differences in overweight in 2001 and trends in BMI distribution in Swedish children from 1987 to 2001. *Scand J Public Health* 2004;32:257-63.

- (42) Pearson S, Olsen LW, Hansen B, Sørensen T. Stigning i overvægt og fedme blandt københavnske skolebørn i perioden 1947-2003. *Ugeskr læger* 2005;176:158-62.
- (43) Mårild S, Bondestam M, Bergström R, Ehnberg S, Hollsing A, Albertsson-Wikland K. Prevalence trends and overweight among 10-year-old children in western Sweden and relationship with parental body mass index. *Acta Paediatr* 2004;93:1588-95.
- (44) Lobstein T, Frelut ML. Prevalence of overweight among children in Europe. *Obesity Reviews* 2003;4:195-200.
- (45) Kramer MS, Guo T, Platt RW, Vanlowich I, Sevkovskaya Z, Michaelsen KF, Dewey K. Feeding effects on growth during infancy. *J Pediatr* 2004;145:600-5.
- (46) Pearson S, Olsen L, Hansen B, Sørensen T. Stigning i overvægt og fedme blandt københavnske skolebørn i perioden 1947-2003. *Ugeskr læger* 2005;176:158-62.
- (47) Meyer HE, Tverdal A. Development of body weight in the Norwegian population. *Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids* 2005.
- (48) Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ* 2000;320:1240-3.
- (49) Onis M, Garza C, Victoria C, Bhan M, Norum K. The WHO multicentre growth reference study (MGRS): Rationale, planning and implementation. United University Press: The United Nations University; 2004. Report No.: 25.
- (50) WHO. The optimal duration of breastfeeding. Report of an expert consultation. Geneva, Switzerland: WHO; 2001.
- (51) Nordic Council of Ministers. Nordic Nutrition Recommendations 2004: Integrating nutrition and physical activity. Copenhagen; 2004. Report No.: 013.
- (52) Liestøl K, Rosenberg M, Walløe L. Breast-feeding practice in Norway 1860-1984. *J Biosoc Sci* 1988;20:45-58.

SECTION C

Appendices
Bilag

Appendix 1

Additional information at www.nom-nos.dk

On NOMESCO's homepage, the following additional information can be found:

- Obstetric definitions
- Hospital definitions
- Overview of medical, surgical and psychiatric specialities that are included in the statistics in this publication
- Short list and statistics on causes of death
- Short list and statistics on discharges from somatic hospitals
- Short list and statistics on surgical procedures

The detailed statistics on the homepage are presented according to gender and 5-year age groups.

In addition, an interactive database is to be found, with the most important data that is available, presented graphically and in maps. The database can be found under the icon *Social and Health Indicators*.

Supplerende oplysninger på www.nom-nos.dk

På NOMESCO's hjemmeside findes følgende supplerende oplysninger:

- Obstetriske definitioner
- Sygehusdefinitioner
- Oversigt over medicinske, kirurgiske og psykiatriske specialer som indgår i statistikken i denne publikation
- Kortliste samt statistik over dødsårsager
- Kortliste samt statistik over udskrivninger ved somatiske sygehusafdelinger
- Kortliste samt statistik over kirurgiske procedurer

Den detaljerede statistik på hjemmesiden er fordelt på køn og 5-års-aldersgrupper

Desuden findes der en interaktiv database med de vigtigste data hvor det er muligt med såvel grafisk præsentation samt præsentation ved brug af kort. Databasen findes under ikonet *Social and Health Indicators*.

Further information *Yderligere oplysninger*

The following offices responsible for statistics can be contacted for further information concerning the statistics in this publication.

Denne oversigt over statistikansvarlige i de nordiske lande kan bruges til at søge yderligere oplysninger vedrørende statistikken i denne bog.

Denmark

Statistics Denmark
Sejrøgade 11
DK-2100 Copenhagen Ø
Phone: +45 39 17 39 17
Fax: +45 39 17 39 99
E-mail: dst@dst.dk
Website: www2.dst.dk

Have responsibility for:

- Population statistics
- Statistics on alcohol consumption
- Statistics on health care economy
- Statistics on alcohol consumption

National Board of Health
Islands Brygge 67
DK-2300 Copenhagen S
Phone: 72 22 74 00
Fax: 72 22 74 11
E-mail: sst@sst.dk
Website: www.sst.dk

Have responsibility for:

- Statistics on births
- Statistics on abortions
- Statistics on malformations
- Statistics on causes of death
- Statistics on hospital services
- Statistics on health personnel
- Statistics on the use of tobacco

Statens Seruminstitut
Artillerivej 5
DK-2300 Copenhagen S
Phone: +45 32 68 32 68
Fax: +45 32 68 38 68
E-mail: serum@ssi.dk
Website: www.serum.dk/dk

Have responsibility for:

- Statistics on infectious diseases
- Statistics and information on vaccinations

FURTHER INFORMATION

Danish Medicines Agency
Axel Heides Gade 1
DK-2300 København S
Phone: +45 44 88 95 95
Fax: +45 44 88 95 99
E mail: dkma@dkma.dk
Website: www.dkma.dk

Have responsibility for:

- Statistics on medicinal products

Faroe Islands

Statistics Faroe Islands
P.O. Box 2068
FO-165 Argir
Phone: +298 35 28 00
Fax: +298 35 28 01
E- mail: hagstova@hagstova.fo
Website: www.hagstova.fo

Have responsibility for:

- Population and vital statistics
- Statistics on health care economy

Chief Medical Officer
P.O. Box 9
FO-110 Tórshavn
Phone: +298 31 18 32
Fax: +298 31 76 60
E-mail: hdj@foe.eli.dk

Have responsibility for:

- Statistics on infectious diseases
- Statistics on forensics
- Statistics on births

Chief Pharmaceutical Officer
P.O. Box 187
FR-110 Tórshavn
Phone: +298 35 01 50
Fax: +298 35 01 51

Have responsibility for:

- Statistics on medicinal products

National Board of Health in Denmark
Islands Brygge 67
P.O. Box 1881
DK-2300 Copenhagen S
Phone: 72 22 74 00
Fax: 72 22 74 11
E-mail: sst@sst.dk
Website: www.sst.dk

Have responsibility for:

- Statistics on causes of death

FURTHER INFORMATION

Ministry of Social and Health Affairs
Eiragardur 2
FO-100 Tórshavn
Phone: +298 30 40 50
Fax: +298 5 40 48
E-mail: ahr@ahr.fo
Website: www.ahs.fo

Have responsibility for:

- Statistics on health personnel
- Statistics on hospital services
- Statistics on abortions
- Statistics and information on vaccinations

Greenland

Statistics Greenland
P.O. Box 1025
DK-3900 Nuuk
Phone: +299 34 50 00
Fax: +299 32 29 54
E-mail: stat@gs.gh.gl
Website: www.statgreen.gl

Have responsibility for:

- Population and vital statistics
- Statistics on health personnel
- Statistics on hospital services
- Statistics on health care economy

Chief Medical Officer
P.O. Box 120
DK-3900 Nuuk
Phone: +299 34 5192
Fax: +299 32 51 30
E-mail: eli@gh.gl

Have responsibility for:

- Statistics on births
- Statistics on abortions
- Statistics on malformations
- Statistics on infectious diseases
- Statistics and information on vaccinations

National Board of Health in Denmark
Islands Brygge 67
P.O. Box 1881
DK-2300 Copenhagen S
Phone: 72 22 74 00
Fax: 72 22 74 11
E-mail: sst@sst.dk
Website: www.sst.dk

Have responsibility for:

- Statistics on causes of death

The Central Pharmacy in Copenhagen
County
Marielundsvej 25
DK-2730 Herlev
Phone: +45 44 57 77 00
Fax: +45 44 57 77 09

Have responsibility for:

- Statistics on medicinal products

The Directorate for Health
 P.O. Box 1160
 DK-3900 Nuuk
 Phone: +299 34 50 00
 Fax: +299 32 55 05

Have responsibility for:

- Statistics on hospital services
- Statistics on health care economy
- Statistics on health personnel

Finland

Statistics Finland
 Työpajankatu 13
 FIN-00022 Tilastokeskus
 Phone: +358 9 173 41
 Fax: +358 9 173 42 750
 Website: www.stat.fi

Have responsibility for:

- Population and vital statistics
- Statistics on causes of death
- Statistics on the use of tobacco
- Statistics on road traffic accidents

STAKES (National Research and Development Centre for Welfare and Health)
 P.O. Box 220
 FIN-00531 Helsinki
 Phone: +358 9 396 71
 Fax: +358 9 761 307
 Website: www.stakes.fi

Have responsibility for:

- Register of Institutional Care
- Medical Birth Register and IVF statistics
- Register of Abortions and Sterilizations
- Statistics on Health Care Personnel
- Statistics on public health care
- Statistics on private health care
- Statistics on labour force in health care
- Statistics on the use of alcohol and drugs
- Statistics on health care expenditure
- Definitions and classifications in health care
- Statistics on primary health care

Finnish National Public Health Institute
 Mannerheimintie 166
 FIN-00300 Helsinki
 Phone: +358 9 474 41
 Fax: +358 9 474 48 408
 Website: www.ktl.fi

Have responsibility for:

- Register of Infectious Diseases
- Register of Coronary Heart Disease and Stroke
- Statistics and information on vaccinations
- Survey on health behaviour among adults and elderly
- Public Health Report

FURTHER INFORMATION

National Agency for Medicines
Mannerheimintie 166
P.O. Box 55
FIN-00301 Helsinki
Phone: +358 9 473 341
Fax: +358 9 714 469
Website: www.nam.fi

Have responsibility for:

- Registration of medicinal products and sales licences
- Register on Adverse Drug Reactions
- Statistics on pharmacies

Social Insurance Institution of Finland
Nordenskiöldinkatu 12
FIN-00250 Helsinki
Phone: +358 20 434 11
Fax: +358 20 434 50 58
Website: www.kela.fi

Have responsibility for:

- Sickness insurance benefits and allowances, reimbursements for medicine expenses, and disability pensions

Finnish Cancer Registry
Liisankatu 21B
FIN-00170 Helsinki
Phone: +358 9 135 331
Fax: +358 9 135 1093
Website: www.cancer.fi

Have responsibility for:

- Statistics on cancer

Finnish Centre for Pensions
Fin-00065 Eläketurvakeskus
Phone: +358 9 107511
Fax: + 358 9 14 81172
Website: www.etk.fi

Have responsibility for:

- Pensions due to reduced capacity to work

Åland

The Åland Government
P.O. Box 1060
Ax-22111 Mariehamn
Phone: +358 18 250 00
Fax: +358 18 191 55

Have responsibility for:

- Statistics on infectious diseases
- Statistics on health personnel
- Statistics on hospital services
- Statistics on health care economy

Social Insurance Institution of Finland
Statistics Finland
STAKES
National Agency for Medicines
Finnish National Public Health Institute
Finnish Cancer Registry

See Finland

Iceland

Statistics Iceland
Borgartún 21a
IS-150 Reykjavík
Phone: +354 528 1000
Fax: +354 528 1199
E-mail: hagstofa@hagstofa.is
Website: www.statice.is

Have responsibility for:

- Population and vital statistics
- Statistics on causes of death
- Statistics on alcohol consumption
- Statistics on health care expenditure
- National accounts

Directorate of Health
Austurströnd 5
IS-170 Seltjarnarnes
Phone: +354 510 1900
Fax: +354 510 1919
E-mail: postur@landlaeknir.is
Website: www.landlaeknir.is

Have responsibility for:

- Medical statistics on births
- Statistics on abortions
- Statistics on sterilizations
- Statistics on primary health care
- Statistics on hospital services
- Statistics on infectious diseases
- Statistics on vaccinations
- Statistics on health personnel

Icelandic Ministry of Health and Social Security
Vegmúla 3
IS-150 Reykjavík
Phone: +354 545 8700
Fax: +354 551 9165
E-mail: postur@htr.stjr.is
Website: www.stjr.is

Have responsibility for:

- Statistics on pharmaceutical products

Public Health Institute of Iceland
Laugarvegur 116
IS-105 Reykjavík
Phone: +354 5 800 900
Fax: +354 5 800 901
E-mail: lydheilsustod@lydheilsustod.is
Website: www.lydheilsustod.is

Have responsibility for:

- Statistics on the use of tobacco

Icelandic Cancer Register
Skógarhlíð 8
IS-105 Reykjavík
Phone: +354 540 1900
Fax: +354 540 1910
E-mail: jongl@krabb.is; laufeyt@krabb.is;
Website: www.krabb.is

Have responsibility for:

- Statistics on cancer

FURTHER INFORMATION

Norway

Statistics Norway
P.O. Box 8131 Dep.
N-0033 Oslo
Phone: +47 21 09 00 00
Fax: +47 21 09 49 73
E- mail: ssb@ssb.no
Website: www.ssb.no

Have responsibility for:

- Population and vital statistics
- Statistics on causes of death
- Statistics on health and social conditions
- Statistics on health and social services
- Statistics on health personnel
- Statistics on hospital services
- Statistics on sterilizations
- Statistics on induced abortions
- Statistics on alcohol consumption
- Statistics on health care economy

Norwegian Institute of Public Health
P.O. Box 4404 Nydalen
N-0403 Oslo
Phone: +47 22 04 22 00
Fax: +47 23 40 81 46
E- mail: folkehelseinstituttet@fhi.no
Website: www.fhi.no

Have responsibility for:

- Statistics on sexually transmitted diseases and infectious diseases
- Statistics on tuberculosis
- Statistics on immunization
- Statistics on sale of medicinal products
- Statistics on drugs prescribing

Norwegian Institute of Public Health
Department of Medical Birth Registry
Kalfarveien 31
N-5018 Bergen
Phone: +47 53 20 40 00
Fax: +47 53 20 40 01
E- mail: mfr@uib.no
Website: www.uib.no/mfr

Have responsibility for:

- Statistics on births and infant deaths
- Statistics on in vitro fertilization
- Statistics on induced abortions after week 12

SINTEF Health Research
Norwegian Patient Register
Olav Kyrresgate 3
N-7465 Trondheim
Phone: +47 40 00 25 90
Fax: +47 932 70 500
E- mail: npr@sintef.no
Website: www.npr.no

Have responsibility for:

- Statistics on hospital services

FURTHER INFORMATION

National Directorate for Health and Social Welfare
P.O.Box. 7000 St Olavs plass
N-0130 Oslo
Phone: +47 24 16 30 00
Fax: +47 24 16 30 01
E- mail: postmottak@shdir.no
Website: www.shdir.no

Have responsibility for:

- Statistics on use of tobacco

Cancer Registry of Norway
Institute of population-based cancer research
Montebello
N-0310 Oslo
Phone: +47 22 45 13 00
Fax: +47 22 45 13 70
E-mail: kreftregisteret@kreftregisteret.no
Website: www.kreftregisteret.no

Have responsibility for:

- Statistics on cancer

Ministry of Health and Care Services
P.O. Box 8011 Dep.
N-0030 Oslo
Phone: + 47 22 24 90 90
E- mail: postmottak@hod.dep.no
Website: www.hod.no

- Statistics on in vitro fertilization

Sweden

Statistics Sweden
P.O. Box 24 300
SE-104 51 Stockholm
Phone: +46 8 506 940 00
Fax: +46 8 661 52 61
E-mail: scb@scb.se
Website: www.scb.se

Have responsibility for:

- Population and vital statistics
- Statistics on health care economy

National Board of Health and Welfare
SE-106 30 Stockholm
Phone: +46 8 55 55 30 00
Fax: +46 8 55 55 33 27
E-mail: socialstyrelsen@sos.se
Website: www.sos.se

Have responsibility for:

- Statistics on births
- Statistics on abortions
- Statistics on sterilizations
- Statistics on in-patients
- Statistics on cancer
- Statistics on causes of deaths

FURTHER INFORMATION

Swedish Institute for Infectious Disease Control
SE-171 82 Solna
Phone: +46 8 457 23 00
Fax: +46 8 32 83 30
E- mail: smittskyddsinstitutet@smi.ki.se
Website: www.smittskyddsinstitutet.se

Have responsibility for:

- Statistics on infectious diseases
- Statistics and information on vaccinations

National Corporation of Swedish Pharmacies
SE-131 88 Stockholm
Phone: +46 8 466 10 00
Fax: +46 8 466 15 15
Website: www.apoteket.se

Have responsibility for:

- Statistics on drug sales and drug prescribing

Swedish Association of Local Authorities and Regions (Swedish Association of Local Authorities and Federation of Swedish County Councils in co-operation)
SE-118 82 Stockholm
Phone: +46 8 452 70 00
Fax: +46 8 452 70 50
E- mail: info@skl.se
Website: www.skl.se

Have responsibility for:

- Statistics on health personnel
- Statistics on hospital capacity
- Statistics on health care economy

NOMESCO Publications from 1995

43. Rates of Surgery in the Nordic Countries. Variation between and within nations. NOMESCO, Copenhagen 1995.
44. Health Statistics in the Nordic Countries 1993. NOMESCO, Copenhagen 1995.
45. Sygehusregistrering i de nordiske lande. NOMESKO, København 1995.
46. Classification of Surgical Procedures. NOMESCO, Copenhagen 1996.
47. Health Statistics in the Nordic Countries 1994. NOMESCO, Copenhagen 1996.
48. NOMESCO Classification of External Causes of Injuries. 3rd revised edition. NOMESCO, Copenhagen 1997.
49. Health Statistics in the Nordic Countries 1995. NOMESCO, Copenhagen 1997.
50. Health Statistics in the Nordic Countries 1996. NOMESCO, Copenhagen 1998.
51. Samordning av dödsorsaksstatistiken i de nordiska länderna. Förutsättningar och förslag. NOMESKO, Köpenhamn 1998.
52. Nordic and Baltic Health Statistics 1996. NOMESCO, Copenhagen 1998.
53. Health Statistic Indicators for the Barents Region. NOMESCO, Copenhagen 1998.
54. NOMESCO Classification of Surgical Procedures, Version 1.3. Copenhagen 1999
55. Sygehusregistrering i de nordiske lande, 2. reviderede udgave, Købehavn 1999
56. Health Statistics in the Nordic Countries 1997. NOMESCO, Copenhagen 1999.
57. NOMESCO Classification of Surgical Procedures, Version 1.4. Copenhagen 2000
58. Nordiske læger og sygeplejersker med autorisation i et andet nordisk land. København 2000.
59. NOMESCO Classification of Surgical Procedures, Version 1.5. Copenhagen 2001.

NOMESCO PUBLICATIONS

60. Health Statistics in the Nordic Countries 1998. NOMESCO, Copenhagen 2000.
61. Health Statistics in the Nordic Countries 1999. NOMESCO, Copenhagen 2001.
62. Nordic/Baltic Health Statistics 1999. NOMESCO, Copenhagen 2001.
63. NOMESCO Classification of Surgical Procedures, Version 1.6. Copenhagen 2002
64. Health Statistics in the Nordic Countries 2000. NOMESCO, Copenhagen 2002.
65. NOMESCO Classification of Surgical Procedures, Version 1.7. Copenhagen 2003
66. Health Statistics in the Nordic Countries 2001. NOMESCO, Copenhagen 2003
67. Sustainable Social and Health Development in the Nordic Countries. Seminar 27th May 2003, Stockholm. NOMESCO, Copenhagen 2003
68. NOMESCO Classification of Surgical Procedures, Version 1.8. Copenhagen 2004
69. Health Statistics in the Nordic Countries 2002. NOMESCO, Copenhagen 2004
70. NOMESCO Classification of Surgical Procedures, Version 1.9:2005. Copenhagen 2004
71. Nordic/Baltic Health Statistics 2002. NOMESCO, Copenhagen 2004.
72. Medicines Consumption in the Nordic Countries 1999-2003. NOMESCO, Copenhagen 2004.
73. Health Statistics in the Nordic Countries 2003. NOMESCO, Copenhagen 2005.