

Health Statistics in the Nordic Countries 1998
Helsestatistik for de nordiske lande 1998

Health Statistics in the Nordic Countries 1998

Helsestatistik for de nordiske lande 1998

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

Danmark	Fuldmægtig Jørgen Jørgensen Sundhedsstyrelsen Medicinal-statistisk afdeling Amaliegade 13 Postboks 2020 DK-1012 København K	<i>In addition, the following specialists have contributed to the publication:</i> Desuden har følgende specialister bidraget til publikationen:
Færøerne	Lægelig direktør Pal Weihe Social-og sundhedsministeriet Eirargardur 2 FO-100 Tórshavn	Referencegruppen vedrørende validitet og sammenlignelighed i nordisk patientstatistik:
Grønland	Administrerende Embedslæge Flemming Stenz Embedslægeinstitutionen i Grønland Postboks 120 DK-3900 Nuuk	<i>Referencegroup concerning validity and comparability on Nordic hospital discharge statistics</i> Gunnar Schiøler; Sundhedsstyrelsen, Danmark
Finland	Forskare Mika Gissler STAKES Postbox 220 FIN-00531 Helsingfors	Oleg Nikiforov; STAKES, Finland
Åland	Landskapsläkare Birger Ch. Sandell Ålands landskapsstyrelse Postbox 60 FIN-22101 Mariehamn	Simon Steingrímsson; Sundheds-og socialforsikringsministeriet, Island Ronny Jørgenvåg; Sintef Unimed, Norsk pasientregister, Norge
Island	Konsulent Sigríður Vilhjálmsdóttir Hagstofa Íslands Skuggasund 3 IS-150 Reykjavík	Curt-Lennart Spetz; EpC, Sverige
Norge	Rådgiver Jens-Kristian Borgan Statistisk sentralbyrå Postboks 8131 Dep. N-0033 Oslo Avdelingsdirektør Jan Fredrik Andresen Statens helsetilsyn Postboks 8128 Dep N-0032 Oslo	Kristina Bränd Persson; Institutionen för folkhälso-och vårdvetenskap, Sverige Björn Smedby; Nordiskt center för klassifikation av sjukdomar Martti Virtanen; Nordiskt center för klassifikation av sjukdomar
Sverige	Utvecklingsledare Lars Johansson Landstingsförbundet Box 70 491 S-107 26 Stockholm	
Redaktør	Sekretariatsleder Johannes Nielsen NOMESKO's Sekretariat Sejrøgade 11 DK-2100 København Ø	

© Nordisk Medicinalstatistisk Komité
København 2000

Omslag: Kjeld Brandt, Grafisk tegnestue ApS

Forsidefoto: Karsten Larsen

Tryk: Notex - Tryk & Design

ISBN 87-89702-38-7

Contents

Indhold

Preface	Forord	9
SECTION A	SEKTION A	
Health Statistics 1998	Helsestatistik 1998	11
Chapter I	Kapitel I	12
Organization of health services	Organiseringen af sundhedsvæsenet	12
<ul style="list-style-type: none"> • Introduction • Current and future changes in the health services • Organization of and responsibility for the health sector • Supervision of the health services • Financing of the health services • Charges for health care as at January, 1 2000 • Consultation with physician • Reimbursement of pharmaceutical products • Treatment at hospitals • Reimbursement of dental treatment • Maximum charges 	<ul style="list-style-type: none"> • Indledning • Igangværende og kommende ændringer i sundhedsvæsenet • Organisering og ansvar for sundhedsvirksomheden • Tilsyn med sundhedsvæsenet • Finansieringen af sundhedsvæsenet • Egenbetaling for sundhedsydelser pr. 1. januar 2000 • Lægebesøg • Tilskud til lægemidler • Behandlinger ved sygehuse • Tilskud til tandbehandling • Maksimal egenbetaling 	<ul style="list-style-type: none"> 12 13 22 36 43 44 44 47 51 53 56
Chapter II	Kapitel II	
Population and fertility	Befolkning og fertilitet	60
<ul style="list-style-type: none"> • Introduction • Population and population trends • Fertility, births, infant mortality, and contraception 	<ul style="list-style-type: none"> • Indledning • Befolkning og befolkningsudvikling • Fertilitet, fødsler, spædbørnsdødelighed og prævention 	<ul style="list-style-type: none"> 60 60 69

CONTENTS

Chapter III	Kapitel III	78
Morbidity, medical treatment, accidents and medicine	Sygelighed, sygdomsbehandling, ulykker og medicin	78
• Introduction	• Indledning	78
• Diseases related to life style	• Sygdomme relateret til livsstil	78
• Cancer diseases	• Cancersygdomme	86
• Medical treatment outside hospitals	• Behandling udenfor sygehuse	90
• Medical treatment in hospitals	• Behandling ved sygehuse	96
• Accidents	• Ulykker	127
• Use of medicine	• Brug af medicin	130
Chapter IV	Kapitel IV	147
Mortality and causes of death	Dødelighed og dødsårsager	147
Chapter V	Kapitel V	160
Resources	Ressourcer	160
• Introduction	• Indledning	160
• Health care Expenditure	• Sundhedsudgifter	160
• Health staff	• Sundhedspersonale	171
• Capacity and services at hospitals	• Kapacitet og ydelser i sygehusvæsenet	178
SECTION B	SEKTION B	
Feature section	Temasektion	187

SECTION C	SEKTION C	
Appendices	Bilag	228
Appendix 1: Obstetric definitions	Bilag 1: Obstetriske definitioner	229
Appendix 2: Hospital related definitions	Bilag 2: Sygehusdefinitioner	231
Appendix 3: Nordic short-list for morbidity	Bilag 3: Nordisk forkortet morbiditetsliste	232
Appendix 4: Nordic short-list for causes of death	Bilag 4: Nordisk forkortet dødsårsagsliste	239
Appendix 5: Tables of medical, surgical and psychiatric specialities in hospitals as they incur in the statistics of this publication	Bilag 5: Oversigt over medicinske, kirurgiske og psykiatriske specialer ved hospitaler som de indgår i statistikken i denne publikation	244
Further information	Yderligere oplysninger	248
NOMESCO's Publications	NOMESKO's publikationer	258
<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-19xy	Femårsgennemsnit skrives altid 19xx-19xy	
Two year averages are always written as 19xx/19xy	Toårgennemsnit skrives altid 19xx/19xy	

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 as well as 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.

Quite a few have been made quite in comparison to the previous publications.

The chapter on the habits of the users has been omitted since increased difficulty in obtaining comparable data in this area became apparent. Chapter 3 starts with a section on behavioural patterns, and diseases pertaining hereto, a section on cancer incidence, treatment in and out of hospitals, follows and the chapter ends discussing use of medicine. Chapter 4 treats cause of death and chapter 5 resource expenditure e.g. medical expenses.

Section B looks into a study on validity and comparability on Nordic hospital discharge statistics.

*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 foretaget en del ændringer.

Kapitlet om forbrugsvaner er udgået idet der viser sig stadig vanskeligere at få sammenlignelig statistik på dette område. Kapitel 3 begynder med et afsnit om adfærdsmønstre og sygdomme relateret dertil, efterfulgt af cancerincidens, behandling i og udenfor sygehusene for til slut at omtale medicinforbruget. Kapitel 4 omhandler dødsårsager og kapitel 5 ressourceforbruget, herunder medicinudgifterne.

Sektion B omhandler et studium af validitet og sammenlignelighed i nordisk patientstatistik.

*Nordisk Medicinalstatistisk Komité
(NOMESKO)*

SECTION A

Health Statistics 1998
Helsestatistik 1998

CHAPTER I

Organization of health services *Organiseringen af sundhedsvæsenet*

Introduction

In the Nordic countries, the health service is a public matter.

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

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

Specialist medical treatment is also offered outside of 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, a certain amount is charged for treatment and pharmaceutical products.

Salary or cash allowances are payable to employees during illness. Self-employed people have the possibility of insuring 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 bedriftssundhedstjenester 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: With the approval of the 1999 fiscal budget, a decision granting it possible to combine the already existing frame-based system with an activity-based budget system, was made. The purpose of this financing system is to encourage improvements in productivity and retain a firm grip on costcontrol. In principle this model awards hospitals an economic base grant (approximately 90 per cent of the expected grant total) and a sum per patient treated (totaling 10 per cent of treatment costs).

In the 2000 fiscal policy, DKK 495 mill. have been marked for boosting, the 2000-2002, efforts in the field of cancer. The reason for this extra expenditure is twofold in that its aims are to reduce waiting list and increase the quality of treatment offered. The Danish effort in strengthening the latter is directed at purchasing new equipment and at pursuing labor management improvements in hospitals.

Yet, another obligation is, the cancer committees (a standing committee) obligation to follow progress made in the field of cancer. The committee which continuously evaluate the need for action in prevention, detection, treatment and post-treatment of cancer, have worked on a plan of action which is due to be published at the beginning of March 2000.

While the legislation on treatment guar-

Igangværende og kommende ændringer i sundhedsvæsenet

Danmark: I forbindelse med finanslovsaftalen for 1999 blev det besluttet, at give mulighed for at kombinere det eksisterende rammestyrede system med et aktivitetsbaseret. Formålet med dette finansieringssystem er at tilskynde til produktivitetforbedringer samtidig med, at kontrollen over udgiftsudviklingen bevares. Ved denne model får sygehusene principielt en grundbevilling svarende til 90 pct. af den forventede samlede bevilling og en afregning pr. behandlet patient svarende til 10 pct. af omkostningerne for den pågældende behandling.

I aftalen om finansloven for 2000 er der afsat 495 mill. DKK til en styrket indsats på kræftområdet i perioden 2000-2002. Formålet med denne merbevilling er både at øge aktiviteten med henblik på at reducere ventetider og at forbedre behandlingskvaliteten. Indsatsen for at højne kvaliteten i den danske kræftbehandling målrettes både mod investeringer i apparatur og en bedre arbejdstilrettelæggelse på sygehusene.

Ligeledes skal kræftstyregruppen, som er et stående udvalg, følge udviklingen på kræftområdet. Gruppen som løbende vurderer behovet for tiltag med hensyn til forebyggelse, udredning, behandling og efterbehandling af kræft, har udarbejdet en plan for indsatsen på kræftområdet. Kræftplanen offentliggøres i begyndelsen af marts 2000.

Samtidig er Loven om behandlingsga-

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

antee was approved June 1999, a departmental order on life threatening disease was issued by the Ministry of Health October 15 1999 – it set maximum waiting times for commencement of treatment for patients suffering from breast cancer and particular forms of ischaemic heart disease. In conjunction with the fiscal agreement, the following are now also to be contained in the treatment guarantee: lung cancer, cancer of the cervix, and colon cancer. A departmental order on the latter has been submitted for hearing and is expected to be in effect by April 1 2000.

Since late 1998, information on waiting lists and operations performed at hospitals has been available via the internet. This information includes the most common types of treatment and acts as an overall guide in helping patients who wish to choose hospitals.

In December 1999 a national IT strategy for hospitals, to be implemented 2000-2002, was presented by the Ministry of Health. The comprehensive introduction of electronic patient journals (EPJs) at hospitals is assessed as the IT initiative that most obviously support efficient information exchange and cross communication of patient related data. Hence, information follows the patient across institutional and sectoral borders, not vice versa. Consequently, the task of developing a national set of EPJ standards has been pushed to the forefront of the strategical agenda. The strategy pursues the ministry's previous IT initiatives: the EPJ plan of action and the MedCom project (the Danish health care communication network which acquired permanent status January 1 2000).

ranti blevet vedtaget i juni 1999, mens en bekendtgørelse om livstruende sygdomme med Sundhedsstyrelsens retningslinier vedrørende maksimale ventetider for behandling af brystkræft og særlige tilstande af iskæmisk hjertesygdom trådte i kraft den 15. oktober 1999. Som led i økonomiaftalen skal også lungekræft, livmoderhalskræft og tarmkræft omfattes af garantien. En bekendtgørelse herom har været udsendt i høring og forventes at kunne træde i kraft 1. april 2000.

Siden udgangen af 1998 har det desuden været muligt at indhente oplysninger om ventetider og udførte operationer på landets sygehuse via internettet. Oplysningerne omfatter de mest almindelige behandlingstyper og er med til at hjælpe patienterne i deres sygehusvalg

Sundhedsministeriet har i december 1999 udsendt en national strategi for IT i sygehusvæsenet 2000-2002. En udbredt indførelse af elektroniske patientjournaler (EPJ) på sygehusene vurderes som det IT initiativ, der mest afgørende kan understøtte effektiv informationsudveksling og kommunikation af patientrelaterede data, så patientforløb på tværs af institutioner og sektorer, understøttes og bindes sammen. Det kræver udvikling af nationale standarder for EPJ, som derfor er et centralt emne i strategien. Strategien viderefører ministeriets tidligere IT-initiativer: Handlingsplanen for elektroniske patientjournaler og MedCom projektet - det danske sundhedsdatanet, som fra 1. januar 2000 er gjort permanent.

In May 1999 the government published its Public Health Program 1999-2008. The Public Health Program is a prevention program that ascribes a range of preventive strategies in areas central to public health concerns. The Public Health Program sets the following as its two primary goals 1) a longer and improved quality of life, and 2) social equality in health. The government financed spending grant for 1999-2000 prevention programmes in the health sector totalled DKK 2.6 billion.

A committee with the purpose of analysing the organisational extent of pharmaceutical sales was set up by the government in the spring of 1999. At the advice of the committee, a range of initiatives purportedly with the intent of increasing competitiveness in pharmaceutical sales was implemented. Among other things, the government plans to petition a joint proposal implementing an overall liberalisation of the pharmaceutical market. This grants pharmacies the means to receive discounts, e.g. through co-operative purchases on a volunteer basis, which in turn strengthens a rational purchasing incentive.

FINLAND: The national planning and steering instruments of health care were strengthened in 1999/2000. The previous plan "Finlands targets and policies for municipal social welfare and health care. National plan for organizing social welfare and health care services (VALSU)" was replaced with "A target and operating plan for social welfare and health care (TATO)" which is a program and policy paper integrated with the program. The program is given for the whole working period of the government and includes also indicators to evaluate the implementation of the program.

I maj 1999 offentliggjorde regeringen Folkesundhedsprogrammet 1999-2008. Folkesundhedsprogrammet er et forebyggelsesprogram, der beskriver en række forebyggelsesindsatser på områder af central vigtighed for folkesundheden. Folkesundhedsprogrammet sætter to overordnede mål 1) længere liv med bedre livskvalitet, og 2) social lighed i sundhed. De bevilligede statslige udgifter til forebyggelsesrettede aktiviteter 1999-2000 på sundhedsområdet er opgjort til 2,6 mia. DKK.

I foråret 1999 nedsatte regeringen et udvalg, som skulle analysere organiseringen af lægemiddelsalget. Med udgangspunkt i udvalgets anbefalinger gennemføres en række initiativer, der har til formål at styrke konkurrencen på medicinområdet. Blandt andet vil regeringen inden den 1. juli 2000 fremlægge et samlet beslutningsgrundlag for gennemførslen af en liberalisering af apotekervæsenet. Dette vil åbne mulighed for at apotekerne kan modtage rabatter, herunder gennem frivillige indkøbssamarbejder, hvilket vil styrke incitamentet til mere rationelle indkøb.

FINLAND: De nationale styrings-og planlægningsinstrumenter blev styrket i 1999/2000. Den tidligere plan "Mål inom den kommunalla social-och hälsovården. Den riksomfattande planen för anordnande av social-och hälsovården (VALSU) blev erstattet med "Mål-och verksamhetsprogram för social-och hälsovården (TATO)." Det er et program og policy oplæg integreret med en handlingsplan. Handlingsplanen gælder hele regeringsperioden og indeholder også indikatorer til at evaluere og implementere programmet.

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

Since 2000 a new self-financed maximum (the so-called expense loft) of 3,500 FIM a year per patient within the municipal social welfare and healthcare sector has been set. Once the loft is reached expenses are usually picked up. When admittance to an institution is short term, a 70 FIM reduction per day of treatment is given. The normal tariff is 135 FIM.

The aim of the loft is to avoid creating financial burdens for persons who often use or otherwise are dependent on public services. The loft includes: out-patient health care at health care centres, physiotherapy, long term treatment, out-patient visits, day surgery, and short term institutional stays in social- and health care sectors.

Dental care, sick transport, medical certificates, lab reports and radiological examinations after referral from private practitioners, as well as income sensitive payments are not included in the payment loft.

The payment loft is not calculated in the frame of a calendar year, but is instead counted as a 12-month period subsequent initial consultation. When treating children younger than 18 expenses are automatically pooled into the payment loft account of the paying parent. It is the responsibility of the individual to follow up that the loft is not exceeded. A range of self-financed expenses within the social welfare and health care sectors are to increase, beginning 2000.

ICELAND: Changes in hospital management have been planned, and agreements with hospitals will be made, making management responsible for run-

Fra og med begyndelsen af 2000 indføres et nyt maksimumbeløb på 3.500 FIM per år for egenbetalingen indenfor det kommunale social-og sundhedsvæsen (det såkaldte udgiftsloft) Når loftet er nået gives ydelserne hovedsageligt uden betaling. Ved kortvarige ophold på institution betales der en nedsat ydelse på 70 FIM pr behandlingsdag. Den normale sats er 135 FIM.

Formålet med loftet er at undgå at personer som ofte anvender de kommunale serviceydelser skal belastets med for store udgiftsbyrder. Loftet omfatter ambulante lægebesøg ved helsecentrene, fysioterapi, længerevarende behandlinger, amubaltoriebesøg, dagkirurgi samt kortvarig ophold på institutioner indenfor social-og sundhedsvæsenet.

Tandbehandling, sygetransport, attester, laboratorieundersøgelser og radiologiske undersøgelser som udføres efter henvisning fra private læger samt betaling som er indkomstafhæng indregnes ikke i maksimumsbeløbet.

Maksimumsbeløbet er ikke beregnet i forhold til et kalenderår men regnes som en 12 måneders periode fra det første besøg. Udgifter til behandling af børn under 18 år medregnes i maksimumsbeløbet til den af forældrene der har betalt. Det er op til den enkelte selv at følge med i om maksimumsbeløbet er overskredet. Fra begyndelsen af 2000 stiger en del af egenbetalingerne indenfor social-og sundhedsvæsenet.

ISLAND: Der er planlagt ændringer af hospitalsdriften og der vil blive indgået aftaler med hospitalerne, således at hospitalernes ledelse vil blive ansvarlige for

ning hospitals. Early this year (2000) the two largest hospitals were merged and now administered by the same board of directors, executive board and the same director-general which should lead to further rationalisation in the hospital activities. In the smaller municipalities outside Reykjavik, local hospitals are being merged with nearby health care centres to form joint institutions.

Currently work is in progress to produce harmonised requirement specifications for medical-records computer systems. The general specifications will be completed early this year while work on particular specifications will be continued. The computer systems will be able to exchange information, through the health care communication network that should lead to better services for the patients and more efficient health care system. In addition, the Ministry of Health and Social Security, together with the Directorate of health, the Social Security Institute, Statistics Iceland and the National Economic Institute, has initiated measures to improve the collection and processing of health data in Iceland.

In 1998 a bill on health sector database was passed. In January 2000 a licence was issued for the creation and operation of a centralised database on non-personally identifiable health data derived from medical records, both new ones and records reaching some time back. Individuals may prevent information concerning their health from being included in the database by signing a specific form supplied by the Directorate of Health. The database licence was granted for a maximum of 12 years. The Data Protection Commission has laid

driften. I begyndelsen af dette år (2000) blev de to største hospitaler sammenlagt med en fælles direktion og fælles administrerende direktør, hvilket er et skridt henimod en mere rationel ledelse af driften af disse hospitaler. Det forventes at de to hospitaler senere på året også vil have fælles bestyrelse. I de mindre kommuner udenfor Reykjavik vil de lokale hospitaler blive sammenlagt med helsecentre til fælles institutioner.

I øjeblikket pågår der et arbejde med at harmonisere kravsspecifikationerne til de elektroniske medicinske informationer. De generelle kravsspecifikationer vil blive færdiggjort dette år mens arbejdet med de mere specifikke krav vil fortsætte. Det vil blive muligt at udveksle informationer elektronisk via et kommunikationsnetværk for sundhedsvæsenet hvilket forventes at give en bedre service til patienterne og et mere effektivt sundhedsvæsen. Desuden samarbejder Sundheds-og socialforsikringsministeriet med Sundhedsstyrelsen, Direktoratet for socialforsikring, Islands Statistik og Nationaløkonomisk institut på at udvikle forbedrede metoder for indsamling og bearbejdning af sundhedsdata i Island.

I 1998 blev der vedtaget en lov om en database for sundhedssektoren. I Januar 2000 blev der udstedt licens for at opbygge og drive en central database med ikke personidentificerbare medicinske oplysninger hentet fra de medicinske registre hvor der både medtages nye og historiske data. Den enkelte borger kan forlange at der ikke medtages oplysninger om han/hendes sundhedstilstand ved at udfylde en blanket som er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen. Licensen til at drive databasen er givet for en periode på maksimalt 12 år. Datatilsynet har udar-

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

down rules for the recording and handling of personal data and on the security of data in the database, besides monitoring compliance with those rules. A special committee supervises the operation of the database. Health authorities are to have access to statistical information from the database for health reports, planning, policymaking etc.

NORWAY: In 2000 the parliament passed several new health care laws. Regulations are pending to be implemented in 2001. The new health care legislation is part of a health care and welfare policy aimed at strengthening: humanitarian values, distribution of rights and duties, equality, equal access to services and benefits, and an increase of judicial rights for those seeking health care services. The new laws are expected to serve as a modern tool for developing a national and rationally run health care service, providing both quality in service while catering the needs of the individual citizen.

As a supplement to new and better legislation an increased allocation of resources into areas previously ignored (psychiatry, cancer treatment, medical technology and equipment, preventive programmes) has been granted. A more effective use of resources, through better organisational planning, is likewise thought to be a crucial element in building a better health care sector.

New laws aiding in the advancement of organisational strategies facilitate a better co-ordination of resource spending and a greater focus on patients. The new laws are:

bejdet regler for hvorledes personlige data skal håndteres, hvorledes sikkerheden skal være i databasen, samt overvåger at arbejdet pågår i overensstemmelse med reglerne. Der er desuden nedsat en særlig komite som rådgiver om brugen af databasen. Sundhedsmyndighederne har adgang til databasen til brug for rapportering, planlægning, politiklægning m.v.

NORGE: I 2000 har parlamentet vedtaget en række nye sundhedslove, hvor reglerne træder i kraft fra og med 2001. De nye sundhedslove er et led i at fremme en sundheds-og velfærdspolitik der bygger på respekten for de menneskelige værdier, retfærdig fordeling af rettigheder og pligter, ligeværd og lige tilgang til service og ydelser samt en styrket retsstilling for de der har behov for sundhedsydelser. Samlet skal de nye love give et moderne værktøj for udviklingen af et nationalt sundhedstilbud, der er rationelt drevet, har en god kvalitet og er til stede for den enkelte borger.

Som et supplement til en ny og bedre lovgivning satses der på en optræning af ressourceindsatsen indenfor forsømte områder som psykiatri, behandling af cancer, medicinsk teknologi og udstyr samt forebyggende arbejde. En mere effektiv ressourceudnyttelse ved hjælp af en bedre organisering er også et afgørende element for et bedre sundhedsvæsen.

De nye love skal hjælpe med til at fremme en organisering som giver en bedre koordinering af ressourceforbruget samt en større fokus på patienterne. De nye love er:

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

- On Health Care Personnel: the aim of this law is to assist patients in gaining a sense of security and quality in the health care sector, to trust health care personnel and health care services alike.
- On Specialised Health Care Services: an important aim in this law is to clarify the base conditions that the owners and executives must follow in steering companies. The aim is particularly to:
 - Forward public health and deter diseases, accidents, illnesses and functional disabilities.
 - Advance securing the quality of services offered.
 - Advance equality in services offered.
 - Advance that resources be utilized to their fullest potential.
 - Advance that services are adjusted to suit the needs of the patient.
 - Advance that services are equal for all patients.
- On the Establishment and Implementation of Psychiatric Health Care Safeguards (The Psychiatric Law). The aim of the law is to secure a responsible means of establishing and implementing psychiatric treatment according to fundamental legal rights. This is to be obtained in accordance with psychiatric legislation. Setting the principles of particular arrangements and the conditions guiding case treatment and control follow these. The aim is furthermore to secure that legislative initiatives accompany the needs of patients and respect humanitarian values. By taking outset in the dignity of the patients the legislative provisions need not be
- Lov om sundhedspersonale: Lovens formål er at hjælpe med til at give patienterne sikkerhed samt kvalitet i sundhedsvæsenet samt tillid til sundhedspersonalet og sundhedsvæsenet.
- Loven om det specialiserede sundhedsvæsen: Et vigtigt sigte for denne lov er at klargøre grundlaget for ejerne og ledelsens styring samt ledelsen af de enkelte virksomheder. Formålet med loven er særligt at:
 - Fremme folkesundheden samt modvirke sygdom, skader, lidelser samt funktionsnedsættelser.
 - Bidrage til at sikre servicetilbudenes kvalitet.
 - Bidrage til ligeværdige servicetilbud.
 - Bidrage til at ressourcerne udnyttes bedst muligt.
 - Bidrage til at servicetilbudene bliver tilpasset patienternes behov.
 - Bidrage til at servicetilbudene bliver ligeværdig for patienterne.
- Lov om etablering og gennemførelse af psykisk sundhedsværn (psykiatriloven). Loven skal sikre at etableringen og gennemførelsen af den psykiatriske behandling sker på en ansvarlig måde og i overensstemmelse med grundlæggende retsprincipper. Dette skal man søge at opnå ved at bestemmelseerne i psykiatriloven fastsætter vilkårne for særlige foranstaltninger, samt ved reglerne om sagsbehandling og kontrol. Formålet er desuden at sikre at de tiltag der er beskrevet i loven tager udgangspunkt i patienternes behov samt respekten for de menneskelige værdier. Ved at der tages udgangspunkt i patienternes værdighed, skal foranstaltninger-

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

overly emphasized and provisions may never be implemented in ways that patients or others deem humiliating.

ne ikke gennemføres i et omfang ud over det nødvendige og foranstaltningerne skal aldrig gennemføres på en måde hvor patienterne bliver nedværdiget.

- On the Rights of Patients: the purpose of this law is to assist in securing equal services, access and quality in health care for all, by granting patients legal rights. The aim of the legislation is to build confidence into the patient/health care sector relationship and to keep an eye on how the life, integrity and humanity of the patient are honored.
- On Pharmacies (The Pharmacy Law): the purpose of this law is to insure competent distribution of pharmaceutical products to its end users and to promote correct usage of these by the general public. Besides this, the aim of the law is insure nationwide access to fairly priced and high quality pharmaceutical products and services. The law encourages pharmacies to compete and to cut cost in the pharmaceutical sector hereby facilitating the lowest possible consumer prices on pharmaceutical products and services.
- Procedures on Permanent Physician Arrangements in Municipalities and Other Changes in The Municipal Health Care Law: the purpose of permanent physician arrangements is to increase the quality of primary health care treatment. This is effected by securing that persons living in Norway are granted access to permanent physicians. The easy access
- Loven om patientrettigheder: Formålet med loven er at bidrage til at sikre befolkningen en ens tilgang til sundhedsydelser af en god kvalitet ved at give patienterne rettigheder overfor sundhedsvæsenet. Lovens bestemmelser skal bidrage til at fremme tillidsforholdet mellem patient og sundhedsvæsen samt varetage respekten for patienternes liv, integritet og menneskeværd.
- Lov om apoteker (apotekerloven): Denne lov har til formål at sikre forsvarlig udlevering af lægemidler til slutbrugerne og den skal medvirke til rigtig brug af lægemidler hos befolkningen. Desuden skal loven bidrage til at sikre en god tilgængelighed til lægemidler og farmaceutiske ydelser af en god kvalitet og rimelig pris i alle dele af landet. Loven lægger op til en konkurrence mellem apotekerne samt til en reduktion af apotekervæsenets udgifter for derigennem at medvirke til de lavest mulige priser på lægemidler og apotekernes serviceydelser.
- Foreskrifter om fastlægeordninger i kommunerne samt visse ændringer i loven om sundhedsvæsenet i kommunerne: Formålet med at indføre en fastlægeordning er at forbedre kvaliteten for behandlingen i den almene sektor hvilket gøres ved at sikre at personer der er bosat i Norge skal kunne få en fast almenlæge at henvende sig til. Fastlægeordningen skal

granted by the permanent physician arrangement gives greater security in primary health care treatment and furnishes continuity in the patient/physician relationship.

give befolkningen en større tryghed ved en bedre tilgængelighed til den almene lægebehandling og ordningen skal bidrage til kontinuitet i læge - patient relationen.

SWEDEN: The ministry has taken on the task of developing a national plan of action for development and renewal of the health care sector. The plan of action has a 10-years prospect and is to include both visionary and discernible proposals. The proposals will initially be dealing with the following areas of concern: primary health care, elder care and psychiatry. The proposals are to be presented before the parliament fall 2000.

SVERIGE: I ministeriet pågår der et arbejde med at udvikle en national handlingsplan for udvikling og fornyelse af sundhedsvæsenet. Handlingsplanen skal gælde for en 10-års periode og skal bestå af såvel visioner som mere håndfaste forslag. I første omgang indenfor områderne, det primære sundhedsvæsen, ældreomsorgen og psykiatrien. I efteråret 2000 skal forslaget forelægges for parlamentet.

An account looking into the possibility of co-operation between county/regional councils and municipalities in areas of nursing has also been effected. The proposal is to be completed latest by November 2000.

Der er også en udredning i gang om amter/regioner og kommunernes muligheder for at samarbejde omkring pleje-og omsorg. Denne udredning skal være færdig senest i november 2000.

In a report to the government '*The Extent of Health Care Administration*' the National Board of Health and Welfare suggested that patient journals be shared at different levels of treatment (and by different providers of treatment) so that the journal follows patient throughout the treatment process, meaning that health care personnel utilise the same journal to file documentation. Besides this, a wish on implementing means of faster data processing (particularly for patients already admitted) has been voiced.

I en rapport til regeringen *Omfatning av administration i vården* har Socialstyrelsen blandt andet foreslået fælles journaler på forskellige behandlingsniveauer (og forskellige udbydere af behandling) således at journalen følger patienten igennem behandlingsprocessen og således at sundhedspersonalet anvender den samme journal til dokumentation. Desuden fremføres der ønske om en hurtigere databehandling især for de indlagte patienter.

An investigative account looking into the use of pharmaceuticals has been effected. The investigation, which is to examine all of the subsidy system and the rights to write prescriptions, is due September 2000. The underlying incentive of the

Der pågår også en udredning om lægemiddelforbruget. Udredningen skal gennemgå hele tilskudssystemet samt receptudskrivningsrettighederne og arbejdet skal være færdig i september 2000. Baggrunden er frem for alt de stigende

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

investigation is first and foremost the increase in pharmaceutical expenses.

Legislation on compulsory psychiatric treatment and statutory psychiatric treatment has been proposed. The aim of the proposal is to secure the judicial rights of patients and personnel alike.

The National Board of Health and Welfare has been given the task of looking into the regulation of integrity sensitive material of biological reserves. The results are to be presented to the government by May 2000.

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 councils are responsible for hospital service, health insurance and special nursing homes, whereas municipalities are responsible for health care, home nursing, nursing homes, and child and school health care.

County councils 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 for family doctors. The formal rules have been drawn up in accordance in the health insurance scheme, so that primary contact is always, in principle, with the general practitioners. Only in emergency cases one may, alternatively, turn to the hospitals.

udgifter til lægemidler.

Der er fremlagt lovforslag om psykiatrik tvangsbehandling og retspsykiatrisk behandling. Forslaget sigter mod at fremme retssikkerheden både for patienterne og plejepersonalet.

Socialstyrelsen har fået til opgave at udrede reguleringen af integritetsfølsom materiale i biobanker. Udredningen skal fremlægges for regeringen i maj 2000.

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 skolesundhedsstjeneste.

Driftsansvaret påhviler amter og kommuner.

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

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

Likewise, consultations with dentists are made with privately practising dentists. The service is only a public matter within some parts of the dental care scheme for children.

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

Child health care is linked to the health administration of the municipalities, and is provided according to the statutes for visiting nurse schemes, whereas health examinations of children are carried out by general practitioners according to agreement with the health insurance scheme.

Home-nursing schemes are linked to municipalities providing treatment free of charge following referral from a physician.

The immunization programmes are laid down by the Ministry of Health and are carried out by general practitioners, generally in connection with routine 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. The advice is given either by the general practitioner or by a special department (particular outpatient clinic). Also midwives and visiting nurses may, within their range of competence, advise families. Contraceptive measures are, as a general rule, not subsidised.

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 lægehenvísninger.

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

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

School and occupational health services are provided according to statutes. Municipalities are responsible for school health service, which is carried out by visiting nurses and physicians. Occupational health service is organized within the framework of companies and is led by committees consisting of employees and employers.

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

The hospital service is placed organisationally under the counties, and the county councils are the responsible authorities. The counties own most of the hospitals. The hospitals in the City of Copenhagen and Frederiksberg municipality, and Rigshospitalet are merged into the Joint Metropolitan Hospital Service. There are a few private hospitals which have a set agreement of usership with the county of location, whereas a few private hospitals operate quite independently of the public hospital service.

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

Almost all practising specialist physicians work according to agreement with the health insurance scheme and receive the majority of their patients on referral from general practitioners. There are, however, certain exceptions to this rule, such as practising eye and ear specialists.

Ordinary nursing homes are run by mu-

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.

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

nicipalities, but there are a significant number of private (independent) nursing homes which receive residents according to agreement with the municipality of their location. Certain specialised nursing homes are run by the counties, for example psychiatric nursing homes.

Pharmacies are organized as a liberal trade, but are subsequently also supervised by government regulation. The state regulates the amount and the geographical placement of pharmacies, their tasks, and the profit margin on medicine.

FAROE ISLANDS: In 1995, the Danish Act concerning central administration of the health care was introduced at the Faroe Islands. The Danish Act concerning the medical officers etc. also applies to the Faroe Islands. The Faroe Islands Act concerning health care came into force in 1996 and according to that Act the Faroe Islands' home rule sets out rules concerning tasks, benefits and administration. The hospital structure and its organization, specialist fields and their organization as well as the primary health service and its organization largely follow Danish principles. The same applies to nursing homes, home nurses and home help as well as dental treatment.

GREENLAND: The most important piece of legislation in Greenland is the Government's guidelines concerning the running and organization of the health service, the guidelines for services to be provided by the health service, the home rule statutes concerning user charges and the 1996 statute concerning the tasks of the Chief Medical Officer.

The health service is organized in 16 health districts and one central hospital,

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: Den danske lov om sundhedsvæsenets centrale styrelse trådte i kraft for Færøerne i 1995. Desuden er den danske lov om embedslægeinstitutionen m.v. gældende på Færøerne. Lov om sundhedsvæsenet på Færøerne blev sat i kraft i 1995 hvorefter 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.

GRØNLAND: Den vigtigste lovgivning i Grønland er landstingets forordning om sundhedsvæsenets styrelse og organisation, forordningen om sundhedsvæsenets ydelser, hjemmestyrets bekendtgørelse om brugerbetaling samt bekendtgørelsen fra 1996 om embedslægeinstitutionens virke.

Sundhedsvæsenet er organiseret i 16 sundhedsdistrikter og ét landssygehus,

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

Dronning Ingrid's Hospital in Nuuk where some of the specialized treatment is given. Specialist expertise, that cannot be provided for at Dronning Ingrid's Hospital, is given in Denmark. Each district has a health care centre.

In a district health care centre all common diseases are treated, much like in a multi-physician general practice in Denmark. The centres also take care of uncomplicated births, minor surgical procedures, common complaints regarding internal medicine and district psychiatry. According to the population size, the centres have a number of beds of admitted patients. In the event of more complicated courses of illness, patients are transferred to the central hospital in Nuuk or to Denmark.

Due to increasing difficulties in recruiting broadly trained physicians who can manage the broad spectre of tasks, a re-organisation of the health service in Greenland is under consideration aiming for larger regional hospitals. Some of the existing hospitals on the coast will therefore in the future be transformed into medical stations which may be managed by general practitioners.

In 10 of the country's largest villages, a health station has been set up and is run by a nurse. In all larger villages, a health worker is employed. In connection with the official residence of the health worker, there is in most villages a special consultation room and a few beds. In villages with less than 70 inhabitants, a health worker with special pharmaceutical training is normally employed to dispense pharmaceutical products.

Permanent positions have been created

Dronning Ingrid's Hospital i Nuuk, hvortil der er tilknyttet en del speciallæger. Specialer som ikke findes på landssygehuset behandles i Danmark. Der er et sundhedscenter i hvert distrikt.

I et distriktssundhedscenter behandles alle almindeligt forekommende sygdomme, nogenlunde svarende til en større lægepraksis i Danmark. Centrene varetager ligeledes de ukomplicerede fødsler, mindre kirurgiske indgreb, almindelig forekommende internmedicinske problemstillinger samt distriktspsykiatri. Centrene har efter befolkningens størrelse et antal senge til indlagte patienter. Ved mere komplicerede sygdomsforløb overflyttes patienterne til landssygehuset i Nuuk eller til Danmark.

På baggrund af tiltagende vanskeligheder med at skaffe bredt uddannede læger, som kan varetage det brede spektrum af arbejdsopgaver, arbejdes hen imod en omorganisering af det grønlandske sundhedsvæsen, med større regionssygehuse. En del af de eksisterende sygehuse på kysten, vil derfor i fremtiden blive omdannet til lægestationer, som vil kunne bemannes med alment praktiserende læger.

I 10 af landets største bygder er der indrettet sundhedsstationer, der ledes af en sygeplejerske. I alle større bygder er der ansat en sundhedsmedhjælper, som normalt råder over et særligt konsultationsværelse og enkelte senge. I bygder med under 70 indbyggere er der normalt ansat en medicinaldepotforvalter, som administrerer udleveringen af medicin.

Der er normerede stillinger til hjemme-

for home nursing and health care in 13 health districts. Home nursing and primary health service is carried out in the other districts as one of the functions of the district nurses or health workers.

In each health district, there is one or several dental clinics staffed by dentists and dental nurses. In relation, a number of districts have employed dental technicians. In the villages the population is served several times a year by a mobile dental service. Children and young people are offered preventive measures and treatment.

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 are listed which belong under the municipal public health work. Here it is stated that municipalities are responsible for:

- Guidance and preventive health care, including children's health, educational campaigns, advice concerning contraceptive measures, general health care surveys and screening.
- Treatment of illnesses requiring medical attention, nursing, medical rehabilitation and first aid. Treatment of general illnesses are given at health care centres either in form of outpatient treatment (home nursing), or at inpatient wards.

sygepleje og sundhedspleje i 13 lægedistrikter. Hjemmesygeplejen og sundhedsplejen i de øvrige distrikter varetages af distriktssygeplejersker og/eller sundhedsmedhjælpere.

Der er desuden én eller flere tandklinikker med tilhørende tandlæger, klinikassistenter og tandplejere i hvert distrikt. I nogle distrikter er der også ansat laboratorietandteknikere. I bygderne, hvor der ikke er tandklinikker, betjenes befolkningen nogle gange om året ved hjælp af mobilt tandplejeudstyr. Der er etableret forebyggende og behandlende tilbud for børn og unge.

FINLAND: Det er kommunerne, der har ansvaret for sundhedsvæsenet. Kommunernes ansvar for sundhedsvæsenet er fastsat i Folkesundhedsloven (1972), i Loven om specialiseret sygdomsbehandling (1989) og i Loven om behandling af mentalt syge (1990).

I Folkesundhedsloven 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.

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

Moreover the municipalities must provide services for the mentally ill, as can reasonably be offered by health care centres.

Dental care includes information and prevention as well as dental examination and treatment. Dental examination and treatment is first and foremost to be given to those born in 1956 and later, as well as to veterans. At the health centres, dental care is also provided for adults, particularly in rural municipalities. Most dental treatment for adults is provided by dentists in private practice. Young people under the age of 19 are entitled to dental care free of charge.

Municipalities must also ensure that transport is available for the ill and that there is an occupational health service. An employer may organise the occupational health service himself or he may enter into agreement with a health centre or with others working with occupational health service.

Physicians working in health centres are mainly specialized general practitioners. In the public health service system, patients need a referral for specialist services, with the exception of emergencies. In private clinics, the physicians are mostly specialists. Patients need no referral to visit these private specialists. Physicians working in private clinics may send their patients either to public or private hospitals with a referral.

The specialized central and regional hospitals are run by federations of municipalities. In mental health care, more and more emphasis is placed on outpatient treatment, and the use of institutions is decreasing.

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 skal først og fremmest gives til personer der er født i 1956 og senere samt til krigsveteraner. Ved sundhedscentre, især i landkommunerne, gives der desuden tandbehandling til voksne. Det meste af voksenbehandlingen udføres af privatpraktiserende tandlæger. Unge under 19 år har ret til tandbehandling uden brugerbetaling.

Kommunerne skal desuden tilvejebringe sygetransport og sørge for etableringen af bedriftssundhedstjenester. Arbejdsgiverne kan selv organisere bedriftssundhedstjenesten, eller de kan indgå aftale med et sundhedscenter eller andre der arbejder med bedriftssundhedstjenesten.

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 ambulant behandling og brugen af institutioner er således faldende.

In 1998, there were more than 20,000 beds in the health centres, primarily for the treatment of elderly people.

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

The task, structure and organization of the public health sector are regulated according to the Act for the Health Sector. This Act is a general Act which can be supplemented by public decree. Detailed rules concerning the sector are described annually in a sector plan. Measures not stated in the Åland legislation, or which do not come under separate legislation, follows 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 Government of Åland has the overall responsibility that the population receives necessary treatment. The role of the municipalities is limited to financing certain defined treatments. Specialist treatment including psychiatric treatment is one of two sectors in ÅHS.

Services that cannot be provided for locally may be bought from contractors in Finland and Sweden including private practitioners, private institutions and university hospitals.

I 1998 var der over 20.000 senge ved sundhedscentrene, primært til behandling af ældre.

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 sundhedsvæsens forpligtigelser, struktur og organisation, reguleres i landskabsloven om sundhedsvæsenet. 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.

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

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

The Åland hospitals are specialised institutions with both outpatient and in-patient treatment.

Specialised treatment outside the hospitals is provided as consultative services for the primary health care and for private general practitioners.

The primary health care is the other sector under the ÅHS. The structure corresponds functionally as well as ideologically to the Finnish public health care. Advice concerning contraceptives and counselling for mothers and infants functions 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 care and the hospitals. As a supplement a number of private physiotherapists are used by the public sector.

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

ICELAND: The health care sector is regulated according to the health act of 1990. Apart from that, the most important laws are:

- The Act on Physicians
- The Act on Patients Rights
- The Act concerning Social Security
- The Act on Communicable Diseases.

The administration of the health service is divided between the Government and

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

Speciallægevirksomheden uden for sygehusene 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 fungerer som i Finland. Vaccinationsprogrammer er frivillige, og anbefalingerne svarer til de finske. Fysioterapien inden for ÅHS er en fællesfunktion for både primærsektoren og sygehusene. Som et supplement er der et antal private fysioterapeuter som også anvendes af det offentlige.

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.

ISLAND: Sundhedsvæsenets arbejde reguleres af sundhedsloven fra 1990. Derudover er de vigtigste love:

- Lov om lægevirksomhed,
- Lov om patientrettigheder,
- Lov vedrørende social sikring,
- Lov om smitsomme sygdomme.

Formelt er forvaltningen tredelt mellem staten, regionale styrelser og lokale styrelser. Statens rolle er dog betydeligt større

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

regional and local boards. The role of the Government is, however, significantly larger than that of the local and regional boards, where particularly the regional boards play a very limited role.

There are three types of hospitals: Three highly specialized hospitals of which two are placed in Reykjavík, now being merged, and one in Akureyri, regional hospitals with a certain degree of specialisation, and local hospitals. The local hospitals also function as old-age and nursing homes. Other health institutions include rehabilitation hospitals and clinics for alcohol abusers.

Patients are free to contact a specialist, whereas treatment in a hospital requires a referral either from a physician in the primary health care or from a specialist. There are both private practising specialists and specialists connected to the hospitals.

The primary health care is run from health centres and to a minor degree also by private general practitioners. The health centres have responsibility for general treatment and care, examinations, home nursing as well as preventive measures such as family planning, maternity care and child health care, school health care, immunization, etc.

Physiotherapy is partly provided at the health centres, but mostly by private practising physiotherapists.

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

Most of the nursing and old-age homes

end de lokale og regionale styrelser. Især de regionale styrelser har en meget begrænset funktion.

Der er tre typer sygehuse: tre højt specialiserede sygehuse, hvoraf de to findes i Reykjavík, der nu er sammenlagt, og et i Akureyri, regionale sygehuse med en vis specialisering og et antal lokale sygehuse. De lokale sygehuse fungerer for det meste også som alderdoms- og sygehjem. Af andre institutioner kan nævnes revalideringssygehuse og alkoholklinikker.

Patienter kan henvende sig direkte til en specialist, mens behandlingen på et sygehus kræver henvisning, enten fra en læge i det primære sundhedsvæsen eller fra en specialist. Der findes både selvstændige praktiserende specialister og specialister, der er tilknyttet hospitalerne.

Det primære sundhedsvæsen drives fra sundhedscentre, men også delvist af privatpraktiserende læger. Sundhedscentrene har ansvaret for bl.a. den primære lægebehandling og sygepleje, undersøgelser, hjemmesygepleje, præventive foranstaltninger såsom familieplanlægning, mødre- og børnepleje, skolesundhedspleje, vaccinationer o.l.

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

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

De fleste pleje- og alderdomshjem funge-

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

function as private foundations. They are run by municipalities, charity organisations etc. They are partly financed by user charge, but the major part of financing is provided by the government either through the national pension scheme, as is the case for the old age homes, or through the health insurance scheme, as is the case for the nursing homes.

Dental treatment is normally carried out by private practising dentists. In Reykjavik there is a school dental service. Such service is also provided at some of the health centres, that supply clinical facilities for private practising dentists.

NORWAY: The activities within the various areas of service and in relation to different staff groups (professions) within the health service are regulated by the present legislation at the various administrative levels (e.g. municipalities and counties).

The most important statutes with relevance to the health sector are the following: The Act on the Health Services in the Municipalities, The Act on Hospitals etc., The Act concerning the Mentally Disabled, The Act on Dental Treatment, the Act on Governmental Supervision of the Health Services and the Act concerning Social Security.

The hospitals can be divided according to the variety and complexity of the treatment given (e.g. number of specialities at the hospital) and the size of the institution (e.g. number of beds in relation to the population in the region with the right to be treated). Thus the following division can be used:

rer 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.

Tandbehandlingen udføres for det meste af privatpraktiserende tandlæger. Der findes en skoletandplejeordning i Reykjavik. En tilsvarende ordning findes også ved nogle af sundhedscentrene i den øvrige del af landet. Her er der indrettet klinikker som kan anvendes af privatpraktiserende tandlæger.

NORGE: Aktiviteten inden for de enkelte serviceområder og i forhold til forskellige grupper af arbejdstagere (professioner) inden for sundhedsvæsenet reguleres af den eksisterende lovgivning på det pågældende forvaltningsniveau (fx kommune eller fylkeskommune).

De vigtigste regelsæt med betydning for sundhedsvæsenet er: Lov om sundhedsvæsenet i kommunerne; Lov om sygehuse m.v.; Lov om sikring af psykisk syge; Lov om tandbehandling; Lov om statslig tilsyn med sundhedsvæsenet og Lov om social sikring.

Sygehusene kan opdeles efter mangfoldigheden og kompleksiteten af den behandling som gives (fx antal specialiteter på det pågældende sygehus) samt størrelsen af institutionen (fx antal pladser som afspejler den befolkningsstørrelse som man har ansvaret for at servicere) og der kan anvendes følgende inddeling:

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

Local hospitals, Central hospitals, Regional hospitals (with connection to universities) and hospitals covering the whole country.	Lokalsygehuse; Centralsygehuse; Regionssygehuse (med universitetstilknøytning) og landsdækkende institutioner.
The county councils run, own, and have the responsibility for the hospitals. There are 19 counties in Norway. In addition, the Government owns and runs a limited number of hospitals/institutions which mostly provide services in connection with national functions.	Det er fylkeskommunerne som ejer og har ansvaret for driften af sygehuse. Norge har 19 fylkeskommuner. Derudover ejer og driver staten et begrænset antal sygehuse/institutioner som på mange områder har opgaver der er tilknyttet de landsdækkende funktioner.
County councils also have responsibility for offering the population specialised services including specialised treatment. Specialised treatment is given both at outpatient clinics, in hospitals, and by private practising specialists. The county councils have also responsibility for laboratory services and ambulance services. Air-ambulance service, however, is under the responsibility of the Government.	Det er også fylkeskommunerne som har ansvaret for at tilbyde befolkningen specialiserede sundhedsydelser, inkl. speciallægeordninger. Speciallægeydelserne gives både fra sygehusenes ambulatorier og af privatpraktiserende speciallæger. Amterne har desuden ansvaret for driften af medicinske laboratorier og ambulancer. Luftambulancer er dog et statsligt anliggende.
The governmental institutions also offer health services such as examinations, treatment and advice to the other parts of the health sector.	Ved de statslige institutioner gives der også specialiserede sundhedsydelser i form af undersøgelser og behandling samt råd og vejledning til de øvrige dele af sundhedsvæsenet.
The county councils must offer dental treatment to persons under the age of 21 and to mentally disabled persons and persons who are offered service by the municipal health care sector.	Fylkeskommunerne skal tilbyde tandbehandling til personer under 21 år, til psykisk udviklingshæmmede og til personer der modtager tilbud fra den kommunale pleje- og omsorgstjeneste.
Pharmacies are mainly privately owned, but are subject to strict public control.	Apotekerne er hovedsageligt privat drevne, men er underlagt en omfattende statslig kontrol.
The municipalities have the responsibility for primary health care, including both preventive and curative treatment such as:	Det er kommunerne som har ansvaret for det primære sundhedsvæsen, som omfatter både forebyggende og kurativ behandling med henblik på:

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

- Promotion of health and prevention of illness and injuries and in relation to that organizing and running school health services, health centres, child health care by health visitors, midwives and physicians. Health centres offer pregnancy check-ups, control and provide vaccinations according to the recommended immunization programmes.
- Diagnosing, treatment and rehabilitation. This includes the responsibility for general medical treatment (including medical home visits) physiotherapy and nursing (including health visitors and midwives).
- Nursing and care in and outside institutions. Municipalities are responsible for running nursing homes, home nursing and other activities (e.g. home help). The health services in and outside institutions are, to a varying degree, organized jointly within the same municipal department for treatment and care.
- 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).
- Pleje og omsorg i og uden for institutionerne. Kommunerne har ansvaret for driften af sygehjemmene, hjemmesygepleje og andre ordninger (fx hjemmehjælp). Sundhedsydelse 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 recent years, the individual services have been increasingly integrated into the municipal service.

SWEDEN: The most important act is The Act for Health Care and Treatment (HSL). Other important statutes include the Act concerning Active Health Personnel and the Act Concerning Injuries to Patients.

The primary health care is run by the 18 county councils and the three regions. During a trial period (1991-1996), some municipalities had the overall responsibility for primary health services. Three out of 288 municipalities continued the trial in 1997- 1999, and the law allows

De enkelte servicetilbud er i de seneste år i stigende grad blevet integreret i den kommunale forvaltning.

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

Det primære sundhedsvæsen drives af de 18 landsting og tre regioner. I en forsøgsperiode, 1991-1996, var nogle kommuner hovedansvarlige for det primære sundhedsvæsen. Tre (ud af 288 kommuner) fortsatte forsøget i 1997- 1999. Loven åbner mulighed for at fortsætte

for continuation of the trial until the end of 2001.

The primary health services include health centres employing general practitioners, mother and child centres, district health care, district physiotherapy, visiting nurses and public dental care. The purpose of the primary health service is to work for public health within a geographically defined area.

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

The county and regional councils still have the responsibility for both open and closed ward psychiatric treatment. However, within psychiatry there is a trend towards increased collaboration with other agents. Thus the municipalities have, since 1995, assumed greater responsibility for housing of psychiatric patients as well as for general care and support.

The occupational health service falls under the labour inspection authority. The majority of physicians employed in occupational health service are linked to individual companies.

The National Board of Health and Welfare has issued a general recommendation for immunization of children.

Privately produced, but publicly financed health care and nursing exists on a limited scale. There are a few private hospitals and private nursing homes. About

med forsøgene indtil udgangen af 2001.

Det primære sundhedsvæsen omfatter sundhedscentre med almenmedicinske læger, børne- og mødrecentre, distriktsygepleje, 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 sundhedsforebyggende 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, 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 og offentligt finansieret sygdomsbehandling udøves kun i begrænset omfang. Ud over et fåtal private sygehuse findes der også private syge-

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

25 per cent of all medical consultations are at general practitioners. In addition, there are physiotherapists in private practice. Half of the dentists are private practitioners. The act concerning the fees, etc. of general practitioners and privately practising physiotherapists sets the conditions governing the rights of physicians and physiotherapists to establish private practices being financed by the county councils.

The hospitals are run by the county/regional councils.

The provincial hospitals comprise both more specialised hospitals covering the whole province and hospitals covering only part of the province. Medical treatment is provided in most areas of specialization, partly at hospital wards, partly at the 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 councils cooperate in six treatment regions, each with at least one regional hospital.

Supervision of the health services

DENMARK: Supervision of the health service is based partly on the legislation governing the central government of the health service and partly on special legislation, first and foremost concerning the different groupings of medical staff (the Physicians' Act, the Nursing Act, etc.) Supervision is partly carried out by the National Board of Health and partly by medical officers.

hjem. Ca. 25 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 fysioterapeuter 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 (åben 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 regionsygehus.

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.) Tilsynet udføres dels af Sundhedsstyrelsen, dels af embedslægerne.

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 county and municipal authorities which have responsibility for services rendered by the health service to the general public. In this way, the medical officers may function as independent advisors and supervisors at all levels and are authorised to take necessary measures either by consultation or by handing over further treatment of a case to central authorities. The institutions are attached to the National Board of Health, professionally as well as financially.

The supervision of medical staff 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 or possibly the courts.

The Patient Complaint Board handles complaints concerning authorized health staff. Following preliminary treatment of the cases (hearings of the parties, professional assessment, etc.) by the medical officer, a final decision is reached by the Patient Complaint Board.

In connection with the statutory planning of the preparation of guidelines and the debates about adhering to them, the supervision of the activities of the health service is primarily carried out through a collaboration between the decentralised authorities. The daily activity is furthermore monitored through submission, by counties and municipalities, of specified budgets and accounts as well as statistical

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 (parts-høringer, 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 disses efterfølgelse. Desuden følges den løbende aktivitet gennem amternes og kommunernes indberetning af specificerede budgetter og regnskaber og statisti-

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

data to various centralised registers. Only in exceptional cases is it necessary to demand supervision concerning specific questions.

FAROE ISLANDS: The rules for the supervision of the health service is, by and large, the same as in Denmark both concerning who has the responsibility for the supervision (the chief medical officer) and regarding which areas including supervision and procedures for complaints.

GREENLAND: The Greenland Board of Health, an independent institution under the Greenland Home Rule Government, carries out health care supervision. The Board of Health advise and assist, the Greenland Home Rule Government, and other authorities in questions of health. Supervision includes health care institutions, health staff, municipal and other institutions. Health care complaints are addressed in writing to the Greenland Board of Health, who evaluate the complaint and subject it to a hearing before forwarding it to the Danish Patient Complaint Board in Copenhagen who then effect the final processing, hearing and verdict. Health care service complaints and questions concerning compensation are evaluated by the Department of Health.

FINLAND: The supervision of the health care system in Finland is organised in a less official and formal way than in other Nordic countries. There are no officials specialised in supervising the system. These duties are disseminated through the health care system.

The most important channels for nationwide supervision of the health and social

ske 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. Arbejdsopgaverne er spredt ud i hele sundhedssystemet.

De vigtigste kanaler til den landsdækkende styring af social- og sundhedsvæ-

services are legislation and its related statutes. Besides, the Government each year ratifies nationwide plans for the health and social sector covering the period of the government. The general planning, co-ordination and supervision of the statutory services rest with the Ministry of Social Affairs and Health. Planning, co-ordination and supervision in the regions rest with the regional councils. The chief medical officer and the forensic medical officer act as medical advisors to the Department of Health and Social Affairs within the regional administration. In addition, there are six governmental institutions who contribute to the supervision of the health services.

A nation-wide body for the protection of patients rights has been established. The body may assess whether the services of individual municipalities are up to required standards. If the body finds that the service system is deficient for reasons owing to the municipalities, then it may recommend how and within what time limit the deficiency must be rectified.

Patients have many possibilities to express their complaints about the treatment or service they received. The simplest and most direct way is to express dissatisfaction to the treating physician. The other possibility is to contact the physician in charge of leading the treating unit or health centre. If an external authority is needed to solve the complaints, the two possibilities are the Chief District Medical Officer and the National Board of Medico-Legal Affairs. Both of these are capable of giving reprimands, or if needed sanctions.

senet er lovgivning og dertil hørende forordninger. Regeringen godkender desuden hvert år de landsdækkende planer for social- og sundhedsområdet for den kommende regeringsperiode. Den generelle planlægning, styring og tilsynet med de lovpligtige ydelser påhviler social- og hälsovårdsministeriet. Planlægning, styring og tilsyn inden for lenene påhviler lensstyrelserne. 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 grundretlighedsnævn (grundskydds-nämnd). 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 hälsovården. Begge har muligheder for at komme med udtalelser og sanktioner hvis det er påkrævet.

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

ÅLAND: Supervision of health staff is done according to Finnish law and is administered by the Government of Åland.

Complaints concerning treatment can either be addressed, as in Finland, to the institution giving the treatment or the national authorities – or to the Government of Åland. In Åland, the patient ombudsman is employed by the Government of Åland and is thus independent of the respective institutions of treatment. The patient ombudsman may table questions of principal significance in 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 Director General of Public Health has overall responsibility for supervision of health institutions, health staff, prescription of medicine, treatment of substance abusers and control of all public health services.

The District Medical Officer carries out supervision in the district on behalf of the administration. The State Drug Inspectorate supervises pharmacies and pharmaceutical products.

Complaints concerning the health services are addressed to the Director General of Public Health and the District Medical Officers who evaluate the complaints and make decisions. However, the institutions involved must also be informed about the complaints. In case of conflict, the case must to be discussed by a special board (consisting of three persons appointed by the Supreme Court). Complaints can also be forwarded directly to this board.

ÅLAND: Tilsynet med sundhedspersonalet sker efter finsk lovgivning og foretages lokalt af Landskapsstyrelsen.

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

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

Distriktoverlægerne fører tilsyn med sundhedsarbejdet i distriktet på administrationens vegne. Lægemedeltilsynet fører den farmaceutiske tilsyn med apoteker og lægemidler.

Sundhedsdirektøren og distriktslægerne modtager klager fra folk 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.

NORWAY: According to regulations, every institution providing health services is obliged to establish an internal supervisory system to ensure that the institution is run in accordance with the statutes and guidelines.

The National Board of Health and the Regional Medical Officers (one Regional Medical Officer in each county) is responsible for overall supervision of the health services. The Regional Medical Officers carry out supervision of the entire health service and the health staff.

The supervisory authorities also act as complaints board. The Norwegian Board of Health and the Regional Medical Officers process complaints against both institutions and individual health workers. Initially, the Regional Medical Officers evaluate the complaints and may, in the event of irregularities being found, direct criticism against the parties involved.

If there are grounds for introducing more serious sanctions against an institution or staff, the complaint may be forwarded to the Norwegian Board of Health. If the institution is run unacceptably the Norwegian Board of Health may order changes to rectify conditions.

If the health staff break the rules, the Norwegian Board of Health may forward a reprimand or warning, or suspend or recall authorization/approval as health staff.

It is also possible for patients to forward their complaints to the person in charge of the institution (e.g. the municipal board concerning the rights to health service according to the statutes concerning health services in the municipalities)

NORGE: Efter reglerne har enhver virksomhed som udbyder sundhedsydelser pligt til at etablere et internt kontrolsystem med henblik på at sikre at virksomheden drives i overensstemmelse med love og forskrifter.

Statens helsetilsyn og fylkeslægerne (en fylkeslæge i hver fylkeskommune) fører den overordnede faglige tilsyn med sundhedstilstanden og sundhedsvæsenet. Fylkeslægeembedet fører tilsyn med hele sundhedsvæsenet og alt sundhedspersonale.

Tilsynsmyndigheden er ligeledes patientklageinstans. Statens helsetilsyn og fylkeslægerne behandler klager både rettet mod institutioner/virksomheder og den enkelte sundhedsmedarbejder. I første omgang er det fylkeslægerne som behandler klagerne, og de kan i tilfælde af, at der konstateres afvigelser fra regelsættene rette kritik mod de aktuelle aktører.

Hvis der er et grundlag for at benytte strengere sanktioner mod virksomheden eller sundhedspersonalet oversendes klagen til Statens helsetilsyn. Statens helsetilsyn kan, hvis virksomheden drives uforsvarligt, pålægge den at rette forholdene.

Hvis sundhedspersonalet ikke overholder regelsættene kan Statens helsetilsyn 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 de nødvendige sundhedsydelser efter lov om sundhedsvæsenet i kommunerne) eller til Norsk patientskadeerstatning, hvis der er

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

or to the Norwegian Patient Insurance Board, if someone claims for compensation as a consequence of events within the public health service.

SWEDEN: The county and regional councils are responsible for offering qualified health care for residents in their area. They are also responsible for public dental care (primarily for children and young persons).

Through legislation, the Government sets out the framework and supervises all activities.

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

The municipalities have, according to legislation on the support and service of particularly disabled persons, the overall responsibility for the mentally disabled. The county and regional councils only take action in specific matters e.g., when advice and personal support require special knowledge about the life conditions for persons with severe permanent disabilities.

The agencies with the overall responsibility for the health service have their own impartial (patient) boards. Patient complaints may be referred to these institutionally independent boards. The main purposes of such boards are twofold: to

tale om erstatning som følge af behandling i det offentlige sundhedsvæsen.

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

supply sound information and to ensure solutions that patients can come to terms with.

The National Medical Disciplinary Board. (HSAN) is an independent Government authority processing complaints against staff.

Financing of the 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 block grants from the Government. In the nordic countries, the Government issues a general block grant 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.

mation og at sikre løsninger som patienterne er indforståede med.

Sundhedsvæsenets ansvarsnævn (HSAN) er en uafhængig statslig myndighed som efterprøver klager over sundhedspersonale.

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.

Charges for health care as per January 1, 2000

Consultation with physician

DENMARK: As appears from the survey, there are no user charges in Denmark, the Faroe Islands and Greenland.

FINLAND: The following charges may be levied in connection with outpatient treatment at health centres:

- A fixed annual charge of max. FIM 120 within a 12 month period or:
- A fixed sum per visit of max. FIM 60. The charge is only levied at the first three visits at the same health centre in the course of one calendar year.

The charges do not apply to persons under 15 years of age.

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

ÅLAND: Medical consultations within the primary health service are without user charge after 7 visits within the same calendar year. The maximum user charge is thus FIM 350. If waiting time for an appointed consultation exceeds 45 minutes or more, the user charged for that visit is reimbursed.

ICELAND: Profylactic health care consultations for pregnant women and mothers with infants as well as school health care are free of charge.

Egenbetaling for sundheds-ydelser pr. 1. januar 2000

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 120 FIM inden for en 12 mdr.s periode, eller:
- Et fast beløb pr. besøg, dog højst 60FIM. Beløbet skal kunne betales for de første tre besøg på et og samme sundhedscenter i løbet af samme kalenderår.

De nævnte beløb opkræves ikke af personer under 15 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 60 procent.

ÅLAND: Lægebesøg inden for det primære sundhedsvæsen er uden egenbetaling efter 7 besøg indenfor et kalenderår. Egenbetalingen er derfor højest FIM 350 per år. Ved en ventetid på 45 minutter eller mere ved en bestil besøg tilbagebetales brugerbetalingen for besøget.

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

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

User charges for consultations with 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 FIM 0-120 Private min. 40 per cent	No charges for children under 15 years of age	..
Åland	Yes	Public FIM 50 -120 Private min. 40 per cent	No charges after 7 consultations	..
Iceland	Yes	ISK 700- 1,600 in primary care, other rules for specialized care	ISK 300 - 600 for children under 18 years of age, and for pensioners, disabled and long-term unemployed	Varies
Norway	Yes	NOK 110- 168	No	Approx. 35 per cent
Sweden	No	SEK 100 - 250	SEK 260 for emergency consultations at hospitals in the county council of Uppsala	..

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 - 120 FIM, Privat mindst 40 pct.	Ingen betaling for børn under 15 år	..
Åland	Ja	Offentlig 50 - 120 FIM Privat mindst 40 pct.	Ingen egenbetaling efter 7 besøg	..
Island	Ja	700 - 1.600 ISK hos almen læge, andre regler for besøg hos specialist.	300- 600 ISK for børn under 18 år og for pensionister, handicappede og langtidssarbejdsløse	Variierende
Norge	Ja	110 - 168 NOK	Nej	ca. 35 pct.
Sverige	Nej	100- 250 SEK	260 SEK ved akut besøg på sygehuse i Uppsala läns landsting	..

The charge for consultation with a specialist is either 1,400 ISK plus 40 percent of the remaining costs of the consultation, max. 5,000 ISK or 500 ISK plus one third of the remaining 40 percent, though max.

Egenbetalingen for besøg hos en specialist er enten 1.400 ISK plus 40 pct. af de resterende udgifter dog max. ISK 5.000, eller 500 ISK og en tredjedel af de resterende 40 pct. dog max. 5.000. Pensionister, handi-

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

5,000 ISK. The reduced charge applies to pensioners and children under 18. The same rates also apply to outpatient specialist treatment in hospitals and emergency wards.

Insured people pay 1,000 ISK for each laboratory test and for each X-ray treatment. The charge is 300 ISK for the group entitled to a reduced rate.

User charge for persons who have been continuously unemployed for a period of 6 months or longer is the same as for pensioners.

NORWAY: There is a user charge for medical consultations with general practitioners, specialists and outpatient treatment at hospitals. The health insurance offers full reimbursement for treatment of children under the age of 7 years, treatment of industrial injuries, pregnancy and childbirth, and, in certain other cases (e.g. treatment of dangerous contagious diseases, psychotherapy for persons under the age of 18 years, and treatment of prison inmates). There may also be user charges for physiotherapy, Psychologist, and for treatment of patients in nursing homes..

SWEDEN: Local authorities (county and regional councils) set the charges themselves. For medical consultations in primary health care or with a private general practitioner, the user charge varies from 100 to 140 SEK, whereas it varies from 150 to 250 SEK for medical consultations with specialists (in hospitals or in private practice).

Except in two county councils children and young people under the age of 20 years may consult the outpatient care free of charge.

cappede og langtidsarbejdsløse samt børn under 18 år betaler efter reducerede takster. Egenbetalingen for specialistbehandling er den samme ved hospitalernes ambulatorier og skadestuer.

Forsikrede betaler 1.000 ISK for laboratorieprøver og røntgenbehandling. Egenbetalingen er dog kun 300 ISK for patienter, som har ret til et reduceret beløb.

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, samt ambulatn behandling ved sykehusene. Folketrygden yder fuld refusion ved behandling af børn under 7 år, ved behandling af arbejdsskader, svangerskab/fødsler og i enkelte andre tilfælde (fx behandling af farlige, smitsomme sygdomme, psykoterapeutisk behandling af personer under 18 år og behandling af indsatte i fængsler). Der kan også opkræves egenbetaling for behandling ved fysioterapeut, psykolog og af patienter på sygehjem.

SVERIGE: De lokale myndigheder (landstingene og regionerne) fastsætter selv taksterne. For lægebesøg i det primære sundhedsvæsen eller hos huslægen varierer egenbetalingen fra 100 til 140 SEK, mens den varierer fra 150 SEK til 250 SEK ved lægebesøg hos specialister (ved sygehusene eller hos privatpraktiserende læger).

Med undtagelse af 2 landsting kan børn og unge under 20 år gå til ambulat lægebehandling uden brugerbetaling.

Reimbursement of pharmaceutical products

DENMARK: Reimbursement of pharmaceutical products in Denmark, are not stipulated with fixed percentages, since reimbursement depends on the amount of medicine used by the individual patient. Reimbursement percentages increase proportionally with the needs of the patient.

Reimbursable pharmaceutical products are products with a documented and valuable therapeutic effect on well-known indications, where the price of the product stands reasonable in comparison to its therapeutical value.

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.

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: 0, 49.8, 74.7 or 100 per cent	No	42 per cent
Faroe Islands	Yes	As in Denmark	No	..
Greenland	Yes	-	No	-
Finland	Yes	FIM 50 and 50 per cent of the cost exceeding FIM 50	For certain diseases, FIM 25 and 25/0 per cent of the cost exceeding FIM 25 is paid	50 per cent (in 1998)
Åland	Yes	FIM 50 and 50 per cent of the cost exceeding FIM 50	For certain diseases, FIM 25 and 25/0 per cent of the cost exceeding FIM 25 is paid	50 per cent (in 1998)
Iceland	Yes	ISK 1,200+ 60/80 per cent of the remaining cost, but max. ISK 2,400 /3,800	Pensioners and disabled: ISK 400 +30/50 per cent of the remaining cost, but max. ISK 800 /1,100	Approx. 45 per cent
Norway	Yes	36 per cent maximum NOK 340 per recipe	For children below 7 years: No user charge	..
Sweden	Yes	SEK 0-1,800	-	..

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

Individually based subsidy may be obtainable by submitting an application through one's own doctor to the National Pharmaceutical Board.

The National Board of Medicine stipulates a reference price for each group of pharmaceutical products covered by the scheme. The reference price forms the basis for the calculation of the subsidy given. For new pharmaceutical products, the subsidy is calculated on the basis of the average price of the product in other EU countries.

A current speciality rate is being worked out covering prices for all pharmaceutical products on the market.

FAROE ISLANDS: Largely the same rules as in Denmark.

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

Lægemiddelstyrelsen udarbejder en referencepris for hver af de lægemiddelgrupper, der er omfattet af referenceprissystemet. Referenceprisen er den pris, der lægges til grund for beregning af tilskud. For nye lægemidler beregnes tilskuddet på grundlag af gennemsnittet af prisen på lægemidlet i andre EU-lande.

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

FÆRØERNE: Følger stort set de samme regler som i Danmark.

Egenbetaling for lægemidler

	Er der ensartede regler i hele landet?	Egenbetalingens størrelse	Afvigelser	Egenbetalingens andel af de samlede udgifter til lægemidler
Danmark	Ja	Tilskud: 0, 49,8, 74,7 og 100 pct.	Nej	42 pct.
Færøerne	Ja	Som i Danmark	Nej	..
Grønland	Ja	–	Nej	–
Finland	Ja	50 FIM og 50 pct. af det beløb som overskrider 50 FIM	Ved visse sygdomme betales 25 FIM og 25/0 pct. af det beløb som overskrider 25 FIM.	50 pct. (i 1998)
Åland	Ja	50 FIM og 50 pct. af det beløb som overskrider 50 FIM	Ved visse sygdomme betales 25 FIM og 25/0 pct. af det beløb som overskrider 25 FIM	50 pct. (i 1998)
Island	Ja	1,200 ISK + 60/80 pct. af den resterende pris, dog højst 2,400/3,800 ISK	Pensionister og handicappede: 400 ISK +30/50 pct. af den resterende pris, dog højst 800 /1,100 ISK	Ca. 45 pct.
Norge	Ja	36 pct. maksimum 340NOK pr. recept	For børn under 7 år: Ingen egenbetaling	..
Sverige	Ja	0 -1.800 SEK	–	..

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

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

Some new and expensive drugs (e.g. for dementia and multiple sclerosis) are in specified cases paid by the hospital or municipality. The accepting of the new drugs on the reimbursement schemes is not automatic and many drugs are first marketed without any reimbursement. The health economics have been given more and more weight in the licensing process of new drugs.

Besides medicines, certain nutrients used in the treatment of a number of diseases as well as ointments used in the treatment of chronic skin diseases are also subsidised.

As a main rule, the health insurance scheme fully reimburses the costs exceeding FIM 3,320 in the course of one calendar year.

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

In special individual cases, reimburse-

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, og refusionen er beregnet separat for hver indkøb og hver kategori.

Nogle nye og meget dyre medikamenter (for eksempel mod demens og sclerose) bliver i særlige tilfælde betalt af hospitalet eller kommunen. Der forekommer ingen automatisk aksept 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 som overskrider et beløb på 3.320 FIM 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 refusi-

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

ment by the health insurance scheme may cover more of the medicine costs than is described above.

There is also a reference price system. For generic drugs of the same form, 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 20 per cent of the registered drugs.

NORWAY: Most pharmaceutical products are reimbursed according to a system based on diagnoses and approved products prescribed by a physician. A condition is long-term need for the product, equipment or accessories.

SWEDEN: A new rebate system for prescribed pharmaceutical products was introduced in 1997. The rebate is calculated according to the value of the products bought. For purchases of up to SEK 900 over a 12 month period, the user pays all. A rebate is given for exceeding costs. For costs between SEK 900 and 1,700, there is a 50 per cent rebate. Between SEK 1,700 and 3,300 the rebate is 75 per cent, and between SEK 3,300 and 4,300 the rebate is 90 per cent. When products have been purchased for a sum of SEK 4,300, the ceiling of user charge has been reached. At this level, the patient will have paid SEK 1,800 and receives a free pass for the rest of the 12 months period. The scheme covers rebate approved medicines on prescription including contraceptives and accessories for stoma. Insulin is free of charge.

onen 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. 20 pct. af de registrerede lægemidler.

NORGE: De fleste lægemidler refunderes efter et system baseret på diagnoser og godkendte præparater forskrevet af en læge. Udgangspunktet er at man langvarigt har behov for lægemidlet, medicinsk udstyr eller forbrugsvarer.

SVERIGE: I 1997 blev der indført et nyt rabatsystem for lægemidler på recept. 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.

Treatment at hospitals

As appears from the survey, 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 polyclinic treatment at hospitals, cf the section on consultations with physician.

FINLAND AND ÅLAND: Patients pay a charge for admission to hospital, psychiatric ward or health centre. There is a basic charge of FIM 150 which can be levied if the hospitalization period last at least three days. If a new hospitalization period starts within 12 days, no basic charge can be levied. In short-term treatment there is a charge of FIM 135 per ward day. The rehabilitation charge is FIM 50 per ward day.

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 ambulans specialistebehandling ved hospitaler, jvf. afsnittet om lægebesøg.

FINLAND OG ÅLAND: Patienterne betaler for indlæggelse på hospital, psykiatrisk afdeling eller sundhedscenter. Der findes et basisbeløb på 150 FIM som ydes hvis hospitalsopholdet er under 3 dage. Hvis et nyt hospitalsophold starter inden 12 dage betales der intet basisbeløb. For korttidsbehandling betales der 135 FIM pr behandlingsdag. Betaling for revalidering er 50 FIM pr behandlingsdag.

User charges for hospitalization

	Are there consistent rules for the whole country?	Size of user charge	Deviations	User charge in relation to total cost of hospitalization
Denmark	Yes	-	No	..
Faroe Islands	Yes	-	No	-
Greenland	Yes	-	No	-
Finland	Yes	FIM 150 per visit and FIM 135 per day in short term care.	Payment for long-term stay according to means	8 per cent (in 1998)
Åland	Yes	FIM 35-125	Payment for long-term stay according to means	..
Iceland	Yes	-	No	-
Norway	Yes	-	No	-
Sweden	No	SEK 0-80 per day	Anticipatory pensioners under the age of 40 only pay half for the first 30 days of each sickness period	..

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

Bed-day in a psychiatric hospital is FIM 35 in Åland. For outpatient treatment in specialised hospitals the maximum charge is FIM 120 per visit. A charge for day surgery was introduced on January 1. 1999 and it was increased from FIM 250 to FIM 400 January 1 2000. In Åland, the charge is paid back for set outpatient appointments where the waiting time exceed 45 minutes.

SWEDEN: As per 1998, the county and regional councils may set the user charges for admitted patients at various levels in relation to income levels and may thus subsequently decide to reduce user charges.

The user charge is max. SEK 80 per day, but the payment varies between treatment boards. Some county and regional councils differentiate user charge according to income, others according to age or to age

En sengedag på et psykiatrisk sygehus er 35 FIM på Åland. For ambulat behandling ved de specialiserede hospitaler er den maksimale egenbetaling 120 FIM pr. besøg. En egenbetaling på 250 FIM for dagkirurgi blev indført 1. januar 1999. Dette blev forhøjet til 400 FIM pr 1. januar 2000. På Åland tilbagebetales beløbet ved en tidsbestilt ambulat besøg hvis ventetiden er 45 minutter eller mere.

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 varier mellem behandlingsnævne. Nogle landsting og regioner differentierer egenbetalingen efter indkomst, andre efter alder eller alder og antal

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	150 FIM pr besøg og 135 FIM pr sengedag for korttidsophold.	Betaling for langtidsophold efter betalingsevne	8 pct. (i 1998)
Åland	Ja	35-125 FIM	Betaling for langtidsophold efter betalingsevne	..
Island	Ja	-	Nej	-
Norge	Ja	-	Nej	-
Sverige	Nej	0-80 SEK/dag	Førtidspensionister under 40 år betaler kun det halve i de første 30 dage af hver sygdomsperiode	..

and number of treatment days. Some have chosen a flat lower user charge with a ceiling for the size of the total user charge.

Except for one, all county and regional councils have agreed that children and young people under the age of 20 years receive free medical treatment (for one county council the age limit is 19).

Reimbursement of dental treatment

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

Beides this, approximately one million Danes are covered by a private insurance scheme according to which reimbursements may be obtained for both subsidised and unsubsidised treatment.

Children and young people under 18 years of age receive free municipal dental care including orthodontics. Elderly people who live in a nursing home or in their own home with several aides are offered supportive dental care for which there is a maximum annual charge of 300 DKK.

Besides, the general rules mentioned above, subsidy may be granted for dental treatment, etc., according to social statutes.

Oral and maxillo-facial surgery is carried out at the hospitals and is paid for by the counties.

behandlingsdage. Nogle har valgt en ensartet, lavere egenbetaling med et loft over den samlede egenbetalings størrelse.

Alle landsting og regioner på nær ét har besluttet at der skal ydes gratis sygdomsbehandling til børn og unge under 20 år (et enkelt landsting har fastsat grænsen til det kalenderår hvor de fylder 19).

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 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.

Der er vederlagsfri kommunal tandpleje, herunder tandregulering, for børn og unge under 18 år. Ældre personer, der bor på plejehjem eller i eget hjem med mange hjælpeforanstaltninger, tilbydes omsorgstandpleje, for hvilken der maksimalt opkræves DKK 300 pr. år.

Ud over ovennævnte generelle regler kan der ydes støtte til tandbehandling m.v. i henhold til den sociale lovgivning.

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

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

FAROE ISLANDS: The same rules apply as in Denmark.

GREENLAND: Preventive treatment, emergency treatment, general treatment for dental diseases and prosthesis treatment are free of charge. As far as conditions permit, further dental treatment may be offered.

FINLAND: Persons born in 1956 or later can get refunds for the costs of oral and dental examinations and treatment performed by a dentist. From 1997, costs for dental examinations and preventive treatment carried out at three year intervals will be reimbursed for persons born before 1956.

Laboratory and X-ray examinations ordered by a dentist are also refundable, as well as drugs prescribed by a dentist and the costs of travelling to visit a dentist under the same terms as procedures applying to medical prescriptions and travel costs when visiting a physician. The costs for dental treatment increased by approximately 10 per cent in 2000.

ÅLAND: All public dental treatment for persons under 19 years of age is free of charge. A dental visit costs 35 FIM for others; additional and preset rate expenses covering examinations, etc. are not included. Adjustment of teeth and prosthetics are charged according to actual expenses. Cf. the Finish rules for appointments made at private practicing dentists.

ICELAND: The health insurance offers reimbursement for dental treatment. Except for gold and porcelain inlays, bridges and orthodontics, there is a 75 per cent reimbursement for dental treat-

FÆRØERNE: Man følger de samme regler som i Danmark.

GRØNLAND: Profylaktisk behandling, nødbehandling, almindelig behandling for tandsygdomme og protesebehandling er gratis. I den udstrækning forholdene tillader det kan videregående tandbehandling finde sted.

FINLAND: Personer der er født i 1956 eller senere kan få refunderet udgifterne til mund- og tandundersøgelser og til behandling udført af en tandlæge. Fra og med 1997 vil udgifter til tandundersøgelser og præventiv behandling, udført med tre-års intervaller blive refunderet for personer født før 1956.

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. Udgifterne til tandbehandling er steget med ca. 10 procent i 2000.

ÅLAND: Al offentlig tandbehandling for personer under 19 år er gratis. For andre koster et besøg 35 FIM 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 yder refusion til tandbehandling. Bortset fra guld og porcelæn kroner, broer og tandregulering ydes der 75 pct. til tandbehandling af børn i alderen under 18 år. Tandregule-

ment of children under the age of 18 years. Orthodontics may be refunded by up to ISK 100,000. Long-term illness and old age as well as disability pensioners get their costs fully or partially covered. For this group, 50, 75 or 100 per cent coverage may apply to costs of dental treatment, except gold and porcelain inlays and bridges.

For treatment, including orthodontics, of congenital malformations, greater anomalies such as split palate and aplasies, accidents and illness, payments are made according to special rules. There is no subsidy for dental treatment for the rest of the population.

NORWAY: Adults pay for their own dental treatment. Dental treatment, except for orthodontics, is free of user charges for people under the age of 18 years. The same applies to certain other groups: e.g. mentally retarded, elderly, long-term ill and disabled people.

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

All persons aged 20 years or more receive a subsidy from the dental treatment insurance for maintenance treatment including all dental treatment except for prostheses. There is a free price system for dental treatment which means that dentists set the cost of the various types of treatment themselves. It is also possible to make a two-year agreement on treatment at a fixed price. For some more complicated forms of treatment, a fixed maximum price has been set.

Persons who need extensive dental care as a result of diseases or disability are

ring kan refunderes med op til 100.000 ISK. Langtidssyge samt alders- og invalidepensionister får ligeledes dækket deres udgifter helt eller delvist. Der kan til denne gruppe ydes 50, 75 eller 100 pct. dækning af udgifterne til tandbehandling, dog ikke for guld og porcelæns kroner eller broer.

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.

NORGE: Voksne betaler normalt selv for tandbehandling. Tandbehandling, bortset fra tandregulering, for unge under 18 år er uden egenbetaling. Det samme gælder for visse andre grupper: fx psykisk udviklingshæmmede, ældre, langtidssyge og handicappede.

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

Alle personer som er 20 år eller ældre får et tilskud fra tandbehandlingsforsikringen for den bevarende behandling, hvilket omfatter al tandbehandling med undtagelse af proteser. 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 nogle mere omfattende behandlingsformer er der fastsat en maksimal egenbetaling.

Personer som har behov for en udvidet tandpleje som følge af sygdomme eller

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

given a subsidy from the dental treatment insurance which is twice the amount of what normally given for maintenance treatment.

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

- Surgical dental treatment carried out in hospital
- Dental treatment which is a part of the time-limited treatment of disease
- Dental treatment for certain elderly or disabled people who have difficulties maintaining 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. maximum of SEK 900 for a twelve month period.

Maximum charges

DENMARK, FAROE ISLANDS AND GREENLAND: There are no rules for maximum user charges.

FINLAND: If the total costs for pharmaceutical products exceed FIM 3,320 per year or if travelling costs exceed FIM 900 per year, the Social Insurance Institute will reimburse the exceeding costs. If the capability to pay taxes has decreased due to sickness a special tax relief may be applied. The amount of the tax relief is calculated on the basis of the person's and his/her family's ability to pay taxes.

The so-called pay loft of 3.500 FIM is applied by the Municipal social and welfare

handicap gives der et tilskud fra tandbehandlingsforsikringen som er dobbelt så høj 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. højest 900 SEK for en tolv måneders periode.

Maksimal egenbetaling

DANMARK, FÆRØERNE OG GRØNLAND: Der findes ingen regler om maksimal egenbetaling.

FINLAND: Hvis den maksimale egenbetaling for medicin udgør 3.320 FIM pr. år og hvis udgifterne til transport i forbindelse med behandling overstiger 900 FIM pr. år, vil Folkpensionsanstalten dække det overskydende beløb. Hvis evnen til at betale skal 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.

Det såkaldte udgiftsloft på 3.500 FIM er taget i anvendelse for det kommunale soci-

sector. Once the loft is exceeded, the user may more or less take advantage of services free of charge. The loft applies to medical services in primary health care, physiotherapy, outpatient treatment, day surgery and short term institutional stays within the social and health sectors. Dental care, sick transport, certificates, laboratory tests and radiological examinations carried out on referral from private practicing physicians are still paid for. Income regulated payments are not included in the maximum amount. The maximum amount does not follow the calendar year but is effectively counted as a 12-month period from first visit/appointment. Payments made for children under 18 years of age are conferred to the maximum amount by the person picking up the tab.

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. If the person has paid 1.500 FIM in the course of one calendar year, the ensuing treatment is free of charge. As part of the maximum user charge, payment for outpatient treatment and services received outside the county are also included. Dental treatment, treatment in wards, and x-ray and laboratory examinations are not included. User charges may be deducted from municipal tax.

ICELAND: Within the present system, patients 18-70 years of age are reimbursed if costs exceed 12,000 ISK in the course of one calendar year. The same applies to children under 18 years of age if charges exceed 6,000 ISK. Patient charges exceeding 3.000 ISK are reimbursed for the following groups: 60-70 year old senior citizens receiving a full basic pension, senior citizens above 70, disabled persons, and

al-og sundhedsvæsen. Når loftet overskrides kan den pågældende i det store og hele benytte tilbuddene uden betaling. Loftet omfatter lægeydelser i den primære sektor ved helsecentre, fysioterapi, behandlingsforløb, besøg i ambulatorium, dagkirurgi samt korttids institutionsophold 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. Maksimumsbeløbet er ikke regnet i forhold til et kalenderår men en 12 måneders periode fra det første besøg. 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. Hvis patienten har betalt 1.500 FIM i løbet af et kalenderår er den efterfølgende behandling gratis. Til den maksimale egenbetaling medregnes også betaling for ambulatant behandling og ydelser som er modtaget uden for landskabet. Derimod medregnes bl.a. tandbehandling, behandling på afdelinger, 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 12.000 ISK. Det samme gælder for børn under 18 år hvis egenbetalingen overstiger 6.000 ISK. For følgende grupper refunderes egenbetalingen hvis den overstiger 3.000 ISK pr. år: Pensionister 60-70 år med fuld grundpension, pensionister 70 år og ældre, handicappede

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

individuals who have been continually unemployed for 6 months or longer.

If there is 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 rebate card which guarantees full or partial reimbursement for the rest of the year, according to certain rules.

The cost ceiling scheme covers the following services: Consultation by a general practitioner or a specialist, home visit by a physician, outpatient treatment at hospitals or emergency wards as well as 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. The system covers all those insured, both adults and children, who are living permanently or temporarily in the country. Thus a cost ceiling is imposed in connection with the charges for medical care, psychological treatment, necessary pharmaceutical products and transport paid for by the National Insurance Scheme. When the ceiling is reached, patients will 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. As per January 1 2000, the cost ceiling was NOK 1.370 per year. Children under the age of 7 are free of charges.

SWEDEN: From January 1 1997, special maximum user charges for general

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.

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. Ordningen omfatter alle sikrede, såvel voksne som børn, der er bosat eller opholder sig i landet. Følgende ydelser er omfattet af ordningen om udgiftsloft: Lægehjælp, psykologbistand, vigtige lægemidler og rejser, som Folketrygden betaler for. 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. Pr. 1. januar 2000 var udgiftsloftet 1.370 NOK pr. år. Børn under 7 år er fritaget for egenbetaling.

SVERIGE: Siden 1. januar 1997 har der været særskilte takster for maksimal

medical treatment and for pharmaceutical products have been introduced.

The user charge for consultation with a general practitioner or a specialist or for medical treatment and the user charge payable for articles used in connection with 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 council, a medical card entitling the holder to free medication is issued. The card is valid for the remaining part of the period.

If the user charge for prescribed pharmaceutical products exceeds SEK 1,800, a medical card entitling the holder to free medication is issued. The card gives access to pharmaceutical products free of charge for the remaining part of the 12 month period.

If one of the parents or the parents together 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. In some county and regional councils there is also a maximum user charge for sickness transport.

egenbetaling for henholdsvis almindelig lægebehandling og lægemidler.

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.

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.

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 and trends in population development followed by a 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 0-14-year-olds' share of the total population decreased at the end of the 1980s and at the beginning of the 1990s but is now increasing. Especially the oldest age groups by now make up a growing proportion of the population, whereas the share of the total population comprised by the 15-64 year-olds remains largely unchanged.

The development in population growth varies considerably between the Nordic countries with the highest growth rate in Iceland, the Faroe Islands and Greenland. However, the net migration has in some years caused a reduction in the population size in the Faroe Islands and has contributed to reducing the overall

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. De 0-14-åriges andel af den samlede befolkning faldt i slutningen af 1980'erne og i begyndelsen af 1990'erne, men er nu igen begyndt at stige. Specielt de ældste aldersklasser udgør efterhånden en stigende andel af befolkningen, hvorimod de 15-64-åriges andel af den samlede befolkning stort set er uændret.

Udviklingen i befolkningstilvæksten varierer en del de nordiske lande imellem. Fødselsoverskuddet har hele perioden igennem været størst i Island, Færøerne og Grønland. Nettomigrationen har dog i nogle år medført en reduktion i den færøske befolkning og har været medvirkende til at begrænse den samlede be-

increase of population in Greenland and Iceland. On the contrary, the net migration has contributed to the increase in the total growth of population in the other countries which has also been the case in Iceland in 1998.

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

folkningstilvækst i Grønland og Island. Omvendt har nettomigrationen medvirket til at øge den samlede befolkningstilvækst i de øvrige lande, hvilket også er tilfældet for Island i 1998.

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 percentage of the total population 1998
 Middelfolketallet efter køn og alder i pct. af hele befolkningen 1998

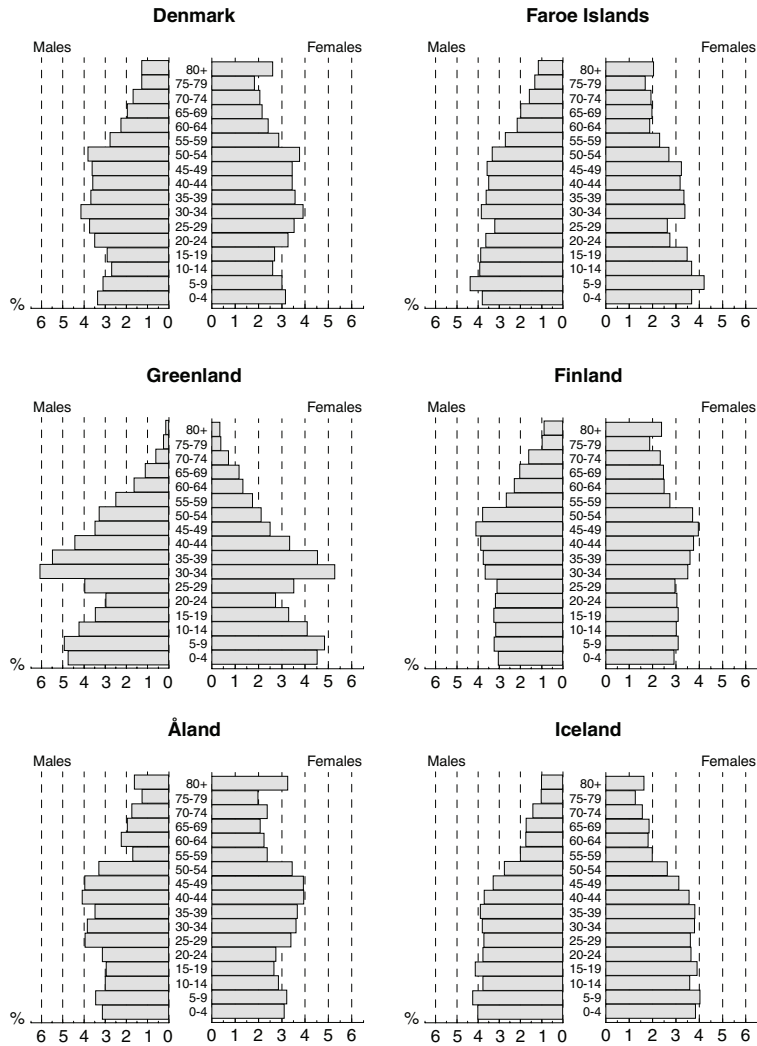
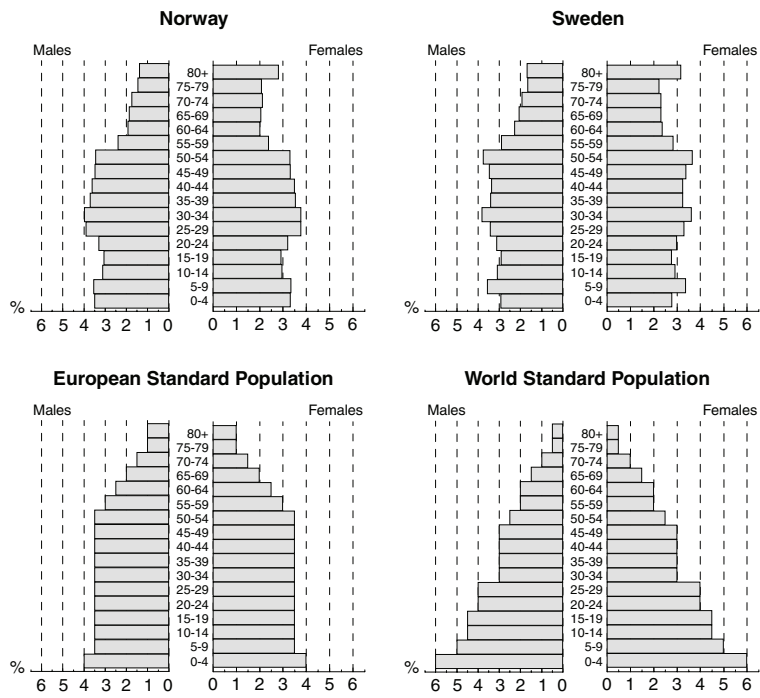


Figure 2.1 ... continued
... fortsat



POPULATION AND FERTILITY

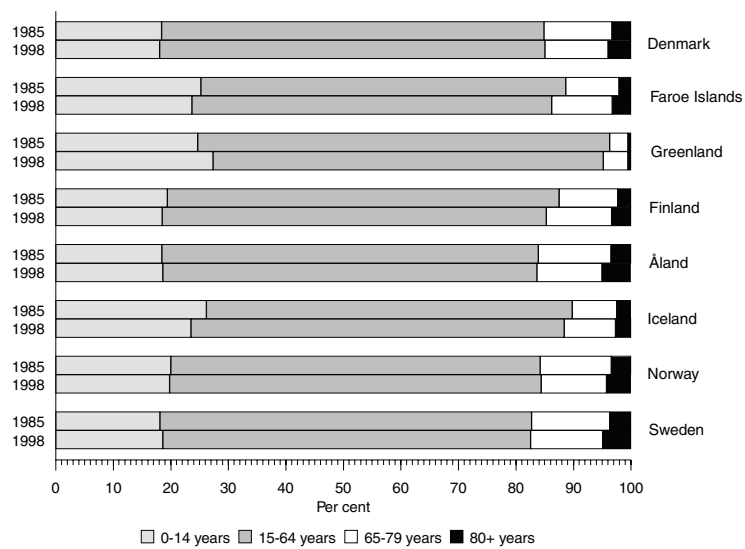
Table 2.1 Mean population 1985-1998
Middelfolketallet 1985-1998

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	of which Åland	Iceland	Norway	Sweden
<i>(1,000)</i>								
<i>Males</i>								
<i>Mænd</i>								
1985	2,519	24	29	2,374	12	121	2,053	4,124
1990	2,533	25	30	2,419	12	128	2,097	4,228
1995	2,580	23	30	2,487	12	134	2,155	4,361
1997	2,610	23	30	2,505	12	136	2,179	4,371
1998	2,621	23	30	2,513	13	137	2,192	4,376
<i>Females</i>								
<i>Kvinder</i>								
1985	2,595	22	24	2,529	12	120	2,099	4,227
1990	2,607	23	26	2,567	12	127	2,144	4,331
1995	2,648	21	26	2,621	13	133	2,204	4,466
1997	2,674	21	26	2,635	13	135	2,227	4,475
1998	2,684	22	26	2,641	13	137	2,239	4,478
<i>Males and females</i>								
<i>Mænd og kvinder</i>								
1985	5,114	46	53	4,903	24	241	4,153	8,350
1990	5,140	48	56	4,986	24	255	4,241	8,559
1995	5,229	44	56	5,108	25	267	4,359	8,827
1997	5,284	44	56	5,140	25	271	4,405	8,846
1998	5,304	45	56	5,153	26	274	4,432	8,854

Source: The central statistical bureaus

Kilde: De statistiske centralbureauer

Figure 2.2 Mean population 1985 and 1998 distributed by age groups 0-14, 15-64, 65-79 and 80+ years
 Middelfolketallet 1985 og 1998 fordelt efter aldersgrupperne 0-14, 15-64, 65-79 og 80+ år



POPULATION AND FERTILITY

Table 2.2 Vital statistics per 1,000 inhabitants 1985-1998
Befolkningens bevægelser pr. 1.000 indbyggere 1985-1998

	<i>Live births</i> Levendefødte	<i>Deaths</i> Døde	<i>Natural increase</i> Fødselsoverskud	<i>Net migration</i> Nettomigration	<i>Population increase</i> Befolkningstilvækst
<i>Denmark</i>					
1985	10.5	11.4	-0.9	1.9	1.0
1990	12.3	11.9	0.5	1.6	2.1
1995	13.3	12.1	1.3	5.5	6.7
1998	12.5	11.0	1.5	2.1	3.6
<i>Faroe Islands</i>					
1985	16.2	7.4	8.8	-1.7	7.1
1990	19.9	7.5	12.4	-22.3	-9.9
1995	14.7	8.3	6.4	-13.4	-7.0
1998	13.9	8.5	5.4	6.9	1.5
<i>Greenland</i>					
1985	21.4	8.2	13.2	..	8.8
1990	22.6	8.4	14.2	-10.6	3.6
1995	20.1	8.7	11.4	-8.3	3.1
1998	17.6	8.3	9.2	-9.2	0.0
<i>Finland</i>					
1985	12.9	9.8	3.0	0.5	3.5
1990	13.2	10.1	3.1	1.4	4.5
1995	12.3	9.6	2.7	0.6	3.3
1998	11.1	9.6	1.5	0.7	2.2
<i>Åland</i>					
1985	12.2	10.2	1.9	-1.2	0.7
1990	14.8	9.3	5.6	8.6	14.2
1995	13.4	10.2	3.2	-2.3	0.9
1998	12.2	9.3	2.9	5.8	8.7
<i>Iceland</i>					
1985	16.0	6.9	9.1	-2.3	6.8
1990	18.7	6.7	12.0	-2.7	9.3
1995	16.0	7.2	8.8	-5.3	3.5
1998	15.3	6.7	8.6	3.2	11.8
<i>Norway</i>					
1985	12.3	10.7	1.6	1.5	3.2
1990	14.4	10.9	3.5	0.4	3.9
1995	13.8	10.4	3.5	1.5	4.9
1998	13.2	10.0	3.2	3.1	6.2
<i>Sweden</i>					
1985	11.8	11.3	0.5	1.3	1.9
1990	14.5	11.1	3.4	4.1	7.4
1995	11.7	10.6	1.1	1.3	2.4
1998	10.1	10.5	-0.5	1.2	0.8

Source: *The central statistical bureaus*
Kilde: De statistiske centralbureauer

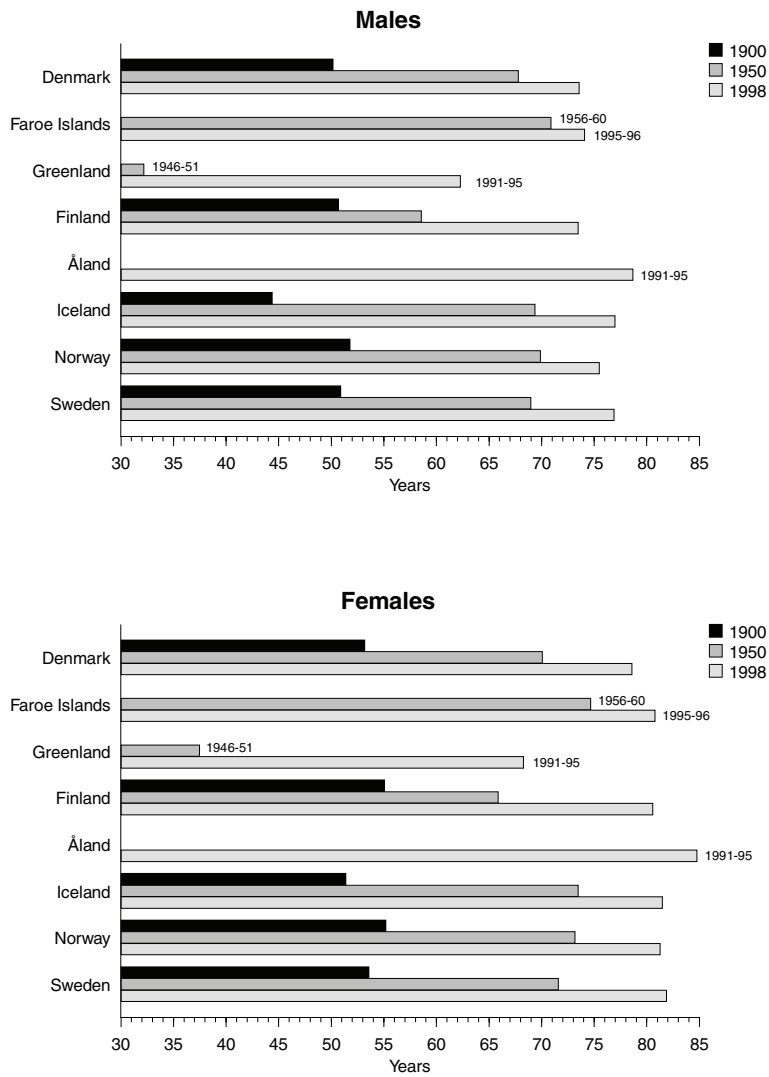
Table 2.3 Average life expectancy 1986-1998
Middellevetiden 1986-1998

Age	Males					Females				
	0	15	45	65	80	0	15	45	65	80
<i>Denmark</i>										
1986-90	71.9	57.8	29.7	14.1	6.4	77.7	63.4	34.5	17.9	8.1
1991-95	72.5	58.3	30.1	14.2	6.4	77.8	63.5	34.5	17.7	8.1
1996/97	73.3	58.9	30.7	14.5	6.5	78.4	63.9	34.8	17.9	8.3
1997/98	73.6	59.3	31.0	14.7	6.6	78.6	64.2	35.1	18.0	8.5
<i>Faroes</i>										
1986-90	72.8	59.2	30.1	14.5	6.7	79.6	65.5	36.3	18.2	7.7
1991-95	73.3	59.2	31.1	14.8	6.8	80.3	66.0	37.9	19.0	8.5
<i>Greenland</i>										
1986-90	60.7	48.5	24.6	10.6	4.4	68.4	53.8	28.7	13.7	5.4
1991-95	62.3	49.6	25.5	10.4	4.8	68.3	55.5	28.0	12.6	5.4
<i>Finland</i>										
1986-90	70.7	56.4	28.8	13.6	6.1	78.8	64.4	35.3	17.6	7.5
1991-95	72.1	57.7	30.0	14.2	6.3	79.7	65.2	36.1	18.2	7.7
1997	73.4	59.0	31.0	15.0	6.6	80.5	66.0	36.8	18.9	8.1
1998	73.5	59.0	30.9	14.9	6.5	80.8	66.3	37.1	19.1	8.2
<i>Åland</i>										
1986-90	76.6	62.3	33.8	17.0	7.5	83.5	68.7	39.2	21.4	10.0
1991-95	78.7	64.2	35.1	17.9	8.5	84.8	70.1	40.6	21.8	9.8
<i>Iceland</i>										
1986-90	75.0	60.7	32.5	15.8	7.3	80.1	65.8	36.6	19.1	8.8
1991-95	76.3	61.9	33.4	16.4	7.3	80.8	66.3	37.0	19.3	8.7
1996/97	76.4	62.0	33.3	16.2	7.3	81.3	66.7	37.4	19.5	8.8
1997/98	77.0	62.5	33.8	16.5	7.4	81.5	67.0	37.7	19.8	8.7
<i>Norway</i>										
1986-90	73.1	59.0	30.8	14.5	6.5	79.7	65.5	36.3	18.6	8.1
1991-95	74.4	60.1	31.6	15.0	6.5	80.4	66.0	36.8	19.0	8.3
1997	75.5	61.0	32.5	15.5	6.6	81.0	66.5	37.2	19.4	8.5
1998	75.5	61.0	32.7	15.7	6.8	81.3	66.7	37.5	19.6	8.6
<i>Sweden</i>										
1986-90	74.4	60.1	31.7	15.1	6.5	80.2	65.8	36.7	18.9	8.2
1991-95	75.6	61.2	32.6	15.7	6.8	81.0	66.5	37.3	19.4	8.6
1997	76.7	62.1	33.4	16.3	7.0	81.8	67.2	37.9	19.9	8.9
1998	76.9	62.4	33.5	16.3	7.0	81.9	67.3	38.0	20.0	8.9

Source: The central statistical bureaus

Kilde: De statistiske centralbureauer

Figure 2.3 Life expectancy for newborn 1900, 1950 and 1998
 Middellevetiden for nyfødte 1900, 1950 og 1998



Fertility, births, infant mortality, and contraception

In recent years, the overall development in fertility rates has resulted in that Sweden has the lowest fertility rates in the Nordic countries, whereas they remain high in the Faroe Islands, Greenland and Iceland, particularly regarding the youngest age groups.

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

Greenland also has the highest mortality rate for the first year of life. Iceland have the lowest mortality rate for the first year of life in 1998.

The sale of contraceptives varies substantially between the Nordic countries, but a certain levelling of differences has taken place in the course of 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.

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

Since the middle of the 1970's, 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 gesta-

Fertilitet, fødsler, spædbørnsdødelighed og prævention

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

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. Island har den laveste dødelighed i det første leveår i 1998.

Omsætningen af præventionsmidler varierer væsentligt mellem de nordiske lande; men der er med tiden sket en vis udliggning 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.

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

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

POPULATION AND FERTILITY

tion, while in the other Nordic countries it must be performed before the end of 12th week of gestation. Induced abortion, however, can also be carried out after the 12th and 18th week of gestation, respectively, but in that case only following special evaluation and permission.

In Denmark, Greenland, Norway and Sweden, it is solely up to the pregnant woman 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.

There is a certain divergence between the countries regarding abortion rates. The highest rates are found in Greenland, Sweden, Norway and Denmark, whereas the Faroe Islands, Finland, Åland and Iceland have the lowest rates. In some of the countries, there is an increase and in others a decrease both regarding the total abortion rate and the number of abortions per 1,000 live births.

svangerskabsafbrydelsen i de øvrige nordiske lande skal ske inden udgangen af den 12. svangerskabsuge. Provokeret abort kan dog også foretages efter henholdsvis 18. og 12. 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. De højeste rater finder man i Grønland, Sverige, Norge og Danmark, mens Færøerne, Finland, Åland og Island har de laveste. I nogle af landene kan der spores en stigning og i andre et fald både hvad angår den samlede abortrate og for aborter pr. 1.000 levendefødte.

Table 2.4 Live births and fertility rate 1986-1998
 Levendefødte og fertilitetsrate 1986-1998

	Number of live births Antal levendefødte	Live births per 1,000 females 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>									
1986-90	59,032	9.2	72.1	127.4	77.2	23.6	3.4	0.1	1,565
1991-95	67,778	8.8	65.4	138.6	100.5	34.0	4.8	0.2	1,762
1997	67,636	8.4	55.7	132.1	108.2	40.2	5.7	0.2	1,752
1998	66,170	7.7	53.6	128.3	108.4	40.6	5.9	0.2	1,724
<i>Faroe Islands</i>									
1986-90	860	35.4	134.7	170.0	111.3	47.8	9.0	0.3	2,525
1991-95	753	28.4	126.0	164.2	117.2	51.6	10.7	0.4	2,493
<i>Greenland</i>									
1986-90	1,168	75.3	139.2	112.9	77.4	36.5	7.5	0.2	2,245
1991-95	1,177	79.6	150.0	130.3	87.0	40.1	9.3	0.6	2,284
<i>Finland</i>									
1986-90	62,552	12.3	70.2	126.0	85.6	33.2	7.5	0.4	1,676
1991-95	65,050	10.9	71.0	134.2	101.4	39.2	7.7	0.4	1,822
1997	59,329	9.0	62.2	123.4	100.8	44.0	8.5	0.5	1,746
1998	57,108	9.2	59.5	116.9	100.3	44.1	8.8	0.5	1,700
<i>Åland</i>									
1986-90	316	8.8	72.1	134.8	94.6	34.6	7.8	-	1,763
1991-95	324	8.4	61.4	133.8	104.1	44.4	6.7	0.2	1,795
<i>Iceland</i>									
1986-90	4,415	30.6	115.2	136.1	99.7	42.7	7.7	0.2	2,161
1991-95	4,497	24.8	100.7	137.7	108.4	52.1	9.9	0.2	2,169
1997	4,151	24.5	92.4	126.2	105.7	49.6	9.5	0.1	2,040
1998	4,178	24.1	88.5	131.5	104.8	49.7	10.6	0.2	2,048
<i>Norway</i>									
1986-90	56,862	17.8	93.2	136.9	85.2	27.3	4.4	0.2	1,824
1991-95	60,196	15.2	82.6	137.7	100.2	37.2	5.6	0.2	1,879
1997	59,801	12.7	72.6	131.6	106.3	42.8	6.9	0.2	1,857
1998	58,352	12.4	68.7	128.2	105.0	43.3	6.9	0.2	1,814
<i>Sweden</i>									
1986-90	111,738	12.1	89.9	145.6	99.8	36.2	6.2	0.3	1,950
1991-95	116,052	10.9	81.3	142.8	107.5	42.8	7.7	0.3	1,966
1997	90,502	7.2	54.6	108.9	90.6	37.7	7.1	0.3	1,523
1998	89,028	6.4	49.5	104.6	93.0	40.8	7.4	0.3	1,505

Source: The central statistical bureaus

Kilde: De statistiske centrabureauer

Figure 2.4 Total fertility rate 1986-1998
Samlet fertilitetsrate 1986-1998

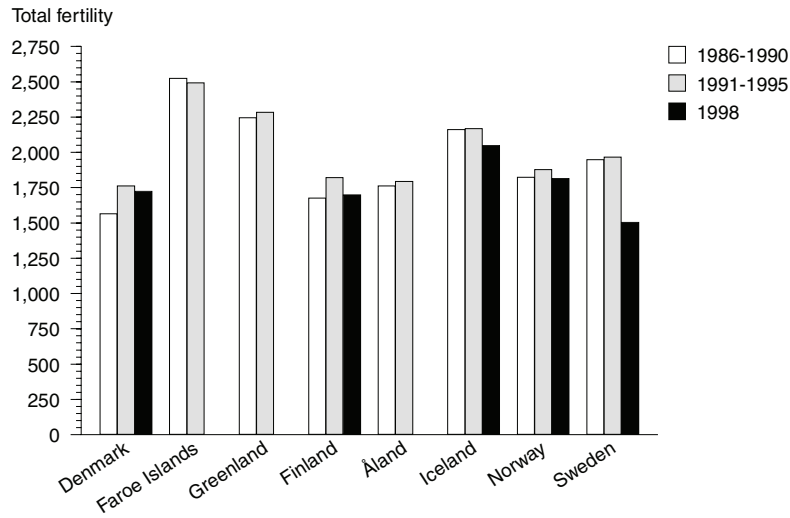


Figure 2.5 Infant mortality per 1,000 live births 1986-1998
Dødelighed i første leveår pr. 1.000 levendefødte 1986-1998

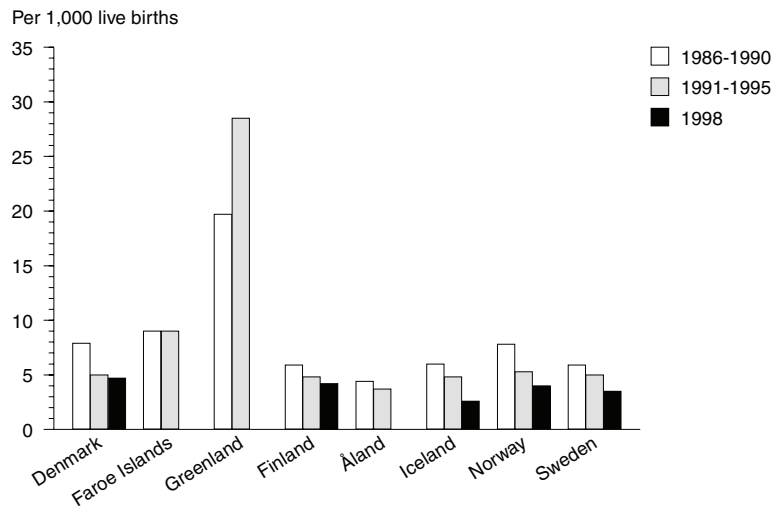


Table 2.5 Stillbirths and infant mortality¹⁾ 1986-1998
 Dødfødte og dødelighed i første leveår¹⁾ 1986-1998

	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	Perinatal deaths Perinatalt døde	First 24 hours Første 24 timer	1-6 days 1-6 dage	7-27 days 7-27 dage	Total under 1 year I alt under 1 år
<i>Denmark</i>								
1986-90	287	467	4.8	8.6	2.2	1.6	0.9	7.9
1991-95	314	403	4.6	7.0	1.9	1.3	0.7	5.0
1998	..	309	..	..	1.5	1.3	0.5	4.7
<i>Faroe Islands</i>								
1986-90	3	8	3.9	10.6	5.6	1.1	0.0	9.0
1991-95	3	7	4.5	6.6	2.1	4.0	0.5	9.0
<i>Greenland</i>								
1986-90	9	37	9.2	22.8	9.2	4.5	0.9	19.7
1991-95	5	33	4.0	21.9	12.1	5.8	1.2	28.5
<i>Finland</i>								
1986-90	203	372	3.3	6.4	1.7	1.8	0.8	5.9
1991-95	190	307	2.9	5.7	1.6	1.1	0.6	4.8
1998	150	239	2.6	5.0	1.5	0.9	0.6	4.2
<i>Åland</i>								
1986-90	1	1	3.2	5.0	-	1.9	0.6	4.4
1991-95	1	1	3.7	4.9	-	1.2	-	3.7
<i>Iceland</i>								
1986-90	14	26	3.2	6.8	1.9	1.8	0.4	6.0
1991-95	12	22	2.7	5.2	1.2	1.3	0.5	4.8
1997	13	23	3.1	5.8	1.9	0.7	0.5	5.5
1998	9	11	2.1	4.3	1.9	0.2	-	2.6
<i>Norway</i>								
1986-90	269	441	4.7	7.9	2.2	1.1	0.9	7.8
1991-95	257	322	4.3	7.0	1.7	1.1	0.7	5.3
1997	230	247	3.8	6.1	1.2	1.1	0.5	4.1
1998	247	232	4.2	6.2	1.2	0.8	0.6	4.0
<i>Sweden</i>								
1986-90	425	661	3.8	6.9	1.3	1.8	0.7	5.9
1991-95	392	583	3.4	5.8	1.1	1.3	0.7	5.0
1997	314	328	3.5	5.4	1.0	1.0	0.4	3.6
1998	324	316	3.6	5.4	0.8	0.9	0.6	3.5

1 Computed by year of death.

1 Opgjort efter dødsår.

Source: D: Danmarks Statistik; FI: Hagstova Føroyar; G: Embedslægeinstitutionen; F & Å: Statistikcentralen;
 Kilde: I: Hagstofa Íslands; N: Statistisk sentralbyrå; S: Statistiska centralbyrån

POPULATION AND FERTILITY

Table 2.6 Stillbirths and deaths during first year of life per 1,000 births 1985-1997, 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 1985-1997¹⁾

	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 under 1 year I alt under 1 år
<i>Denmark</i>								
1985	212	350	3.9	1.3	1.3	0.9	3.0	6.5
1990	262	382	4.1	0.9	1.3	0.7	3.1	6.1
1995	282	330	4.0	1.0	1.9	0.6	1.3	4.7
1996	284	270	4.2	1.0	0.9	0.6	1.5	4.0
<i>Finland</i>								
1985	199	327	3.2	1.1	1.5	0.8	1.8	5.2
1990	193	276	2.9	0.9	0.9	0.5	1.8	4.2
1995	189	175	3.0	0.7	0.5	0.5	1.1	2.8
1997	155	165	2.6	0.7	0.5	0.5	1.1	2.8
<i>Iceland</i>								
1985	10	17	2.6	0.5	1.1	0.3	2.1	4.5
1990	12	20	2.5	0.4	1.1	0.4	2.3	4.2
1995	7	13	1.6	0.9	0.7	-	1.4	3.0
1997	12	18	2.9	0.7	0.2	0.5	2.4	3.9
<i>Norway</i>								
1985	249	326	4.9	1.0	1.2	0.5	3.7	6.4
1990	242	276	4.0	0.9	0.6	0.3	2.6	4.5
1995	177	182	2.9	0.7	0.7	0.4	1.3	3.0
1997	190	170	3.2	0.6	0.8	0.4	1.0	2.9
<i>Sweden</i>								
1985	318	514	3.3	1.1	1.6	0.7	2.1	5.3
1990	391	566	3.2	0.8	1.0	0.5	2.4	4.7
1995	318	299	3.1	0.6	0.7	0.5	1.2	3.0
1996	286	254	3.0	0.5	0.6	0.4	1.2	2.7

1 Computed by year of birth.

1 Opgjort efter fødselsår.

Source: *Birth and Infant Mortality in the Nordic Countries. NOMESCO; Copenhagen 1993.*

Kilde: D: Sundhedsstyrelsen; F: Statistikcentralen og STAKES; I: Islands fødselsregister et Hagstofa Íslands; N: Statistisk sentralbyrå og Medisinsk fødselsregister; S: Socialstyrelsen

Table 2.7 Sterilizations 1985-1998
Sterilisationer 1985-1998

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Of which Åland	Iceland ¹⁾	Norway	Sweden ¹⁾
<i>Males</i>								
<i>Mænd</i>								
1985	4,348	3	..	558	-	31	2,525	1,624
1990	3,543	8	..	596	-	28	2,070	1,697
1995	5,256	3	4	800	-	87	2,697	1,507
1997	6,468	..	16	2,208	1	134	3,337	1,552
1998	5,477	3	19	1,918	1	..	3,151	..
<i>Females</i>								
<i>Kvinder</i>								
1985	5,919	10	..	8,675	8	595	7,490	6,224
1990	5,080	46	..	12,887	8	543	6,166	6,338
1995	4,815	60	67	10,554	31	553	4,525	5,919
1997	5,602	..	63	11,008	45	641	4,363	5,457
1998	5,374	45	76	9,593	38	..	4,699	..
<i>Total</i>								
<i>I alt</i>								
1985	10,267	13	..	9,233	8	626	10,015	7,848
1990	8,533	54	..	13,483	10	571	8,236	8,035
1995	10,071	63	71	11,354	31	640	7,222	7,426
1997	11,070	..	79	13,216	46	775	7,700	7,020
1998	10,851	48	95	11,511	39	..	7,850	..
[1998]								
<i>Per 1,000 of the age Pr. 1.000 i alderen</i>								
<i>Males</i>								
<i>Mænd</i>								
25-34	3.2	0	1.0	1.1	-	1.4	1.8	0.4
35-44	8.4	0.6	1.8	3.0	0.6	4.4	6.0	1.5
45-54	2.1	0	0.8	0.9	-	0.9	1.8	0.6
<i>Females</i>								
<i>Kvinder</i>								
25-34	5.5	5.5	9.0	7.2	2.8	7.0	3.8	2.2
35-44	7.9	5.5	6.5	17.6	16.4	22.3	10.1	6.6
45-54	0.5	0.4	0.8	1.2	1.5	3.3	0.9	0.5

1 Rates apply to 1997.

1 Raterne er for 1997.

Source: D: Sundhedsstyrelsen; FI: Landslæknin; G: Embedslægeinstitutionen; F & Å: STAKES;

Kilde: I: Landlæknisembættið; N: Statistisk sentralbyrå; S: Socialstyrelsen

POPULATION AND FERTILITY

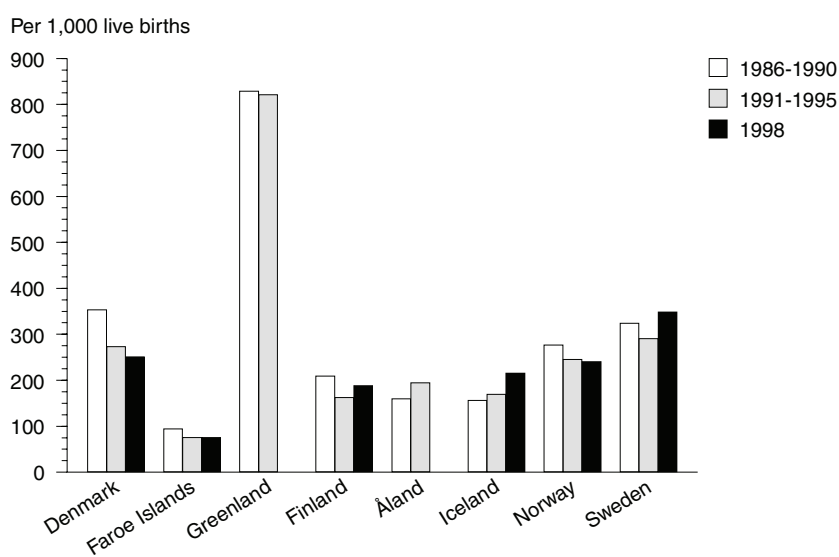
Table 2.8 Sales of oral contraceptives per 1,000 females aged 15–44 years 1985–1998. DDD per 1,000 women 15–44 years per day

Omsætning af p-piller pr. 1.000 kvinder i alderen 15–44 år 1985–1998.
DDD pr. 1.000 kvinder i alderen 15–44 år pr. dag

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
1985	277	..	..	177	..	194	164	260
1990	269	105	..	222	..	197	171	226
1995	280	214	143	201	257	226	198	289
1997	281	..	183	214	273	240	207	284
1998	..	..	170	199	277	251	206	310

Source: D: Sundhedsstyrelsen; FI: Landsapotekarin; G: Embedslægeinstitutionen; F & Å: Läkemedelsverket;
Kilde: I: Sundheds- og socialforsikringsministeriet; N: Norsk Medisinaldepot; S: Apoteket AB (fd Apoteksbolaget)

Figure 2.6 Abortions per 1,000 live births 1986–1998
Aborter pr. 1.000 levendefødte 1986–1998



Source: Table 2.9
Kilde: Tabel 2.9

Table 2.9 Number of induced abortions 1986-1998
 Antal fremkaldte aborter 1986-1998

	Number of abortions Antal aborter	Abortions per 1,000 females by age Aborter pr. 1.000 kvinder i alderen							Total abortion rate ¹⁾ Samlet abortrate ¹⁾	Abortions per 1,000 live births Aborter pr. 1.000 levendefødte
		-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45+		
<i>Denmark</i>										
1986-90	20,828	16.3	30.2	25.0	18.6	13.1	5.9	..	550.5	353.3
1991-95	18,513	16.3	24.6	22.8	18.6	12.0	5.0	0.4	498.0	273.0
1997	17,700	14.6	22.1	20.4	18.5	12.8	4.5	0.4	451.9	254.3
1998	16,600	14.3	20.7	20.0	18.0	12.7	5.0	0.5	441.7	250.9
<i>Faroe Islands</i>										
1986-90	81	..	..	..	..	..	..	..	..	94.0
1991-95	57	..	..	..	..	..	..	..	..	75.9
<i>Greenland</i>										
1986-90	978	113.1	121.0	84.1	62.0	31.3	11.1	1.5	2,121.0	829.0
1991-95	949	102.6	119.7	88.9	55.1	27.9	12.2	0.7	2,035.5	821.4
<i>Finland</i>										
1986-90	12,791	16.8	18.7	12.1	9.5	8.1	5.0	0.8	355.0	209.5
1991-95	10,611	11.6	15.8	12.8	9.7	7.0	3.5	0.5	304.6	152.6
1997	10,238	11.7	14.5	13.6	10.9	7.1	2.9	0.3	305.0	172.6
1998	10,744	12.6	14.9	13.9	11.8	7.7	3.0	0.2	320.5	188.1
<i>Åland</i>										
1986-90	51	3.7	13.9	10.7	7.8	7.3	4.2	0.6	241.0	160.0
1991-95	61	18.3	14.9	11.2	10.7	10.5	5.3	0.8	358.5	194.4
<i>Iceland</i>										
1986-90	687	14.4	17.7	12.9	10.6	8.7	4.6	0.4	345.3	156.6
1991-95	762	14.7	21.4	14.3	11.0	8.3	4.5	0.4	373.0	169.7
1997	921	21.7	26.8	14.6	12.5	9.6	4.4	0.5	448.0	221.9
1998 ²⁾	901	24.1	23.2	16.2	11.0	9.1	3.8	0.2	437.6	215.7
<i>Norway</i>										
1986-90	15,701	21.7	28.9	20.5	14.3	10.1	4.3	0.5	501.6	276.9
1991-95	14,779	18.5	26.5	21.1	15.0	9.6	3.6	0.4	473.4	245.5
1997	13,985	19.0	24.7	19.3	14.9	9.5	3.5	0.3	461.0	233.9
1998	14,028	18.7	25.7	19.1	15.1	9.6	3.3	0.3	464.0	240.4
<i>Sweden</i>										
1986-90	36,165	23.0	32.6	25.6	19.7	15.6	7.4	0.9	621.8	324.3
1991-95	33,708	19.4	29.4	25.3	20.8	14.6	6.5	0.8	584.3	290.8
1997	31,433	17.8	27.0	23.9	20.5	15.2	5.8	0.7	554.5	347.8
1998	31,008	18.5	26.4	23.2	20.2	15.3	6.1	0.6	551.5	348.3

1 The number of legal abortions performed on 1,000 women provided they lived to be 50 years, calculated from the age-specific abortion rates of the current period.

2 Preliminary figures

1 Det antal fremkaldte aborter, som 1.000 kvinder ville have fået udført, forudsat de levede til de var 50 år, beregnet ud fra de aldersspecifikke abortrater i observationsåret.

2 Foreløbige tal

Source: D: Sundhedsstyrelsen; Fl: Landslæknin; G: Embedslægeinstitutionen; F & Å: STAKES;
 Kilde: I: Landlæknisembættið; N: Statistisk sentralbyrå og Statens helsetilsyn (1995); S: Socialstyrelsen

CHAPTER III

Morbidity, medical treatment, accidents and medicine

Sygelighed, sygdomsbehandling, ulykker og medicin

Introduction

In the Nordic countries statistical data concerning morbidity are insufficient. This chapter begins with a description of a number of diseases that may be related to the life style/social behaviour of the population, followed by the appearance of new cancer incidence. Then follows an analysis of treatment provided outside of hospitals followed by a description of treatment in hospitals broken down by diagnose groups. Information about the most frequent surgical procedures is also given followed by a description of injuries treated at hospitals. Finally a description of use of medicine is given.

Diseases related to life style

This section deals with a number of diseases that may be related to the life style/social behaviour of the population, and which may be treated outside of the hospitals and/or at the hospitals.

Although the number of smokers in the Nordic Countries has been going down during recent years, there continues to be large differences in the number of smok-

Indledning

De nordiske lande har mangelfulde statistiske oplysninger når det gælder sygelighed i befolkningen. I dette kapitel omtales først et antal sygdomme der kan relateres til befolkningens livsstil/social 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. Til sidst omtales medicinforbruget.

Sygdomme relateret til livsstil

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

Selvom antallet af rygere i de senere år er faldene i de nordiske lande, er der dog fortsat store forskelle i antallet af rygere, både hos mænd og kvinder. Der findes

ers. This applies to both men and women. The number of tobacco users is still highest in Denmark, followed by Norway, whereas there in Sweden are fewer men and in Finland fewer women that smoke. This behavioural pattern can among things be seen from the occurrence of new incidents of lung cancer, as can be seen from Figure 3.1.

When it comes to the consumption of alcohol the statistics fall short, as the available data are taken from the goods statistics. From this can be seen that the largest consumption/sale can be found in Denmark and Greenland, followed by Finland, whereas the consumption stays approximately at a permanent level in the other countries. Accordingly, there are also more treatment periods/discharges for liver diseases caused by alcohol in Denmark and Finland

There are significant differences in the prevalence of diagnosed cases of both hepatitis B and C which may, however, be partly due to differences in registration practise. Regarding diagnosed cases of tuberculosis, some countries show an increase, others a decrease. The occurrence of both hepatitis and tuberculosis can mainly be found among refugees/immigrants in the Nordic countries. They are, however, diseases that are relatively often seen among misusers living under adverse conditions.

The pattern for the spreading of HIV-infection may be distinguished according to relatively clear lines. Denmark has an incidence along the lines of other countries on the north-western European continent (Holland and Germany), while Norway, Sweden and Iceland have a lower incidence and a pattern of spread-

fortsat flest tobaksbrugere i Danmark efterfulgt af Norge mens der i Sverige findes færrest mænd og i Finland færrest kvinder. Dette adfærdsmønster afspejler sig blandt andet i forekomsten 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 markante forskelle i forekomsten af diagnosticerede tilfælde af både hepatitis B og C. En del af forskellene kan dog tilskrives forskelle i registreringspraksis. For så vidt angår diagnosticerede tilfælde af tuberkulose spores der i nogle lande en stigning, i andre et fald. Forekomsten af såvel hepatitis som tuberkulose findes især hos flygtninge/invandre i de nordiske lande, men det er også sygdomme som er relativt hyppigt forekomne blandt misbrugere med dårlige levevilkår.

Mønstret for udbredelse af HIV-smitte adskiller sig efter relativt klare linier. Danmark har en forekomst, der ligger på linie med andre lande på det nordvesteuropæiske kontinent (Tyskland og Holland), mens Norge, Sverige og Island har en lavere forekomst og et smitemønster, der er påfaldende ens og mere ligner det,

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

ing which is strikingly and increasingly similar to that of the United Kingdom. Finland has the lowest incidence of all countries in the 'old' Western Europe.

Chlamydia infection is without doubt the most common among the sexually transmitted diseases in the Nordic countries, and it is at the same time 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, is seen in all countries over a period of 20 years. There are, however, certain notable differences where Greenland is radically distinguished from the other countries.

man finder i Storbritannien. Finland har den laveste forekomst af HIV-smitte i det 'gamle' Vesteuropa.

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.

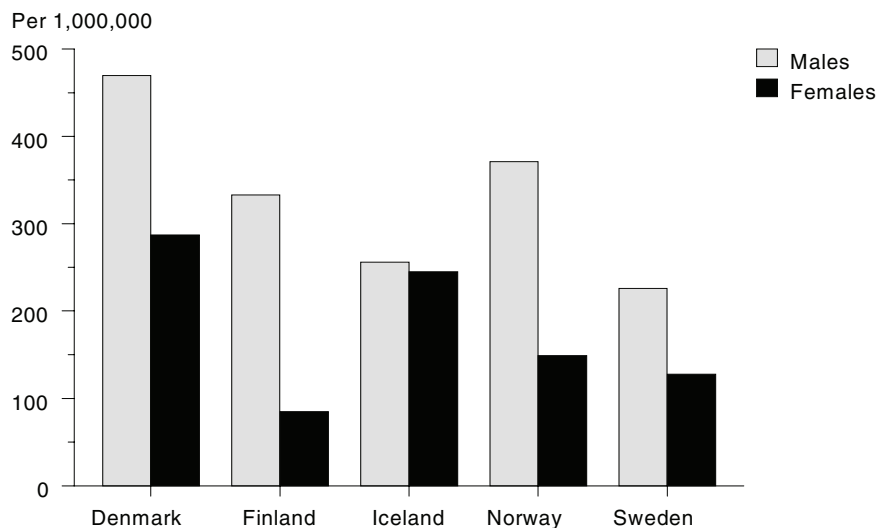
Table 3.1 Percentage of non-smokers by sex 1998
Ikke-rygere procentvis efter køn 1998

	Denmark	Faroe Islands	Finland	Iceland	Norway	Sweden
<i>Non-smoking males as percentage of men 15 years and above</i> Mænd, ikke-rygere, i pct. af mænd 15 år og derover	63	59	70	71	66	83
<i>Non-smoking females as percentage of females 15 years and above</i> Kvinder, ikke-rygere, i pct. af kvinder 15 år og derover	66	60	80	70	68	78

Source: D: Tobaksskaderådet; F: Folkhälsoinstitutet; I: Tobaksskaderådet;
Kilde: N: Statens Tobaksskaderåd; S: Statistiska centralbyrån

Figure 3.1 Age-standardized rates (WSP) for new cases of lung cancer per 1.000,000 inhabitants 1998.

Alderstandardiserede rater (WSP) for nye tilfælde af lungecancer pr. 1.000.000 indbyggere 1998.



Source: Table 3.8 and 3.9
Kilde: Tabel 3.8 og 3.9

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.2 Alcoholic beverages in litres of 100 per cent pure alcohol per capita aged 15 years or over 1985-1998

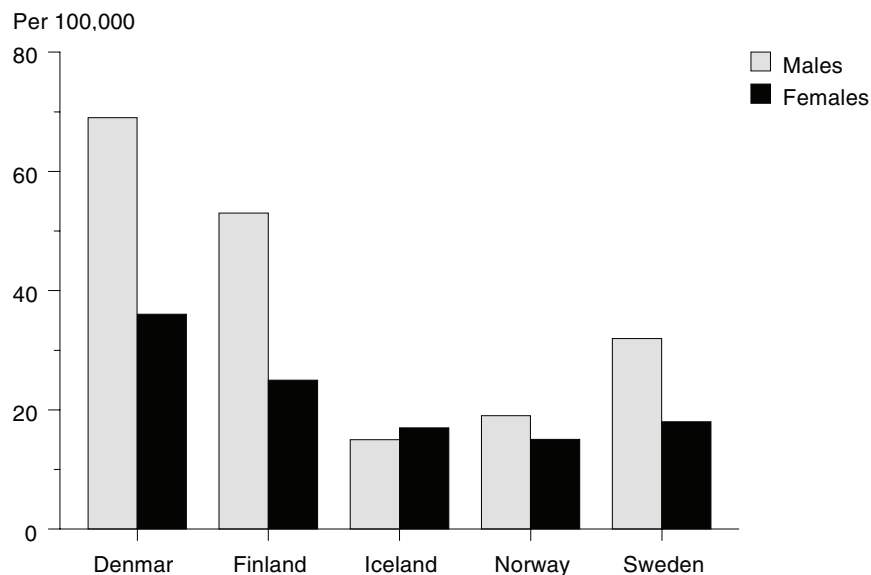
Alkoholiske drikke i liter 100 pct. ren alkohol pr. indbygger 15 år og derover 1985-1998

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
1985	12.1	6.6	18.5	8.0	6.3	4.3	5.1	6.1
1990	11.6	6.7	15.5	9.5	7.1	5.3	5.0	6.4
1995	12.1	6.3	12.6	8.3	5.8	4.8	4.8	6.1
1997	12.1	6.6	12.8	8.6	5.9	5.1	5.4	5.9
1998	11.6	6.6	13.3	8.7	6.0	5.6	..	5.8

Source: D, FI, G, I N& S: *The Central Statistical Bureaus* De statistiske centralbureauer
 Kilde: F & Å: STAKES; S: Socialstyrelsen (-1993), Alkoholinspektionen (1994-)

Figure 3.2 Discharges from somatic hospitals. Alcoholic liver disease per 100,000 inhabitants 1998.

Udskrivninger fra somatiske sygehuse. Alkoholisk leversygdom 100,000 indbyggere 1998



Source: Table 3.26
 Kilde: Tabel 3.26

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.3 Diagnosed cases of acute hepatitis B and C per 100,000 inhabitants by sex 1989-1998

Diagnosticerede tilfælde af akut hepatitis B og C pr. 100.000 indbyggere efter køn 1989-1998

	Denmark		Faroe Islands	Finland ¹⁾	Åland	Iceland ¹⁾		Norway		Sweden ²⁾	
	M	F	M+F	M+F	M+F	M	F	M	F	M	F
<i>Hepatitis B</i>											
1989	..	..	..	2.1	..	18.9	3.2	..	..	3.9	2.3
1990	2.7	1.3	2.7	4.0	..	36.7	16.5	1.8	1.3	3.7	2.3
1995	2.8	1.4	2.8	2.2	3.9	1.5	5.2	3.4	1.2	4.6	2.1
1997	2.1	-	2.1	6.0	-	6.6	8.9	5.9	2.6	2.2	1.3
1998	2.6	1.1	-	4.8	-	3.6	7.3	7.5	3.1	2.0	1.0
<i>Hepatitis C</i>											
1989				0.0	..	15.0	4.0	..	..	..	..
1990				1.2	..	10.2	2.4	..	..	7.0	3.5
1995	0.3	0.1	0.3	26.6	11.9	21.6	8.2	0.9	0.5	46.0	19.2
1997	0.2	-	0.2	36.5	7.9	19.1	11.1	0.6	0.3	37.5	16.0
1998	0.6	0.3	-	2.3	3.9	18.9	9.5	0.5 ³⁾	0.5 ³⁾	39.0	20.0

1 Both acute and chronic.

2 Hepatitis C: Both acute and chronic. Hepatitis B: acute.

3 Both males and females

1 Både akutte og kroniske.

2 Hepatitis C: Både akutte og kroniske. Hepatitis B: akutte.

3 Tal for både mænd og kvinder

Source: D: Statens Seruminstitut; FI: Landslæknin; G: Embedslægeinstitutionen; F Et Å: Folkhälsoinstitutet;

Kilde: I: Landlæknisembættið; N: Statens Institutt for Folkehelse; S: Smittskyddsinstittet

Table 3.4 Diagnosed cases of tuberculosis per 100,000 inhabitants 1985-1998

Diagnosticerede tilfælde af tuberkulose pr. 100.000 indbyggere 1985-1998

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
					M+F			
<i>Males</i>								
Mænd					M+F			
1985	6.5	16.7	..	..	..	5.8	10.9	9.7
1990	8.2	4.4	63.2	..	27.7	9.4	7.6	8.1
1995	9.8	-	94.3	14.5	7.9	4.5	6.4	6.5
1997	11.7	-	157.5	12.6	3.9	2.9	5.1	5.2
1998	11.1	2.2	93.6	13.1	7.8	2.9	5.7	5.0
<i>Females</i>								
Kvinder								
1985	5.6	4.6	..	..	.	4.9	6.7	7.1
1990	5.5	-	109.8	..	.	5.5	5.7	4.9
1995	7.5	9.5	76.8	11.5	.	4.5	4.5	6.3
1997	9.1	-	164.5	9.7	.	4.4	4.2	5.1
1998	8.9	-	118.4	11.2	.	9.5	5.3	5.1

Source: See Table 3.3

Kilde: Se tabel 3.3

Å: Landskapsläkaren; I: Islands tuberkuloseregister; N: Statens helseundersøkelser

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.5 Confirmed new cases of HIV 1986-1998

Påviste nye tilfælde af HIV 1986-1998

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Of which Åland	Iceland	Norway	Sweden
<i>Males</i>								
<i>Mænd</i>								
1986-90	..	2	3	53	0	7	116	383
1991-95	245	1	4	53	1	6	81	213
1997	204	-	9	48	-	8	71	166
1998	149	-	10	48	1	5	65	168
<i>Females</i>								
<i>Kvinder</i>								
1986-90	..	-	1	8	-	1	36	78
1991-95	82	-	4	18	-	1	31	102
1997	69	-	3	23	-	1	40	75
1998	62	-	7	32	1	3	33	82
<i>Total</i>								
<i>I alt</i>								
1986-90	..	2	4	61	0	8	152	461
1991-95	327	1	8	71	1	8	112	315
1997	273	-	12	71	-	9	112	241
1998	211	-	17	80	2	8	98	250

Source: See Table 3.3

Kilde: Se tabel 3.3

Å: Landskapsläkaren

Table 3.6 Diagnosed cases of chlamydia per 100,000 inhabitants 1989-1998

Diagnosticerede tilfælde af chlamydia pr. 100.000 indbyggere 1989-1998

	Denmark	Faroe Islands	Greenland ¹⁾	Finland	Åland ²⁾	Iceland ³⁾	Norway	Sweden
<i>Males</i>		M+F		M+F				
<i>Mænd</i>								
1989	..	102	..	197	323	326	..	252
1990	..	82	..	190	374	285	..	230
1995	124	67	..	138	95	368	157	131
1997	135	45	2,486	152	122	370	182	130
1998	134	71	2,424	158	136	400 (M+F)	284	154
<i>Females</i>								
<i>Kvinder</i>								
1989	..	.	..	321	.	395	..	466
1990	..	.	..	308	.	313	..	414
1995	370	.	..	224	.	428	276	192
1997	375	.	4,179	241	.	540	266	184
1998	347	.	4,203	252	.	533 (M+F)	284	216

1 Based upon surveys in Nuuk.

2 1989-1996 males and females together, 1997 separate

3 Notified cases.

1 Baseret på undersøgelser i Nuuk.

2 1989-1996 mænd+kvinder samlet. 1997 hver for sig

3 Anmeldte tilfælde.

Source: See Table 3.3

Kilde: Se tabel 3.3

Å: Landskapsläkaren

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.7 Notified cases of gonorrhoea and syphilis per 100,000 inhabitants aged 15 years or over 1998

Anmeldte tilfælde af gonorré og syfilis pr. 100.000 indbyggere 15 år og derover 1998

	<i>Denmark</i>	<i>Faroe¹⁾ Islands</i>	<i>Greenland</i>	<i>Finland</i>	<i>Åland</i>	<i>Iceland</i>	<i>Norway</i>	<i>Sweden</i>
<i>Gonorrhea</i>								
Gonorré	2.1	2.0	1.396	6.3	3.9	1.0	4.7	3.8
<i>Syphilis</i>								
Syfilis	0.2	1	10	4.4	-	2.0	0.3	0.7
1 1996				1 1996				

Source: See Table 3.3

Kilde: Se tabel 3.3

Å: Landskapsläkaren

Cancer diseases

The Nordic countries have population based cancer registers with centralised coding and classification.

The causes of cancer are both external and internal factors which produce changes in the DNA material. Stimulants, dietary factors, as well as occupational and environmental exposure have been shown to be cancer inducing.

The incidence of cancer increases by age, and cancer is a rare disease before the age of 30 where the incidence reaches 300 cases per 1,000,000 inhabitants. At the age of 70, the corresponding figure is approx. 10,000 cases per 1,000,000 inhabitants. The annual number of cancer cases increases in all Nordic countries, and this trend remains after adjusting for differences in population size and age structure.

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, namely cancer of the lip, oesophagus, stomach and cervix, the latter however with the exception that the incidence in Greenland has remained stable. The evident decrease in the incidence of cancer of the cervix is related to the public screening programmes to detect early cancerous growths and the ensuing treatment. The trend in cancer of the oesophagus among Danish and Swedish males has changed to a slight increase over recent years, contrary to the other Nordic countries. For cancer of the oesophagus, both alcohol and tobacco con-

Cancersygdomme

De nordiske lande har befolkningsbaserede cancerregistre med centraliseret kodning og klassifikation.

Årsagerne til kræft er både ydre og indre faktorer, som medfører ændringer i arvemassen. Nydelsesmidler, kostfaktorer, visse erhvervseksposeringer 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 for læbekræft, spiserørskræft, kræft i mavesækken og kræft i livmoderhalsen – for sidstnævntes vedkommende med den undtagelse, at forekomsten i Grønland er forblevet på samme niveau som tidligere. Den viste nedgang i forekomsten af livmoderhalskræft i de nordiske lande, skal ses i sammenhæng med befolkningsbaseret screening for forstadier og tidlig kræft, og disses behandling. Udviklingen i spiserørskræft blandt danske og svenske mænd er i de seneste år, i modsætning til de øvrige nordiske lande, vendt til en svag stigning. For spiserørskræfts ved-

sumption are known to be major risk factors.

Breast and prostate and colorectal cancer is increasing in almost all countries. Dietary factors are probably significant for this development, but for breast and prostate cancer also hormonal factors play an important role. Testis cancer is increasing in all countries, but the incidence is particularly high in Denmark. Of some concern is the high incidence and large increases in tobacco related cancers such as cancer of the lung and bladder in Denmark, Iceland, Norway and Sweden. One notes, however, that lung cancer among Finnish, Norwegian and Swedish males is falling.

Differences in cancer incidence between the Nordic countries and the autonomous areas Greenland and Åland must be judged with caution as the population sizes and number of cases are much smaller, giving rather unstable rates.

kommende er både alkohol- og tobaksforbrug erkendte større risikofaktorer.

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 testikelkræft stiger i alle lande, men forekomsten er specielt høj i Danmark. Bekymrende er den høje incidens og stærke stigning i forekomsten af tobaksrelaterede kræftformer, såsom lunge- og blære-cancer i Danmark, Island, Norge og Sverige. Det skal dog bemærkes, at lungekræft blandt finske, norske og svenske mænd er faldende.

Forskelle i kræftforekomst mellem de nordiske lande og de autonome områder, Grønland og Åland, må bedømmes med forsigtighed, da befolkningernes størrelse i disse områder er små, hvilket fører til ustabile incidensrater.

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.8 Age-standardized rates (WSP) for new cases of cancer per 1,000,000 inhabitants 1986-1998. Males

Alderstandardiserede rater (WSP) for nye tilfælde af cancer pr. 1.000.000 indbyggere 1986-1998. Mænd

	140-204 <i>Total</i> I alt	178 <i>Testis</i> Testikler	177 <i>Prostate</i> Prostata	181 <i>Bladder</i> Blære	151 <i>Stomach</i> Mave	153 <i>Colon</i> Tyktarm	162-163 <i>Lungs</i> Lunger	190 <i>Melanoma of the skin</i> Melanom i hud	204 <i>Leukaemia (0-14 year-olds)</i> Leukæmi (0-14-årige)
<i>Denmark</i>									
1986-90	3,331	91	317	284	105	225	567	86	56
1991-95	3,379	98	301	286	85	228	522	97	51
1996	3,225	93	277	237	77	226	470	96	36
<i>Greenland</i>									
1986-90	2,754	25	56	114	115	141	614	-	-
1991-95	3,613	36	65	101	276	215	1,151	6	131
<i>Finland</i>									
1986-90	2,612	23	392	153	182	126	564	79	47
1991-95	2,679	30	522	161	147	139	490	77	53
1997	2,767	32	721	154	120	143	396	73	42
1998 ¹⁾	2,710	35	752	153	119	141	333	76	58
<i>Åland</i>									
1986-90	2,820	44	575	249	182	188	401	131	-
1991-95	2,912	63	661	146	111	130	459	88	-
<i>Iceland</i>									
1986-90	2,846	52	601	204	227	217	355	30	50
1991-95	2,806	67	692	207	173	178	340	42	20
1997	3,126	51	726	172	208	234	417	108	35
1998 ¹⁾	2,790	64	690	221	125	248	256	96	28
<i>Norway</i>									
1986-90	2,693	71	457	202	145	221	362	129	47
1991-95	2,877	82	561	215	122	242	371	149	38
1997	3,082	93	672	220	107	259	370	159	51
<i>Sweden</i>									
1986-90	2,543	44	532	175	112	171	252	104	41
1991-95	2,652	49	600	179	95	181	241	111	46
1997	2,674	60	647	174	81	189	226	120	49

1 Preliminary figures

1 Foreløbige tal

Numbers refer to ICD-7 rev.

WSP = World Standard Population

Source: Hakulinen et al. (1986); Tulinius et al. (1992); Engeland et al. (1993); Prener et al. (1991)

Kilde: The cancer registers in the Nordic countries

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.9 Age-standardized rates (WSP) for new cases of cancer per 1,000,000 inhabitants 1986-1998. Females

Alderstandardiserede rater (WSP) for nye tilfælde af cancer pr. 1.000.000 indbyggere 1986-1998. Kvinder

	140-204 <i>Total</i> I alt	170 <i>Mamma</i> Bryst	171 <i>Cervix</i> <i>uteri</i> Livmo- derhals	181 <i>Bladder</i> Blære	151 <i>Stomach</i> Mave	153 <i>Colon</i> Tyktarm	162-163 <i>Lungs</i> Lunger	190 <i>Melanoma</i> <i>of the skin</i> Melanom i hud	204 <i>Leukaemia</i> <i>(0-14</i> <i>year-olds)</i> Leukæmi (0-14-årige)
<i>Denmark</i>									
1986-90	3,076	733	157	78	53	211	256	114	50
1991-95	3,244	794	135	82	41	206	281	128	48
1996	3,245	828	127	65	36	185	287	127	43
<i>Greenland</i>									
1986-90	2,529	337	404	9	89	92	519	-	-
1991-95	3,650	630	369	30	96	177	551	-	94
<i>Finland</i>									
1986-90	2,146	645	36	31	102	116	80	67	49
1991-95	2,268	722	36	35	84	122	87	64	57
1997	2,350	786	39	32	67	127	91	75	72
1998 ¹⁾	2,324	792	56	36	63	119	97	57	64
<i>Åland</i>									
1986-90	2,260	623	91	15	57	67	85	72	-
1991-95	2,556	680	67	82	133	97	103	98	-
<i>Iceland</i>									
1986-90	2,711	819	86	67	102	166	268	65	64
1991-95	2,774	742	86	47	84	145	317	85	27
1997	2,780	881	82	54	102	171	211	124	-
1998 ¹⁾	2,707	879	91	61	31	147	245	151	37
<i>Norway</i>									
1986-90	2,259	558	122	52	71	196	117	153	42
1991-95	2,415	616	127	55	59	216	149	161	32
1997	2,650	714	121	63	49	222	177	180	42
<i>Sweden</i>									
1986-90	2,539	690	81	48	58	159	102	114	42
1991-95	2,547	746	77	47	46	159	126	111	31
1997	2,542	781	81	52	41	150	128	126	47

1 Preliminary figures

1 Foreløbige tal

Numbers refer to ICD-7 rev.

WSP = World Standard Population

Source: Hakulinen et al. (1986); Tulinius et al. (1992); Engeland et al. (1993); Prener et al. (1991)

Kilde: The cancer registers in the Nordic countries

Medical treatment outside of hospitals

In the Nordic countries, the responsibility for the primary health service is rooted in the public sector.

However, the degree of decentralisation varies, also regarding the relationship between private general practitioners and those publically employed within the primary health 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 practice also includes telephone consultations, home visits by a physician, and treatment in emergency wards.

In 1997, NOMESCO carried out a trial survey for reasons of contact between patient and general practitioners in the five Nordic countries. The results of this survey was included in Section B of this report in 1998. Even though the results should be regarded with some reservation, the report substantiates conditions already known, namely that registration practice differs between the Nordic countries on the basis of varying rules for payment and organisational differences. All contacts in Denmark are registered as

Behandling uden for sygehuse

I de nordiske lande er ansvaret for det primære sundhedsvæsen forankret i 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 be-

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

medical contacts due to the system of payment, whereas part of the contacts in the other countries figure as registered or non-registered contacts with other health staff. These conditions contribute to the incomparability of statistics between the Nordic countries.

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

The gathering of data on immunization varies a lot from country to country and none of the countries have immunization registers covering the country as a whole.

talingssystemet, mens en del af kontakterne i de andre lande er registrerede/ikke registrerede kontakter med andet sundhedspersonale. 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 har vaccinationsregistre, der dækker hele landet.

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.10 Medical consultations¹⁾ 1998
Lægekonsultationer¹⁾ 1998

	Denmark	Finland	Iceland ²⁾	Norway	Sweden ³⁾
<i>Total number of consultations (millions)</i>					
Konsultationer i alt (mill.)	26.5	21.8	1.4	..	26.3
<i>of which: heraf:</i>					
<i>Consultations with general practitioner</i>					
Besøg hos alment praktiserende læge i konsultationen	18.0	12.5	0.9	..	12.2
<i>Consultations with specialist</i>					
Besøg hos specialist	8.5	9.3	0.5	..	14.1
Conculation pr capita					
Besøg pr person	5.0	4.3	5.2	..	3.0

1 Excl. consultations by telephone, home visits by physicians. Consultations at specialist include ambulatory treatment in hospitals.

2 1997

3 Inkl. home visits, excl medical consultations in municipalities where experiments with municipal primary health care is carried out. In 1998 this amounted to 250.000 medical consultations in three municipalities.

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

2 1997

3 Inkl. hjemmebesøg, ekskl. lægebesøg i de kommuner, hvor der pågår forsøg med kommunal primær sundhedstjeneste. I 1998 drejede det sig om 250.000 lægebesøg i tre kommuner.

Source: D: Sundhedsstyrelsen; F: STAKES; I: Landlæknisembættið;

Kilde: S: Landstingsförbundet og Socialstyrelsen

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.11 Children under the age of two immunized according to immunization schedules (per cent) 1998
 Børn under to år vaccineret i henhold til det anbefalede vaccinationsprogram (pct.) 1998

	Denmark ¹⁾	Finland ²⁾	Iceland	Norway ³⁾	Sweden ⁴⁾
<i>BCG</i>					
Tuberkulose	-	100	-	-	14
<i>Pertussis</i>					
Kighoste	99	99	99	85	99
<i>Tetanus</i>					
Stivkrampe	99	99	99	86	99
<i>Diphtheria</i>					
Difteri	99	99	99	86	99
<i>Polio</i>					
Polio	99	100	99	81	99
<i>Rubella</i>					
Røde hunde	88	98	99	85	96
<i>Measles</i>					
Mæslinger	88	98	99	85	96

1 In 1997 Ditekipol was introduced, but some children were vaccinated according to the old programme. Immunization against measles are given as MMR (Measels, Mumps, Rubella)

2 Data from cluster sample from 1997 Analysis of age cohorts born 1995.

3 The figures are underestimated. Vaccination against measles and rubella is given as MMR.

4 BCG vaccination recommended to riskgroups only

1 Ditekipol blev introduceret i 1997, men nogle børn blev vaccineret i henhold til det gamle program. Vaccination mod mæslinger gives som MMR (Mæslinger, Fåresyge, Røde hunde)

2 Stikprøveundersøgelse fra 1997. Analyse af alderskohorte født 1995.

3 Tallene er underestimerede. Vaccination mod mæslinger og røde hunde gives som MMR

4 Tuberkulosevaccination anbefales kun til risikogrupper

Source: WHO/EPI; D: Statens Seruminstitut; F: Folkhälsainstitutet; I: Landlæknisembættiö;

Kilde: N: Statens helsetilsyn; S: Smittskyddsinstitutet

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.12 Recommended immunization schedules as at January 1, 2000

	<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	3, 4, 5 and 20-24 months	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, 4, 5 and 20-24 months, 11-13 years	3, 5, 12 months, 5 years 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, 4, 5 and 20-24 months, 11-13 years	3, 4, 12 months and 5 years	3, 5 and 11 months, 11-12 years	3, 5 and 12 months, 10 years
Polio	IPV: 3, 5 and 12 months OPV: 2, 3 and 4 years	IPV: 6, 12 and 20-24 months + 6, 11 and 16-18 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 11-13 years	18 months and 9 years	15 months and 12-13 years	18 months and 12 years
Rubella, only	Women in the fertile age	-	Seronegative girls: 12 years	Seronegative women in the fertile age	-
Measles, only	-	-	-	-	-
Haemophilus influenzae b	3, 5, and 12 months	4, 6 and 14-18 months	3, 5 and 12 months	3, 5 and 11 months	3, 5 and 12 months

IPV = Inactivated polio vaccine
OPV = Oral polio vaccine
The Faroe Islands, Greenland and Åland have the same immunization schedules as Denmark and Finland respectively. In Greenland, however, BCG is included.

Source: The WHO/EPI
D: Statens seruminstitut; F: National Public Health Institute;
I: Landlæknisembættið; N: The National Institute of Public Health;
S: The National Board of Health and Welfare

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Tabel 3.12 Anbefalede vaccinationsprogrammer pr. 1. januar 2000

	<i>Danmark</i>	<i>Finland</i>	<i>Island</i>	<i>Norge</i>	<i>Sverige</i>
Tuberkulose	-	< 7 dage	-	Risikogrupper: Første leveuge Negative: 13-14 år	Risikogrupper
Kighoste	3, 5 og 12 måneder	3, 4, 5 og 20-24 måneder	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, 4, 5 og 20-24 måneder, 11-13 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, 4, 5 og 20-24 måneder, 11-13 år	3, 4, 12 måneder og 5 år	3, 5 og 11 måneder samt 11- 12 år	3, 5 og 12 måneder, 10 år
Polio	IPV: 3, 5 og 12 måneder OPV: 2, 3 og 4 år	IPV: 6, 12 og 20-24 måneder + 6, 11 og 16-18 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, Får esyge, Røde hunde	15 måneder, 12 år	14-18 måneder og 11-13 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 piger: 12 år	Seronegative kvinder i den fertile alder	-
Mæslinger, alene	-	-	-	-	-
Haemophilus influenzae b	3, 5 og 12 måneder	4, 6 og 14-18 måneder	3, 5, 12 måneder	3, 5 og 11 måneder	3, 5 og 12 måneder

IPV = Inaktiveret polio vaccine
OPV = Oral poliovaccine

Færøerne, Grønland og Åland har de samme vaccinationsprogrammer som henholdsvis Danmark og Finland. Vaccination mod tuberkulose er dog inkluderet i Grønland.

Kilde: WHO/EPI
D: Statens Seruminstitut; F: Folkhälsöinstitutet; I: Landlæknisembættið;
N: Statens institutt for folkehelse; S: Socialstyrelsen

Medical treatment in hospitals

In terms of frequency of admission (discharges from hospitals) divided into 17 main groups, diseases of the circulatory system comprise the highest frequency of admission followed by admissions for cancer diseases (tumours), followed by traumas and poisoning.

For all the countries these diseases are followed by diseases in the respiratory system, the digestive system and diseases in the genito-urinary system. For all diseases the discharge pattern varies somewhat from country to country.

Tables 3.13-3.27 provide a more detailed excerpt from the Nordic morbidity list giving a differentiated picture of both the large disease groups and disease groups singled out for special attention. The figures included are related to discharge and average length of stay and are therefore not specific incidence figures.

The tables, however, show large differences between the countries which can hardly be due to differences in morbidity, but possibly to differences in registration practice.

Another explanation may be the difference in the number of treatment periods in the various countries for the diagnose groups. In order to clarify this factor, table 3.15 includes information about patients treated in the course of the year according to main diagnose groups.

According to this table, largely the same pattern appears between the countries as

Behandling ved sygehuse

Målt på indlæggeshyppighed (udskrivning fra sygehuse), opdelt i 17 hovedgrupper, udgør sygdomme i kredsløbsorganerne den største indlæggeshyppighed, efterfulgt af indlæggelse for cancer sygdomme (svulster) dernæst traumer og forgiftninger.

For alle landene efterfølges dette af sygdomme i åndedrætsorganer, fordøjelsesorganer og sygdomme i urin og kønsorganer. For alle grupper findes der en vis variation mellem landene i udskrivningsmønsteret.

Tabellerne 3.13-3.27 er et mere detaljeret uddrag af den nordiske morbiditetsliste, hvor der er givet et mere detaljeret billede, dels af de store sygdomsgrupper, dels af sygdomsgrupper, som der rettes særlig opmærksomhed imod. Der er medtaget oplysninger om udskrivninger og gennemsnitlig liggetid. Det er således ikke tale om egentlige incidenstal.

Tabellerne viser dog store forskelle mellem landene som næppe kan tilskrives forskelle i sygelighed, men muligvis forskelle i registreringspraksis.

En anden forklaring kan være forskelle i antallet af behandlingsperioder, for de respektive diagnosegrupper, mellem landene. For at belyse dette gives der i tabel 3.15 oplysninger om behandlede patienter i løbet af året fordelt på hoveddiagnosegrupper.

Heraf fremgår det, at der er stort set det samme mønster landene imellem for ud-

for discharges, and thus one may, with certain reservations, conclude that data for discharged patients may be used for Nordic comparisons.

Section B of this years Health Statistics deals with the validity of the patient registers and provide a more detailed explanation to the existing differences and the similarities.

Tables 3.28-3.30 include information about groups of surgical operations selected partly because of their frequency and partly because the scope of operation is affected, to a varying degree, by differences in medical practice between the countries.

For a more complete picture table 3.31 covers the most frequent procedures carried out without admission. At present data are available only for Denmark and Finland. Data are expected from 2000 for Norway and Sweden.

Comparisons of operations between various geographic areas are however difficult, and the comparisons contain a number of potential sources of error which may be differences in classifications, differences in the quality of the registers, use of different codes for the same type of procedure, both between the hospitals and between the countries, incomplete use of codes and variations from one country to another in the way of counting operations at the hospitals.

In order to get a more complete picture, the 14 groups have been included, broken down by sex, and in some cases by age, in Tables 3.32-3.45. In that way, the differences between the countries appear more clearly.

skrivninger hvorfor det med visse forbehold kan konkluderes, at data om udskrevne patienter kan anvendes ved nordiske sammenligninger.

Sektion B i dette års udgivelse af Helsestatistikken omhandler validiteten i patientregistrene og giver mere uddybende forklaringer på de forskelle og ligheder som findes.

Tabellerne 3.28-3.30 indholder oplysninger om udvalgte operationsgrupper, som dels er udvalgt fordi de er hyppigt forekommende, dels fordi operationsomfanget i forskellig grad påvirkes af forskelle i medicinsk praksis i landene.

For at få et mere fuldkomment billede er der i tabel 3.31 medtaget de mest forekommende indgreb som sker uden indlæggelse - dagkirurgisk. I øjeblikket er der kun tilgængelige data for Danmark og Finland. Fra 2000 forventes data for Norge og Sverige.

Sammenligninger af operationer mellem geografiske områder er imidlertid vanskelige og indeholder en række potentielle fejlkilder, som kan være: Forskelle i klassifikationer, forskelle i datakvaliteten i registrene, forskellig brug af koder for samme type indgreb, både mellem sygehuse og mellem landene, ufuldstændig brug af koder og forskelle fra land til land i måden hvorpå operationer ved sygehuse tælles.

For at få et mere komplet billede, er de 14 grupper medtaget fordelt på køn og i visse aldersgrupper i tabellerne 3.32-3.45. Heraf fremgår forskellene mellem landene tydeligere.

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.13 Discharges from hospitals* by main diagnostic groups, per 1,000 inhabitants 1998

	Denmark	Faroe ¹⁾ Islands	Finland ²⁾	Åland ²⁾
Infectious and parasitic diseases	4.5	4.0	4.6	8.4
Neoplasms	22.1	14.6	21.3	23.2
Endocrine, nutritional and metabolic diseases	4.4	7.1	3.2	4.0
Diseases of blood and bloodforming organs	1.9	2.3	1.7	1.4
Mental disorders	2.6	8.8	2.4	3.4
Diseases of the nervous system and sense organs	7.7	13.7	19.7	15.8
Diseases of the circulatory system	25.2	24.8	28.5	30.6
Diseases of the respiratory system	15.7	14.3	17.2	22.6
Diseases of the digestive system	16.2	26.5	16.3	20.8
Diseases of the genito-urinary system	10.6	12.5	11.8	14.4
Diseases of the skin and subcutaneous tissue	2.7	3.4	2.8	2.6
Diseases of the musculo-skeletal system and connective tissue	10.7	17.4	20.4	21.0
Congenital malformations	2.0	2.1	2.5	2.4
Certain conditions originating in the perinatal period	3.4	0.8	1.4	1.8
Symptoms and ill-defined conditions	19.3	9.7	12.6	16.2
Traumas and poisonings	18.7	18.1	17.7	21.5
Patients without symptoms or diseases	6.1	9.8	4.1	6.9
Total	191.3	210.7	205.8	236.3
Of which hospitalization during pregnancy and childbirth	17.6	20.8	16.7	19.2

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

1 Figures in table 3.13-3.31 are based on discharges from the main hospital

2 Excl. of wards in psychiatric hospitals or in non-specialized departments in health centres.

3 1994. This also applies to tables 3.13-3.31

4 Figures are for discharges, not for concluded treatment of patients in wards.

Source: The national in-patient registers

I: The Ministry of Health and Social Security

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Udskrivninger fra sygehuse* efter hoveddiagnosegrupper, Tabel 3.13
pr. 1.000 indbyggere 1998

Iceland ³⁾	Norway ⁴⁾	Sweden	
4.3	3.6	4.5	Infektions- og parasitære sygdomme
15.9	18.1	17.2	Svulster
3.7	2.3	3.6	Endokrine, ernærings- og stofskiftesygdomme
1.2	0.9	1.2	Sygdomme i blod og bloddannende organer
2.7	-	1.7	Psykiske lidelser
7.6	6.2	7.2	Sygdomme i nervesystem og sanseorganer
21.7	23.9	29.2	Sygdomme i kredsløbsorganer
15.1	12.6	11.7	Sygdomme i åndedrætsorganer
13.5	11.0	13.2	Sygdomme i fordøjelsesorganer
16.7	8.0	8.2	Sygdomme i urin- og kønsorganer
3.4	1.5	1.2	Sygdomme i hud og underhud
12.3	9.4	8.7	Sygdomme i knogler, bevægelsessystem og bindevæv
2.7	2.3	1.4	Medfødte misdannelser
1.4	1.7	1.5	Visse årsager til sygdomme i perinatalperioden
9.0	11.4	15.8	Symptomer og mangelfuldt definerede tilstande
14.6	17.0	15.9	Traumer og forgiftninger
9.3	5.3	4.9	Patienter uden symptomer eller sygdomme
178.3	151.8	155.9	I alt
23.3	15.9	12.8	Heraf indlæggelser under graviditet og fødsel

* Omfatter somatiske afdelinger ved almindelige sygehuse og ved somatiske specialsygehuse

1 Tallene i tabel 3.13-3.27 er baseret på udskrivningsdata fra hovedsygehuset

2 Eksl. Psykiatriske hospitalsafdelinger eller ikke-specialiserede afdelinger på sundhedscenaler.

3 1994. Dette gælder også tabellerne 3.14-3.27

4 Opgørelsen vedrører udskrivninger fra sygehuse, ikke afsluttede behandlinger ved afdelinger.

Kilde: Landspatientregistrene

I: Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.14 Average length of stay in hospitals* by main diagnostic groups 1998

	<i>Denmark</i>	<i>Faroe Islands</i>	<i>Finland¹⁾</i>	<i>Åland¹⁾</i>
Infectious and parasitic diseases	5.4	5.6	6.3	6.3
Neoplasms	6.8	5.8	5.2	7.1
Endocrine, nutritional and metabolic diseases	7.3	5.5	6.0	9.9
Diseases of blood and bloodforming organs	5.7	5.0	4.5	5.7
Mental disorders	7.2	26.8	8.3	5.0
Diseases of the nervous system and sense organs	4.9	3.5	2.9	3.9
Diseases of the circulatory system	7.8	8.6	6.3	8.3
Diseases of the respiratory system	5.6	4.5	4.5	5.0
Diseases of the digestive system	5.1	2.5	4.2	5.2
Diseases of the genito-urinary system	4.1	2.7	3.6	4.4
Diseases of the skin and subcutaneous tissue	6.5	7.0	5.2	6.1
Diseases of the musculo-skeletal system and connective tissue	8.0	6.3	4.7	6.1
Congenital malformations	4.6	2.5	4.2	19.5
Certain conditions originating in the perinatal period	10.8	3.0	9.3	5.5
Symptoms and ill-defined conditions	3.2	2.6	3.2	3.1
Traumas and poisonings	6.5	4.3	5.5	4.7
Patients without symptoms or diseases	5.7	1.8	2.3	3.2
Total	5.8	5.0	4.6	5.6
Of which hospitalization during pregnancy and childbirth	3.5	4.7	3.8	3.9

* Definition, see Table 3.13

1 Excl. of wards in psychiatric hospitals or in non-specialized departments in health centres.

Source: See Table 3.13

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Gennemsnitlig liggetid ved sygehuse* efter hoveddiagnosegrupper 1998 Tabel 3.14

<i>Iceland</i>	<i>Norway</i>	<i>Sweden</i>	
4.5	6.3	5.0	Infektions- og parasitære sygdomme
8.3	8.4	7.5	Svulster
5.9	6.6	6.7	Endokrine, ernærings- og stofskiftesygdomme
6.5	5.6	5.4	Sygdomme i blod og bloddannende organer
11.4	..	19.8	Psykiske lidelser
6.4	5.0	5.3	Sygdomme i nervesystem og sanseorganer
8.3	7.2	6.8	Sygdomme i kredsløbsorganer
6.6	5.7	5.2	Sygdomme i åndedrætsorganer
5.8	5.7	4.8	Sygdomme i fordøjelsesorganer
4.6	5.0	4.4	Sygdomme i urin- og kønsorganer
8.3	8.6	7.2	Sygdomme i hud og underhud
6.3	7.4	6.9	Sygdomme i knogler, bevægelsessystem og bindevæv
8.4	5.5	4.7	Medfødte misdannelser
11.9	12.0	10.4	Visse årsager til sygdomme i perinatalperioden
4.9	3.4	2.7	Symptomer og mangelfuldt definerede tilstande
5.6	5.8	5.9	Traumer og forgiftninger
5.0	5.6	5.2	Patienter uden symptomer eller sygdomme
6.3	6.2	5.7	I alt
4.6	4.5	3.3	Heraf indlæggelser under graviditet og fødsel

* Definition, se tabel 3.13

1 Ekskl. psykiatriske hospitalsafdelinger eller ikke-specialiserede afdelinger på sundhedscentraler.

Kilde: Se tabel 3.13

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.15 Patients treated in hospitals* during 1998 by main diagnostic groups, per 1,000 inhabitants

	<i>Denmark</i>	<i>Faroe Islands</i>	<i>Finland¹⁾</i>
Infectious and parasitic diseases	3.7	3.4	4.0
Neoplasms	10.2	7.2	10.0
Endocrine, nutritional and metabolic diseases	3.4	5.4	2.5
Diseases of blood and bloodforming organs	1.2	1.6	1.1
Mental disorders	2.0	5.5	2.0
Diseases of the nervous system and sense organs	6.0	11.3	16.4
Diseases of the circulatory system	15.9	21.2	18.6
Diseases of the respiratory system	11.5	12.5	13.5
Diseases of the digestive system	12.3	21.4	13.3
Diseases of the genito-urinary system	8.2	10.8	10.0
Diseases of the skin and subcutaneous tissue	2.2	2.9	2.2
Diseases of the musculo-skeletal system and connective tissue	8.3	15.7	16.4
Congenital malformations	1.3	1.8	1.6
Certain conditions originating in the perinatal period	1.5	0.5	1.2
Symptoms and ill-defined conditions	16.6	8.4	10.9
Traumas and poisonings	15.1	15.8	14.5
Patients without symptoms or diseases	4.7	8.5	3.8
Total	139.4	173.6	132.7
Of which hospitalization during pregnancy and childbirth	15.2	19.7	14.3

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

1 Excl. of wards in psychiatric hospitals or in non-specialized departments in health centres.

2 The figures cover treatment at the same hospital. If a patient is transferred to another hospital, it causes a new treatment period.

Source: See table 3.13

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Patienter behandlet ved sygehuse* i løbet af 1998, efter Tabel 3.15
hoveddiagnosegrupper, pr. 1.000 indbyggere

Åland ¹⁾	Norway ²⁾	Sweden	
6.4	3.4	4.0	Infektions- og parasitære sygdomme
10.0	10.5	8.4	Svulster
3.4	2.0	2.8	Endokrine, ernærings- og stofskiftesygdomme
0.8	0.7	0.9	Sygdomme i blod og bloddannende organer
3.3	..	1.5	Psykiske lidelser
19.8	5.3	5.7	Sygdomme i nervesystem og sanseorganer
19.8	18.6	18.5	Sygdomme i kredsløbsorganer
18.5	10.8	8.9	Sygdomme i åndedrætsorganer
15.2	9.3	10.5	Sygdomme i fordøjelsesorganer
11.5	7.0	6.9	Sygdomme i urin- og kønsorganer
3.1	1.4	1.1	Sygdomme i hud og underhud
18.8	8.4	7.0	Sygdomme i knogler, bevægelsessystem og bindevæv
1.5	1.8	0.9	Medfødte misdannelser
1.5	1.6	0.9	Visse årsager til sygdomme i perinatalperioden
14.8	10.4	13.4	Symptomer og mangelfuldt definerede tilstande
16.7	15.4	13.0	Traumer og forgiftninger
5.3	4.8	4.2	Patienter uden symptomer eller sygdomme
149.2	125.6	119.7	I alt
15.6	14.4	11.1	Heraf indlæggelser under graviditet og fødsel

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

1 Ekskl. psykiatriske hospitalsafdelinger eller ikke-specialiserede afdelinger på sundhedscentraler.

2 Tallene dækker behandling ved et sygehus. Hvis en patient overflyttes til et andet sygehus, er der tale om en ny behandlingsperiode.

Kilde: Se tabel 3.13

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.16 Discharges and average length of stay in hospitals*. Tuberculosis 1998
 Udskrivninger og gennemsnitlig liggetid ved sygehuse*. Tuberkulose 1998

		Denmark	Faeroe Islands	Finland	Åland ¹⁾	Iceland	Norway	Sweden
<i>Discharges</i> Udskrivninger								
<i>Total</i>	I alt	809	5	1,537	2	23	303	747
<i>Per 100,000 of the age</i> Pr. 100.000 i alderen								
	0-44	16	-	6	1	5	10	6
	45-64	13	-	28	19	13	4	7
	65+	16	82	128	13	24	18	20
<i>Total</i>	I alt	15	11	30	9	9	7	8
<i>Average length of stay</i> Gennemsnitlig liggetid								
<i>Total</i>	I alt	13	10	12	25	14	15	10

1 Average 1996-1998 in tables 3.16 - 3.27

The table includes ICD-9: 010-018 and ICD-10: A15-A19
 Tabellen omfatter ICD-9: 010-018 og ICD-10: A15-A19

Source: * Definition, see Table 3.13
 Kilde: * Definition, se tabel 3.13

Table 3.17 Discharges and average length of stay in hospitals*. Malignant neoplasm of breast, females 1998

Udskrivninger og gennemsnitlig liggetid ved sygehuse*. Kræft i bryst, kvinder 1998

		Denmark	Faeroe Islands	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
<i>Discharges</i> Udskrivninger								
<i>Total</i>	I alt	10,487	57	8,887	72	497	7,732	13,208
<i>Per 100,000 females of the age</i> Pr. 100.000 kvinder i alderen								
	0-24	1	-	1	-	-	-	0
	25-44	171	142	162	245	300	149	130
	45-64	809	631	716	2,138	1,060	779	600
	65+	814	583	624	529	765	722	574
<i>Total</i>	I alt	391	263	337	681	375	344	295
<i>Average length of stay</i> Gennemsnitlig liggetid								
<i>Total, females</i>	I alt, kvinder	6.6	4.3	4.9	5.1	8.2	7.0	5.4

The table includes ICD-9: 174-175 and ICD-10: C50
 Tabellen omfatter ICD-9: 174-175 og ICD-10: C50

Source: * Definition, see Table 3.13
 Kilde: * Definition, se tabel 3.13

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.18 Discharges and average length of stay in hospitals*. Malignant neoplasm of larynx, trachea, bronchus and lung 1998
 Udskrivninger og gennemsnitlig liggetid ved sygehuse*. Kræft i strubehoved, luftrør, bronkie og lunge 1998

		Denmark	Faroe Islands	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
<i>Discharges</i> Udskrivninger								
<i>Males</i> Mænd								
<i>Total</i> I alt		6,593	3	5,724	34	233	4,082	6,286
<i>Per 100,000 males of the age</i> Pr. 100.000 mænd i alderen								
0-24		1	-	1	-	-	-	1
25-44		16	-	9	-	29	12	10
45-64		401	19	323	451	349	272	174
65+		1,150	74	1,230	1,153	1,039	918	647
<i>Total</i> I alt		252	13	228	273	175	186	144
<i>Females</i> Kvinder								
<i>Total</i> I alt		4,330	-	1,792	13	197	1,862	3,978
<i>Per 100,000 females of the age</i> Pr. 100.000 kvinder i alderen								
0-24		-	-	-	-	-	3	-
25-44		27	-	14	18	35	11	14
45-64		282	-	113	238	390	158	146
65+		484	-	200	190	555	245	249
<i>Total</i> I alt		161	-	68	98	149	83	89
<i>Average length of stay</i> Gennemsnitlig liggetid								
<i>Total, males and females</i> I alt, mænd og kvinder		7,5	1,0	6,6	8,0	9,4	11,1	9,9

The table includes ICD-9: 161-162 and ICD-10: C32-C34
 Tabellen omfatter ICD-9: 161-162 og ICD-10: C32-C34

Source: * Definition, see Table 3.13
 Kilde: * Definition, se tabel 3.13

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE
Table 3.19 Discharges and average length of stay in hospitals*. Malignant melanoma of skin 1998

Udskrivninger og gennemsnitlig liggetid ved sygehuse*. Ondartet melanom i hud 1998

	Denmark	Faroe Islands	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
<i>Discharges</i> Udskrivninger							
<i>Total</i> I alt	1,200	3	1,043	9	20	1,222	1,518
<i>Per 100,000 of the age</i> Pr. 100.000 i alderen							
0-14	0	-	-	-	3	-	-
15-24	1	-	2	-	2	3	2
25-64	25	9	20	73	5	31	15
65+	60	16	61	64	34	70	52
<i>Total</i> I alt	23	7	20	34	8	27	17
<i>Average length of stay</i> Gennemsnitlig liggetid							
<i>Total</i> I alt	7.7	1.0	5.2	9.4	11.0	7.4	6.4

 The table includes ICD-9: 172 and ICD-10: C43
 Tabellen omfatter ICD-9: 172 og ICD-10: C43

 Source: * Definition, see Table 3.13
 Kilde: * Definition, se tabel 3.13

Table 3.20 Discharges and average length of stay in hospitals*. Acute myocardial infarction 1998

Udskrivninger og gennemsnitlig liggetid ved sygehuse*. Akut hjerteinfarkt 1998

	Denmark	Faroe Island	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
<i>Discharges</i> Udskrivninger							
<i>Males, Total</i> Mænd, I alt	6,822	42	6,823	42	377	7,571	17,675
<i>Per 100,000 males of the age</i> Pr. 100.000 mænd i alderen							
0-44	21	15	16	27	20	25	15
45-64	375	376	349	246	607	494	426
65+	1,209	778	1,490	1,908	1,607	1,650	1,930
<i>Total</i> I alt	260	181	272	338	283	344	404
<i>Females, Total</i> Kvinder, I alt							
<i>Per 100,000 females of the age</i> Pr. 100.000 kvinder i alderen							
0-44	7	-	3	-	4	5	4
45-64	109	87	90	65	126	113	123
65+	626	350	950	1,071	771	882	1,100
<i>Total</i> I alt	139	74	194	219	120	186	250
<i>Average length of stay</i> Gennemsnitlig liggetid							
<i>Total</i> I alt	7.0	8.8	8.4	9.2	10.7	7.9	6.8

 The table includes ICD-9: 410 and ICD-10: I21-I22
 Tabellen omfatter ICD-9: 410 og ICD-10: I21-I22

 Source: * Definition, see Table 3.13
 Kilde: * Definition, se tabel 3.13

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.21 Discharges and average length of stay in hospitals*. Cerebrovascular diseases 1998

Udskrivninger og gennemsnitlig liggetid ved sygehuse*. Karsygdomme i hjerne 1998

	Denmark	Faroe Islands	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
<i>Discharges</i> Udskrivninger							
<i>Males</i> Mænd							
<i>Total</i> I alt	12,004	72	10,274	63	197	8,077	24,200
<i>Per 100,000 males of the age</i> Pr. 100.000 mænd i alderen							
0-44	37	20	39	71	19	31	29
45-64	538	357	550	512	170	359	448
65-79	2,063	1,842	1,968	1,385	959	1,667	2,347
80+	3,584	1,883	2,803	3,673	1,394	3,380	4,475
<i>Total</i> I alt	458	310	409	506	148	367	553
<i>Females</i> Kvinder							
<i>Total</i> I alt	11,483	51	9,327	55	316	7,475	23,208
<i>Per 100,000 females of the age</i> Pr. 100.000 kvinder i alderen							
0-44	40	15	36	9	38	25	27
45-64	325	174	288	356	281	222	291
65+	1,443	919	1,259	1,504	1,362	1,047	1,519
80+	2,882	1,937	2,023	2,303	1,203	2,502	3,604
<i>Total</i> I alt	428	236	353	429	238	333	518
<i>Average length of stay</i> Gennemsnitlig liggetid							
<i>Total</i> I alt	18.2	253	11.3	13.9	16.5	13.6	12.8

The table includes ICD-9: 430-434, 436-438 and ICD-10: I60-I69
Tabellen omfatter ICD-9: 430-434 og ICD-10: I60-I69

Source: * Definition, see Table 3.13
Kilde: * Definition, se tabel 3.13

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.22 Discharges and average length of stay in hospitals*. Asthma, bronchitis, emphysema and other chronic obstructive pulmonary disease 1998
 Udskrivninger og gennemsnitlig liggetid ved sygehuse*. Astma, bronkit, emfysem og anden obstruktiv lungesygdom 1998

		Denmark	Faroe Islands	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
<i>Discharges</i> Udskrivninger								
<i>Total</i>	I alt	29,921	147	21,409	120	1,034	14,746	27,843
<i>Per 100,000 of the age</i> Pr. 100.000 i alderen								
	0-4	877	1,526	625	1,343	598	638	537
	5-14	151	206	150	345	155	134	13
	15-24	72	49	247	127	51	63	29
	25-64	278	91	214	191	175	154	587
	65-74	2,235	876	1,468	1,119	1,623	1,123	1,000
	75+	2,169	1,031	1,669	1,698	2,473	1,233	1,363
<i>Total</i>	I alt	564	328	415	473	389	332	314
<i>Average length of stay</i> Gennemsnitlig liggetid								
<i>Total</i>	I alt	6.8	5.0	5.8	5.7	12.0	6.0	5.8

The table includes ICD-9: 490-493, 496 and ICD-10: J40-J46
 Tabellen omfatter ICD-9: 490-493, 496 og ICD-10: J40-J46

Source: * Definition, see Table 3.13
 Kilde: * Definition, se tabel 3.13

Table 3.23 Discharges and average length of stay in hospitals*. Cervical and other intervertebral disc disorders 1998
 Udskrivninger og gennemsnitlig liggetid ved sygehuse*. Diskuprolaps i halsens ryghvirvler og andre ryghvirvler 1998

		Denmark	Faroe Island	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
<i>Discharges</i> Udskrivninger								
<i>Total</i>	I alt	8,119	60	8,221	47	646	4,626	4,076
<i>Per 100,000 of the age</i> Pr. 100.000 i alderen								
	0-24	13	12	25	39	37	11	6
	25-44	214	191	243	226	387	178	76
	45-64	265	212	264	358	492	178	73
	65+	128	228	101	129	187	48	30
<i>Total</i>	I alt	153	134	160	187	243	104	46
<i>Average length of stay</i> Gennemsnitlig liggetid								
<i>Total</i>	I alt	8.8	11.8	4.6	5.7	5.2	6.4	6.2

The table includes ICD-9: 722 and ICD-10: M50-M51
 Tabellen omfatter ICD-9: 722 og ICD-10: M50-M51

Source: * Definition, see Table 3.13
 Kilde: * Definition, se tabel 3.13

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.24 Discharges and average length of stay in hospitals*. Osteoporosis and osteomalacia, females 1998

Udskrivninger og gennemsnitlig liggetid ved sygehuse*. Osteoporose og osteomalaci, kvinder 1998

		Denmark	Faroe Islands	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
<i>Discharges</i>	<i>Udskrivninger</i>							
<i>Females</i>	<i>Kvinder</i>	1,704	5	404	10	..	511	1,858
<i>Total</i>	<i>I alt</i>					..		
<i>Per 100,000 females of the age</i>								
<i>Pr. 100.000 kvinder i alderen</i>								
	0-44	2	15	2	-	..	1	0
	45-64	21	-	8		..	6	7
	65-74	157	-	32	211	..	56	73
	75-79	390	131	99	521	..	116	202
	80+	568	215	124	635	..	206	381
<i>Total</i>	<i>I alt</i>	64	23	15	80	..	23	41
<i>Average length of stay</i>								
<i>Gennemsnitlig liggetid</i>								
<i>Total</i>	<i>I alt</i>	13.9	5.6	9.3	7.5	..	10.1	11.6

The table includes ICD-9: 268.2, 733.0-733.1 and ICD-10: M80-M83
 Tabellen omfatter ICD-9: 268.2, 733.0-733.1 og ICD-10: M80-M83

Source: * Definition, see Table 3.13
 Kilde: * Definition, se tabel 3.13

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.25 Discharges and average length of stay in hospitals*. Fracture of neck of femur 1998

Udskrivninger og gennemsnitlig liggetid ved sygehuse*. Brud af lår 1998

	Denmark	Faroe Island	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
<i>Discharges</i> Udskrivninger							
<i>Males</i> Mænd							
<i>Total</i> I alt	3,444	11	2,344	12	83	2,693	6,654
<i>Per 100,000 males of the age</i> Pr. 100.000 mænd i alderen							
0-44	13	-	13	4	2	10	6
45-64	75	56	65	20	62	54	58
65-74	328	127	301	105	247	296	325
75-79	822	169	663	416	288	774	849
80+	2,267	942	1,736	2,204	1,470	2,100	2,292
<i>Total</i> I alt	132	47	93	99	62	122	152
<i>Females</i> Kvinder							
<i>Total</i> I alt	9,076	36	5,621	30	237	7,345	16,730
<i>Per 100,000 females of the age</i> Pr. 100.000 kvinder i alderen							
0-44	5	7	4	-	1	4	4
45-64	88	22	50	22	59	66	68
65-74	643	461	382	422	498	554	531
75-79	1,574	784	1,013	326	1,504	1,437	1,361
80+	3,886	2,152	2,650	2,780	3,089	3,661	3,913
<i>Total</i> I alt	338	166	213	235	179	327	374
<i>Average length of stay</i> Gennemsnitlig liggetid							
<i>Total, males and females</i> I alt, mænd og kvinder	15.5	15.1	10.6	11.3	14.9	11.3	11.6

The table includes ICD-9: 820 and ICD-10: S72.0-S72.2
Tabellen omfatter ICD-9: 820 og ICD-10: S72.0-S72.2

Source: * Definition, see Table 3.13
Kilde: * Definition, se tabel 3.13

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.26 Discharges and average length of stay in hospitals*. Alcoholic liver disease 1998

Udskrivninger og gennemsnitlig liggetid ved sygehuse*. Alkoholisk leversygdom 1998

	Denmark	Faroe Islands	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
<i>Discharges</i> Udskrivninger							
<i>Males</i> Mænd							
<i>Total</i> I alt	1,806	11	1,338	5	20	425	1,393
<i>Per 100,000 males of the age</i> Pr. 100.000 mænd i alderen							
0-44	19	7	14	4	6	5	6
45-64	178	151	139	102	4	47	72
65+	95	74	71	79	99	41	68
<i>Total</i> I alt	69	47	53	40	15	19	32
<i>Females</i> Kvinder							
<i>Total</i> I alt	960	4	670	2	23	344	794
<i>Per 100,000 females of the age</i> Pr. 100.000 kvinder i alderen							
0-44	12	-	8	5	3	5	3
45-64	78	65	55	54	50	30	38
65+	54	29	37	14	49	33	35
<i>Total</i> I alt	36	18	25	18	17	15	18
<i>Average length of stay</i> Gennemsnitlig liggetid							
<i>Total, males and females</i> I alt, mænd og kvinder	9.3	4.4	8.2	8.2	9.0	9.4	8.8

The table includes ICD-9: 571.0-571.6; 571.9 and ICD-10: K70; K74
Tabellen omfatter ICD-9: 571.0-571.6; 571.9 og ICD-10: K70; K74

Source: * Definition, see Table 3.13
Kilde: * Definition, se tabel 3.13

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.27 Discharges and average length of stay in hospitals*. Non-alcoholic liver disease 1998

Udskrivninger og gennemsnitlig liggetid ved sygehuse*. Ikke-alkoholisk leversygdom 1998

	Denmark	Faroe Islands	Finland	Åland	Iceland ¹⁾	Norway	Sweden
<i>Discharges</i> Udskrivninger							
<i>Males</i> Mænd							
<i>Total</i> I alt	622	7	518	2	20	359	791
<i>Per 100,000 males of the age</i> Pr. 100.000 mænd i alderen							
0-44	12	13	11	4	11	12	9
45-64	44	75	36	20	16	22	24
65+	39	37	35	40	37	30	47
<i>Total</i> I alt	24	30	21	13	15	16	18
<i>Females</i> Kvinder							
<i>Total</i> I alt	668	1	648	2	24	351	849
<i>Per 100,000 females of the age</i> Pr. 100.000 kvinder i alderen							
0-44	11	7	14	5	14	9	10
45-64	41	-	42	32	21	24	22
65+	49	-	35	27	37	26	41
<i>Total</i> I alt	25	5	25	15	18	16	19
<i>Average length of stay</i> Gennemsnitlig liggetid							
<i>Total, males and females</i> I alt, mænd og kvinder	7.2	5.6	5.3	7.5	6.8	6.9	7.3

1 ICD-9: 571,8 not included

1 ICD-9: 571,8 ikke inkluderet

The table includes ICD-9: 570; 571.8; 572-573 and ICD-10: K71-K73; K75-K77 Source: * Definition, see Table 3.13
Tabellen omfatter ICD-9: 570; 571.8; 572-573 og ICD-10: K71-K73; K75-K77 Kilde: * Definition, se tabel 3.13

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.28 Fourteen major surgical procedure groups, total numbers 1998
Fjorten store operationsgrupper, i alt 1998

	Denmark	Faroe Island	Finland	of which Åland	Norway	Sweden
[032] <i>Coronary bypass operations, excl. PTCA</i> Bypass operationer af koronarkar, ekskl. PTCA	3,156	-	3,967	1	3,548	6,647
<i>Dilatation of coronary artery (PTCA)</i> Perkutan coronar angioplastik (PTCA)	3,868	-	2,080	-	4,172	5,283
[008+ <i>Operations on thyroidea</i> 009] Thyroideaoperationer	1,619	5	2,044	8	968	2,417
[077] <i>Kidney transplant</i> Nyretransplantation	146	-	185	2	208	323
‡) <i>Hysterectomy</i> Hysterektomi	5,981	25	10,377	36	4,711	7,903
‡) <i>Prostatectomy TURP</i> Prostatektomi TURP	5,232	65	3,597	15	4,100	8,041
‡) <i>Prostatectomy, open</i> Prostatektomi, åben	53	3	600	-	437	467
‡) <i>Total hip replacement</i> Total hofteledsplastik	7,732	76	4,550	27	6,195	13,372
‡) <i>Mastectomy (women)</i> Ablatio mammae, (kvinder)	2,899	35	1,999	9	1,864	2,906
‡) <i>Partial excision of mammary gland (women)</i> Resektion af mammae (kvinder)	2,903	13	3,391	7	1,314	4,253
‡) <i>Appendectomy</i> Appendektomi	7,478	100	9,008	30	5,226	12,529 ¹⁾
‡) <i>Disc operations</i> Disk-operationer	2,081	28	4,261	17	2,606	2,438
[067+ <i>Cholecystectomy</i> 068] Kolecystektomi	5,489	53	9,015	32	3,277	10,498
[099] <i>Caesarean section</i> Kejsersnit	9,081	149	8,661	45	7,335	10,868

Numbers in brackets refer to: *Nordic Short-list of Surgical Operations* (Copenhagen, 1989)

‡) Cf. Appendix A, in: *Rates of Surgery in the Nordic Countries* (Copenhagen, 1994)

1 Incl. en passant operations.

1 Inkl. en passant-operationer 1997

Source: D: Sundhedsstyrelsen; F & Å: STAKES; N: Norsk institutt for sykehusforskning;

Kilde: S: Socialstyrelsen

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.29 Fourteen major surgical procedure groups, per 100,000 inhabitants 1998
Fjorten store operationsgrupper, pr. 100.000 indbyggere 1998

	Denmark	Faroe Island	Finland	Åland	Norway	Sweden
[032] <i>Coronary bypass operations, excl. PTCA</i> Bypass operationer af koronarkar, ekskl. PTCA	59	-	77	4	80	75
<i>Dilatation of coronary artery (PTCA)</i> Perkutan coronar angioplastik (PTCA)	73	-	40	-	94	60
[008+ 009] <i>Operations on thyroidea</i> Thyroideaoperationer	31	11	40	31	22	27
[077] <i>Kidney transplant</i> Nyretransplantation	3	-	4	8	5	4
†) <i>Hysterectomy</i> ¹⁾ Hysterektomi ¹⁾	223	116	393	277	210	176
†) <i>Prostatectomy TURP</i> ²⁾ Prostatektomi TURP ²⁾	200	259	143	115	187	184
†) <i>Prostatectomy, open</i> ²⁾ Prostatektomi, åben ²⁾	2	13	24	-	20	11
†) <i>Total hip replacement</i> Total hofteledsplastik	146	170	88	104	139	151
†) <i>Mastectomy</i> ¹⁾ Ablatio mammae ¹⁾	108	162	76	69	83	65
†) <i>Partial excision of mammary gland</i> ¹⁾ Resektion af mammae ¹⁾	108	60	128	54	59	95
†) <i>Appendectomy</i> Appendektomi	141	223	175	115	118	142
†) <i>Disc operations</i> Disk-operationer	39	63	83	65	59	28
[067+ 068] <i>Cholecystectomy</i> Kolecystektomi	104	118	175	123	74	119
[099] <i>Caesarean section</i> ³⁾ Kejsersnit ³⁾	171	232	151	145	126	122

Symbols: See Table 3.28

Symbolforklaring: Se tabel 3.28

1 Per 100,000 females.

1 Pr. 100.000 kvinder.

2 Per 100,000 males.

2 Pr. 100.000 mænd.

3 Per 1,000 live births.

3 Pr. 1.000 levendefødte.

Source: See Table 3.28

Kilde: Se tabel 3.28

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.30 Surgical procedures in connection with cancer diagnoses, total and per 100,000 inhabitants 1998

Operationer i forbindelse med kræftdiagnoser, i alt og pr. 100.000 indbyggere 1998

	Denmark	Faroe Islands	Finland	Åland	Norway	Sweden
<i>Total I alt</i>						
†) <i>Hysterectomy</i> Hysterektomi (ICD-9: 180-184; ICD-10: C51-58)	1,163	2	851	3	945	1,926
†) <i>Prostatectomy, TURP</i> Prostatektomi, TURP (ICD-9: 185; ICD-10: C61)	976	2	410	2	997	1,521
†) <i>Prostatectomy, open</i> Prostatektomi, åben (ICD-9: 185; ICD-10: C61)	45	-	439	-	212	456
†) <i>Mastectomy</i> Ablatio mammae (ICD-9: 174; ICD-10: C50)	2,608	8	1,868	8	1,864	2,631
†) <i>Partial excision of mammary gland</i> Resektion af mammae (ICD-9: 174; ICD-10: C50)	1,293	3	1,228	-	846	3,110
<i>Per 100,000 inhabitants</i> Pr. 100.000 indbyggere						
†) <i>Hysterectomy</i> ¹⁾ Hysterektomi ¹⁾ (ICD-9: 180-184; ICD-10: C51-58)	43	9	32	23	42	43
†) <i>Prostatectomy, TURP</i> ²⁾ Prostatektomi, TURP ²⁾ (ICD-9: 185; ICD-10: C61)	37	9	16	16	45	35
†) <i>Prostatectomy, open</i> ²⁾ Prostatektomi, åben ²⁾ (ICD-9: 185; ICD-10: C61)	2	-	17	-	10	10
†) <i>Mastectomy</i> ¹⁾ Ablatio mammae ¹⁾ (ICD-9: 174; ICD-10: C50)	97	37	71	62	83	59
†) <i>Partial excision of mammary gland</i> ¹⁾ Resektion af mammae ¹⁾ (ICD-9: 174; ICD-10: C50)	48	14	46	-	38	69

Symbols: See Table 3.28

Symbolforklaring: Se tabel 3.28

1 Per 100,000 females.
2 Per 100,000 males.

1 Pr. 100.000 kvinder.
2 Pr. 100.000 mænd.

Source: See Table 3.28
Kilde: Se tabel 3.28

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE
Table 3.31 Twelve surgical procedures partly carried out in day surgery in hospitals 1998

Tolv kirurgiske indgreb, der delvist gennemføres som dagkirurgi på sygehuse 1998

	Denmark			Finland		
	Total number of procedures Indgreb i alt	Of which day surgery Heraf dagkirurgi	Day surgery (per cent) Dagkirurgi (pct.)	Total number of procedures Indgreb i alt	Of which day surgery Heraf dagkirurgi	Day surgery (per cent) Dagkirurgi (pct.)
<i>Carpal tunnel decompression</i> Dekompression og lysis af medianus nerve	2,954	2,113	71.5	3,825	2,981	77.9
<i>Cataract surgery</i> Kataraktoperation	20,285	16,295	80.3	31,941	21,387	67.0
<i>Tonsillectomy with or without adenoidectomy</i> Resektion på tonsiller og adenoidt væv	7,860	832	10.6	10,507	1,163	11.1
<i>Inguinal and femoral hernia</i> Brokoperationer	12,479	4,951	39.7	12,620	4,032	31.9
<i>Cholecystectomy, laparoscopic</i> Laparoskopisk cholecystektomi	4,217	101	2.4	8,478	39	0.5
<i>Curettage and excision of endometrium in uterus and cervix uteri</i> Udskrabninger	11,976	6,634	55.4	8,383	5,053	60.3
<i>Dilatation and curettage of uterus</i> Abortoperationer	914	101	11.1	6,859	5,804	84.6
<i>Female sterilization</i> Sterilisation af kvinder	5,388	2,903	53.9	7,737	4,914	63.5
<i>Removal of implanted devices from bone</i> Fjernelse af osteosyntese	10,108	4,376	43.3	6,244	3,212	51.4
<i>Knee arthroscopy</i> Artroskopi	9,813	6,632	67.6	6,930	3,855	55.6
<i>Arthroscopic operations on meniscus of knee</i> Artroskopisk meniskoperation	7,474	4,778	63.9	9,758	6,182	63.4
<i>Vein ligation and stripping</i> Fjernelse af åreknuder	9,915	3,641	36.7	10,077	4,163	41.3

Source: See Table 3.28
Kilde: Se tabel 3.28

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.32 Coronary bypass operations, excl. PTCA, by sex and age 1998
Coronar bypass operation, eksl. PTCA efter køn og alder 1998

	Denmark ¹⁾		Finland		Norway		Sweden	
	M	F	M	F	M	F	M	F
<44	75	13	76	7	64	9	91	26
45-54	374	72	495	50	454	54	579	128
55-64	816	188	995	202	828	170	1410	333
65-74	935	288	1127	526	1013	356	1926	701
75-84	273	118	277	205	398	193	884	481
85+	4	0	5	2	5	4	14	13
<i>Total</i>								
I alt	2,477	679	2,975	992	2,762	786	4,904	1,682
<i>In per cent</i>								
<i>I procent</i>								
<44	3.0	1.9	2.6	0.7	2.3	1.1	1.9	1.5
45-54	15.1	10.6	16.6	5.0	16.4	6.9	11.8	7.6
55-64	32.9	27.7	33.4	20.4	30.0	21.6	28.8	19.8
65-74	37.7	42.4	37.9	53.0	36.7	45.3	39.3	41.7
75-84	11.0	17.4	9.3	20.7	14.4	24.6	18.0	28.6
85+	0.2	0	0.2	0.2	0.2	0.5	0.3	0.8
<i>Total</i>								
I alt	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

1. Fordelingen på køn og alder er skønnet

Table 3.33 Dilatation of coronary artery (PTCA) by sex and age 1998
Perkutan coronar angioplastik (PTCA) efter køn og alder 1998

	Denmark		Finland		Norway		Sweden	
	M	F	M	F	M	F	M	F
<44	208	44	106	22	242	46	184	46
45-54	739	168	395	84	829	153	857	207
55-64	982	352	481	189	1,003	254	1256	373
65-74	747	332	412	219	821	342	1186	499
75-84	193	93	89	77	298	163	410	243
85+	2	8	3	3	13	8	13	9
<i>Total</i>								
I alt	2,871	997	1,486	594	3,206	966	3,906	1,377
<i>In per cent</i>								
<i>I procent</i>								
<44	7.2	4.4	7.1	3.7	7.5	4.8	4.7	3.3
45-54	25.7	16.9	26.6	14.1	25.9	15.8	21.9	15.0
55-64	34.2	35.3	32.4	31.8	31.3	26.3	32.2	27.1
65-74	26.0	33.3	27.7	36.9	25.6	35.4	30.4	36.2
75-84	6.7	9.3	6.0	13.0	9.3	16.9	10.5	17.6
85+	0.1	0.8	0.2	0.5	0.4	0.8	0.3	0.7
<i>Total</i>								
I alt	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Tabel 3.34 Operations on thyroidea by sex and age 1998

Thyreoideaoperationer, fordelt på køn og alder 1998

	Denmark		Finland		Norway		Sweden	
	M	F	M	F	M	F	M	F
<14	2	4	2	3	2	4	3	8
15-24	19	42	12	58	5	30	25	88
25-44	95	596	61	494	45	326	111	728
45-54	73	336	93	576	40	192	91	454
55-64	61	186	70	321	31	105	77	309
65-74	36	98	45	198	36	93	81	241
75-84	15	49	19	79	6	45	39	141
85+	1	6	1	12	3	5	2	19
<i>Total</i> I alt	302	1,317	303	1,741	168	800	429	1,988
<i>In per cent</i> I procent								
<14	0.7	0.3	0.7	0.2	1.2	0.5	0.7	0.4
15-24	6.3	3.2	4.0	3.3	3.0	3.8	5.8	4.4
25-44	31.5	45.3	20.1	28.4	26.8	40.8	25.9	36.6
45-54	24.2	25.5	30.7	33.1	23.8	24.0	21.2	22.8
55-64	20.2	14.1	23.1	18.4	18.5	13.1	17.9	15.5
65-74	11.9	7.4	14.9	11.4	21.4	11.6	18.9	12.1
75-84	5.0	3.7	6.3	4.5	3.6	5.6	9.1	7.1
85+	0.3	0.5	0.3	0.7	1.8	0.6	0.5	1.0
<i>Total</i> I alt	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Tabel 3.35 Kidney transplant by sex and age 1998

Nyretransplantationer, fordelt på køn og alder 1998

	Denmark ¹⁾		Finland		Norway		Sweden	
	M	F	M	F	M	F	M	F
<14	1	3	5	-	3	1	7	4
15-24	8	1	4	1	2	8	11	6
25-44	38	32	41	37	34	29	63	45
45-54	19	19	31	17	21	16	59	29
55-64	17	8	25	12	38	8	52	26
65-74	-	-	8	3	27	10	13	8
75-84	-	-	1	-	6	4	-	-
85+	-	-	-	-	1	-	-	-
<i>Total</i>								
I alt	74	63	115	70	132	76	205	118
<i>In per cent</i>								
<i>I procent</i>								
<14	1.2	4.8	4.3	-	2.3	1.3	3.4	3.4
15-24	9.6	1.6	3.5	1.4	1.5	10.5	5.4	5.1
25-44	45.8	50.8	35.7	52.9	25.8	38.2	30.7	38.1
45-54	22.9	30.2	27.0	24.3	15.9	21.1	28.8	24.6
55-64	20.5	12.7	21.7	17.1	28.8	10.5	25.4	22.0
65-74	-	-	7.0	4.3	20.5	13.2	6.3	6.8
75-84	-	-	0.9	-	4.5	5.3	-	-
85+	-	-	-	-	0.8	-	-	-
<i>Total</i>								
I alt	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

1. Fordeling på køn og alder delvist skønnet

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Tabel 3.36 Hysterectomy by age, 1998
Hysterektomi fordelt på alder 1998

	<i>Denmark</i>	<i>Faroe Islands</i>	<i>Finland</i>	<i>Norway</i>	<i>Sweden</i>
< 30	49	9	53	32	43
30-39	784	4	832	467	557
40-49	2,435	5	4,546	1,944	2,504
50-59	1,418	3	2,942	1,335	2,418
60-69	692	-	1186	445	1,172
70-79	472	3	633	363	920
80-84	94	-	140	82	217
85+	37	-	45	43	71
<i>Total</i>					
I alt	5,981	24	10,377	4,711	7,902
<i>In per cent</i>					
I procent					
< 30	0.8	37.5	0.5	0.7	0.5
30-39	13.1	16.7	8.0	9.9	7.1
40-49	40.7	20.8	43.8	41.3	31.7
50-59	23.7	12.5	28.4	28.3	30.6
60-69	11.6	-	11.4	9.4	14.8
70-79	7.9	12.5	6.1	7.7	11.6
80-84	1.6	-	1.3	1.7	2.8
85+	0.6	-	0.4	0.9	0.9
<i>Total</i>					
I alt	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Tabel 3.37 Prostatectomy TURP by age 1998
Prosta tektomi TURP fordelt på alder 1998

	<i>Denmark</i>	<i>Faroe Islands</i>	<i>Finland</i>	<i>Norway</i>	<i>Sweden</i>
< 50	103	23	26	16	47
50-59	470	6	287	238	572
60-69	1,340	11	1,188	943	1,845
70-79	2,247	14	1,517	1,880	3,763
80-84	731	1	401	648	1,223
85+	329	2	178	375	588
<i>Total</i>					
I alt	5,220	57	3,597	4,100	8,038
<i>In per cent</i>					
I procent					
< 50	2.0	40.3	0.7	0.4	0.6
50-59	9.0	10.5	8.0	5.8	7.1
60-69	25.7	19.5	33.0	23.0	23.0
70-79	43.1	24.6	42.2	45.9	46.8
80-84	14.0	1.8	11.1	15.8	15.2
85+	6.3	3.5	4.9	9.1	7.3
<i>Total</i>					
I alt	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Tabel 3.38 Prostatectomy, open by age 1998
Prostatektomi, åben fordelt på alder 1998

	Denmark	Finland	Norway	Sweden
< 50	3	8	12	6
50-59	11	120	80	123
60-69	33	322	187	301
70-79	6	124	104	33
80-84	0	16	41	1
85+	0	10	13	2
<i>Total</i>				
I alt	53	600	437	466
<i>In per cent</i>				
I procent				
< 50	5.7	1.3	2.7	1.3
50-59	20.8	20.0	18.3	26.4
60-69	62.3	53.7	42.8	64.6
70-79	11.3	20.7	23.8	7.1
80-84	0.0	2.7	9.4	0.2
85+	0.0	1.7	3.0	0.4
<i>Total</i>				
I alt	100.0	100.0	100.0	100.0

Tabel 3.39 Total hip replacement by sex and age 1998
Total hofteledplastik fordelt på køn og alder 1998

	Denmark		Finland		Norway		Sweden	
	M	F	M	F	M	F	M	F
<30	23	21	7	11	20	23	19	26
30-39	42	38	22	40	30	37	46	61
40-49	154	131	114	131	108	118	189	209
50-59	441	412	344	351	248	437	730	867
60-69	729	991	651	816	516	1096	1363	1781
70-79	839	1692	522	1058	645	1847	1863	3036
80-84	321	819	93	266	180	554	565	1279
85+	209	870	19	105	74	262	263	1075
<i>Total</i>								
I alt	2,758	4,974	1,772	2,778	1,821	4,374	5,038	8,334
<i>In per cent</i>								
I procent								
<30	0.8	0.4	0.4	0.4	1.1	0.5	0.4	0.3
30-39	1.5	0.8	1.2	1.4	1.6	0.8	0.9	0.7
40-49	5.6	2.6	6.4	4.7	5.9	2.7	3.8	2.5
50-59	16.0	8.3	19.4	12.6	13.6	10.0	14.5	10.4
60-69	26.4	19.9	36.7	29.4	28.3	25.1	27.1	21.4
70-79	30.4	34.0	29.5	38.1	35.4	42.2	37.0	36.4
80-84	11.6	16.5	5.2	9.6	9.9	12.7	11.2	15.3
85+	7.6	17.5	1.1	3.8	4.1	6.0	5.2	12.9
<i>Total</i>								
I alt	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Tabel 3.40 Mastectomy, by age, females 1998
Ablatio mammae, kvinder, fordelt på alder 1998

	<i>Denmark</i>	<i>Finland</i>	<i>Norway</i>	<i>Sweden</i>
< 20	1	-	-	-
20-29	6	10	9	13
30-39	96	81	79	130
40-49	416	401	288	435
50-59	656	437	458	644
60-69	684	379	363	540
70-79	572	460	421	587
80-84	185	126	165	294
85+	117	105	81	178
<i>Total</i>				
I alt	2,733	1,999	1,864	2,821
<i>In per cent</i>				
I procent				
< 20	-	-	-	-
20-29	0.2	0.5	0.5	-
30-39	3.5	4.1	4.2	5.1
40-49	15.2	20.1	15.5	15.4
50-59	24.0	21.9	24.6	22.8
60-69	25.0	19.0	19.5	19.1
70-79	20.9	23.0	22.6	20.8
80-84	6.8	6.3	8.9	10.4
85+	4.3	5.3	4.3	6.3
<i>Total</i>				
I alt	100.0	100.0	100.0	100.0

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Tabel 3.41 Partial excision of mammary gland by age, females 1998
 Resektion af mammae, kvinder, fordelt på alder 1998

	<i>Denmark</i>	<i>Finland</i>	<i>Norway</i>	<i>Sweden</i>
< 20	18	55	5	5
20-29	122	184	22	38
30-39	330	379	84	175
40-49	705	929	259	762
50-59	781	977	489	1326
60-69	473	538	274	1026
70-79	270	253	135	634
80-84	72	54	25	154
85+	56	22	21	96
<i>Total</i>				
I alt	2,827	3,391	1,314	4,216
<i>In per cent</i>				
I procent				
< 20	0.6	1.6	0.4	0.1
20-29	4.3	5.4	1.7	0.9
30-39	11.7	11.2	6.4	4.2
40-49	24.9	27.4	19.7	18.1
50-59	27.6	28.8	37.2	31.5
60-69	16.7	15.9	20.9	24.3
70-79	9.6	7.5	10.3	15.0
80-84	2.5	1.6	1.9	3.7
85+	2.0	0.6	1.6	2.3
<i>Total</i>				
I alt	100.0	100.0	100.0	100.0

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Tabel 3.42 Appendectomy by sex and age 1998
 Appendektomi fordelt på køn og alder 1998

	Denmark		Finland		Norway		Sweden	
	M	F	M	F	M	F	M	F
<10	384	338	257	237	164	167	608	513
10-19	906	872	977	1,033	653	592	1,611	1,467
20-29	736	671	837	1,001	621	567	1,213	1,125
30-39	511	543	759	759	461	383	1,021	864
40-49	322	434	587	628	296	303	660	686
50-59	300	426	439	435	194	232	515	649
60-69	238	299	297	269	118	144	322	403
70-79	126	213	168	193	108	118	285	328
80-84	25	70	25	56	29	35	64	70
85+	25	39	18	33	14	27	33	72
<i>Total</i>								
I alt	3,573	3,905	4,364	4,644	2,658	2,568	6,332	6,177
<i>In per cent</i>								
I procent								
<10	10.7	8.7	5.9	5.1	6.2	6.5	9.6	8.3
10-19	25.4	22.3	22.4	22.2	24.6	23.1	25.4	23.7
20-29	20.6	17.2	19.2	21.6	23.4	22.1	19.2	18.2
30-39	14.3	13.9	17.4	16.3	17.3	14.9	16.1	14.0
40-49	9.0	11.1	13.5	13.5	11.1	11.8	10.4	11.1
50-59	8.4	10.9	10.1	9.4	7.3	9.0	8.1	10.5
60-69	6.7	7.7	6.8	5.8	4.4	5.6	5.1	6.5
70-79	3.5	5.5	3.8	4.2	4.1	4.6	4.5	5.3
80-84	0.7	1.8	0.6	1.2	1.1	1.4	1.0	1.1
85+	0.7	1.0	0.4	0.7	0.5	1.1	0.5	1.2
<i>Total</i>								
I alt	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Tabel 3.43 Disc operations by sex and age 1998

Disk-operationer fordelt på køn og alder 1998

	Denmark		Finland		Norway		Sweden	
	M	F	M	F	M	F	M	F
<10	-	-	-	-	-	-	-	-
10-19	6	8	42	44	16	20	17	13
20-29	126	71	237	130	173	119	123	77
30-39	345	227	783	410	454	318	431	275
40-49	345	278	798	572	460	347	374	312
50-59	267	193	468	327	259	210	264	223
60-69	70	68	165	144	84	60	111	103
70-79	29	37	64	68	32	43	56	39
80-84	6	5	2	5	1	7	9	9
85+	-	-	2	-	1	2	-	2
<i>Total</i>								
I alt	1,194	887	2,561	1,700	1,480	1,126	1,385	1,053
<i>In per cent</i>								
I procent								
<10	-	-	-	-	-	-	-	-
10-19	0.5	0.9	1.6	2.6	1.1	1.8	1.2	1.2
20-29	10.6	8.0	9.3	7.6	11.7	10.6	8.9	7.3
30-39	28.9	25.6	30.6	24.1	30.7	28.2	31.1	26.1
40-49	28.9	31.3	31.2	33.6	31.1	30.8	27.0	29.6
50-59	22.4	21.8	18.3	19.2	17.5	18.7	19.1	21.2
60-69	5.9	7.7	6.4	8.5	5.7	5.3	8.0	9.8
70-79	2.4	4.2	2.5	4.0	2.2	3.8	4.0	3.7
80-84	0.5	0.6	0.1	0.3	0.1	0.6	0.6	0.9
85+	-	-	0.1	-	0.1	0.2	-	0.2
<i>Total</i>								
I alt	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Tabel 3.44 Cholecystectomy by sex and age 1998
Kolecystectomi fordelt på køn og alder 1998

	Denmark		Finland		Norway		Sweden	
	M	F	M	F	M	F	M	F
<30	67	642	77	472	41	306	120	860
30-39	181	856	221	835	101	411	326	1279
40-49	269	672	450	1,086	147	357	500	1286
50-59	299	876	637	1,264	170	460	733	1488
60-69	276	621	763	1,146	192	378	729	1141
70-79	227	350	646	927	204	331	688	865
80-84	47	55	112	227	51	77	154	188
85+	18	33	41	111	22	29	53	83
<i>Total</i>								
I alt	1,384	4,105	2,947	6,068	928	2,349	3,303	7,190
<i>In per cent</i>								
I procent								
<30	4.8	15.6	2.6	7.8	4.4	13.0	3.6	12.0
30-39	13.1	20.9	7.5	13.8	10.9	17.5	9.9	17.8
40-49	19.4	16.4	15.3	17.9	15.8	15.2	15.1	17.9
50-59	21.6	21.3	21.6	20.8	18.3	19.6	22.2	20.7
60-69	19.9	15.1	25.9	18.9	20.7	16.1	22.1	15.9
70-79	16.4	8.5	21.9	15.3	22.0	14.1	20.8	12.0
80-84	3.4	1.3	3.8	3.7	5.5	3.3	4.7	2.6
85+	1.3	0.8	1.4	1.8	2.4	1.2	1.6	1.2
<i>Total</i>								
I alt	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Tabel 3.45 Caesarean Section, by age 1998
Kejsersnit fordelt på alder 1998

	Denmark	Finland	Norway	Sweden
< 15	-	1	-	-
15-24	1,100	1,221	928	1,347
25-34	6,276	5,331	4,783	7,028
35-44	1,692	2,083	1,612	2,458
45+	12	25	12	18
<i>Total</i>				
I alt	9,080	8,661	7,335	10,851
<i>In per procent</i>				
I procent				
< 15	-	-	-	-
15-24	12.1	14.1	12.7	12.4
25-34	69.1	61.6	65.2	64.8
35-44	18.6	24.1	22.0	22.7
45+	0.1	0.3	0.2	0.2
<i>Total</i>				
I alt	100.0	100.0	100.0	100.0

Accidents

Patients hospitalized as a consequence of accidents take up a substantial part of the capacity at the hospitals.

While the statistics for causes of death are highly developed in the Nordic countries, the registration of survivors following accidents is still deficient and the available data are difficult to compare. In Denmark and Finland, there are register-based data. In Norway, a register has been established covering a cross-section of about 10 per cent of patients admitted to hospitals. Iceland and Sweden have no corresponding data available.

The vast majority of accidents in the Nordic countries happens outside of working hours. Of these, road accidents make up a substantial part.

It is, however, not possible to produce comparable statistics dividing accidents into working hours and non-working hours accidents.

But for patients admitted to hospitals, it appears that accidents in residential areas are most frequent, followed by accidents in traffic areas. The third most frequent place of accident is sports and leisure grounds.

The discharges pattern following accidents is very different for men and women and for different age groups.

Ulykker

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. I Danmark og Finland findes der registerbaserede data. I Norge er der opbygget et register, som dækker ca. 10 pct. af de indlagte patienter. Island og Sverige har ikke tilsvarende tilgængelige data.

Langt de fleste ulykker i de nordiske lande sker uden for arbejdstiden. Af disse udgør trafikulykker en væsentlig del.

Det er imidlertid ikke muligt at fremskaffe en sammenlignelig statistik, der opdeler ulykker inden for henholdsvis uden for arbejdstiden.

For indlagte patienter fremgår det imidlertid, at ulykker i boligområder er de hyppigst forekommende, efterfulgt af ulykker i trafikområder. Det tredjehyppigste ulykkessted er idræts- og sportsområder.

Udskrivningsmønstret efter ulykker er meget forskelligt for mænd og kvinder – og for de enkelte aldersklasser.

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.46 Patients discharged after treatment for injuries incurred in accidents, per 100,000 inhabitants, by place of accident 1998

Udskrivninger fra sygehuse efter behandling for skader pådraget ved ulykker, pr. 100.000 indbyggere efter ulykkessted 1998

	Denmark	Finland ¹⁾	Norway
<i>Place of occurrence</i>			
Sted			
<i>Transport area</i>			
Transportområde	211	190	203
<i>Residential area</i>			
Boligområde	376	486	370
<i>Industrial and workshop area</i>			
Produktions- og værkstedsområde	35	44	20
<i>Retail, commercial and service area</i>			
Butiks-, handels- og liberalt erhvervsområde	13	13	8
<i>School, public premises and institutional area</i>			
Skole-, offentligt administrations- og institutionsområde	46	84	96
<i>Sports area</i>			
Idræts- og sportsområde	59	72	68
<i>Amusement, entertainment and park areas</i>			
Forlystelses- og parkområde	14	30	12
<i>Open countryside</i>			
Fri natur	41	38	36
<i>Sea, lake and river</i>			
Hav- og søområde	5	5	12
<i>Place, other and unspecified</i>			
Sted, andet og uspecificeret eller uoplyst	100	788	147
<i>Total</i>			
I alt	898	1,749	971

1 1995

Source: Place of occurrence codes in: *Classification for Accident Monitoring, 2nd revised edition*. Nordic Medico-Statistical Committee. Copenhagen 1990, pp. 18-25.
 Kilde: D: Sundhedsstyrelsen; F: STAKES; N: Statens institutt for folkehelse; S: Socialstyrelsen

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.47 Patients discharged after treatment for injuries incurred in accidents, per 100,000 inhabitants, by sex and age 1998

Udskrivninger fra sygehuse efter behandling for skader pådraget ved ulykker, pr. 100.000 indbyggere efter køn og alder 1998

	Denmark		Finland		Norway		Sweden ¹⁾	
	M	F	M	F	M	F	M	F
0-14	861	594	913	594	885	663	1,112	745
15-24	1,113	474	2,019	813	956	461	1,368	694
25-64	777	446	1,802	1,090	757	438	997	621
65+	1,445	2,796	3,413	4,133	1,928	3,402	2,952	4,646
<i>Total</i>								
I alt	919	881	1,841	1,510	947	94	1,356	1,452

1.1997

Source: The Inpatient Registers of the Nordic Countries
Kilde:

Use of medicine

Sales statistics are usually presented using the ATC (Anatomical Therapeutic Chemical) classification and using the DDD (Defined daily dose) per 1,000 inhabitants per day for measurement. As can be seen from table 3.48, there are large differences from one country to another as to the overall view and the individual main ATC-groups. From the following it appears that there are also large differences in the prescription practices in the various countries.

A02 Antacids and drugs for treatment of peptic ulcer.

In all the countries there has been a considerable increase in the medical treatment of peptic ulcer.

A08 Antiobesity drugs

The use of legal drugs against obesity are used most in Denmark and least in Sweden.

A10A, A10B: Insulins and Oral blood glucose lowering drugs

The total consumption of all antidiabetic medicines is slightly increasing in all Nordic countries.

The countries can be divided into three categories by the level of sales of antidiabetics, both insulins and oral drugs. Finland and Sweden have the highest figures, Norway and Denmark intermediate, and Greenland and Iceland the lowest. This has been the case as long as the sales figures have been available, i.e.

Brug af medicin

Lægemiddelstatistik publiceres normalt ved anvendelse af ATC (Anatomical Therapeutic Chemical) til klassificering af lægemidler med brug af DDD (Definerede Døgndoser) pr. 1.000 indbyggere pr. dag som måleenhed.

Som det fremgår af tabel 3.48 så er der både samlet set og på de enkelte hoved ATC grupper store forskelle landene imellem og som det vil fremgå af det følgende findes der store forskelle i ordinationspraksis mellem landene.

A02 Syreneutraliserende midler og midler mod mavesår

Der er i alle landene sket en væsentlig stigning i medicinsk behandling af mavesår.

A08 Appetitnedsættende midler

Brugen af legale lægemidler mod overvægt er mest udbredt i Danmark og mindst i Sverige

A10A, A10B: Insuliner og Perorale antidiabetika

Det samlede forbrug af diabeteslægemidler stiger noget i de nordiske lande.

Landene kan opdeles i tre grupper med hensyn til niveauet på salget af antidiabetika, både insuliner og perorale midler. Finland og Sverige har de højeste tal, Grønland og Island de laveste med Norge og Danmark i en mellemgruppe. Dette har været tilfældet lige så længe salgsstatistik har eksisteret, dvs. tilbage til

since the 1970's. The variations in the occurrence of diabetes explain about half of the differences in the sales of medicines, and the rest is due mainly to therapeutic traditions.

C10: Serumlipidreducing agents

Sales of serumlipidreducing agents is rapidly increasing in all Nordic countries. Sales are low in terms of DDDs, but as the group includes expensive drugs, the rise in costs is dramatic.

C01A, C01D: Cardiac glycosides and vasodilators used in cardiac diseases

There are persisting differences between the countries in the use of cardiac (digitalis) glycosides, C01A.

ATC-group C01D, Vasodilators used in cardiac diseases, includes the sales of vasodilators such as glyceryl nitrate (nitro-glycerine) and other nitrates. The increasing use is mostly due to development of new dosage forms for these drugs (transdermal ointments, plasters and slow-release formulations), which have broadened the spectrum of usage.

C02, C03, C07, C08, C09: Diuretics, Beta-blocking agents, Calcium-channel blockers, and ACE-inhibitors

These drug groups are all to a large extent used in the treatment of hypertension, but they are also used against other common conditions such as angina pectoris and cardiac failure. Therapy tradi-

1970'erne. Variationerne i forekomsten af diabetes forklarer ca. halvdelen af forskellen, den resterende del skal hovedsagelig findes i de terapeutiske traditioner.

C10: Blodlipidregulerende midler

Salget af blodlipidregulerende midler vokser hurtigt i de nordiske lande. Selvom salgstallene er små, udtrykt i DDD, bliver udgiftsstigningen dramatisk, da de lægemidler, som indgår i denne gruppe er dyre.

C01A, C01D: Hjerteglykosider og Koronar-terapeutika

Der er stadigvæk store forskelle i anvendelsen af hjerte-(digitalis-) glykosider, C01A, landene imellem.

ATC-gruppe C01D, kardilaterende midler, ved karsygdomme, omfatter salg af karudvidende midler som glycerylnitrat (nitroglycerin) og andre nitrater. Den forøgede udbredelse beror i hovedsagen på udviklingen af nye doseringsmåder for disse lægemidler (liniment, plastre og depotpræparater), som har udvidet anvendelsesområdet.

C02, C03, C07, C08, C09: Diuretika, beta-receptorblokerende midler, Calcium-blokkere og ACE-hæmmere

Disse lægemiddelgrupper anvendes i vid udstrækning til behandling af for højt blodtryk, men anvendes også til behandling af andre almindelige sygdomme, såsom angina pectoris og hjertesvigt. Be-

tions vary markedly. In Denmark, for example, there is a high relative use of diuretics while Norway has the highest relative use of other antihypertensives such as calcium antagonists and ACE inhibitors. The total use has increased substantially, but there is a shift towards less use of diuretics and betablockers and more use of other antihypertensives. This has led to a marked increase in costs.

C03C; G03F Estrogens; Progesterons and Estrogens in combination

Treatment of complications with women's menopause is increasing in all Nordic countries...

M01A, M03B, N02B: Analgesics

Medicines belonging to the groups M01A, M03B and N02B are used in the relief of various types of pain, including headache, rheumatic disorders and arthritis. For a long period there have been big differences in the use of drugs for pain relief in the Nordic countries. Denmark has the highest consumption, while Norway has the lowest. The prescription of narcotic analgesics is limited in all countries. The continuous increase in the sales of analgesics may mainly be a consequence of a high occurrence of musculo-skeletal pain that has been reported from all the Nordic countries.

N02A, N05A, N05B, N05C, N06A: Opioid, Psycholeptics and Psychoanaleptics

The pattern and the level of utilization of psycholeptics and psychoanaleptics in the Nordic countries have differed for a

handlingstraditionerne varierer betydeligt. Fx er brugen af diuretika relativt udbredt i Danmark, mens Norge relativt set har det højeste forbrug af andre hypertensiva, såsom kalciumantagonister og ACE-hæmmere. Det samlede forbrug er steget væsentlig, men der er en tendens til at bruge færre diuretika og beta-receptblokerende midler og i stedet bruge andre midler mod forhøjet blodtryk. Dette har medført en betydelig udgiftsstigning.

C03C; G03F Østrogener; Gestagener og Østrogener i kombination.

Behandlinger for komplikationer i forbindelse med kvinder overgangsalder er stigende i alle de nordiske lande....

M01A, M03B, N02B: Smertestillende midler

Lægemidlerne i M01A, M03B og N02B anvendes til at behandle forskellige typer smerte, såsom hovedpine, reumatiske smerter og ledsmerter. Der har længe været store forskelle i anvendelsen af disse midler i de nordiske lande. Danmark forbruger mest analgetika, mens Norge forbruger mindst. Anvendelsen af narkotiske analgetika er begrænset i alle landene. Den stadige vækst i salget af analgetika kan for en stor dels vedkommende skyldes den store hyppighed af smerter i bevægelsesapparatet der er registreret i alle de nordiske lande.

N02A, N05A, N05B, N05C, N06A: Stærke smertestillende midler, Psykofarmaka og psykoanaleptika

Der har længe været forskelle både i niveauet og i lægemiddelvalget inden for gruppen i de nordiske lande. Anvendel-

long period of time. The pattern is still rather varying, e.g. Sweden has the lowest consumption of benzodiazepines and use other hypnotic drugs to a larger extent than the other countries.

The level of use of antipsychotics (N05A) varies between the countries, while that of antidepressants (N06A) is increasing. The new antidepressants, i.e. Selective Serotonin Re-uptake Inhibitors (SSRI), are the main reason for the increase.

***R03A, R03B, R03C+R03D,
R06: Antiasthmatics***

The use of antiasthmatic drugs shows a continuous increase in all the Nordic countries, with exception of Greenland. This applies to inhalants, which are gaining ground as against drugs for systemic use. The differences in total consumption of antiasthmatics between the countries are relatively small. Regional differences within the countries are, however, relatively large.

The increase in the consumption is due to several inter-related factors. The occurrence of asthma seems to be increasing, a growing proportion of asthmatic patients are treated with medicines, and medication has become more aggressive than before.

***J01, J01A, J01C, J01D, J01F:
General anti-infectives for
systemic use***

Average consumption of products in this group in the Nordic countries can be broken down roughly as follows:

Tetracyclines, betalactam antibacterials and penicillins 75 per cent, sulfonamids

sesmønsteret er fortsat meget forskelligt. Fx har Sverige det laveste forbrug af benzodiazepiner og bruger andre hypnotika i større udstrækning end andre lande.

Forbruget af antipsykotisk medicin (N05A) varierer, mens brugen af antidepressiva (N06A) er stigende. Dette skyldes hovedsagelig de nye antidepressiva såsom serotonin re-uptake inhibitorer (SSRI).

***R03A, R03B, R03C+R03D,
R06: Astmamidler***

Brugen af lægemidler mod astma udviser en kontinuerlig stigning i alle de nordiske lande, med undtagelse af Grønland. Dette gælder inhalationsmidler, der vinder terræn i forhold til lægemidler til systemisk brug. Forskellene mellem landene i det samlede forbrug er relativt små. De regionale variationer inden for de enkelte lande er dog forholdsvis store.

Stigningen i forbruget skyldes flere samvirkende faktorer. Forekomsten af astma synes at være stigende, en større del af astmapatienterne behandles med medicin, og den medicinske behandling er blevet mere aggressiv end tidligere.

***J01, J01A, J01C, J01D, J01F:
Midler mod infektionssygdomme (systemiske)***

Det gennemsnitlige forbrug af denne type medicin i de nordiske lande kan opdeles som følger:

Tetracykliner, bredspektrede penicilliner og beta-lactam udgør 75 pct., sulfonamid

and trimethoprim 6-12 per cent, macrolides and lincosamides 7-17 per cent and others 2-9 per cent.

Interesting deviations from the average include very low use of tetracyclines in the Faroe Islands and Denmark, and that the use of cephalosporins is extremely high in Finland, nine times the average for the other countries.

Concern has been expressed about the rising incidence of multiple resistance to antibiotics in some bacteria strains, especially since new products countering the resistance are not under way. The reason for this rising resistance has not been clarified, but extensive use of antibiotics is likely to be an important factor.

The consumption of medicines in Greenland is distinguished from that of the other countries by being low for certain groups of medicine, while it is high for certain types of antibiotics. This is due to the patterns of disease and the huge geographical distances, which partly mean that the patients' access to medicines is more difficult and partly necessitates use of antibiotics on a broader indication. Medicine is handed out in connection with contacting the health service. In addition medicines in smaller quantities may be bought over the counter for the prescribed treatment.

og trimethoprim 6-12 pct., makroliner 7-17 pct. og andre præparater 2-9 pct.

Nogle interessante afvigelser fra gennemsnittet er, at forbruget af tetracyclin er meget lille i Danmark og på Færøerne, mens forbruget af cefalosporiner er ekstremt højt i Finland, svarende til ni gange det gennemsnitlige forbrug i de andre lande.

Der har været givet udtryk for bekymring over for den voksende incidens af multipel resistens/immunitet hos visse bakteriestammer over for antibiotika, især da der ikke synes at være nye medikamenter på vej, som kan ophæve resistensen. Årsagen til den stigende resistens/immunitet er ikke klarlagt, men udstrakt brug af antibiotika udgør formentlig en vigtig faktor.

Medicinforbruget i Grønland adskiller sig fra de øvrige landes ved i en række medicingrupper at ligge lavt, hvorimod det inden for visse typer antibiotika ligger højt. Dette skyldes forskelle i sygdomsmønstret og de store geografiske afstande, der dels bevirker, at patientens adgang til medicin er vanskeligere, dels nødvendiggør anvendelse af antibiotika på en bredere indikation. Medicin udleveres i forbindelse med kontakt til sundhedsvæsenet. Herudover kan der i mindre omfang købes medicin i håndkøb til den foreskrevne behandling.

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.48 Sales of pharmaceutical products in total, DDD/ 1000 inhabitants/day by ATC group 1998

Salg af lægemidler i alt i DDD/1000 indbyggere/døgn fordelt på ATC-grupper 1998

	Denmark	Finland	Iceland	Norway	Sweden
<i>ATC-group</i>					
<i>ATC-gruppe</i>					
<i>A Alimentary tract and metabolism</i> Fordøjelse og stofskifte	113	320	109	189	351
<i>B Blood and blood-forming agents</i> Blod og bloddannende organer	64	98	26	76	97
<i>C Cardiovascular agents</i> Hjerte og kredsløb	222	256	200	232	253
<i>D Dermatologicals</i> Hudmidler	34	1	3	..	194
<i>G Genito-urinary system and sex hormones</i> Kønshormoner m.m.	103	120	122	100	127
<i>H Systemic hormonal preparations, excl. sex hormones</i> Hormoner til systemisk brug	22	27	25	31	33
<i>J General anti-infectives for systemic use</i> Infektions-sygdomme	14	20	23	15	18
<i>L Antineoplastic and immunomodulating agents</i> Cancermidler m.m.	2	3	3	..	5
<i>M Muscoloskeletal system</i> Muskler, led, knogler	36	64	48	37	41
<i>N Nervous system</i> Nerve-systemet	202	158	208	145	203
<i>P Antiparasitic products, insecticides and repellants</i> Parasitmidler	3	1	1	2	1
<i>R Respiratory system</i> Åndedrætsorganer	106	106	92	142	133
<i>S Sensory organs</i> Sansorganer	8	11	10	15	16
<i>V Various</i> Diverse	-	-	-	-	-
<i>Total</i> I alt	927	1,187	871	987	1,470

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.49 Insulins and oral blood glucose lowering drugs, DDD per 1,000 inhabitants per day 1986–1998

Insulin og perorale antidiabetika, DDD pr. 1.000 indbyggere pr. dag 1986–1998

	Denmark ¹⁾	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
A10A								
<i>Insulins</i>								
Insulin								
1986	6.3	2.9	..	6.9	..	3.6	5.7	10.7
1995	6.7	5.8	1.1	11.8	8.8	3.4	10.9	14.3
1997	7.6	6.0	1.3	13.3	..	3.6	12.4	15.0
1998	8.2	..	1.4	13.9	..	4.1	13.2	16.4
A10B								
<i>Oral blood glucose lowering drugs</i>								
Perorale antidiabetika								
1986	6.1	2.2	..	13.7	..	3.6	5.7	10.9
1995	7.9	10.4	1.7	19.0	11.4	6.5	7.1	13.6
1997	9.0	10.5	2.5	21.7	11.7	7.4	8.5	12.3
1998	10.1	12.3	2.8	22.9	11.8	8.0	9.7	14.9
A02								
<i>Antacids, drugs for treatment of peptic ulcer and flatulence</i>								
Syreneutraliserende midler og midler mod mavesår								
1986	..	..	..	10.4	..	20.7	17.0	..
1995	21.9	..	..	16.2	..	22.5	19.3	25.2
1997	25.2	16.6	..	17.0	..	25.5	20.4	26.3
1998	27.3	22.4	..	17.6	..	28.5	22.8	32.2
A08								
<i>Antiobesity preparations, ekskl. diet products</i>								
Appetitnedsættende midler								
1986	..	..	..	0.8	..	0.3	..	..
1995	2.0	..	..	0.1	..	..	..	..
1997	1.6	2.2	..	0.1	..	..	..	..
1998	1.0	0.9	..	0.0	..	0.5	..	..

1 Hospital sales not included.

1 Ekskl. salg til hospitaler.

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.50 Serumlipid-reducing agents, DDD per 1,000 inhabitants per day 1992-1998

Blodlipidregulerende midler, DDD pr. 1.000 indbyggere pr. dag 1992-1998

	Denmark ¹⁾	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
C10 Serumlipid-reducing agents Blodlipidregulerende midler								
1992	1.4	0.3	..	2.9	..	3.8	3.0	3.9
1995	3.1	1.0	0.0	5.7	0.7	6.2	11.1	7.8
1997	6.0	3.7	1.2	12.0	5.5	12.5	27.1	13.5
1998	8.4	7.8	1.9	15.8	8.4	17.2	37.7	19.3

1 Hospital sales not included.

1 Ekskl. salg til hospitaler.

Table 3.51 Cardiac glycosides and vasodilators used in cardiac diseases, DDD per 1,000 inhabitants per day 1990-1998

Hjerteglykosider og koronar-terapeutika, DDD pr. 1.000 indbyggere pr. dag 1990-1998

	Denmark ¹⁾	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
C01A Cardiac glycosides Hjerteglykosider								
1990	9.6	10.5	..	24.1	..	6.1	10.4	16.5
1995	9.0	14.5	2.6	15.7	16.1	5.8	8.2	12.8
1997	8.6	11.2	2.6	12.9	..	5.4	7.2	9.5
1998	8.4	..	3.0	11.6	14.3	5.4	6.7	10.5
C01D Vasodilators used in cardiac diseases Koronar-terapeutika								
1990	7.5	13.4	..	24.9	..	13.8	16.5	19.3
1995	10.5	24.3	1.8	26.3	23.0	14.5	20.1	23.4
1997	11.0	25.5	1.2	25.5	..	15.5	20.6	22.9
1998	11.2	26.4	1.5	24.5	22.7	17.0	20.4	25.1

1 Hospital sales not included.

1 Ekskl. salg til hospitaler.

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE
Table 3.52 Diuretics, beta-blocking agents, calcium-channel blockers and ACE inhibitors, DDD per 1,000 inhabitants per day 1990/92-1998

Diuretika, beta-receptorblokerende midler, calcium-blokkere og ACE-hæmmere, DDD pr. 1.000 indbyggere pr. dag 1990/92-1998

	Denmark ¹⁾	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
C02								
<i>Antihypertensives</i>								
Midler mod forhøjet blodtryk								
1990	..	..	..	7.6	..	1.4	7.8	..
1995	1.1	..	..	2.2	..	0.6	6.4	1.3
1997	1.1	1.3	..	1.5	..	1.0	8.0	1.1
1998	1.2	1.7	..	1.3	..	1.2	8.5	1.3
C03								
<i>Diuretics</i>								
Diuretika								
1990	105.2	71.2	..	63.9	..	56.4	43.2	85.3
1995	102.0	90.6	27.4	62.6	34.5	56.8	41.9	83.0
1997	99.9	98.8	34.6	61.5	51.9	58.5	41.1	72.3
1998	100.4	100.8	33.1	59.9	54.9	61.9	40.5	78.8
C07								
<i>Betablocking agents</i>								
Beta-receptorblokerende midler								
1992	12.6	22.7	..	35.9	..	35.2	23.1	36.6
1995	15.5	31.5	7.5	43.3	34.5	34.3	25.6	36.2
1997	16.6	33.1	9.5	48.6	39.9	35.9	27.9	34.1
1998	17.4	34.8	8.0	51.1	41.6	36.8	29.5	39.5
C08								
<i>Calcium-channel blockers</i>								
Calciumblokkere								
1992	18.5	20.0	..	25.9	..	17.4	23.5	25.7
1995	28.2	38.6	0.0	31.0	24.0	21.3	33.9	32.0
1997	31.7	45.4	9.4	31.4	26.2	23.4	36.5	27.3
1998	33.6	54.0	5.7	32.3	30.2	25.4	37.9	30.7
C09								
<i>Agents acting on the renin-angiotensin system</i>								
Midler mod forhøjet blodtryk m.m.								
1992	..	..	..	30.0	..	22.1	22.4	..
1995	22.3	..	..	40.6	..	27.5	35.8	30.7
1997	29.9	27.5	..	49.0	..	29.7	43.6	34.1
1998	34.9	43.2	..	53.7	..	33.0	49.2	42.3

1 Hospital sales not included.

1 Ekskl. salg til hospitaler.

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.53 Estrogens ,progesterons and estrogens in combination, DDD per 1,000 inhabitants per day 1990–1998
 Østrogener, gestagener og østrogener i kombination, DDD pr. 1.000 indbyggere pr. dag 1990–1998

	Denmark ¹⁾	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
G03C								
<i>Estrogens</i>								
Østrogener								
1990	..	..	..	13.9	..	7.6	7.2	..
1995	12.8	..	..	23.9	..	18.8	15.0	..
1997	13.4	..	..	28.1	..	24.7	18.4	..
1998	13.7	..	..	31.8	..	26.6	19.1	28.0
G03F								
<i>Progesterons and estrogens in combination</i>								
Gestagener og østrogener i kombination								
1990	..	..	..	13.8	..	14.7	5.8	..
1995	14.8	..	..	13.3	..	23.4	19.9	..
1997	15.0	..	..	14.2	..	25.7	23.9	..
1998	15.2	..	..	15.3	..	26.7	26.1	20.4

1 Hospital sales not included.

1 Ekskl. salg til hospitaler.

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.54 Analgesics, DDD per 1,000 inhabitants per day 1990/92-1998
Smertestillende midler, DDD pr. 1.000 indbyggere pr. dag 1990/92-1998

	Denmark ¹⁾	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
M01A								
<i>Antiinflammatory and antirheumatic products, non-steroids</i>								
Non-steroid antiinflammatoriske stoffer								
1990	22.1	22.0	..	45.3	..	34.1	20.0	25.7
1995	29.7	29.0	17.1	54.6	24.6	36.7	24.6	33.2
1997	29.5	23.3	18.1	53.1	28.1	40.5	28.1	28.4
1998	29.8	23.6	12.4	53.0	29.5	43.8	29.5	33.1
M03B								
<i>Muscle relaxants, centrally acting agents</i>								
Centralt virkende præparater								
1990	1.1	0.7	..	2.1	..	0.6	4.8	5.3
1995	1.4	0.7	0.8	2.4	3.2	0.5	3.2	3.2
1997	1.3	0.8	1.0	2.6	2.3	0.5	2.3	2.7
1998	1.4	0.9	1.2	2.9	2.4	0.5	2.4	2.9
N02B								
<i>Other analgesics and antipyretics</i>								
Andre analgetika og antipyretika								
1992	79.2	50.7	..	22.5	..	31.0	36.2	52.7
1995	61.7	41.2	30.7	18.7	25.6	31.5	25.6	42.4
1997	66.8	41.8	36.4	16.7	25.6	31.4	25.6	44.4
1998	67.8	37.5	34.5	15.0	25.8	32.2	25.8	46.2

1 Hospital sales not included.

1 Ekskl. salg til hospitaler.

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.55 Psycholeptics and psychoanaleptics, DDD per 1,000 inhabitants per day 1990/95-1998

Psykofarmaka og psykoanaleptika, DDD pr. 1.000 indbyggere pr. dag
1990/95-1998

	Denmark ¹⁾	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
N02A								
<i>Opioids</i>								
Stærke smertestillende midler								
1995	11.8	..	..	5.7	..	6.9	14.4	26.4
1997	12.7	..	..	6.8	..	11.5	15.6	25.8
1998	13.6	..	..	8.0	..	12.1	16.3	27.5
N05A								
<i>Antipsychotics</i>								
Neuroleptika								
1995	6.6	8.2	9.4	15.2	9.4	8.4	8.7	8.7
1997	6.9	8.1	12.2	15.0	..	8.6	8.5	7.7
1998	7.3	8.6	10.0	14.7	..	8.9	8.5	8.3
N05B								
<i>Anxiolytics</i>								
Beroligende midler								
1995	26.6	20.0	5.2	28.9	9.8	23.0	18.9	17.0
1997	24.2	18.3	5.1	29.1	..	23.9	18.0	15.8
1998	23.4	17.3	4.9	28.9	..	24.2	18.4	16.2
N05C								
<i>Hypnotics and sedatives</i>								
Hypnotika og sedativa								
1990	55.7	43.8	..	35.1	..	37.6	42.0	39.0
1995	44.4	43.6	5.1	39.5	20.3	41.2	26.0	40.1
1997	35.1	33.6	5.8	42.9	..	48.3	28.3	41.6
1998	33.2	33.7	4.2	43.7	33.2	50.4	29.4	43.7
N05CD								
<i>Benzodiazepine derivatives</i>								
Benzodiazepin-derivater								
1990	..	..	..	27.5	..	36.7	39.9	..
1995	32.6	..	..	20.1	..	38.3	21.7	..
1997	20.5	..	..	20.1	..	39.3	18.4	..
1998	18.4	..	..	20.2	..	37.5	17.0	15.6

... continued
... fortsættes

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.55 ... continued
... fortsat

	<i>Denmark¹⁾</i>	<i>Faroe Islands</i>	<i>Greenland</i>	<i>Finland</i>	<i>Åland</i>	<i>Iceland</i>	<i>Norway</i>	<i>Sweden</i>
NOGA								
<i>Antidepressants</i>								
<i>Antidepressiva</i>								
1995	18.3	10.8	3.9	20.3	9.5	33.0	22.5	27.4
1997	24.1	14.0	6.5	25.3	16.4	44.9	31.5	31.6
1998	27.7	15.3	6.7	27.4	19.4	53.1	31.8	37.0
NOGAB								
<i>Selektive serotoninreuptake inhibitors</i>								
<i>Selektive serotonin genoptagelses hæmmere</i>								
1990	..	..	..	0.8	..	2.8	0,1	..
1995	11.9	..	..	12.1	..	18.9	11.3	..
1997	17.1	..	..	16.8	..	28.6	22.0	..
1998	19.9	..	..	18.3	..	35.9	21.9	28.0

1 Hospital sales not included.

1 Ekskl. salg til hospitaler.

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.56 Antiasthmatics, DDD per 1,000 inhabitants per day 1990-1998
Astmamidler, DDD pr. 1.000 indbyggere pr. dag 1990-1998

	Denmark ¹⁾	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
R03A								
<i>Adrenergics, inhalants</i>								
Adrenerge midler til inhalation								
1990	20.9	13.1	..	16.2	..	19.7	22.1	26.8
1995	27.2	14.6	10.0	15.6	15.4	20.4	26.2	29.0
1997	27.6	15.8	13.0	16.7	..	21.1	27.8	20.3
1998	28.3	17.6	11.8	17.7	16.4	21.7	28.5	22.7
R03B								
<i>Other anti-asthmatics, inhalants</i>								
Andre astmamidler til inhalation								
1990	8.5	2.1	..	14.3	..	10.1	11.1	12.1
1995	19.6	8.4	5.8	20.7	21.3	18.6	23.7	28.7
1997	22.2	12.2	8.3	23.4	..	20.5	26.7	20.9
1998	23.6	14.2	6.5	24.7	24.3	22.2	29.3	25.8
R03C+R03D								
<i>Systemic anti-asthmatics</i>								
Astmamidler til systemisk brug								
1990	17.4	7.0	..	11.8	..	9.8	10.1	12.1
1995	12.5	4.6	6.1	6.6	8.1	4.9	7.4	6.3
1997	10.0	3.0	4.8	5.5	..	3.8	5.8	4.0
1998	9.4	2.5	3.5	5.8	6.0	3.6	5.4	4.9

1 Hospital sales not included.

1 Ekskl. salg til hospitaler.

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.57 Antihistamines, DDD per 1,000 inhabitants per day 1990-1998
 Antihistaminer, DDD pr. 1.000 indbyggere pr. dag 1990-1998

	<i>Denmark¹⁾</i>	<i>Faroe Islands</i>	<i>Greenland</i>	<i>Finland</i>	<i>Åland</i>	<i>Iceland</i>	<i>Norway</i>	<i>Sweden</i>
R06 <i>Antihistamines for systemic use</i> Antihistaminer til systemisk brug								
1990	8.0	10.1	..	8.2	..	15.6	22.1	15.0
1995	10.7	11.0	2.7	12.5	12.2	18.7	32.9	20.0
1997	11.7	11.7	3.2	15.5	..	20.8	35.3	18.3
1998	12.7	12.2	2.5	17.4	18.4	21.2	37.1	22.2

1 Hospital sales not included.

1 Ekskl. salg til hospitaler.

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.58 General anti-infectives for systemic use, DDD per 1,000 inhabitants per day 1990/92-1998

Midler mod infektionssygdomme (systemiske), DDD pr. 1.000 indbyggere pr. dag 1990/92-1998

	Denmark ¹⁾	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
J01								
<i>Antibacterials for systemic use</i>								
Antibiotika til systemisk brug								
1990	10.8	14.5	..	20.8	..	23.2	14.0	16.9
1995	12.6	15.8	18.4	21.3	17.4	20.9	15.6	17.2
1997	11.3	14.1	16.5	19.8	17.5	21.2	14.8	15.1
1998	11.9	15.5	15.7	18.9	16.8	22.1	14.4	16.1
J01A								
<i>Tetracyclines</i>								
Tetracykliner								
1990	1.1	0.8	..	5.5	..	5.5	4.0	3.6
1995	1.6	1.2	3.1	5.6	3.9	5.2	4.1	3.7
1997	1.0	0.9	2.9	5.2	3.4	5.3	3.6	3.2
1998	1.0	1.2	2.0	4.9	3.8	5.4	3.4	3.6
J01C								
<i>Beta-lactam antibacterials, penicillins</i>								
Ampicillin og penicillin m/ øget effekt på gram-negative stave								
1990	6.4	8.7	..	6.6	..	11.2	6.1	9.2
1995	7.7	10.6	10.5	7.0	9.6	10.4	7.3	8.7
1997	7.3	9.4	9.5	6.4	9.1	10.6	7.5	8.0
1998	7.6	10.3	9.1	6.0	7.9	11.1	7.3	8.4
J01CA								
<i>Penicillins with extended spectrum</i>								
Penicilliner med øget effekt på gram-negative stave								
1992	3.1	3.5	..	2.1	..	4.4	1.4	1.6
1995	2.8	3.3	4.2	3.4	3.8	4.8	1.7	1.4
1997	2.4	2.5	4.6	3.4	4.3	4.3	1.9	1.3
1998	2.4	2.8	3.4	3.0	3.8	4.6	1.9	1.4

... continued
... fortsættes

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.58 ... continued
... fortsat

	Denmark ¹⁾	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
J01CE								
<i>Beta-lactamase-sensitive penicillins</i>								
Betalactamase sensitive penicilliner								
1992	4.3	7.4	..	3.6	..	3.8	5.0	6.8
1995	4.6	6.9	5.7	3.3	4.3	3.7	5.4	5.8
1997	4.5	6.4	4.4	2.7	4.1	3.8	5.3	5.2
1998	4.8	6.9	5.1	2.6	3.6	4.0	5.1	5.4
J01CF								
<i>Beta-lactamase-resistant penicillins</i>								
Betalactamaser resistente penicilliner								
1992	0.2	0.6	..	0.1	..	1.1	0.2	1.4
1995	0.3	0.4	0.6	0.1	0.5	1.2	0.2	1.3
1997	0.3	0.4	0.5	0.2	0.5	1.3	0.2	1.2
1998	0.4	0.6	0.6	0.1	0.3	1.3	0.3	1.2
J01DA								
<i>Cephalosporins and related substances</i>								
Cefalosporiner og beslægtede præparater								
1990	0.1	0.1	..	1.8	..	0.4	0.3	0.6
1995	0.0	0.2	0.1	3.0	1.3	0.5	0.4	1.0
1997	0.0	0.2	0.1	2.7	1.2	0.6	0.4	0.8
1998	0.0	0.2	0.1	2.6	1.2	0.5	0.4	0.8
J01F								
<i>Macrolides and lincosamides</i>								
Makrolider og lincosamider								
1990	1.8	3.4	..	2.6	..	2.3	1.3	1.7
1995	2.1	2.2	2.2	2.0	0.8	1.5	1.6	1.3
1997	2.0	2.0	2.6	2.0	1.0	1.7	1.6	1.0
1998	2.2	2.2	3.6	2.1	1.1	1.8	1.6	1.1

1 Hospital sales not included.

1 Ekskl. salg til hospitaler.

CHAPTER IV

Mortality and causes of death

Dødelighed og dødsårsager

The International Classification of Diseases (ICD) is established by the World Health Organization (WHO). Its main use is as an instrument for statistical description of morbidity and mortality. The classification groups diseases and causes of death in a manner which is meaningful for statistical overviews and analyses, e.g., comparisons between countries or years. ICD's history 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, tenth revision (ICD-10), was adopted by WHO in 1990 but was not implemented in most countries until several years later. In the Nordic countries ICD-10 was introduced for mortality coding in Denmark in 1994, in Finland, Iceland and Norway in 1996 and in Sweden in 1997.

Revisions of the classification constitute impediments to statistical comparisons over time and between countries using different versions of ICD. It is therefore important to have an understanding of the possible sources of errors which a change in classification introduces in the morbidity and mortality statistics and how to handle these problems. Recent revision changes have above all meant an increase in the level of detail in ICD. A great number of new diagnoses have

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.

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

MORTALITY AND CAUSES OF DEATH

been added as a result of developments in medicine. Also, certain diseases or groups of diseases have been transferred between chapters in order to reflect new medical knowledge.

Statistical analyses are carried out at aggregate levels. One such level is the 21 chapters of ICD-10. With the switch to ICD-10 the number of ICD chapters increased from 17 to 21 due to the splitting up of certain chapters. The basic structure of ICD has remained mainly the same through the revisions and most chapters have retained their names. 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 between chapters. For example, HIV and AIDS were preliminarily placed among diseases of the immune system in ICD-9 but was moved to the chapter of infectious diseases in ICD-10. Another example is the transfer of transitory ischemic attacks from the chapter of circulatory diseases in ICD-9 to the chapter of nervous system diseases in ICD-10. Certain symptoms have also been moved from the chapter of symptoms to so-called organ chapters.

Another potential source of error is the fact that certain rules and guidelines for the use of ICD are also changed in connection with a new revision. With reference to mortality statistics, certain rules for the selection of underlying cause of death have been altered which may affect the frequency of pneumonia as a cause of death. For morbidity statistics, new rules for dual coding of manifestation (asterisk code) and etiology (dagger code) may also have an effect on the statistics. Beside changes in the interna-

af den medicinske udvikling. Samtidig er enkelte sygdomme og sygdomsgrupper 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. Ved overgangen fra ICD-9 til ICD-10 steg antallet af kapitler fra 17 til 21 ved at visse kapitler blev opdelt. 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 er HIV og AIDS som preliminært 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 kan påvirke frekvensen af pneumoni som dødsårsag. For sygdomsstatistikken kan de nye regler om dobbeltkodning af både manifestation (asterixkoder) og ætiologi (daggerkoder) ligeledes påvirke statistikken. Ved siden af de internationale regelændringer kan de nationale tilpasnin-

tional rules, national rules of applying the classification may also be modified in connection with a classification change, which will affect comparisons over time within a country and comparisons between countries.

Finally, changes in diagnostic practices may also vary over time. The introduction of Diagnosis-Related Groups (DRG) has been shown to influence the hospital registration of diagnoses, i.e., through the addition of more secondary diagnoses and also in the selection of main diagnosis.

It is commonly believed that an automatic translation of codes in different versions of ICD can solve the problem of classification shifts. This, however, is not so easy to achieve. A direct, unambiguous translation is possible only between about one third of the codes in ICD-9 and ICD-10. What one needs to do, instead, is 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 classification shift. The so-called Nordic short lists used in this publication for mortality and morbidity statistics have been defined both according to ICD-9 and ICD-10 for comparative purposes.

One must thus always keep in mind that an observed difference over time or between countries may be the result of a change in classification. One way of quantifying the effect of a classification change is so-called bridge coding. In such studies the same material of death certificates or hospital records are coded twice independently, first according to one classification and then according to

ger ændres i forbindelse med et klassifikationsskifte, hvilket både påvirker sammenligningerne over tid i det samme land og sammenligninger mellem flere lande.

Endelig bør det nævnes at praksis med diagnosticering også kan ændres over tid. Indførelsen af de diagnoserelaterede grupperinger (DRG) har i flere lande vist sig at påvirke diagnosticeringen ved sygehusene, blandt andet ved at flere bi-diagnoser registreres og valget af hoveddiagnose i visse tilfælde ændres.

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 trediedel 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 nordiske kortlister som anvendes i denne publikation for mortalitet og morbiditet 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. En måde hvorpå man kan kvantificere betydningen af et klassifikationsskifte er den såkaldte "bridge koding." Dette indebærer at man koder samme materiale, så som dødsattester og sygehusjournaler, to gange, uafhængig af hinanden, først efter den tidligere klassi-

the other. 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 on circulatory diseases) has increased or decreased as a result of the classification shift itself. This type of studies demand a great deal of resources and only a few, limited bridge-coding studies have been carried out on the shift between ICD-9 and ICD-10. However, some bridge coding studies will hopefully be carried out also in the Nordic countries.

Comments to the tables

With the reservations and background given above the following comments can be made in relation to the statistical data in this chapter.

The infant mortality rate is approximately halved in all countries over the last 20 years and is among the lowest in the world for all countries, but there is, however, some differences between the countries. The reasons for this are multifactorial, but differences in the organization of the antenatal and perinatal services, and differences in smoking habits during pregnancy are probably all of significance.

In all countries, the mortality rate is higher for men than for women in both the age group 1-14 years and 15-24 years. This reflects partly that boys and young men are probably more prone to accidents than are girls and young women and partly that there is a marked difference in the suicide rate between the sexes.

fikation og derefter efter den nye. De forskelle som fremkommer når man sidenhen 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 bridge-kodningsstudier i forbindelse med overgangen fra ICD-9 til ICD-10, men forhåbningsvis vil der dog også blive gennemført sådanne studier i de nordiske lande.

Kommentarer til tabellerne

Med baggrund i de påtegninger og reservationer som er givet ovenfor kan der siges følgende om de statistiske oplysninger som er medtaget i dette kapitel.

Spædbørnsdødeligheden er omtrent halveret i alle landene i løbet af de sidste 20 år og ligger for alles vedkommende blandt de laveste i verden, men der er dog visse forskelle landene imellem. Årsagerne til disse forskelle er multifaktorielle; men formentlig spiller forskelle i organiseringen af de ante- og perinatale tilbud til gravide en rolle, ligesom forskelle i rygevaner under graviditeten gør det.

I alle landene er dødeligheden højere for mænd end for kvinder i såvel aldersgruppen 1-14 år som aldersgruppen 15-24 år. Dette afspejler dels, at drenge og unge mænd formentlig pådrager sig flere ulykker end piger og unge kvinder, dels en markant forskel i selvmordsraten kønnene imellem.

Concerning suicides, it is a well known fact that the practice for coding "Suicide" and "Injury caused by accident or purposely inflicted" differs from one country to another. Some caution should therefore be shown when making comparisons.

Denmark and Greenland have the highest overall mortality from cancer in the Nordic countries. There is no obvious overall trend in cancer mortality for Denmark, Norway and Iceland, although a slight decrease in age groups below 55 years can be observed in all three countries. In Sweden, cancer mortality has decreased in most age groups. In Finland, a decrease is seen among males below the age of 75, which corresponds to the dramatic decrease in the incidence of lung cancer. Among Finnish females, a decrease is also observed, but it is less dramatic.

Death-caused cardiovascular diseases have in general decreased. For deaths caused by AIDS, the highest rates are found in Denmark and the lowest in Finland and Iceland.

Table 4.5 gives data for avoidable deaths for certain age-groups. Here too are found remarkable differences between the countries.

Med hensyn til selvmord er det velkendt, at der er forskellig praksis i de nordiske lande med hensyn til brugen af dødsårsagsgrupperne for "selvmord" og "skader forvoldt ved ulykke eller påført med forsæt". Der bør derfor udvises en vis forsigtighed ved sammenligninger.

Danmark og Grønland har den højeste dødelighed af kræft i de nordiske lande. Der er ikke nogen entydig udvikling i kræftdødeligheden for Danmark, Norge og Island, selvom der i alle tre lande kan observeres en mindre nedgang i aldersgrupperne under 55 år. I Sverige er kræftdødeligheden faldet i de fleste aldersgrupper. I Finland ses en nedgang blandt mænd under 75 år, som korrelerer med den store nedgang i forekomsten af lungekræft. Blandt finske kvinder ses også en nedgang, der dog er mindre.

Der har generelt set været et fald i dødeligheden af hjerte-karsygdomme i alle landene for alle aldersgrupper. Når det gælder dødelighed af AIDS, findes de højeste rater i Danmark og de laveste i Finland og Island.

I tabel 4.5 er medtaget data for dødsfald som kan forebygges, for visse aldersgrupper. Også her findes der betydelige forskelle mellem landene.

MORTALITY AND CAUSES OF DEATH

Table 4.1 Deaths by sex and age per 100,000 inhabitants 1985-1997
Døde efter køn og alder pr. 100.000 indbyggere 1985-1997

Age	Alder	Total		Under 1 year ¹⁾		1-14 years		15-24 years		25-64 years		65+ years	
		I alt		Under 1 år ¹⁾		1-14 år		15-24 år		25-64 år		65+ år	
Sex	Køn	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
<i>Denmark</i>													
1985		1,212	1,073	892	692	38	24	96	36	580	368	6,895	5,025
1990		1,230	1,141	852	633	34	22	74	34	539	349	6,985	5,242
1995		1,212	1,203	557	452	25	17	79	33	506	338	7,114	5,724
1997		1,132	1,136	541	449	25	11	73	30	473	318	6,733	5,500
1998		1,100	1,100	473	461	22	16	62	23	470	301	6,547	5,399
<i>Faroe Islands</i>													
1992		905	747	484	683	36	19	53	-	399	143	6,427	4,636
1993		908	735	1,305	529	-	20	110	-	379	221	6,274	4,231
1998		945	744	-	-	-	-	120	72	410	98	6,187	4,347
<i>Greenland</i>													
1991		889	675	3,056	2,467	146	61	701	167	781	510	7,875	6,403
1995		942	795	1,805	3,610	111	100	493	240	814	430	9,746	8,188
1996													
<i>Finland</i>													
1985		1,053	924	662	579	30	18	102	30	646	246	7,320	4,970
1990		1,035	976	567	581	27	17	135	51	615	237	6,731	4,979
1995		977	955	431	355	21	16	93	26	530	218	6,263	4,752
1997		956	955	420	355	23	17	88	27	510	218	5,795	4,682
1998		975	938	451	373	16	12	79	34	519	212	5,855	4,589
<i>Åland</i>													
1985		1,094	952	1,342	775	-	52	-	119	442	135	6,631	4,406
1990		941	894	-	-	-	-	294	62	344	113	5,368	4,211
1995		929	1,125	649	1,242	88	-	64	-	415	196	5,012	5,299
1997		990	914	1,418	-	-	-	65	-	382	296	5,605	3,987
1998		983	877	-	-	44	-	-	-	277	146	6,048	4,216
<i>Iceland</i>													
1985		730	638	1,133	411	47	21	151	14	426	247	5,813	4,232
1990		712	625	548	554	36	17	114	28	374	179	5,769	4,757
1995		733	705	717	488	38	47	85	29	298	203	5,493	4,702
1997		727	634	790	300	19	14	37	48	311	186	5,341	4,162
1998		685	645	188	342	16	27	69	34	239	167	5,293	4,289
<i>Norway</i>													
1985		1,158	981	1,035	675	34	23	103	38	505	247	6,534	4,679
1990		1,139	1,034	840	583	32	22	87	25	430	224	6,472	4,875
1995		1,068	1,006	491	314	22	16	86	30	361	200	6,393	4,858
1997		1,022	1,003	445	373	24	18	75	27	340	201	6,217	4,891
1998		1,007	985	449	334	17	15	86	32	349	198	6,116	4,847
<i>Sweden</i>													
1985		1,213	1,041	737	644	21	17	76	32	468	250	6,328	4,642
1990		1,160	1,064	663	526	30	22	71	29	378	218	5,930	4,553
1995		1,088	1,042	453	349	15	11	52	26	347	208	5,942	4,631
1997		1,068	1,041	409	314	19	15	47	27	324	189	5,914	4,713
1998		1,068	1,042	340	253	20	14	56	27	312	194	5,948	4,719

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 Age-standardized rates (ESP) for the most frequent causes of death
Aldersstandardiserede rater (ESP) for de hyppigste dødsårsager

Cause of death ¹⁾ Dødsårsag ¹⁾	Per 100,000 inhabitants Pr. 100.000 indbyggere					
	Denmark 1997	Finland 1997	Åland 1997	Iceland 1996	Norway 1996	Sweden 1997
[23-28]						
<i>Cardiovascular diseases, total</i>						
Hjerte-karsygdomme, i alt	325.18	367.41	259.19	304.79	330.05	324.83
Males Mænd	422.85	498.61	390.76	400.90	440.18	423.18
Females Kvinder	249.76	273.23	165.73	224.22	243.55	245.66
[3-15]						
<i>Cancer, total</i>						
Cancer, i alt	277.55	193.75	249.99	251.93	225.85	198.38
Males Mænd	320.23	255.39	311.37	295.50	278.36	237.85
Females Kvinder	249.12	157.40	201.99	219.63	190.56	170.66
[46-52]						
<i>Accidents, suicide and self-inflicted injury, total</i>						
Ulykker, selvmord og villet egenskade, i alt	57.49	82.27	63.41	63.41	44.72	42.41
Males Mænd	75.82	128.69	89.51	89.51	62.44	61.03
Females Kvinder	40.02	40.42	40.32	40.32	28.31	25.05
[1-52]						
<i>All causes of death</i>						
Alle dødsårsager	944.53	853.47	704.84	704.84	791.98	727.16
Males Mænd	1,157.48	1,146.49	909.69	909.69	1,018.68	914.11
Females Kvinder	781.38	643.60	557.49	557.49	616.89	578.12

1 Numbers in brackets refer to the Nordic shortlist for causes of death, cf. Appendix 4.

1 Tallene i parentes modsvarer Nordisk forkortet dødsårsagsliste, jf. Bilag 4.

ESP = European Standard Population, based on – United Nations *World Population Prospects 1990*, New York, United Nations, 1991.

Source: See Appendix 4

Kilde: Se Bilag 4

MORTALITY AND CAUSES OF DEATH

Table 4.3 Death rates from malignant neoplasms per 100,000 by age 1986-1997
 Dødeligheden af ondartede svulster pr. 100.000 efter alder 1986-1997

		Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland ¹⁾	Norway ¹⁾	Sweden
<i>Males</i> Mænd									
<i>Age</i> Alder									
0-14	1986-90	3.5	3.3	8.5	3.4	-	3.7	4.9	3.8
	1991-95	4.4	7.5	-	3.4	-	-	2.9	3.4
	1997	4.5	-	13.0	2.8	-	6.0	2	3.1
15-34	1986-90	11.0	7.6	9.9	8.0	5.8	12.1	8.5	7.7
	1991-95	8.4	10.8	15.1	7.3	-	7.0	7.8	7.9
	1997	9.5	31.4	9.6	6.6	-	19.0	7	6.7
35-44	1986-90	41.7	51.6	45.9	32.1	39.9	36.3	33.5	28.6
	1991-95	37.0	34.7	41.4	28.4	52.4	28.8	30.3	26.5
	1997	37.2	-	40.8	26.0	-	29.5	21.5	24.7
45-54	1986-90	155.8	74.3	193.4	122.1	85.6	110.9	124.2	103.0
	1991-95	145.7	120.4	202.7	110.0	103.7	104.6	119.5	98.6
	1997	149.1	-	81.3	108.0	255.5	77.8	118.1	105.9
55-64	1986-90	548.1	305.6	861.3	451.6	341.1	374.5	421.4	352.0
	1991-95	514.3	296.5	682.4	392.5	278.7	345.0	404.9	339.1
	1997	506.3	292.8	720.5	350.2	389.1	454.1	386	308.1
65-74	1986-90	1,276.8	934.0	2,125.1	1,100.9	1,048.2	948.9	1,007.9	879.8
	1991-95	1,284.9	992.8	1,993.3	1,025.1	1,014.6	947.7	1,005.8	887.7
	1997	1,211.5	1,325.8	1,703.3	957.9	1,473.7	983.6	1,049	885.3
75+	1986-90	2,369.8	2,148.9	2,376.6	2,150.6	1,962.2	2,100.0	2,116.6	1,885.9
	1991-95	2,451.4	1,810.2	3,277.2	2,151.0	1,696.6	1,935.3	2,183.8	1,871.7
	1997	2,298.1	2,719.9	4,566.2	2,029.4	1,925.7	2,564.6	2,225.3	1,955.3
<i>Females</i> Kvinder									
<i>Age</i> Alder									
0-14	1986-90	3.7	3.6	3.0	3.2	-	3.2	3.4	3.4
	1991-95	3.7	7.2	-	2.7	7.5	0.6	2.8	2.9
	1997	3.7	-	-	3.6	-	3.2	1.7	2.2
15-34	1986-90	9.3	5.7	17.4	8.4	5.8	6.3	7.6	7.2
	1991-95	8.4	5.9	4.3	6.7	5.0	6.7	7.4	7.0
	1997	9.0	18.3	10.9	6.2	-	9.7	7.3	6.6
35-44	1986-90	59.0	49.3	89.3	37.6	54.0	55.0	48.7	46.5
	1991-95	57.0	66.8	89.2	36.7	42.3	43.2	48.9	40.1
	1997	52.7	69.6	132.9	40.7	211.6	35.7	53.3	36.7
45-54	1986-90	201.0	101.3	327.2	116.9	118.3	176.2	145.3	133.0
	1991-95	188.8	93.3	263.1	114.3	108.6	182.4	137.9	126.2
	1997	185.1	77.0	286.2	105.3	105.2	122.5	155.5	122.5
55-64	1986-90	488.5	292.5	758.2	263.3	360.6	420.6	332.7	309.5
	1991-95	476.9	315.0	844.9	252.8	270.5	389.8	320.2	307.6
	1997	461.6	387.2	1,030.3	245.8	422.7	333.9	334.4	286.5
65-74	1986-90	804.9	616.8	874.6	539.5	580.3	644.3	572.7	580.3
	1991-95	872.6	576.4	1,448.3	524.7	426.4	646.7	596.5	595.0
	1997	903.2	281.2	2,104.1	542.5	632.3	920.4	630.2	605.3
75+	1986-90	1,379.1	902.2	1,325.5	1,146.0	1,151.8	1,177.7	1,138.6	1,084.4
	1991-95	1,411.2	1,275.3	1,615.9	1,106.1	1,105.0	1,226.3	1,121.6	1,063.7
	1997	1,411.5	946.4	2,304.1	1,078.8	1,036.3	1,308.4	1,180.7	1,097.7

1 1997 = 1996.

Refers to Nordic Shortlist for Causes of Death 3-16

Source: The National Registers for Causes of Death

Kilde: De nationale dødsårsagsregistre.

MORTALITY AND CAUSES OF DEATH

Table 4.4 Death rates from cardiovascular diseases per 100,000 by age 1986–1997
Dødeligheden af hjerte-karsygdomme pr. 100.000 efter alder 1986–1997

		Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland ¹⁾	Norway ¹⁾	Sweden
<i>Males</i> Mænd									
<i>Age</i> Alder									
0-34	1986-90	3.2	7.1	8.4	5.9	..	1.9	3.7	4.0
	1991-95	3.0	12.4	9.9	5.0	2.9	2.6	3.3	3.7
	1997	3.1	8.6	11.0	3.4	-	1.3	3.7	2.9
35-44	1986-90	40.7	57.7	75.2	75.6	..	25.7	35.7	30.4
	1991-95	31.9	47.1	57.9	63.2	26.2	20.5	32.9	29.7
	1997	27.9	-	61.1	51.5	-	14.8	31.5	23.4
45-54	1986-90	177.6	149.7	255.8	292.0	..	163.6	190.5	147.9
	1991-95	127.3	149.1	180.8	209.8	188.5	125.6	133.6	115.0
	1997	114.5	131.5	108.4	177.6	102.2	84.3	120.8	107.8
55-64	1986-90	652.8	778.7	640.1	909.4	..	541.2	687.3	583.1
	1991-95	522.7	444.8	641.0	709.2	528.1	431.7	518.0	466.8
	1997	385.1	488.0	411.7	545.4	389.1	383.5	383.3	367.9
65-74	1986-90	1,780.9	2,090.3	2,246.5	2,311.3	..	1,409.1	1,857.4	1,754.7
	1991-95	1,610.4	1,775.6	1,682.5	1,926.2	1,388.4	1,321.7	1,601.6	1,485.2
	1997	1,323.6	1,325.8	3,048.8	1,569.1	947.4	1,042.9	1,394.9	1,269.5
75+	1986-90	5,904.7	5,992.3	7,404.0	6,085.8	..	5,300.0	5,672.0	6,063.6
	1991-95	5,602.6	6,596.8	8,680.2	5,893.4	4,120.2	5,223.6	5,280.5	5,636.5
	1997	4,861.1	5,893.0	5,479.5	5,177.9	5,227.0	5,147.9	5,039	5,127.8
<i>Females</i> Kvinder									
<i>Age</i> Alder									
0-34	1986-90	2.2	0.0	7.1	3.0	..	1.9	1.7	2.2
	1991-95	2.5	9.1	6.0	2.7	-	1.6	2.0	2.0
	1997	1.7	9.5	6.0	2.3	-	1.4	1.4	2.0
35-44	1986-90	15.8	14.3	63.8	18.9	..	8.7	13.2	12.8
	1991-95	15.7	13.2	61.3	15.8	25.4	8.6	9.0	11.4
	1997	14.3	-	53.1	17.7	52.9	15.3	8.8	9.2
45-54	1986-90	61.3	48.6	163.6	61.0	..	41.8	43.4	42.8
	1991-95	44.9	17.8	82.2	46.4	21.7	30.9	35.3	37.5
	1997	39.9	38.5	40.9	40.3	-	47.6	29.5	34.3
55-64	1986-90	234.5	219.6	300.7	254.3	..	177.5	193.7	172.6
	1991-95	208.0	110.1	410.4	178.5	90.2	121.0	156.7	149.5
	1997	141.8	-	181.8	131.0	-	108.0	109.5	118.7
65-74	1986-90	820.1	912.7	1,351.7	1,086.3	..	669.6	778.4	741.3
	1991-95	774.4	641.4	1,357.8	845.3	454.9	570.7	684.1	629.6
	1997	632.7	235.0	1,550.4	649.1	451.7	422.3	573.4	540.6
75+	1986-90	4,692.3	5,093.4	5,498.3	5,045.8	..	4,266.6	4,358.6	4,772.0
	1991-95	4,568.8	4,407.3	6,232.8	4,912.3	3,854.6	4,043.6	4,131.3	4,464.4
	1997	3,888.0	4,227.1	6,221.2	4,296.4	2,812.7	3,859.7	3,989.5	4,141.7

1 1997= 1996

1 1997= 1996

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

Refers to Nordic Shortlist for Causes of
Death 23-28.

MORTALITY AND CAUSES OF DEATH

Table 4.5 Avoidable death per 100,000 inhabitants 1997
Undgåelige dødsfald pr. 100.000 indbyggere 1997

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland ¹	Norway ¹⁾	Sweden
Age								
Alder								
1-74								
<i>Cancer in cervix uteri</i> Kræft i livmoderhalsen	2.7	2.7	5.6	0.9	-	2.4	2.2	2.6
" <i>Hodgkin's disease</i> Hodgkins sygdom	0.5	-	-	0.4	-	-	0.4	0.3
" <i>Chronic rheumatic heart disease</i> Kronisk reumatisk hjertesygdom	0.2	-	-	0.5	-	-	0.9	0.6
" <i>Diabetes mellitus</i> Sukkersyge	10.2	8.0	-	5.0	4.3	4.0	4.8	6.9
1-14								
<i>Diseases of the respiratory system</i> Sygdomme i åndedrætsorganer	0.3	-	7.1	1.0	-	-	0.1	0.4
" <i>Asthma</i> Astma	0.0	-	-	0.1	-	-	0.0	0.1
1-74								
<i>Appendicitis</i> Blindtarmsbetændelse	0.4	-	-	0.1	-	-	0.1	0.1
" <i>Hernia</i> Brok	0.6	-	-	0.3	-	-	0.1	0.2
" <i>Hypertensive disease</i> Hypertensionssygdom	3.0	-	3.7	1.9	4.3	0.8	3.4	1.7
" <i>Cerebrovascular disease</i> Sygdom i hjernen	26.6	23.9	50.1	32.6	21.5	16.3	25.5	24.0
" <i>Malignant neoplasm of trachea, bronchus and lung</i> Kræft i luftør, bronkie og lunge	48.2	29.2	44.6	25.3	34.4	28.2	28.1	22.8
" <i>Malignant neoplasm of oesophagus</i> Kræft i spisesør	4.4	2.7	11.1	2.3	-	3.6	1.9	2.4
" <i>Chronic liver disease and cirrhosis</i> Kronisk leversygdom og skrumpeliver	16.7	5.3	3.7	12.2	-	0.8	2.6	5.1
" <i>Motor vehicle traffic accidents</i> Motortrafikulykker	8.4	13.3	3.7	7.8	8.6	4.0	6.6	5.9

1 1996

1 1996

Source: *The National Registers of Causes of Death*

Kilde: De nationale dødsårsagsregistre

MORTALITY AND CAUSES OF DEATH

Table 4.6 Deaths caused by AIDS, in total and per 100,000 inhabitants 1986-1998
Dødsfald som følge af AIDS, i alt og pr. 100.000 indbyggere 1986-1998

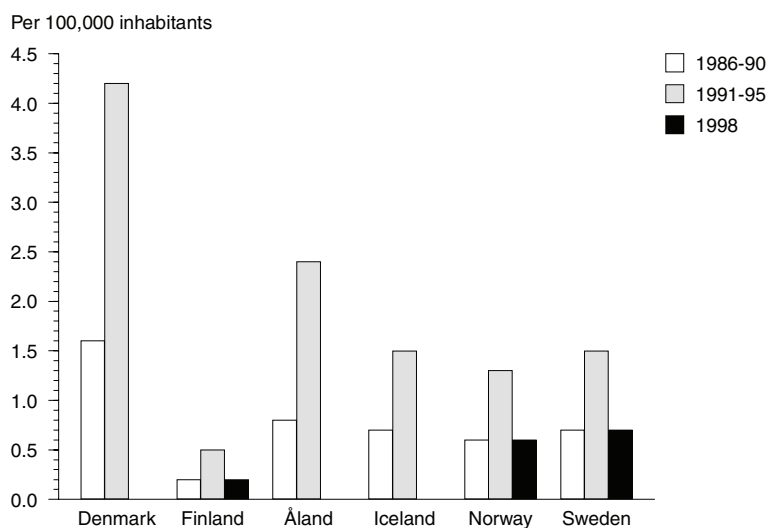
	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland ¹⁾	Åland	Iceland	Norway	Sweden
<i>Number</i>								
<i>Antal</i>								
1986-90	81	0	0	9	0	2	25	58
1991-95	217	1	2	25	1	4	56	132
1997	65	..	5	7	-	1	23	29
1998	..	..	4	8	..	..	25	24
<i>Per 100,000 inhabitants</i>								
<i>Pr. 100.000 indbyggere</i>								
1986-90	1.6	0.0	0.7	0.2	0.8	0.7	0.6	0.7
1991-95	4.2	1.7	3.6	0.5	2.4	1.5	1.3	1.5
1997	1.2	..	8.9	0.1	0.0	0.4	0.5	0.3
1998	..	..	8.9	0.2	..	..	0.6	0.7

1 Excluding foreigners.

1 Eksklusive udlændinge.

Source: D: Sundhedsstyrelsen; FI: Landslæknin; G: Embedslægeinstitutionen; F & Å: Statistikcentralen;
Kilde: I: Landlæknisembættið; N: Statens Institutt for Folkehelse; S: Smittskyddsinstitutet

Figure 4.1 Deaths caused by AIDS 1986-1998
Dødsfald som følge af AIDS 1986-1998



Source: Table 4.6

Kilde: Tabel 4.6

MORTALITY AND CAUSES OF DEATH

Table 4.7 Suicides per 100,000 inhabitants by sex and age 1985-1997
Selvmord pr. 100.000 indbyggere efter køn og alder 1985-1997

	Total	Males				Total	Females			
	I alt	10-19	20-24	25-64	65+	I alt	10-19	20-24	25-64	65+
<i>Denmark</i>										
1985	39.8	6.5	22.1	45.7	67.3	23.1	2.4	11.3	28.5	29.7
1990	36.3	4.9	20.2	41.3	58.9	18.2	1.2	5.7	19.8	31.0
1995	27.7	5.3	16.7	29.1	48.9	12.7	0.7	3.3	12.5	24.6
1997	24.7	7.4	14.1	23.8	50.3	10.9	2.8	5.0	10.9	18.3
<i>Faroe Islands</i>										
1986-90	12.3	14.2	-	19.0	7.9	3.6	-	-	6.0	6.5
1991-95	12.6	5.0	-	18.7	22.8	4.8	1.8	-	3.9	0.0
<i>Greenland</i>										
1986-90	163.0	188.6	503.2	138.7	46.0	45.0	54.5	83.6	52.4	17.4
1991-95	130.7	206.0	351.6	124.9	102.0	31.8	58.9	66.0	34.5	-
<i>Finland¹⁾</i>										
1985	40.4	14.4	47.6	54.1	54.4	9.8	4.1	7.0	14.0	9.8
1990	49.3	20.6	60.3	63.9	64.2	12.4	2.6	15.8	16.7	13.7
1995	43.4	13.1	48.9	58.5	53.3	11.8	1.9	13.5	16.7	11.3
1997	41.4	12.9	53.5	55.5	46.0	10.8	3.5	8.5	15.4	10.1
<i>Åland¹⁾</i>										
1986-90	37.4	12.5	-	35.2	128.0	6.6	-	-	6.6	16.6
1991-95	40.7	13.1	70.3	42.1	86.0	9.4	-	21.3	12.3	8.1
<i>Iceland</i>										
1985	20.6	9.3	44.4	24.9	36.7	5.8	-	-	12.9	-
1990	27.4	23.2	47.1	33.9	33.1	3.9	4.9	-	6.7	-
1995	16.4	9.3	18.9	24.3	14.8	3.7	-	-	4.7	12.1
1996	20.8	14.1	18.8	31.7	14.5	3.7	4.9	-	4.6	5.9
<i>Norway</i>										
1985	20.8	9.3	27.8	28.5	22.3	7.4	2.5	11.0	10.7	6.3
1990	23.2	10.4	27.1	33.0	33.0	8.0	4.6	4.3	10.3	11.1
1995	19.1	12.9	24.6	22.4	28.8	6.2	3.9	5.1	8.1	7.4
1997	18.0	8.5	28.5	20.5	30.2	5.8	5.0	3.9	7.4	6.4
<i>Sweden</i>										
1985	25.0	2.5	19.6	32.8	39.7	11.5	1.6	9.9	14.4	17.3
1990	24.1	5.0	20.9	28.8	45.7	10.4	2.5	6.1	13.7	14.5
1995	21.5	5.8	16.2	27.4	35.1	9.3	2.0	6.6	11.5	14.2
1997	19.6	2.3	19.0	25.3	30.7	7.7	2.8	8.4	10.0	9.1

1 Age groups 15-19, 20-24, 25-64 and 65+ years.

1 Aldersgrupperne 15-19, 20-24, 25-64 og 65+ år.

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

Refers to Nordic Shortlist for Causes of Death no.50

MORTALITY AND CAUSES OF DEATH

Table 4.8 Deaths in accidents per 100,000 inhabitants by sex and age 1985-1997
Dødsfald i ulykker pr. 100.000 indbyggere efter køn og alder 1985-1997

	Total	Males				Total	Females			
	I alt	0-14	15-24	25-64	65+	I alt	0-14	15-24	25-64	65+
<i>Denmark</i>										
1985	51.5	13.7	52.6	38.9	158.3	39.2	7.8	10.4	13.4	169.8
1990	48.7	10.7	34.5	32.6	183.1	41.0	6.3	11.0	11.5	177.9
1995	51.2	7.3	42.7	33.2	200.0	43.3	3.4	8.5	12.8	196.9
1997	47.7	8.3	38.2	31.1	189.9	44.3	2.8	7.0	9.9	216.8
<i>Faroe Islands</i>										
1986-90	58.0	26.6	87.9	49.9	118.5	33.2	10.8	42.5	5.9	160.7
1991-95	51.2	7.0	46.1	54.7	138.3	21.7	7.6	5.4	11.7	93.8
<i>Greenland</i>										
1986-90	137.4	91.7	128.6	154.3	251.9	48.8	39.3	-	59.8	-
1991-95	99.4	50.3	93.4	111.2	282.3	46.5	40.7	37.2	37.5	199.8
<i>Finland</i>										
1985	66.5	13.6	37.6	74.4	186.7	29.7	5.4	8.1	15.8	122.8
1990	78.9	11.2	53.9	86.7	210.1	35.3	5.7	18.5	18.2	133.3
1995	72.6	7.0	33.2	81.7	199.4	32.0	3.6	7.4	16.3	125.5
1997	71.3	8.3	26.0	76.8	207.4	35.7	5.3	6.4	19.0	135.9
<i>Åland</i>										
1986-90	57.8	26.5	47.0	64.1	89.6	36.1	9.6	36.9	9.9	124.3
1991-95	48.8	-	24.7	60.1	98.6	17.3	-	-	6.2	72.7
<i>Iceland</i>										
1985	40.4	18.5	54.6	44.5	55.0	14.2	3.2	18.9	3.7	73.5
1990	47.7	24.6	60.6	48.5	82.7	18.9	3.2	14.5	11.6	86.6
1995	51.5	26.9	47.0	56.3	96.4	35.2	34.6	14.6	31.1	78.5
1996	26.7	-	37.2	31.7	50.8	14.9	-	9.6	7.7	77.0
<i>Norway</i>										
1985	59.8	13.2	54.0	49.2	178.7	39.3	8.1	11.3	13.1	165.1
1990	54.4	12.1	43.4	42.2	172.5	37.9	8.7	10.0	13.6	150.1
1995	44.7	7.3	38.3	30.9	161.9	31.8	3.6	9.7	7.9	140.3
1996	42.2	5.7	21.5	29.2	170.9	34.3	3.8	7.8	8.6	154.4
<i>Sweden</i>										
1985	41.0	6.8	37.9	32.9	115.8	25.6	3.8	10.4	9.0	98.5
1990	41.2	5.7	35.1	31.2	124.3	26.5	4.3	12.4	8.4	99.4
1995	33.0	4.8	21.0	24.3	110.5	22.2	3.4	6.0	6.7	87.0
1997	35.3	5.1	18.6	24.3	127.2	23.5	2.0	6.4	6.9	94.8

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

Refers to Nordic Shortlist for Causes of Death no. 46-49.

CHAPTER V

Resources

Ressourcer

Introduction

This chapter includes resources and use of resources in the health sector. It begins with an overview of the total health care expenditures, followed by a description of medicine, health staff, capacity and services at hospitals.

Health care expenditure

During recent decades, the expenditures on the health services have grown rapid.

It is characteristic for all Nordic countries, however, that the health services in recent years have undergone rationalization and efficiency-promoting processes, and that new methods of treatment have come into use. These initiatives have contributed to reducing the length of hospital stays, and in recent years a minor fall in health care expenditures can be detected.

There are, however, a number of difficulties in connection with making international comparisons of health costs. When the comparison is made in relation to the GDP, the differences cover both the differences in the GDP and the differences in health costs. In addition, one must expect fluctuations in the exchange

Indledning

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

Sundhedsudgifter

Udgifterne til sundhedsvæsenet er i de seneste årtier vokset hurtigt.

Det er dog karakteristisk for alle nordiske lande, at sundhedsvæsenet i de senere år har gennemgået rationaliserings- og effektiviseringsprocesser, og at der er taget nye behandlingsformer i brug. Disse tiltag har været medvirkende til at reducere liggetiden ved hospitalerne, og i de senere år kan der spores et moderat fald i sundhedsudgifterne.

Det er dog forbundet med en række vanskeligheder at foretage internationale sammenligninger af sundhedsudgifterne. Når sammenligningen foretages i relation til BNP, dækker forskellene såvel over forskellene i BNP som i sundhedsudgifterne. Dertil kommer fluktuationer i landenes valutaer. Endelig er der strukturel-

rates. Finally, there are structural differences in the health services of the individual countries which also affect what is included as health costs.

In order to get more comparable international data on the health sector, the OECD has performed a thorough revision of what should be included as health costs. In comparison with previous issues of the present report, the health care costs in this report will appear considerably higher, as care for elderly and disabled has been included as a health sector expenditure. It should also be noted that the OECD data differ considerably from the information on health care costs published by EUROSTAT who make use of the ESSPROS-system.

The information on medicine costs in Tables 5.5 to 5.9 have been copied from the national medicine statistics and therefore differ from the statements in the national accounts. The expenditure on medicine is a considerable entry in all the Nordic countries, amounting to about 0,9 per cent of the GDP in Denmark; 1,3 per cent in Finland; 1,6 per cent in Iceland; 0,9 per cent in Norway and 0,9 per cent in Sweden.

Measured in PPP/Euro per capita, Iceland has the highest expenditure, followed by Denmark.

There are large differences among the countries as to expenditure broken down by ATC-groups. Compared with the total consumption in DDD/1,000 inhabitants, there is no parallel pattern, and that reflects differences in the pricing of a large number of different medicines. In all countries consumers pay a large part of the medical costs themselves, however according to very differing rules.

le forskelle på de enkelte landes sundhedsvæsen, hvilket blandt andet indebærer forskelle i, hvad der medregnes som sundhedsudgifter.

For at få mere sammenlignelige internationale data på sundhedsområdet har OECD foretaget en gennemgribende revision af det som medtages som sundhedsudgifter. I forhold til de tidligere udgivelser af denne publikation er de oplyste sundhedsudgifter derfor betydeligt højere, idet ældre og handicapomsorgen er medtaget som en udgift for sundhedsvæsenet. Ligeledes skal det bemærkes at OECD's data adskiller sig væsentlig fra de oplysninger om sundhedsudgifter der publiceres af EUROSTAT efter ESSPROS systemet.

Oplysningerne om udgifter til medicin i tabellerne 5.5. til 5.9 er hentet fra de nationale lægemiddelstatistikker og adskiller sig derfor fra nationalregnskabet opgørelser over udgifter til lægemidler. Medicinudgifterne er en væsentlig udgiftspost i alle de nordiske lande. Den udgør ca. 0,9 pct. af BNP i Danmark, 1,3 i Finland, 1,6 i Island, 0,9 i Norge og 0,9 i Sverige.

Målt i KKP/ Euro pr capita så har Island de højeste udgifter efterfulgt af Finland og Sverige har de laveste udgifter efterfulgt af Danmark.

Ser man på udgifterne fordelt på ATC grupper viser der sig betydelige forskelle mellem landene. Sammenlignet med det samlede forbrug i DDD/1.000 indbygger findes der ikke et parallelt mønster hvilket afspejler forskelle i prisfastsættelsen af en lang række præparater.

I alle landene bærer den enkelte borger selv en betydelig del af medicinudgifterne, dog efter vidt forskellige regler.

RESOURCES

Table 5.1 Health care expenditure (million KR/FIM) 1997
Udgifter til sundheds- og sygepleje (mio. KR/FIM) 1997

	Denmark	Faroe Islands	Greenland ¹⁾	Finland	Åland	Iceland	Norway ²⁾	Sweden
	DKK	DKK	DKK	FIM	FIM	ISK	NOK	SEK
<i>Public consumption</i> Offentligt konsum	72,744	483	656	33,725	222	33,778	62,388	110,397
<i>Hospital care</i> Sygehusvæsenet	57,153	..	276	17,633	135	23,863	29,706	70,226
<i>General medical and health care</i> Almindelig sundheds-tjeneste	13,245	..	341	15,100	88	9,299	31,419	35,741
<i>Dental care</i> Tandpleje	2,346	..	39	992	4	616	1,263	4,430
<i>Private consumption</i> Privat konsum	16,154	55	-	11,080	15	6,802	14,298	19,816
<i>Total consumption</i> Samlet konsum	88,898	538	656	44,805	242	40,580	76,686	130,213
<i>Investments</i> Investeringer	2,787	8	32	1,471	9	1,194	5,628	5,860
<i>Total health care expenditure</i> Samlede udgifter til sundheds- og sygepleje	91,685	546	688	46,276	251	41,774	88,207	136,073

1 1998

2 Total includes mill NOK 5,893 public transfers to NPISH

1 1998

2 Totalen er inkl. 5.839 mill NOK til velgørende institutioner

Source: D: Danmarks Statistik; FI: Færøernes Statistik; G: Direktoratet for Sundhed; F:

Kilde: Folkpensionsanstalten; Å: Landskapsstyrelsen I: Det økonomiske Institut; N: Statistisk centralbyrå; S: Statistiska centralbyrån & Landstingsförbundet

Table 5.2 Health care expenditure PPP pr capita 1997
Udgifter til sundheds- og sygepleje KKP pr capita 1997

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
<i>Public consumption</i> Offentligt konsum	1,453	1,150	1,263	942	1,245	1,309	1,139	1,146
<i>Hospital care</i> Sygehus- væsenet	1,142	..	532	492	757	929	542	729
<i>General medical and health care</i> Almindelig sundheds- tjeneste	265	..	657	421	493	360	574	371
<i>Dental care</i> Tandpleje	47	..	75	28	22	24	23	46
<i>Private consumption</i> Privat konsum	323	131	-	309	84	264	261	206
<i>Total consumption</i> Samlet konsum	1,755	1,279	1,264	873	1,357	1,573	1,400	1,352
<i>Investments</i> Investeringer	56	19	62	41	50	46	103	61
<i>Total health care expenditure</i> Samlede udgifter til sundheds- og sygepleje	1,831	1,298	1,325	1,290	1,407	1,619	1,611	1,413

Source: D: Danmarks Statistik; FI: Færøernes Statistik; G: Direktoratet for Sundhed; F: Kilde: Folkpensionsanstalten; Å:Landskapsstyrelsen I: Det økonomiske Institut; N: Statistisk centralbyrå; S: Statistiska centralbyrån & Landstingsförbundet

RESOURCES

Table 5.3 Health care expenditure per capita and as percentage of GDP 1985-1997
Udgifter til sundheds- og sygepleje pr. indbygger og i pct. af BNP 1985-1997

	Denmark	Faroe Islands	Greenland ¹⁾	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
<i>Total expenditure per capita KR/FIM 1997</i>								
Samlede udgifter pr. indbygger KR/FIM 1997	17,381	12,261	11,465	8,986	222	154,194	20,002	15,380
<i>Total expenditure per capita in PPP-Euro 1997</i>								
Samlede udgifter pr. indbygger i KKP-Euro 1997	1,831	1,298	1,325	1,290	1,407	1,619	1,611	1,413
<i>GDP (million KR/FIM) 1997</i>								
BNP (mio. KR/FIM) 1997	1,111,959	6,539	7,080	635,532	2)	529,951	1,096,170	1,804,778
<i>Expenditure as percentage of GDP</i>								
Udgifter i pct. af BNP								
1985	8.7	..	9.5	7.3	2)	7.3	6.6	9.0
1990	8.4	8.2	8.8	8.0	2)	7.9	7.7	8.8
1994	8.5	10.8	9.5	7.9	2)	8.1	7.9	8.7
1995	8.2	10.4	9.4	7.7	2)	8.2	8.0	8.5
1996	8.3	9.7	9.0	7.8	2)	8.2	8.0	8.6
1997	8.2	9.3	9.0	7.4	2)	7.9	8.1	8.6

1 1998

2 Åland included in Finish data

1 1998

2 Åland er inkluderet i de finske tal

Source: OECD: *Health Care Systems in Transition*

Kilde: D: Danmarks Statistik; FI: Hagstova Føroya; G: Grønlands Statistik; F: Folkpensionsanstalten og Statistikcentralen; Å: Landskapsstyrelsen; I: Det økonomiske Institut; N: Statistisk centralbyrå; S: Statistiska centralbyrå

See Table 5.1

Se tabel 5.1

Table 5.4 Financing of the health services 1997
 Finansiering af sundhedsvæsenet 1997

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
<i>Public financing total</i>								
Det offentlige finansiering i alt								
<i>Of which:</i>								
<i>Heraf:</i>								
- <i>Government</i>								
- Staten	..	100.0	100.0	45.9	81.5	82.5	..	14.3
- <i>Municipalities</i>								
- Kommunerne	..	-	-	54.1	18.5	1.3	..	9.7
- <i>Counties</i>								
- Amterne	..	-	-	-	-	-	..	76.0
<i>Total</i>								
I alt	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

RESOURCES

Table 5.5 Sales of pharmaceutical products in total, (million KR/FIM) by ATC group 1998

Salg af lægemidler i alt i mio. KR/FIM fordelt på ATC-grupper 1998					
	Denmark	Finland	Iceland	Norway	Sweden
<i>ATC-group</i>					
<i>ATC-gruppe</i>					
<i>A Alimentary tract and metabolism</i> Fordøjelse og stofskifte	1,167	1,145	924	1,168	3,238
<i>B Blood and blood-forming agents</i> Blod og bloddannende organer	534	347	423	476	1,730
<i>C Cardiovascular agents</i> Hjerte og kredsløb	1,389	1,505	990	1,964	2,856
<i>D Dermatologicals</i> Hudmidler	332	277	393	286	725
<i>G Genito-urinary system and sex hormones</i> Kønshormoner m.m.	599	590	611	435	1,259
<i>H Systemic hormonal preparations, excl. sex hormones</i> Hormoner til systemisk brug	183	180	152	236	625
<i>J General anti-infectives for systemic use</i> Infektions-sygdomme	815	704	710	574	1,677
<i>L Antineoplastic and immunomodulating agents</i> Cancermidler m.m.	288	363	283	417	1,050
<i>M Muscoloskeletal system</i> Muskler, led, knogler	349	633	355	404	763
<i>N Nervous system</i> Nerve-systemet	2,549	1,279	2,227	1,787	4,115
<i>P Antiparasitic products, insecticides and repellants</i> Parasitmidler	53	24	38	25	62
<i>R Respiratory system</i> Åndedrætsorganer	1,198	849	803	1,269	1,917
<i>S Sensory organs</i> Sansorganer	193	167	173	260	419
<i>V Various</i> Diverse	127	98	181	168	300
<i>Total</i> I alt	9,775	8,161	8,263	9,469	20,736
<i>Of which user charges</i> Heraf brugerbetaling	..	4,097	4,220	2,841	..

Anm: For Danmark er primærsalget AUP+ receptgebyr. Ved sygehuse afregningsprisen; Salg ved hospitaler i Finland er eksklusiv moms (VAT).

For Denmark the prices in the primary sector are AUP+prescription fee, at hospitals the prices are the hospitals costs. Sales at hospitals in Finland are ekskl. VAT

Source: D: *Medicinbrug i Danmark* og Lægemiddelstyrelsen; FI: Landsapotekarin;

Kilde: G: Københavns Amt, Centralapoteket; F Et Å: Läkemedelsverket; I: *Notkun lýfja* og Sundheds- og Socialforskringsministeriet; N: *Legemiddelforbruget i Norge* og Norsk Medisinaldepot; S: *Svensk läkemedelsstatistik* og Apoteksbolaget AB

Table 5.6 Sales of pharmaceutical products in total, per cent by ATC group 1998

Salg af lægemidler i alt i procent fordelt på ATC-grupper 1998		Denmark	Finland	Iceland	Norway	Sweden
<i>ATC-group</i>						
<i>ATC-gruppe</i>						
<i>A</i>	<i>Alimentary tract and metabolism</i> Fordøjelse og stofskifte	11.9	14.0	11.2	12.3	15.6
<i>B</i>	<i>Blood and blood-forming agents</i> Blod og bloddannende organer	5.5	4.3	5.1	5.0	8.3
<i>C</i>	<i>Cardiovascular agents</i> Hjerte og kredsløb	14.2	18.4	12.0	20.7	13.8
<i>D</i>	<i>Dermatologicals</i> Hudmidler	3.4	3.4	4.8	3.0	3.5
<i>G</i>	<i>Genito-urinary system and sex hormones</i> Kønshormoner m.m.	6.1	7.2	7.4	4.6	6.1
<i>H</i>	<i>Systemic hormonal preparations. excl. sex hormones</i> Hormoner til systemisk brug	1.9	2.2	1.8	2.5	3.0
<i>J</i>	<i>General anti-infectives for systemic use</i> Infektions-sygdomme	8.3	8.6	8.6	6.1	8.1
<i>L</i>	<i>Antineoplastic and immunomodulating agents</i> Cancermidler m.m.	2.9	4.4	3.4	4.4	5.1
<i>M</i>	<i>Musculoskeletal system</i> Muskler, led, knogler	3.6	7.8	4.3	4.3	3.7
<i>N</i>	<i>Nervous system</i> Nerve-systemet	26.1	15.7	27.0	18.9	18.8
<i>P</i>	<i>Antiparasitic products, insecticides and repellants</i> Parasitmidler	0.5	0.3	0.5	0.3	0.3
<i>R</i>	<i>Respiratory system</i> Åndedrætsorganer	12.3	10.4	9.7	13.4	9.2
<i>S</i>	<i>Sensory organs</i> Sansorganer	2.0	2.1	2.1	2.7	2.0
<i>V</i>	<i>Various</i> Diverse	1.3	1.2	2.2	1.8	1.5
<i>Total</i>	<i>I alt</i>	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	<i>Of which user charges</i> Heraf brugerbetaling	..	50	48	30	..

RESOURCES

Table 5.7 Sales of pharmaceutical products in total, million PPP by ATC group 1998

Salg af lægemidler i alt i mio. KKP fordelt på ATC-grupper 1998					
	Denmark	Finland	Iceland	Norway	Sweden
<i>ATC-group</i>					
<i>ATC-gruppe</i>					
<i>A Alimentary tract and metabolism</i> Fordøjelse og stofskifte	23	32	36	21	34
<i>B Blood and blood-forming agents</i> Blod og bloddannende organer	11	10	16	9	2
<i>C Cardiovascular agents</i> Hjerte og kredsløb	28	42	38	36	30
<i>D Dermatologicals</i> Hudmidler	7	8	15	5	8
<i>G Genito-urinary system and sex hormones</i> Kønshormoner m.m.	12	16	24	8	13
<i>H Systemic hormonal preparations, excl. sex hormones</i> Hormoner til systemisk brug	4	5	6	4	7
<i>J General anti-infectives for systemic use</i> Infektions-sygdomme	16	20	27	10	17
<i>L Antineoplastic and immunomodulating agents</i> Cancermidler m.m.	6	10	11	8	1
<i>M Muscoloskeletal system</i> Muskler, led, knogler	7	18	14	7	8
<i>N Nervous system</i> Nerve-systemet	51	35	86	33	43
<i>P Antiparasitic products, insecticides and repellants</i> Parasitmidler	1	1	1	0	1
<i>R Respiratory system</i> Åndedrætsorganer	24	24	31	23	20
<i>S Sensory organs</i> Sansorganer	4	5	7	5	4
<i>V Various</i> Diverse	3	3	7	3	3
<i>Total</i> I alt	195	226	320	173	216

Table 5.8 Sales of pharmaceutical products in total, (million KR/FIM) in primary health care 1998
 Salg af lægemidler i alt i mio. KR/FIM i det primære sundhedsvæsen fordelt på ATC-grupper 1998

	Denmark	Finland	Sweden
<i>ATC-group</i>			
<i>ATC-gruppe</i>			
<i>A Alimentary tract and metabolism</i> Fordøjelse og stofskifte	1,103	1,042	2,314
<i>B Blood and blood-forming agents</i> Blod og bloddannende organer	94	173	999
<i>C Cardiovascular agents</i> Hjerte og kredsløb	1,361	1,445	2,604
<i>D Dermatologicals</i> Hudmidler	326	256	545
<i>G Genito-urinary system and sex hormones</i> Kønshormoner m.m.	563	567	1,151
<i>H Systemic hormonal preparations, excl. sex hormones</i> Hormoner til systemisk brug	105	152	529
<i>J General anti-infectives for systemic use</i> Infektions-sygdomme	576	412	931
<i>L Antineoplastic and immunomodulating agents</i> Cancermidler m.m.	43	220	779
<i>M Musculoskeletal system</i> Muskler, led, knogler	323	586	609
<i>N Nervous system</i> Nerve-systemet	2,360	1,095	2,419
<i>P Antiparasitic products, insecticides and repellants</i> Parasitmidler	52	23	33
<i>R Respiratory system</i> Åndedrætsorganer	1,171	819	1,473
<i>S Sensory organs</i> Sansorganer	187	154	335
<i>V Various</i> Diverse	35	25	62
<i>Total</i> I alt	8,299	6,968	14,783

RESOURCES

Table 5.9 Sales of pharmaceutical products in total, (million KR/FIM) in hospitals by ATC group 1998
Salg af lægemidler i alt KR/FIM ved sygehuse fordelt på ATC-grupper 1998

	Denmark	Finland	Sweden
<i>ATC-group</i>			
<i>ATC-gruppe</i>			
<i>A Alimentary tract and metabolism</i> Fordøjelse og stofskifte	64	103	701
<i>B Blood and blood-forming agents</i> Blod og bloddannende organer	441	175	275
<i>C Cardiovascular agents</i> Hjerte og kredsløb	27	60	494
<i>D Dermatologicals</i> Hudmidler	6	21	217
<i>G Genito-urinary system and sex hormones</i> Kønshormoner m.m.	36	23	252
<i>H Systemic hormonal preparations, excl. sex hormones</i> Hormoner til systemisk brug	78	28	96
<i>J General anti-infectives for systemic use</i> Infektions-sygdomme	239	292	309
<i>L Antineoplastic and immunomodulating agents</i> Cancermidler m.m.	245	143	92
<i>M Musculoskeletal system</i> Muskler, led, knogler	26	47	183
<i>N Nervous system</i> Nerve-systemet	189	184	1,013
<i>P Antiparasitic products, insecticides and repellants</i> Parasitmidler	1	1	21
<i>R Respiratory system</i> Åndedrætsorganer	27	29	485
<i>S Sensory organs</i> Sansorganer	6	13	126
<i>V Various</i> Diverse	92	73	42
<i>Total</i> I alt	1,476	1,193	4,306

Health staff

The statistical information about the staff load in the health service is very incomplete, and it is therefore difficult to give a comparable picture of the conditions in the Nordic countries. For some countries, the statistics include information about the numbers employed, whereas in other countries they include information about the number of people trained within the respective categories of staffing.

In order to give a more accurate picture of the staff load in the health services, the number of physicians, nurses, assistant nurses, midwives, and physiotherapists has been converted into 'man-years'. The calculation shows the total 'man-years' and the number of 'man-years' for employees at the hospitals. As a source for this task, the public salary ledgers have been used.

Between the countries, there are significant differences in staff load, both in total and within the individual categories of staff.

Sundhedspersonale

De statistiske oplysninger om personaleforbruget i sundhedsvæsenet er yderst mangelfulde, og det kan derfor være vanskeligt at give et sammenligneligt billede af forholdene i de nordiske lande. I nogle lande indgår således oplysninger om antallet af erhvervsaktive i statistikken, og i andre lande indeholder tallene også oplysninger om antallet af uddannede inden for de respektive personalekategorier.

For at give et mere præcist billede af personaleforbruget til sundhedsydelser, er der foretaget en omregning af antal læger, sygeplejersker, sygehjælpere, jordemødre og fysioterapeuter til årsværk. Beregningen viser dels årsværk i alt, dels antal årsværk for ansatte ved sygehuse. Som kildegrundlag til dette er der hovedsagelig anvendt de offentlige lønregnskaber.

Der er betydelige forskelle i personaleforbruget, både totalt set og inden for de enkelte personalekategorier mellem landene.

RESOURCES

Tabel 5.10 Active health personnel in total calculated as 'man-years' 1998
Erhvervsaktivt sundhedspersonale i alt omregnet til årsværk 1998

	Denmark ¹⁾	Faroe Islands	Greenland	Finland ⁵⁾	of which Åland	Iceland ⁶⁾	Norway ⁷⁾	Sweden
<i>Physicians</i> Læger	15,102	84	101 ²⁾	15,436	56	841	12,023	24,610
<i>Dentists</i> Tandlæger	4,629	38		4,833	19	284	3,642	7,156
<i>Qualified nurses</i> Sygeplejersker	37,934	401	216	68,185	211	1,736	39,961	79,000
<i>Qualified auxiliary nurses</i> Sygehjælpere	36,172	107	171 ³⁾	32,412	163	1,014	36,777	77,645
<i>Midwives</i> Jordemødre	1,032	19	11 ⁴⁾	4,020	6	137	1,355	.. ⁸⁾
<i>Physiotherapists</i> Fysioterapeuter	5,000	40	10	9,484	17	286	4,840	7,858
<i>Total</i> I alt	99,869	689	409	134,370	472	4,298	98,648	196,269

1 Physicians 1994; Dentists and qualified nurses 1996. Figures for midwives and physiotherapists are estimated

2 Incl. dentists

3 Qualified auxiliary nurses are health workers with certain independent power

4 In addition to midwives, health workers and birth assistants assist at confinements

5 The Finnish data have been registered for working ages - not for people actually in employment, which gives a large overestimation, especially for nurses

6 1997

7 Figures for psychiatry from 1997

8 Midwives incl. Qualified nurses

1 Oplysninger om læger er fra 1994, tandlæger og sygeplejersker 1996 mens tallene for jordemødre og fysioterapeuter er skønnede

2 Inclusive tandlæger

3 Sygehjælpere er sundhedsmedhjælpere med selvstændig kompetence

4 Ud over jordemødre varetager sundhedsmedhjælpere og fødselsmedhjælpere fødsler

5 De finske data er registrerede i den erhvervsaktive alder, ikke erhvervsaktive, hvilket især for sygeplejersker giver en stor overestimation

6 1997

7 Tall for psykiatri fra 1997.

8 Inkluderet i sygeplejersker

Source: D: Sundhedsstyrelsen; FI: Sjúkrahússtjórin; G: Personaledirektoratet; F: STAKES;

Kilde: Å: Landskapsstyrelsen; I: Landlæknisembættið; N: Statistisk sentralbyrå og Statens helsetilsyn;

S: Landstingsförbundet, Svenska Kommunförbundet, Statens Arbetsgivarverk og Privattandläkarna

Table 5.11 Active health personnel employed in hospitals calculated as 'man-years' 1998
Erhvervsaktivt sundhedspersonale ansat ved sygehuse omregnet til årsværk 1998

	Denmark ¹⁾	Faroe ²⁾ Islands	Greenland ³⁾	Finland ⁴⁾	Of which Åland	Iceland ⁵⁾	Norway ⁶⁾	Sweden
<i>Physicians</i> Læger	9,665	56	101	6,660	36	555	7,336	..
<i>Dentists</i> Tandlæger	42	1		51	..	..	..	..
<i>Qualified nurses</i> Sygeplejersker	27,166	285	216	..	135	1,274	2,3075	..
<i>Qualified auxiliary nurses</i> Sygehjælpere	13,519	49	171	..	81	746	6,778	..
<i>Midwives</i> Jordemødre	283	19	11	..	6	109	1,097	..
<i>Physiotherapists</i> Fysioterapeuter	1,700	17	10	..	7	98	992	..
<i>Total</i> I alt	52,375	426	409	..	265	2,782	39,278	..

1 See tabel 5.10

2 See tabel 5.10

3 See tabel 5.10

4 See tabel 5.10

5 See tabel 5.10

6 See tabel 5.10

1 Se tabel 5.10

2 Se tabel 5.10

3 Se tabel 5.10

4 Se tabel 5.10

5 Se tabel 5.10

6 Se tabel 5.10

Source: See Table 5.10

Kilde: Se tabel 5.10

F: Finlands Läkarförbund og Finska Tandläkarförbund

RESOURCES

Table 5.12 Active health personnel in total per 100,000 inhabitants calculated as 'man-years' 1998
Erhvervsaktivt sundhedspersonale i alt pr. 100.000 indbyggere omregnet til årsværk 1998

	Denmark ¹⁾	Faroe ²⁾ Islands	Greenland ³⁾	Finland ⁴⁾	Åland	Iceland ⁵⁾	Norway ⁶⁾	Sweden
<i>Physicians</i> Læger	290 ⁴	187	180	299	220	309	271	278
<i>Dentists</i> Tandlæger	88	85		93	74	104	82	81
<i>Qualified nurses</i> Sygeplejersker	721	894	385	1.321	827	637	902	892
<i>Qualified auxiliary nurses</i> Sygehjælpere	687	238	305	628	639	372	830	877
<i>Midwives</i> Jordemødre	20	42	20	77	24	50	31	.. ⁷⁾
<i>Physiotherapists</i> Fysioterapeuter	92	89	19	183	67	105	109	89
<i>Total</i> I alt	1,898	1,535	909	2,604	1,851	1,578	2,226	2,217

1 See notes in table 5.10

2 1996

3 See notes in table 5.10

4 See notes in table 5.10

5 See notes in table 5.10

6 See notes in table 5.10

7 See notes in table 5.10

1 Se noter til Tabel 5.10

2 1996

3 Se noter til Tabel 5.10

4 Se noter til Tabel 5.10

5 Se noter til Tabel 5.10

6 Se noter til Tabel 5.10

7 Se noter til Tabel 5.10..

Source: See Table 5.10

Kilde: Se tabel 5.10

Table 5.13 Active health personnel employed in hospitals per 100,000 inhabitants calculated as 'man-years' 1998
Erhvervsaktivt sundhedspersonale ansat ved sygehuse pr. 100.000 indbyggere omregnet til årsværk 1998

	Denmark ¹⁾	Faroe ²⁾ Islands	Greenland ³⁾	Finland ⁴⁾	Åland	Iceland ⁵⁾	Norway ⁶⁾	Sweden
<i>Physicians</i> Læger	184	125	180	129	141	204	166	..
<i>Dentists</i> Tandlæger		2		1	..	..	..	..
<i>Qualified nurses</i> Sygeplejersker	516	635	385	..	529	468	521	..
<i>Qualified auxiliary nurses</i> Sygehjælpere	257	109	305	..	318	274	153	..
<i>Midwives</i> Jordemødre	5	42	20	..	24	40	25	..
<i>Physiotherapists</i> Fysioterapeuter	32	38	19	..	27	36	22	..
<i>Total</i> I alt	995	951	909	..	1,039	1,021	886	..

1 See notes in table 5.10

2 1996

3 See notes in table 5.10

4 See notes in table 5.10

5 See notes in table 5.10

6 See notes in table 5.10

1 Se noter i tabel 5.10

2 1996

3 Se noter i tabel 5.10

4 Se noter i tabel 5.10

5 Se noter i tabel 5.10

6 Se noter i tabel 5.10

Source: See Table 5.10

Kilde: Se tabel 5.10

RESOURCES

Table 5.14 Working physicians by specialist group 1998
Erhvervsaktive læger efter beskæftigelsesområde 1998

	Denmark ¹⁾	Faroe ²⁾ Islands	Greenland	Finland	Of which Åland	Iceland ³⁾	Norway	Sweden ⁴⁾
<i>Physicians, total</i> Læger i alt	15,102	84	83	14,400	53	884	14,432	27,500
<i>of which: heraf:</i>								
<i>Hospital health service</i> Sygehuse	8,889	56	81	6,660	34	604	8,063	18,000
<i>Non-hospital health service</i> Sundhedsvæsen uden for sygehuse	4,615	28	2	7,740	19	280	6,369	9,500
<i>of which: heraf:</i>								
<i>General practitioners</i> Alment praktiserende læger	3,729	26	-	4,020	16	174	3,737	5,000
<i>Practising specialists</i> Praktiserende speciallæger	886	1	-	1,150	2	56	806	2,000
<i>Administrative medicine</i> Administrativ medicin	220	1	2	340	1	16	273	..
<i>Medical research, education, etc.</i> Medicinsk forskning, undervisning m.m.	809	-	-	1,250	0	34	614	500
<i>Other medical work</i> Andet medicinsk arbejde	569	-	-	980	0	-	939	2,000

1 Refers to 1994. Number of physicians whose main occupation is more than 18½ hours per week

2 Refers to 1996

3 Refers to 1997

4 Members of the Swedish Medical Association as per January 1th 1999

1 Vedrører 1994. Antal læger med en hovedbeskæftigelse på over 18 ½ time pr. uge

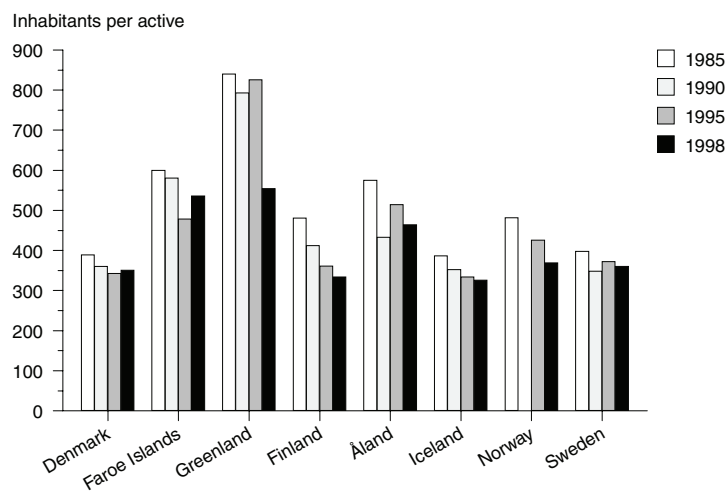
2 Vedrører 1996.

3 Vedrører 1997.

4 Medlemmer af Sveriges Läkareförbund per 1. januar 1999.

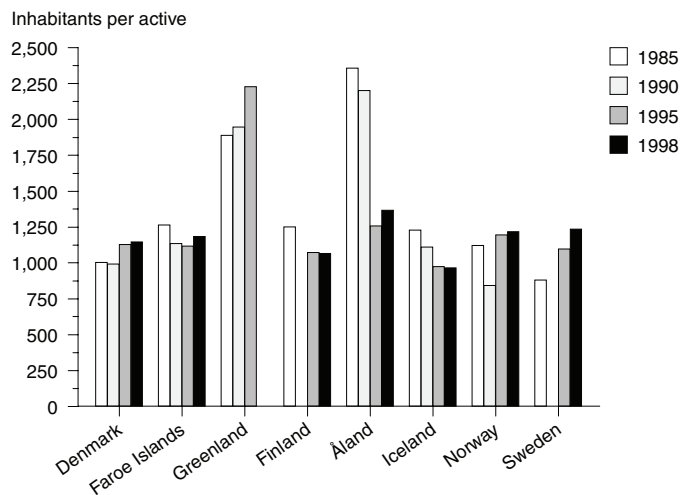
Source: D: Sundhedsstyrelsen; FI: Landslæknin; G: Direktoratet for Sundhed; F: Finlands Läkareförbund; Å: Kilde: Landskapsstyrelsen; I: Landlæknisembættið; N: Norsk Legeforening; S: Sveriges Läkareförbund

Figure 5.1 Inhabitants per working physician 1985-1998
 Indbyggere pr. erhvervsaktiv læge 1985-1998



Source: Table 5.10
 Kilde: Tabel 5.10

Figure 5.2 Inhabitants per working dentist 1985-1998
 Indbyggere pr. erhvervsaktiv tandlæge 1985-1998



Source: Table 5.10
 Kilde: Tabel 5.10

Capacity and services at hospitals

It is a trend in the Nordic countries that small hospitals have been closed down, and the resources have been gathered at fewer hospitals. Normally this has involved a division of work within the most specialized areas. In Norway the number of hospitals have not been reduced during recent years, but the existing hospitals have become smaller.

It is also a trend in the Nordic countries that psychiatric hospitals are being closed down, however, at varying speed.

The structures in Finland, Iceland and Greenland are somewhat different from those in the other countries, because a number of beds which are allocated to the health centres in the tables are calculated as beds in other hospitals. Some of these beds are similar to beds in nursing homes and old age homes in the other countries. For Finland and Iceland this gives a larger number of beds in relation to inhabitants than in the other countries.

For the tables covering hospitals, a division has been made so that one may follow the development for the various types of hospitals.

Ordinary hospitals are hospitals with several specialities and primarily provide somatic short-term treatment, but also include short-term psychiatric treatment.

Kapacitet og ydelser i sygehusvæsenet

Det er et kendetegn ved de nordiske landes sygehusvæsen, at man i en årrække har nedlagt sygehuse, og ressourcerne er blevet samlet på færre enheder, og oftest med en arbejdsdeling på de mest specialiserede områder. 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 forskellig tempo.

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

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.

The section on 'Specialized hospitals' includes hospitals which only have one speciality within somatic treatment.

Psychiatric hospitals are hospitals which only treat psychiatric patients. The section for 'Other hospitals' includes hospitals with geriatric and psychiatric nursing and/or long-term treatment at health centres with mixed medical and surgical wards.

The hospital beds are divided into medical, surgical, psychiatric and other treatment. It is clear that above all Finland and Iceland, under the section of 'Other', include activities not included by the other countries.

The tables which include information about discharges and average length of stay apply to admitted patients in ordinary and specialist hospitals. This delimitation has been introduced to enhance comparability between the countries.

The trend is for the number of treatment places and the average length of stay to be reduced at the medical wards in the ordinary hospitals. Within surgery there is also a reduction in the number of completed operations which is partly due to a switch to day surgery. Day surgery has been included in out-patient treatment. Within psychiatric treatment there has been some development towards more out-patient treatment forms, for which reason the number of psychiatric patients admitted has been reduced.

Under rubrikken 'Specialsygehuse', er der opregnet sygehuse, som kun har et enkelt speciale inden for den somatiske behandling.

Psykiatriske sygehuse er sygehuse, som kun behandler psykiatriske patienter. Rubrikken 'Andre sygehuse' omfatter sygehuse med geriatrisk og psykiatrisk pleje og/eller langtidsbehandling ved helsecentrene med blandede medicinske og kirurgiske afdelinger.

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

Tabellerne over udskrivninger og gennemsnitlig liggetid omfatter indlagte patienter ved almindelige sygehuse og specialsygehuse. Denne afgrænsning er foretaget for at fremme sammenligneligheden mellem landene.

Tendensen er, at antallet af behandlingspladser og den gennemsnitlige liggetid reduceres ved de medicinske afdelinger på de almindelige sygehuse. Inden for kirurgien er der sket en reduktion i antallet af gennemførte operationer, hvilket bl.a. skyldes overgangen til dagkirurgi. Dagkirurgi er medtaget sammen med den ambulante behandling. Inden for den psykiatriske behandling har der været en udvikling hen imod mere ambulante behandlingsformer, hvorfor antallet af indlagte psykiatriske patienter er blevet reduceret.

RESOURCES

Table 5.15 Number of hospitals by number of beds 1998
Sygehuse efter antal sengepladser 1998

	Denmark	Faroe Islands ¹⁾	Greenland	Finland ²⁾	Åland	Iceland ¹⁾	Norway	Sweden
<i>Ordinary hospitals</i>								
<i>Almindelige sygehuse</i>								
-199	31	2	1	52	1	4	41	32
200-499	23	1	-	14	-	1	16	22
500-799	5	-	-	8	-	1	4	13
800+	6	-	-	3	-	-	3	10
Total I alt	65	3	1	77	1	6	64	77
<i>Specialized hospitals</i>								
<i>Specialsygehuse</i>								
-199	14	-	-	11	-	-	6	4
200-499	-	-	-	-	-	-	1	-
500-799	-	-	-	-	-	-	-	-
800+	-	-	-	-	-	-	-	-
Total I alt	14	-	-	11	-	-	7	4
<i>Psychiatric hospitals</i>								
<i>Psykiatriske sygehuse</i>								
-199	10	-	-	16	1	-	15	1
200-499	2	-	-	9	-	-	-	2
500-799	-	-	-	-	-	-	-	-
800+	-	-	-	1	-	-	-	-
Total I alt	12	-	-	26	1	-	15	3
<i>Other hospitals</i>								
<i>Andre sygehuse</i>								
-199	-	-	15	267	1	19	32	3
200-499	-	-	-	12	-	-	-	-
500-799	-	-	-	2	-	-	-	-
800+	-	-	-	1	-	-	-	-
Total I alt	-	-	15	282	1	19	32	3
<i>Hospitals, total</i>								
Sygehuse, i alt	91	3	16	396	3	25	118	87

Note: Ordinary hospitals are hospitals which mainly treat patients with somatic diseases. Specialized hospitals are hospitals with only one speciality. Psychiatric hospitals are hospitals which only treat patients with psychiatric disorders (excl. of psychiatric nursing homes). Other hospitals include hospitals providing long-term medical care as well as hospitals which 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.

1 Figures from 1996

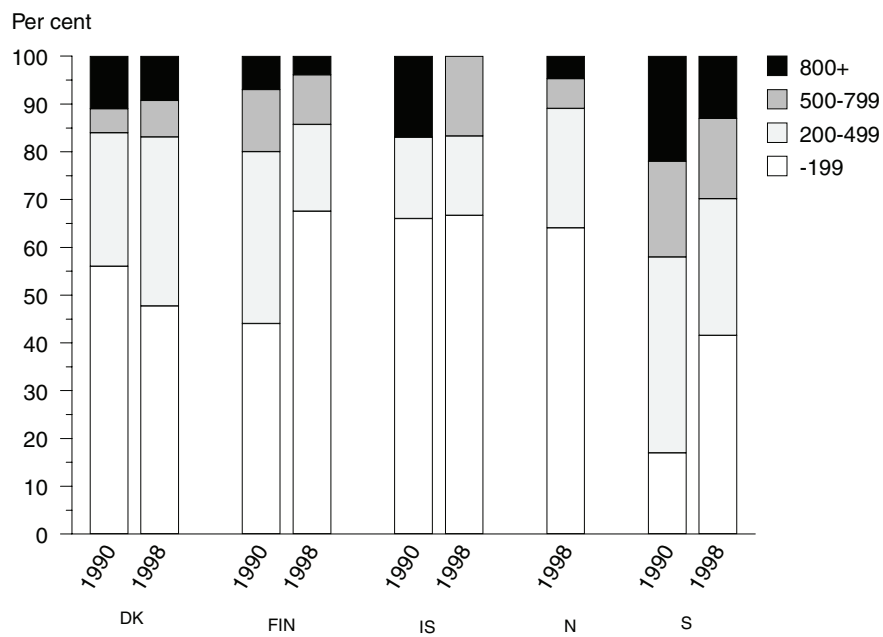
2 The number of beds has been calculated by dividing the total number of bed-days by 365

1 Tal fra 1996.

2 Antallet af senge er beregnet ved at dividere det totale antal sengedage med 365.

Source: D: Sundhedsstyrelsen; FI: Sjúkrahústjórin; G: Direktoratet for Sundhed; F: STAKES; Å: Landskaps-Kilde: styrelsen; I: Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið; N: Statistisk sentralbyrå; S: Landstingsförbundet

Figure 5.3 Number of ordinary hospitals by number of beds 1990 and 1998
 Antal almindelige sygehuse fordelt efter antal senge 1990 og 1998



Source: Table 5.10
 Kilde: Tabel 5. 10

RESOURCES

Table 5.16 Authorized hospital beds by speciality 1998
Normerede sengepladser ved sygehuse efter specialer 1998

	Denmark	Faroe ¹⁾ Islands	Greenland	Finland ³⁾	Åland ³⁾	Iceland ⁴⁾	Norway	Sweden
<i>Number</i> Antal								
<i>Medicine</i> Medicin	11,304	97	36	7,714	54	586	6,666	17,669
<i>Surgery</i> Kirurgi	8,601	116	54	5,748	35	417	6,843	9,884
<i>Psychiatry</i> Psykiatri	4,177	64	18	5,598	24	315	3,037 ⁴⁾	5,207
<i>Other</i> Andet	-	-	292 ²⁾	21,037	96	1,114	1,002	..
<i>Total</i> I alt	24,082	277	400	40,097	209	2,432	17,548	32,760
<i>Beds per 100,000</i> <i>inhabitants</i> Sengepladser pr. 100.000 indbyggere								
<i>Medicine</i> Medicin	213	216	64	150	208	157	150	200
<i>Surgery</i> Kirurgi	162	259	96	112	135	156	154	112
<i>Psychiatry</i> Psykiatri	78	143	32	109	92	118	68 ⁵⁾	59
<i>Other</i> Andet	-	-	521 ²⁾	408	369	479	23	..
<i>Total</i> I alt	453	618	713	778	804	910	395	370

1 Concerns 1996

2 Inkl. wards for medicine/surgery, ekskl. patient hotel and in-patient wards

3 The number of beds has been calculated by dividing the total number of bed-days by 365

4 Refers to 1995. Calculated from bed-days and a 90 per cent occupational rate. Beds in mixed medicine and surgery wards at small hospitals are included under "Medicine". "Other" consists of beds in geriatric wards, for rehabilitation, and long-term care in hospitals (incl. ordinary hospitals).

5 Figurs form 1997

1 Vedrører 1996

2 Inkl. medicinsk/kirurgisk afdelinger, ekskl. patienthotel og plejeafsnit

3 Antallet af senge er beregnet ved at dividere det totale antal sengedage med 365.

4 Vedrører 1995: Beregnet på basis af sengedage og en belægningsprocent på 90. Under "Medicin" medregnes senge i blandede medicinske og kirurgiske afdelinger ved de små sygehuse. "Andet" omfatter sengepladser i geriatri, genoptræning og langtidspleje på hospitaler (inkl. almindelige hospitaler)

5 Tal fra 1997

Source: D, FI, G, F, Å, I and N: See Table 5.15

Kilde: D, FI, G, F, Å, I og N: Se tabel 5.15

S: Socialstyrelsen & Landstingsförbundet

Table 5.17 Discharges, bed-days and average length of stay at wards in ordinary hospitals and specialized hospitals 1998
 Udskrivninger, sengedage og gennemsnitlig liggetid på afdelinger ved almindelige sygehuse og specialsygehuse 1998

		Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland ¹⁾	Norway	Sweden
<i>Discharges per 1,000 inhabitants</i>									
Udskrivninger pr. 1.000 indbyggere									
<i>Medicine</i>	Medicin	93	109	..	87	116	93	68	78
<i>Surgery</i>	Kirurgi	99	130	..	120	120	88	82	74
<i>Psychiatry</i>	Psykiatri	7	7	3	10	12	7	5	8
<i>Total</i>	I alt	199	246	210	217	248	195	155	170
<i>Bed-days per 1,000 inhabitants</i>									
Sengedage pr. 1.000 indbyggere									
<i>Medicine</i>	Medicin	655	525	..	546	791	636	451	421
<i>Surgery</i>	Kirurgi	451	589	..	407	509	433	459	339
<i>Psychiatry</i>	Psykiatri	270	214	53	396	345	381	236	215
<i>Total</i>	I alt	1,376	1,328	1,181	1,350	1,645	1,786	1,146	1,111
<i>Average length of stay</i>									
Gennemsnitlig liggetid									
<i>Medicine</i>	Medicin	7	5	..	6	7	7	7	5
<i>Surgery</i>	Kirurgi	5	5	..	3	4	5	6	5
<i>Psychiatry</i>	Psykiatri	-	33		39	30	52	48	26
<i>Total</i>	I alt	-	5	6	6	7	9	7	7

1 Incl. patients who have been admitted in small hospitals for less than 90 days. The total comprises rehabilitation, geriatrics and long-term care in ordinary hospitals.

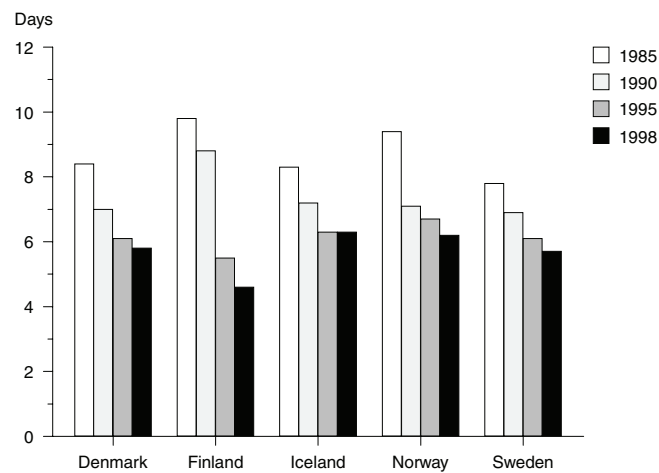
1 Inkl. patienter, der har været indlagt ved små sygehuse i mindre end 90 dage. I sumtotalerne medregnes revalidering, geriatri og langtidspleje ved almindelige sygehuse.

Source: D, FI, G, F, I and N: See Table 5.10

Kilde: D, FI, G, F, I og N: Se tabel 5.10
 Å: STAKES; S: Socialstyrelsen

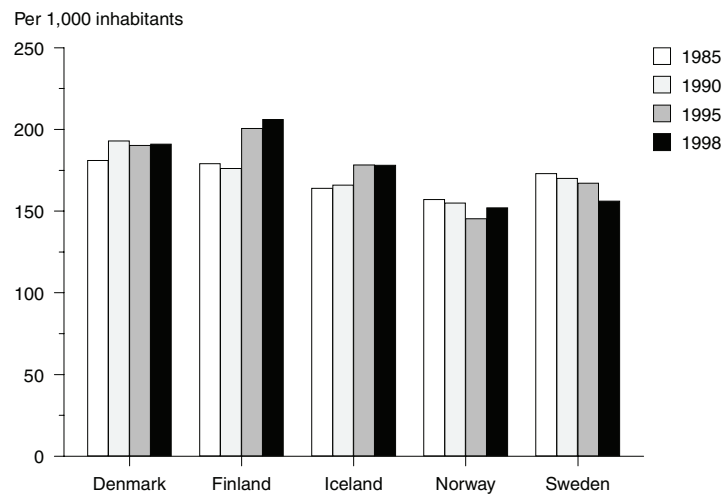
RESOURCES

Figure 5.4 Average length of stay in somatic wards 1985–1998
Gennemsnitlig liggetid på somatiske afdelinger 1985–98



Source: Table 3.14
Kilde: Tabel 3.14

Figure 5.5 Number of discharges from somatic wards, per 1,000 inhabitants 1985–1998
Udskrivninger fra somatiske afdelinger pr. 1.000 indbyggere 1985–98



Source: Table 3.14
Kilde: Tabel 3.14

Table 5.18 Discharges from hospitals* by sex and age, per 1,000 inhabitants in the age group 1998
 Udskrivninger fra sygehuse* efter køn og alder, pr. 1.000 indbyggere i aldersgruppen 1998

	Denmark	Faroe Island	Greenland	Finland	Åland	Iceland ¹⁾	Norway	Sweden
<i>Age</i> <i>Alder</i>								
<i>Males</i>								
<i>Mænd</i>								
0-14	124	193	..	138	179	106	140	80
15-44	84	78	..	97	95	71	68	56
45-64	180	201	..	216	198	175	148	142
65-69	369	402	..	417	444	385	302	314
70-74	459	446	..	546	520	476	376	428
75-79	570	434	..	692	560	659	477	542
80+	664	437	..	760	817	828	577	710
<i>Total</i>								
<i>I alt</i>	168	174	142	189	204	146	147	147
<i>Females</i>								
<i>Kvinder</i>								
0-14	95	148	..	107	160	92	111	65
15-44	207	256	..	186	210	214	153	134
45-64	170	195	..	209	223	199	139	136
65-69	292	330	..	312	300	302	230	249
70-74	351	361	..	411	423	402	292	327
75-79	426	306	..	520	518	500	359	424
80+	531	343	..	559	641	629	451	575
<i>Total</i>								
<i>I alt</i>	212	230	289	224	258	211	180	177

1 1994. Wards in specialized hospitals excl. psychiatry, rehabilitation, geriatrics and nursing wards + small hospitals, though only discharges for bed-days under 90 days.

1 1994. Afdelinger ved specialiserede sygehuse ekskl. psykiatri, genoptræning, geriatri og sygepleje + små hospitaler. Dog 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: D, FI, G, F, I and N: See Table 3.13

Kilde: D, FI, G, F, I og N: Se tabel 3.13

Å: STAKES; S: Socialstyrelsen

RESOURCES

Table 5.19 Bed-days in hospitals* by sex and age, per 1,000 inhabitants in the age group 1998
Sengedage på sygehuse* efter køn og alder, pr. 1.000 indbyggere i aldersgruppen 1998

	Denmark	Faroe Islands	Greenland ¹⁾	Finland	Åland	Iceland ²⁾	Norway	Sweden
<i>Age</i>								
<i>Alder</i>								
<i>Males</i>								
<i>Mænd</i>								
0-14	423	516	..	414	650	530	618	360
15-44	323	410	..	329	303	260	284	243
45-64	992	872	..	1,056	998	1,019	852	837
65-69	2,509	2,657	..	2,371	2,667	2,910	2,130	2,217
70-74	3,335	4,152	..	3,551	3,268	4,135	2,894	3,236
75-79	4,456	3,480	..	5,517	4,345	5,983	3,809	4,347
80+	5,673	3,798	..	8,574	7,259	8,938	4,716	6,014
<i>Total</i>								
<i>I alt</i>	948	895	875	987	1,093	936	892	952
<i>Females</i>								
<i>Kvinder</i>								
0-14	347	475	..	327	623	475	514	309
15-44	709	948	..	622	768	859	661	572
45-64	935	899	..	859	1,051	1,131	854	803
65-69	2,186	1,955	..	1,729	1,952	2,394	1,727	1,810
70-74	2,903	3,167	..	2,595	3,478	3,835	2,329	2,555
75-79	3,989	3,036	..	3,553	4,664	5,771	3,103	3,600
80+	5,620	3,531	..	5,017	6,429	7,711	4,099	5,320
<i>Total</i>								
<i>I alt</i>	1,229	1,139	1,531	1,088	1,508	1,298	1,121	1,161

1 Some women from villages are admitted to hospital up to one month before expected birth
2 1997. Wards in specialized hospitals excl. Psychiatry, rehabilitation, geriatrics and nursing wards + small hospitals, though only discharges for bed-days under 90 days.

1 En del kvinder fra bygderne indlægges op til en måned før termin
2 1997. Afdelinger ved specialiserede sygehuse ekskl. psykiatri, genoptræning, geriatri og sygepleje + små hospitaler. Dog kun udskrivninger ved indlæggelsestider på mindre end 90 dage.

* Definition, see Table 3.13

* Definition, se tabel 3.13

Source: D, FI, G, F, I and N: See Table 5.10

Kilde: D, FI, G, F, I og N: Se tabel 5.10

Å: STAKES; S: Socialstyrelsen

SECTION B

Validitet och jämförbarhet hos nordisk patientsstatistik

Validity and comparability of Nordic hospital discharge
statistics

KRISTINA BRÄND PERSSON, MARTTI VIRTANEN, BJÖRN SMEDBY

Validitet och jämförbarhet hos nordisk patientsstatistik

Validity and comparability of Nordic hospital discharge statistics

Background

NOMESCO publishes statistics on hospital discharges divided by diagnoses in order to make comparisons possible between the Nordic countries. A great deal of effort is being put into the standardization of protocols for the registration and presentation of health statistics in the Nordic countries. It is important to discuss the quality and usefulness of these data. During the work in producing and publishing these routine statistics it has become obvious that the comparability between the countries should be studied more closely in Nordic health statistics.

Problems associated with differences in the assignment of diagnoses and coding practice despite the fact that, on the whole, the same classifications are used - have recently received special attention. Possible explanations for these problems range from differences in "diagnostic culture", medical treatment, structural health care factors and hospital reimbursement systems. One potential consequence of these and other systematic Nordic differences is that unambiguous comparative statistics on morbidity and health care utilisation are made impossible. For this reason it is principally im-

Bakgrund

NOMESKO publicerar statistik om sluten sjukhusvård med uppdelning efter diagnos i syfte att möjliggöra jämförelser mellan de nordiska länderna. Ett omfattande arbete läggs ned på standardisering av protokoll för registrering och redovisning av hälsostatistiken i de nordiska länderna. Det är angeläget att diskutera kvaliteten och ändamålsenligheten hos dessa data. I arbetet med den rutinmässigt publicerade statistiken har det blivit uppenbart att jämförbarheten mellan länderna bör studeras närmare i den nordiska hälsostatistiken.

De problem som särskilt uppmärksammas är att praxis för diagnossättning och kodning varierar mellan länderna trots att till stor del samma klassifikationer tillämpas. Tänkbara förklaringar till detta är olika "diagnostisk kultur", olikheter i medicinsk behandlingssätt och vårdstruktur samt olika system för ekonomisk ersättning till sjukhus. Möjliga konsekvenser av dessa och andra systematiska olikheter är att nordisk diagnosstatistik inte på ett entydigt sätt kan beskriva vare sig sjukdomsförekomst eller vårdutnyttjande. Av detta skäl är det också en viktig principfråga att diskutera utformningen av statistiken

portant to discuss the way the statistics on morbidity and use of hospital care is produced and presented, particularly concerning the Nordic Short List for morbidity used by NOMESCO.

The objectives are to give an outline of some of the quality aspects applicable to Nordic hospital discharge data on morbidity and to give some examples illustrating the variation with possible explanations why these differences exist in the Nordic countries. The overview is presented under five main headings: quality aspects, assignment of diagnoses and coding practice, organisation of health care and medical practice, measurement units and disease occurrence, and lastly the main conclusions with some suggestions for further development.

Material

The starting point of this work was the Nordic comparative hospital statistics on discharge diagnoses in 1995-97. During 1998, NOMESCO decided to carry out three Nordic studies with focus on some generally known validity problems. Denmark studied the statistics on liver diseases, Norway the statistics on breast cancer and Sweden the statistics on chronic obstructive lung diseases. The three studies have not been published. However, the results were made available to the authors and have been freely incorporated in the following text to exemplify the problems of potential significance in Nordic comparisons¹.

References to some of the Nordic and in-

kring sjukdomsförekomst och sjukhusvård, särskilt med hänsyn till den gemensamma nordiska kortlistan för morbiditet som används av NOMESCO.

Syftet är att ge en översikt över vissa kvalitetsaspekter som kan appliceras på den nordiska sjukhusbaserade diagnosstatistiken samt att ge exempel på olikheter och tänkbara orsaker till inomnordisk variation. Översikten presenteras under fem huvudrubriker: kvalitetsaspekter, sjukvårdsorganisation och behandlingspraxis, måtenheter och sjukdomsförekomst, samt slutligen de viktigaste konklusionerna med förslag till fortsatt utveckling.

Material

Utgångspunkten för detta arbete var publicerad och opublicerad jämförande nordisk statistik med uppdelning efter diagnos för perioden 1995-97. NOMESCO beslöt under 1998 att genomföra tre nordiska studier med fokusering på några kända validitetsproblem. Från dansk sida åtog man sig att studera statistiken för leversjukdomar, i Norge statistiken för bröstcancer och i Sverige för kroniskt obstruktiva lungsjukdomar. De tre arbetena har inte publicerats. Resultaten har gjorts tillgängliga och har därmed kunnat inarbetas i den följande texten för att exemplifiera problem som kan vara av betydelse för nordiska jämförelser¹.

Redovisningen kompletteras med refer-

¹ Ansvariga för specialstudierna är (Responsible for the special studies are): Karen Helweg-Larsen (Statens institut for folkesundhed, Danmark), Ola Kindseth, Ronny Jørgenvåg (Norsk pasientregister, Norge), Curt Lennart Spetz (Socialstyrelsen/EpC, Sverige)

ternational studies of the quality of register data have been included, as well as references to reports published by NOMESCO and the respective Nordic agencies responsible for statistics and health care.

A large number of relevant publications were found through searches in scientific databases. The main objective in most of the scientific articles found relevant to register data quality is case identification in different registers, which is beside the current issue. However, these epidemiological studies indirectly illustrate the reliability problems associated with hospital discharge data. Studies of the accuracy of patient- and diagnostic data often use comparisons of data from several sources such as hospital in-patient data, causes-of-death registers and disease-specific case registers.

The studies most essential to this overview – the validity studies – are those specifically designed to address questions of reliability in the assignment of diagnoses and coding of hospital discharges. As a rule, the approach is to compare discharge data and medical records for accuracy and agreement in coding on different levels of detail. This category also includes studies of the agreement in coding between independent observers. In some instances, studies were carried out on the effects of changes of version of the disease classification. Proper validity studies constitute a minor part of all studies identified.

A third category of studies illustrate more or less subtle changes in the assignment of diagnoses or coding, directly or indirectly

enser till ett urval av nordiska och internationella studier av registerkvalitet samt till rapporter publicerade av NOMESCO och de nordiska statistik- och hälso-myndigheterna.

Ett stort antal publikationer har fångats in genom sökning i vetenskapliga artikeldatabaser. Merparten av de vetenskapliga artiklarna som rör registerkvalitet har som huvudsyfte att identifiera fall av en viss sjukdom i olika register, en fråga som ligger vid sidan av den aktuella frågeställningen. Dessa epidemiologiskt inriktade studier kan däremot indirekt belysa tillförlitlighetsproblemen hos den sjukhusbaserade statistiken. Överensstämmelsen för patient- och diagnosuppgifter studeras ofta genom jämförelser mellan olika källor såsom sjukhusstatistik, dödsorsaksregister samt specifika sjukdomsregister.

Den grupp av studier som är mest central för den aktuella översikten – de egentliga validitetsstudierna – är studier specifikt inriktade på att studera tillförlitligheten i diagnossättning och kodning av vårdtillfällen på sjukhus. Det innebär i regel att överensstämmelsen mellan utskrivningsdata från sjukhus och patientjournaler kontrolleras på olika detaljnivå. I denna grupp ingår även studier av överensstämmelsen i kodning mellan flera oberoende granskare. I några fall undersöks även effekten på diagnoskodning vid versionsbyte av sjukdomsklassifikationen. De egentliga validitetsstudierna utgör en mindre del av alla studier som identifierats.

En tredje grupp av studier belyser mer eller mindre subtila förändringar i diagnossättning eller kodning som en direkt

linked to the use of hospital reimbursement systems based on DRG's (Diagnose Related Groups). Several validity studies were carried out as part of thorough medical revision and, in several cases, they were initiated because of the introduction of DRG's.

The methods used to measure accuracy and agreement are very much the same as those used in the regular validity studies. Although the consequences of coding inaccuracies are often perceived as more serious in conjunction with the DRG system, it is evident that the same types of error occur more or less frequently regardless of the financial reimbursement system. Several studies deal especially with financial consequences of coding errors. From a Nordic point of view the increased interest in the use of DRG-based hospital reimbursement justify the highlighting of these issues. So far, only a few studies have been published which are based on Nordic experiences of DRG.

Factors in comparability

Quality aspects

Only partial assessment of the comparability of Nordic health statistics based on the employed definitions and inclusion criteria is feasible as statistics are highly dependent on the quality of the data sources. The quality concept comprises several aspects – comparability, representativity, completeness and accuracy – applicable to data on different levels of detail. Several approaches can be used to

eller indirekt konsekvens av att DRG-baserade (Diagnose Related Groups) ekonomiska ersättningssystem används för sjukhusvård. Många studier inom denna kategori är gjorda i samband med en mer genomgripande medicinsk revision och i flera fall har införandet av DRG varit en anledning till att studierna initierats.

Metodiken för att kartlägga fel i diagnosättning och kodning är likartad i validitetsstudierna. Trots att kodningsfel ofta uppfattas som mycket allvarligare i samband med DRG-baserade system är det uppenbarligen så att samma typer av fel förekommer i större eller mindre utsträckning oavsett vilket ersättningssystem som används. Många studier inom detta område behandlar särskilt de ekonomiska konsekvenserna av kodningsfel. En ökad användning av DRG-baserade ersättningssystem i Norden och möjliga förändringar i kodnings-praxis motiverar att problematiken lyfts fram här. Hittills har det publicerats få studier som bygger på nordiska erfarenheter av DRG.

Orsaker till bristande jämförbarhet

Kvalitetsaspekter

Jämförbarheten hos uppgifter i den nordiska hälsostatistiken kan endast delvis bedömas på grundval av de använda definitionerna och inklusionskriterierna eftersom statistiken i hög grad är beroende av kvaliteten hos källdata. Kvalitetsbegreppet omfattar flera olika aspekter – jämförbarhet, representativitet, fullständighet, tillförlitlighet - vilka kan appliceras på uppgifter med olika detaljeringsgrad. Flera

VALIDITY AND COMPARABILITY OF NORDIC HOSPITAL DISCHARGE STATISTICS

study quality aspects of register data (1).

Evaluation of the quality of the aggregated hospital discharge statistics must take into consideration the intended use and the desired or feasible degree of accuracy. A comprehensive account of all statistical quality aspects is beyond the scope of this overview. In this case, the issues of prime interest are the diagnostic quality of primary data and the opportunities of compiling aggregated Nordic data which allow correct comparisons to the greatest possible extent.

Descriptive information on technical quality aspects (coverage, missing data) of the national hospital authorities responsible for the discharge registers, either as part of annual statistics publications or in special reports (2-7). Adequate information, however, is not always available in published form. The coverage of the Nordic hospital discharge registers is generally very high but there may be exceptions for certain variables and periods.

Appendix 5 contains information on the scope of registration of activities in the Nordic countries by type of hospital and medical specialty. The definitions used in the NOMESCO publication are also given.

This information gives a general idea of the comparability of data for different disease groups. Special reports on the content of the Nordic hospital discharge registers have also been published (8, 9).

Complementary data sources are sometimes useful in the evaluation of hospital

angreppssätt kan användas för att studera kvalitet hos registerdata (1).

Värdering av kvaliteten hos den aggregerade sjukhusbaserade statistiken måste göras med hänsyn till syftet samt vilken grad av tillförlitlighet som är önskvärd eller möjlig. En uttömmande beskrivning av alla kvalitetsaspekter hos det statistiska underlaget kan inte göras här. De aktuella frågeställningarna gäller i första hand den diagnostiska kvaliteten i primärdata och möjligheterna att sammanställa aggregerade nordiska uppgifter på ett sätt som i största möjliga utsträckning medger jämförbarhet.

För beskrivningar av den tekniska kvaliteten (täckningsgrad, bortfall) i de nationella patientregistren är man i regel hänvisad till de nationella registermyndigheternas rapportering, antingen i samband med årsvis publicerade data eller i särskilda rapporter (2-7). Informationen är dock inte alltid i publicerad form. Generellt sett har de nordiska patientregistren en mycket hög täckningsgrad men för vissa variabler och perioder kan det finnas undantag.

Omfattningen av registreringen av verksamheten vid olika typer av sjukhus och inom olika specialiteter i de nordiska länderna samt de av NOMESCO använda definitionerna redovisas i Appendix 5.

Detta ger en viss ledning i frågor om jämförbarheten för olika sjukdomsgrupper. Särskilda rapporter har även publicerats om sjukhusregistreringen i Norden (8, 9).

Data från komplementära datakällor kan i vissa fall användas för att kontrollera

statistics, such as the national cancer registers. Case-registers for cancer and some other diseases are kept, to various degrees in the Nordic countries. Data partially based on hospital care may be used, for instance, in studies of coverage and diagnostic quality on a detailed level.

A commonly used and easily accessible form of presentation of comparative statistics on health care activities – discharges, persons discharged and procedures - during some time period is to put activities in relation to the number of inhabitants during the same period. The annual mean population of the Nordic countries is included in the Health statistics. Time series can be used in examinations of trends and changes. Drastic changes from one year to another may indicate changes in the definitions used or calculation errors.

Assignment of diagnoses and coding practice

The 'main condition' concept

The Nordic morbidity statistics are almost entirely based on the application of the concept of 'main condition'. The definition of this concept is given in the international classification of diseases:

“The main condition is defined as the condition, diagnosed at the end of the episode of health care, primarily responsible for the patient's need for treatment or investigation. If there is more than one such condition, the one held most responsible for the greatest use of resources should be selected. If no diagnosis was made, the main symptom, abnormal finding or problem should be selected as the main condition.”

ICD-10 (Volume 2), p 96

The WHO ICD manual (volume 2) gives detailed instructions for the appli-

uppgifter från sjukhusstatistiken, exempelvis cancerregistren. Sjukdomsspecifika register för cancer och vissa andra sjukdomsgrupper finns i olika utsträckning i Norden. Utnyttjas bland annat för att studera täckningsgrad och diagnostisk kvalitet på detaljnivå.

Det mest lättillgängliga sättet att presentera jämförande statistik om hälso- och sjukvårdens verksamhet - antalet vårdtillfällen, prestationer eller vårdade personer - under en viss period är att sätta aktiviteterna i relation till invånarantalet under samma period. Medelfolkmängden för de nordiska länderna presenteras också i hälsostatistiken. Genom tidsserier kan långsiktiga trender och andra förändringar studeras. Kraftiga förändringar mellan enskilda år kan tyda på definitionsförändringar eller räknefel.

Diagnossättning och kodningspraxis

Begreppet 'main condition'

Den nordiska sjukdomsstatistiken är så gott som uteslutande baserad på användning av begreppet 'main condition'. I den internationella sjukdomsklassifikationen definieras begreppet:

I WHO: s manual till ICD (volym 2) ges närmare anvisningar för tillämpningen av

cation of this concept (10). However, only parts of the instructions and accompanying examples have been directly translated in the Nordic national versions of ICD. In addition, the concept of 'main condition' has been interpreted in various ways in the Nordic countries. The Norwegian concept 'hovedtilstand' is a direct translation from the English. The corresponding expression in Sweden and Finland is 'huvuddiagnos' (main diagnosis) and in Denmark 'aktionsdiagnose' (action diagnosis). In comparison, the word 'condition' has wider connotations than 'diagnosis'. Symptoms and non-medical problems or situations that are qualifiers of care are also valid 'conditions' besides the actual diagnosis.

There are also differences in the application of the 'main condition' concept within and between the Nordic countries. The main problem is the lack of a common Nordic practice in the choice of a 'main condition'. The exact terminology and principles set by the ICD seem to be applied only in Norway at present.

According to the WHO guidelines, other conditions of relevance to current care should also be registered. The extent to which such secondary conditions are registered varies considerably, however, within and among the Nordic countries. Generally, only the main condition is mandatory in hospital discharge reporting.

The different practices in the choice of 'main condition' have received recent attention in the reference-group for Nordic classification. One current example of differences in registration practice concerns patients with cancer spread by me-

detta begrepp (10). Dessa anvisningar med åtföljande exempel har dock bara delvis översatts i de nationella nordiska ICD-versionerna. Själva begreppet 'main condition' översätts också på litet olika sätt i Norden. Det norska begreppet 'hovedtilstand', är en direkt översättning från engelskan. I Sverige och Finland används ordet 'huvuddiagnos' och i Danmark 'aktionsdiagnose'. I förhållande till 'diagnos' har ordet 'tillstånd' en vidare innebörd. Symtom eller andra icke-medicinska problem eller situationer som föranlett vård kan också vara giltiga 'tillstånd' utöver egentliga sjukdomsdiagnoser.

Även tillämpningen varierar inom och mellan de nordiska länderna. Ett centralt problem är att någon enhetlig nordisk praxis inte har utvecklats för val av huvuddiagnos. I strikt mening tycks terminologin och riktlinjerna som ges i ICD i dagsläget tillämpas endast i Norge.

Vid sidan av huvuddiagnosen skall enligt WHO:s anvisningar också andra tillstånd registreras som haft betydelse för den aktuella vården. Registreringen av sådana tillstånd (bidiagnoser, tilläggsdiagnoser) sker dock i betydligt olika omfattning inom och mellan de nordiska länderna. I allmänhet är det endast huvuddiagnosen som är obligatorisk vid inrapportering av utskrivningsdata.

Olikheter i praxis vid val av 'main condition' har nyligen uppmärksammats i det nordiska klassifikationscentrets referensgrupp. Ett sådant exempel på olikheter i registreringspraxis gäller patienter med metastaserande cancer. Valet av huvud-

tastasis. The choice of main condition differs in situations when the treatment of patients is directed mainly at the metastasis. In some countries, it is common practice to assign the metastasis as the main condition and the primary neoplasm as the secondary diagnosis. In Sweden, however, it has been customary to give the diagnoses in the reversed order. From a statistics point of view these alternatives are equivalent since the main condition will be coded to the neoplasm chapter of the disease classification in both cases.

Other examples of Nordic differences concern the registration of short spells of care for chemotherapy only as well as post-operative care and rehabilitation. The use of descriptive codes for treatment situations rather than true diagnoses and their relationship with procedure codes are problems from a general point of view. In Norway, short stay care for chemotherapy is primarily registered as a treatment situation and the primary neoplasm assigned as the secondary condition. In Sweden, the primary neoplasm is often assigned as the main diagnosis with the treatment situation as secondary diagnosis. These examples show that the coding principles are not applied uniformly. The influence on coding practice - the choice of main condition and use of additional diagnoses - by the introduction of DRG's has also become evident in recent years.

In statistics primarily aimed at describing the principal reason for care, it is reasonable to use the main condition criteria. However, the occurrence of co-morbidities such as Alzheimer's disease, diabetes, osteoporosis and hypertension is likely to be underestimated if dis-

diagnos varierar i situationer då vården av dessa patienter främst riktar sig mot metastaserna. I vissa länder är det brukligt att ange metastasen som huvuddiagnos och primärtumören som bidiagnos. Åtminstone i Sverige har dock diagnoserna hittills oftast angetts i omvänd ordning. I dessa fall är alternativen likvärdiga ur statistiksynpunkt eftersom huvuddiagnosen kodas till tumörkapitlet i sjukdomsklassifikationen i båda fallen.

Andra exempel på nationella olikheter gäller registreringen av korta vårdtillfällen enbart för cytostatikabehandling samt för eftervård och rehabilitering. Ett generellt problem i dessa fall är dessutom användningen av diagnoskoder som snarare beskriver behandlingssituationer än diagnoser och deras relation till rena åtgärds-koder. Vid korta vårdtillfällen enbart för cytostatikabehandling anges i Norge behandlingen som huvuddiagnos och primärtumören som bidiagnos. I Sverige förekommer ofta att primärtumören anges som huvuddiagnos och cytostatikabehandlingen som bidiagnos. Dessa regler tillämpas således inte på ett enhetligt sätt. I detta fall har också användningen av DRG under senare år kommit att påverka praxis när det gäller kodning - val av huvuddiagnos och användning av tilläggs-koder.

För statistik som i första hand syftar till att beskriva den viktigaste anledningen till vård är det rimligt att använda begreppet 'main condition'. För vissa typer av tillstånd som kan förekomma samtidigt med en annan allvarlig sjukdom som till exempel Alzheimer's sjukdom, diabe-

VALIDITY AND COMPARABILITY OF NORDIC HOSPITAL DISCHARGE STATISTICS

charges are included in the analysis only by main condition (11). These are examples of conditions that often occur only as secondary diagnoses in hospital discharge data.

tes, osteoporos och hypertoni riskerar man att underskatta förekomsten om endast vård med sjukdomen registrerad som 'main condition' inkluderas (11). Dessa är exempel på sjukdomar som ofta endast registreras som bidiagnoser vid utskrivning från sjukhus.

Table 1 Main diagnosis discharges as proportion of all main and secondary diagnosis discharges for asthma and chronic obstructive bronchitis, 1996 (percent). males and females.

Vårdtillfällen med huvuddiagnos som andel av alla vårdtillfällen med huvud- eller bidiagnos för astma respektive bronkit, emfysem och andra kroniskt obstruktiva lungsjukdomar, 1996 (procent). män och kvinnor.

	Denmark	Finland	Norway	Sweden
<i>Asthma</i> ¹⁾				
Astma				
<i>Males</i>				
Mænd	97	73	63	47
<i>Females</i>				
Kvinder	96	74	59	45
<i>Total</i>				
Total	96	74	61	47
<i>Bronchitis</i> ²⁾				
Bronkitis				
<i>Males</i>				
Mænd	95	70	51	39
<i>Females</i>				
Kvinder	96	77	57	47
<i>Total</i>				
Total	95	72	54	43

1 Asthma (ICD-9: 493; ICD-10: J45-J46)

2 Bronchitis, emphysema and other chronic obstructive pulmonary diseases (ICD-9:490-492,496; ICD-10:J40-J44)

Source: The National in-patient registers

Kilde: De nationella patientregistren

There are Nordic discrepancies in the registration practice with regard to secondary or additional diagnoses. An illustration of the consequences of these differences is given for the diagnoses asthma, bronchitis and emphysema (Table 1). In Denmark these diagnoses very

Det finns olikheter i nordisk registreringspraxis för bidiagnoser eller tilläggsdiagnoser. Konsekvenserna av dessa olikheter kan illustreras för diagnoserna astma respektive bronkit och emfysem (Tabell 1). Diagnoserna förekommer knappast alls som bidiagnoser i det danska materialet. I

seldom occur as secondary diagnoses. About three quarters of all registered discharges were main diagnosis discharges in Finland compared to 50-60% in Norway and Sweden.

Different classification versions

Comparisons are also rendered more difficult due to the fact that different versions of the disease classification may be in use in the Nordic countries sometimes even within one country. Each new version of the disease classification has meant an increased number of codes and a greater level of detail. One common change is to split certain diagnoses into several new codes that can no longer be found in the same part of the classification as the original codes. Some diagnoses may have been transferred to a different chapter. Such transfers of diagnoses within or between disease chapters cause a mismatch between different versions of the classification with regard to the composition of disease groups, despite identical wording of chapters and section headings. These headings are often used in aggregated, comparative statistics. Examples of transfers between chapters are HIV and AIDS, preliminary assigned to diseases of the immune system in ICD-9 and later transferred to infectious diseases in ICD-10. Sarcoidosis was transferred in the opposite direction. Another example is the transfer of cerebral transitory ischaemia from the diseases of the circulatory system to the diseases of the nervous system.

Two different versions of the ICD were in use in the Nordic countries during the period 1995-97, ICD-9 and ICD-10. Denmark, who implemented ICD-10 as early as 1994, thus used ICD-10 during

Finland utgjorde vårdtillfällen med huvuddiagnoser omkring tre fjärdedelar av samtliga vårdtillfällen jämfört med 50-60% i Norge och Sverige.

Olika klassifikationsversioner

Jämförelser försvåras även på grund av att olika versioner av sjukdomsklassifikationen kan användas samtidigt i de olika länderna och till och med inom ett och samma land. Varje ny version av sjukdomsklassifikationen har dessutom inneburit ett ökat antal koder och en större detaljeringsgrad. En vanlig förändring är att enskilda diagnoskategorier delas upp i flera nya koder som inte längre återfinns i samma del av klassifikationen som den ursprungliga koden. Vissa diagnoskoder kan helt enkelt ha flyttats från ett kapitel till ett annat. Sådana flyttningar av diagnoser inom eller mellan sjukdomskapitel medför att sammansättningen av sjukdomsgrupper inte överensstämmer mellan olika versioner, trots likalydande beteckningar på kapitel eller avsnitt. De senare används ofta för statistiska jämförelser på aggregerad nivå. Exempel på flyttningar mellan kapitel är HIV och AIDS som preliminärt fördes till immunsystemets sjukdomar i ICD-9 och senare överfördes till infektionssjukdomarna i ICD-10. Sjukdomen sarkoidos flyttades i motsatt riktning. Ett annat exempel är flyttningen av cerebral transitorisk ischemi från cirkulationsorganens sjukdomar till nervsystemets sjukdomar.

Två olika versioner av ICD användes i Norden under perioden 1995-97; ICD-9 och ICD-10. Danmark som införde ICD-10 redan 1994 använde sålunda ICD-10 för morbiditetsregistrering un-

the entire period for registration of morbidity. ICD-10 was introduced in Finland in 1996, in Sweden and Iceland in 1997, and in Norway in 1999. This means that all the Nordic countries are using the same version of ICD as of 1999. This will undoubtedly enhance comparability.

The same fundamental problems in Nordic comparisons apply to statistics on surgical procedures before 1999. The NOMESCO Classification of Surgical Procedures (NCSP) was introduced successively during 1996-99. However, the national versions of the NCSP are not identical. With regard to the registration of non-surgical procedures and treatments, there are considerable differences between the Nordic countries. Development work is in progress on a national level in most of the countries with the objective to standardize registration in this field too. Work on a common Nordic standard is yet to be initiated.

Registration and coding errors

Other problems, which have an impact on the comparability of the discharge statistics, are quite simply errors in the assignment of diagnoses as well as coding errors of correct diagnoses. The use of unspecified codes and incomplete coding particularly of secondary diagnoses are common errors. These and similar quality problems are often found in retrospective studies of the agreement in discharge diagnoses and diagnostic codes between hospital discharge registers and the corresponding medical records of a random sample of patients. A prospective method is to let several medical experts give diagnoses to a set of hypo-

der hela perioden. I Finland infördes ICD-10 år 1996, i Sverige och Island 1997 och i Norge 1999. Från och med 1999 kodas sålunda samtliga länders primärdata enligt samma version av ICD. Det kommer utan tvekan att bidra till en ökad jämförbarhet.

Samma grundläggande problem vid Nordiska jämförelser finns för operationsstatistiken före år 1999. Den gemensamma nordiska klassifikationen av kirurgiska åtgärder (NCSP) implementerades successivt under perioden 1996-99. De nationella versionerna av NCSP är dessutom inte helt identiska. När det gäller registrering av icke-kirurgiska åtgärder och behandlingar är olikheterna inom Norden betydande. Nationellt utvecklingsarbete pågår i de flesta länder i syfte att standardisera registreringen även på detta område. Ännu finns inget initiativ till arbete på en gemensam nordisk standard.

Registrerings- och kodningsfel

Andra problem som kan påverka jämförbarheten av utskrivningsdiagnoser är vara direkta fel i diagnossättningen liksom också fel kod för en riktigt satt diagnos. Användning av icke-specifika koder och ofullständig kodning särskilt av biddiagnoser är vanliga fel. Dessa och liknande kvalitetsproblem återfinns ofta i retrospektiva studier av överensstämmelsen mellan de utskrivningsdiagnoser och koder som finns i patientregistret och de diagnostiska uppgifter som återfinns i motsvarande patientjournaler för ett slumpmässigt urval av patienter. En annan prospektiv metod är att låta flera medicinska experter åsätta diag-

thetical cases and then to assess the inter-rater reliability.

An overall agreement of between 70% and 93% in main condition coding has been reported in studies during different periods, including Danish and Swedish discharge data (12-20). Studies of the quality of coding made in the late 1990's in some Swedish county councils report an overall agreement of 81-84% (Staffan Bryngelsson, personal communication). The overall agreement is measured by taking into account all types of diagnostic and coding errors made in the main diagnosis.

Table 2 shows the results from a Swedish study of discharge data from 1990 in which a standardized protocol was used to analyse the agreement in the main diagnosis between discharge data and medical records. The agreement was measured on different aggregation levels of the disease classification (ICD-9) (18). For the purpose of this overview a complementary analysis was made of the agreement of diagnoses according to the Nordic Short List, applied to the same data.

noser för en uppsättning hypotetiska fall, varefter överensstämmelsen mellan bedömare analyseras.

En total överensstämmelse på mellan 70% och 93% i kodningen av huvuddiagnos rapporteras i studier som gjorts under olika tidsperioder ibland annat i Danmark och Sverige (12-20). Kvalitetsstudier som gjorts under senare delen av 1990-talet i några svenska landsting visar på en överensstämmelse på 81-84% (Staffan Bryngelsson, personligt meddelande). Total överensstämmelse beräknas med hänsyn till alla typer av fel som rör diagnosättning och kodning av huvuddiagnosen.

Tabell 2 visar resultaten från en studie på ett svenskt material från 1990 där ett standardiserat protokoll användes för att undersöka överensstämmelsen för huvuddiagnoser i utskrivningsdata respektive journaluppgifter. Överensstämmelsen för diagnoser studerades på olika aggregeringsnivåer av sjukdomsklassifikationen (ICD-9) (18). För denna översikt har även en kompletterande analys gjorts av överensstämmelsen för diagnoser enligt den nordiska kortlistan i samma material.

Table 2 Agreement in main diagnosis by classification level in Swedish hospital in-patient data, 1990 (percent)

Total överensstämmelse för huvuddiagnos efter klassificeringsnivå i ett svensk slutenvårdsmaterial, 1990 (procent).

	Sweden ICD-9 (N=875)
Classification level	
4-character	86
3-digit	88
99-list groups	91
ICD chapters	93
Nordic Short List (61 groups)	94
- excluding the rest group (60 groups)	90

Source: Reference 18
Kilde: Referens 18

The table indicates a rising tendency in the agreement with increasing aggregation levels: from 86% to 94%. The complete Nordic Short List with 61 groups had the same level of agreement as the chapter level of the disease classification. Leaving out the comparatively extensive rest group which, by definition improves the overall agreement, the agreement was 90% (3-digit level) for the diagnoses on the Nordic Short List. These results serve well to emphasize the fact that the more detailed the level of codes compared, the lower the agreement. On the aggregated data levels that are commonly used to produce descriptive statistics the agreement was reasonably good, as was the case with the Nordic Short List.

Av tabellen framgår att den totala överensstämmelsen ökar med stigande aggregeringsnivå: från 86 % till 94%. För den fullständiga nordiska kortlistan med 61 grupper var överensstämmelsen på samma nivå som för sjukdomsklassifikationens kapitelnivå. Genom att utelämma den relativt omfattande restgruppen vars förekomst definitionsmässigt ökar överensstämmelsen, var motsvarande siffra 90% (3-siffernivå) för kortlistans diagnoser. Resultaten illustrerar väl det faktum att ju högre detaljeringsgrad på koder som jämförs, desto sämre överensstämmelse. På de aggregeringsnivåer som vanligtvis används för att framställa beskrivande statistik var överensstämmelsen förhållandevis god såsom för den nordiska kortlistan.

Effects of DRG

DRG is originally an American system designed to categorise discharges and patients into medically meaningful and

DRG-effekter

DRG är ett ursprungligen amerikanskt system för att gruppera vård och patienter i medicinskt meningsfulla och re-

homogeneous groups with regard to resource use based on diagnoses and procedures. This system was developed to enable comparisons between hospitals with a different case mix. After that it has been put to use as the basis of hospital reimbursement. In recent years, a Nordic DRG-system, NordDRG, has been developed. DRG based reimbursement systems are used to a varying extent in the Nordic countries.

Both direct and indirect effects on the coding of diagnoses and surgical procedures can be derived from the introduction of DRG-based hospital reimbursement (21-29).

The accuracy of the registration of main condition, additional conditions and procedures is of fundamental importance to the validity of the primary classification as well as to the secondary DRG grouping. Additional diagnoses which indicate the presence of co-morbidities and complications of importance to the current care episode act as qualifiers of the sub-grouping in the DRG-groups divided into pairs by presence of complications. Complicated cases are assigned to sub-groups which allow higher reimbursement. Examples of systematic and medically unjustified use of this effect have been reported, mainly from the USA. By comparing discharge diagnoses and medical records it has been possible to identify cases where discharges have been categorized as complicated in the absence of recorded medical evidence in support of this. Systematic changes in coding in order to maximize hospital reimbursement are often referred to as 'up-coding' or 'DRG creep' (27-29).

surs- homogena grupper på bas av diagnoser och åtgärder. Systemet utvecklades för att möjliggöra jämförelser mellan sjukhus med hänsyn till varierande vårdtyngd. Senare har det kommit att användas som bas för finansiering av sjukhusvård. Under senare år har även ett nordiskt DRG-system, NordDRG utvecklats. DRG-baserade ekonomiska ersättningssystem används i olika utsträckning i de nordiska länderna.

Både direkta och indirekta effekter på kodningen av diagnoser och operationer kan härledas till införandet av DRG-baserade ersättningssystem för sjukhusvård (21-29).

Korrekt registrering av huvuddiagnos, bidiagnoser och åtgärder är av grundläggande betydelse inte enbart för validiteten i primärklassificeringen utan även för den sekundära DRG-grupperingen. Bidiagnoser som anger förekomsten av komplikationer av betydelse för den aktuella vårdinsatsen kan avgöra till vilken undergrupp fallet räknas inom de DRG-par som är delade efter komplikationsförekomst. Så kallade komplicerade fall hänförs till undergrupper som medger högre kostnadsersättning. Exempel finns, framförallt från USA, på att denna effekt utnyttjats systematiskt utan tillräckliga medicinska motiv. Genom att jämföra utskrivningsdiagnoser och journaluppgifter har man kunnat identifiera fall där patienter fått en komplicerande bidiagnos vid utskrivningen men där den medicinska journalen inte innehållit uppgifter som styrker detta. Systematiska förändringar av diagnoskodningen i syfte att maximera sjukhusintäkter kallas ofta 'up-coding' eller 'DRG creep' (27-29).

The Nordic Short List

Radical changes such as the change of version of the disease classification are important to note because of the increased level of detail and changes in the composition of disease groups. The use of established short-lists eliminates comparison problems to some extent. The Nordic Short List for morbidity is defined in relation to ICD-9 as well as ICD-10 to enable this type of comparison. The diagnoses included are in accordance with the disease chapters of the classification and have been selected based on clinical relevance. The main purpose of the short-list is to facilitate aggregated statistical comparisons. However, questions concerning specific health problems often require more detailed information to be answered.

By examining two or more groups on the short list, a more complete picture of the hospital morbidity could be obtained. Diseases of the circulatory system are such examples. The number of discharges per inhabitant from acute myocardial infarction seems to be higher among both men and women in Norway and Sweden compared to the other Nordic countries. In the group of other ischaemic heart diseases the highest number of discharges are found in Finland and Norway among males and in Sweden and Finland among females. The overall pattern in the combined heart disease groups is similar to that of the largest group, other ischaemic heart diseases: Finland is at the top, closely followed by Norway and Sweden, with Denmark at a considerably lower level (Appendix 3, group 27-28).

Den nordiska kortlistan

Genomgripande förändringar på nationell nivå som versionsbyte av sjukdomsklassifikationen är viktiga att notera på grund av den ökade detaljeringsgraden och den förändrade sammansättningen av sjukdomsgrupper. Användning av etablerade kortlistor eliminerar i viss mån jämförelseproblem. Den nordiska kortlistan för morbiditet är definierad gentemot både ICD-9 och ICD-10 för att möjliggöra denna typ av jämförelser. Diagnoserna i kortlistan överensstämmer med sjukdomsklassifikationens indelning och grupperna är valda för att vara kliniskt meningsfulla. Syftet med kortlistan är att underlätta statistikredovisning och jämförelser på en övergripande nivå. Frågeställningar som rör ett visst hälsoproblem kräver dock ofta mer detaljerade uppgifter för att kunna besvaras.

Genom att studera två eller flera grupper i kortlistan samtidigt kan man få en mer nyanserad bild av förekomsten av vissa sjukdomar vid sjukhus. Hjärt-kärlsjukdomar är exempel på det. Antalet vårdtillfällen per invånare för akut hjärtinfarkt tycks vara högre både bland män och kvinnor i Norge och Sverige än i övriga Norden. I gruppen övriga ischemiska hjärtsjukdomar har män i Finland och Norge det högsta antalet vårdtillfällen medan Sverige och Finland ligger högst bland kvinnorna. Den samlade bilden för sjukdomsgruppen totalt liknar mönstret den storleksmässigt dominerande gruppen övriga ischemiska hjärt-kärlsjukdomar: Finland ligger högst, tätt följt av Norge och Sverige med Danmark på en betydligt lägre nivå (Appendix 3, grupp 27-28).

The individual groups on the short-list are not necessarily homogeneous with regard to specific health problems, for instance alcohol related diseases. A closer examination of the statistics on alcohol related diseases revealed significant disparities between the Nordic countries in the distribution of liver diseases of different aetiology. Of all liver disease discharges in 1995, those related to alcohol abuse constituted 85% in Sweden, in Denmark 71%, in Finland 63% and in Iceland 33%. This was not discernible in the published statistics on liver diseases since alcohol related and other liver diseases were presented jointly. For data as of 1997 the short list separates liver diseases of different origin.

Experience has shown that the diagnoses asthma, bronchitis, emphysema and other chronic obstructive lung diseases are used interchangeably to some extent in clinical practice. The exact background to the Nordic variation in the occurrence of these diagnoses in hospitals cannot be established: variations in morbidity, coding or medical practice. The presentation of these diagnoses separately in the Nordic statistics may create the impression of greater disparities than is actually the case. Consequently, asthma and other chronic obstructive lung diseases have been combined in the statistics as of 1996.

Alcohol related diseases are illustrative of the difficulties in making meaningful descriptive statistics for complex health problems rather than single diagnoses. In the Danish study, hospital statistics were examined for the occurrence of discharges, out-patient visits and patients with either one or several different somatic and psychiatric diagnoses related

Diagnosgrupperna i kortlistan är inte med nödvändighet homogena med avseende på specifika hälsoproblem, exempelvis alkoholrelaterade sjukdomar. När statistiken specialstuderades för alkoholrelaterade sjukdomar framkom betydande olikheter mellan de nordiska länderna när det gäller fördelningen mellan leversjukdomar med olika etiologi. Av alla vårdtillfällen för leversjukdom 1995 utgjorde de alkoholrelaterade i Sverige 85%, i Danmark 71%, i Finland 63% och i Island 33%. Detta kunde inte urskiljas i statistiken om leversjukdomar eftersom alkoholrelaterade och andra leversjukdomar redovisades gemensamt. Från och med 1997 års data särskiljer kortlistan mellan leversjukdomar av olika ursprung.

Erfarenheter har visat att diagnoserna astma, bronkit, emfysem och andra kroniskt obstruktiva lungsjukdomar i viss utsträckning används omväxlande i klinisk praxis. Bakgrunden till inomnordisk variation i förekomsten av dessa diagnoser vid sjukhus kan inte med säkerhet fastställas: olika sjuklighet, kodnings eller behandlingspraxis. En separat redovisning av diagnoserna kan dock ge ett intryck av större olikheter än vad som verkligen är fallet. Sedan 1996 redovisas därför astma och andra kroniskt obstruktiva lungsjukdomar tillsammans.

Alkoholrelaterade sjukdomar kan anföras som exempel på svårigheterna att göra meningsfull beskrivande statistik för komplexa hälsoproblem snarare än för enskilda diagnoser. I den danska specialstudien av sjukhusstatistiken undersöktes förekomsten av patienter och vårdtillfällen med flera olika somatiska och psykiatriska diagnoser relaterade till

to abuse of alcohol (chronic liver diseases, cirrhosis, mental illness, acute alcohol intoxication). The results showed that in Denmark the proportion of all liver disease discharges related to alcohol was 42% among women and 61% among men. The corresponding proportion calculated from discharged patients with chronic liver diseases was 19% among women and 83% among men. More than half of the total number of bed days among men, and one third among women, were associated with mental illness due to abuse of alcohol.

These illustrations show that a revision of the composition of short list groups may sometimes be justified in spite of the fact that continuity in the presentation is disrupted. Furthermore, statistics aimed at describing morbidity and health care utilisation for complex health problems should be specially adapted.

alkoholmissbruk (kronisk leversjukdom, cirros, psykisk sjukdom till följd av alkoholmissbruk, akut alkoholförgiftning). De alkoholrelaterade leversjukdomarnas andel av alla vårdtillfällen för leversjukdom var 42% bland kvinnor och 61% bland män i Danmark. Motsvarande andel beräknad på antalet utskrivna patienter med kronisk leversjukdom var 19% bland kvinnor och 83% bland män. Mer än hälften av alla vård dagar bland män och en tredjedel bland kvinnor kunde härledas till psykisk sjukdom till följd av alkoholmissbruk.

Exemplen visar att en reviderad sammansättning av kortlistans grupper kan vara motiverad på bekostnad av kontinuiteten i redovisningen. Dessutom, statistik som syftar till att beskriva sjukdomsförekomst och vårdutnyttjande för komplexa hälsoproblem bör specialanpassas.

Organization of health care and medical practice

A tendency that has been amplified during the 1990's is the development in diagnostic and curative medical technology that has led to an increase in hospital out-patient activity compared to in-patient care. Single day care episodes with day surgery are registered and included in the national hospital discharge statistics to a varying extent.

The development in this field has advanced at a different pace and the availability of descriptive empirical data including out-patient statistics is extremely limited. Hospital out-patient and primary care/general practitioner data with nationwide coverage, including diagnoses, are not yet available in Finland and Sweden.

An important issue in this context is whether there are differences in the organisation of health care that contribute to the variations in Nordic comparisons of care utilisation. Changes in the focus of health care activities that influence the distribution of in-patient and out-patient care indirectly affect the disease occurrence in hospital-based statistics.

It is difficult to conclude about Nordic differences based on aggregated disease statistics, partly because little is known about variation in medical practice.

Sjukvårdsorganisation och behandlingspraxis

En tendens som förstärkts under 1990-talet är att utvecklingen av ny medicinsk teknologi för diagnostik och behandling lett till att en allt större del av sjukhusvården sker inom öppen, poliklinisk verksamhet. Vårdtillfällen med dagkirurgiska åtgärder som omfattar enstaka vård dagar ingår i växlande utsträckning i den nationella patientstatistiken. Utvecklingen inom detta område har skett olika snabbt och möjligheterna att empiriskt belysa denna generella utveckling med hjälp av exempelvis öppenvårdsstatistik är mycket begränsade. Rikstäckande nationell registrering av öppen läkarvård vid sjukhus och primärvård /allmänläkarvård där diagnoser ingår finns ännu inte i Finland och Sverige.

En viktig fråga i sammanhanget är i vilken utsträckning olikheter i vårdorganisation bidrar till skillnader vid nordiska jämförelser av vårdutnyttjande. Fördelningen mellan sluten och öppen vård påverkar indirekt förekomsten av olika sjukdomar i den sjukhusbaserade statistiken i större eller mindre utsträckning.

Det är dock vanskligt att med säkerhet dra slutsatser om nordiska skillnader baserade på den aggregerade sjukhusstatistiken, delvis därför att olikheter i medicinsk praxis är föga kända.

VALIDITY AND COMPARABILITY OF NORDIC HOSPITAL DISCHARGE STATISTICS

It is however very likely that there are significant organisational differences and disparities in the registration practice within and between the Nordic countries, which may influence the statistics on certain diseases.

By and large, the registration of somatic care in the Nordic countries covers the same medical specialties. Finland has the most complete registration of specialties and types of care, including beds at local health centres and general practice care. Although a set of common inclusion criteria are applied to Nordic statistics on somatic hospital care this implies that there may be remaining discrepancies due to differences in registration, reporting or organization of care.

There is no clear distinction between somatic and psychiatric care: psychiatric care and patients with mental illness are also present in somatic acute hospitals. In turn, this may be of some significance to the choice of the main condition at discharge in patients with mental illness. The comparability of psychiatric diagnoses included on the Nordic short list is debatable, partly on the grounds of organisational differences (Appendix 3, group 20-24). According to 1997 data, the discharge rate in Sweden was 10 times higher than in the other Nordic countries for both men and women in the group including schizophrenia. This extreme relation was not apparent in the psychiatric chapter as a whole. This is probably a problem of selection due to organisational differences. There may also be different views on the assignment of psychiatric main diagnoses at discharge.

Det är dock sannolikt att det finns betydelsefulla olikheter i vårdens organisation och i registreringspraxis både inom och mellan de nordiska länderna som kan påverka statistiken för vissa sjukdomar.

För somatisk vård omfattar registreringen i de nordiska länderna i stort sett samma medicinska specialiteter. Finland har den mest kompletta registreringen av olika specialiteter och vårdformer där även vårdplatser vid lokala hälsocentraler och allmänmedicinsk vård ingår. Trots att gemensamma inklusionskriterier tillämpas för den nordiska statistiken för somatisk sjukhusvård betyder det att vissa olikheter kan kvarstå, antingen på grund av olika registrering, inrapportering av data eller vårdorganisation.

En strikt avgränsning mellan somatisk och psykiatrisk vård kan inte göras: psykiatrisk vård och patienter med psykiska sjukdomar förekommer vid somatiska akutsjukhus. Det kan i sin tur ha betydelse för vilken diagnos som vid utskrivningen betraktas som huvuddiagnos hos patienter med psykisk sjukdom. Jämförbarheten för psykiatriska diagnoser enligt kortlistan kan ifrågasättas, delvis mot bakgrund av organisatoriska skillnader (Appendix 3, grupp 20-24). I den grupp där schizofreni ingår är de svenska utskrivningstalen för både män och kvinnor omkring 10 gånger högre än för övriga länder. Denna extrema relation ses inte för hela kapitlet psykiatriska sjukdomar. Det rör sig troligen om ett selektionsproblem orsakat av organisatoriska skillnader. Det kan också finnas olikheter i synen på kodning av psykiatriska huvuddiagnoser vid utskrivning.

Measurement units

Discharges and discharged persons

All the published statistical information is based on the number of concluded spells of in-patient care with the main conditions in question. Statistics on the number of patients discharged are not presented in the detailed tables, only on the classification chapter level. The national statistical publications on hospital discharges including diagnoses contain the number of discharged persons to a varying extent. Denmark, Finland and Sweden publish aggregated statistics of discharges, patients and bed days on the chapter level of the disease classification or lower.

The variation in the number of discharges per person in the Nordic discharge statistics is a general source of uncertainty. The statistical presentation we have had up until now has made it impossible to estimate this contribution to the variation. The Health statistics of 1998 include discharges by disease chapter (Chapter 3, table 3.13) as well as the number of persons discharged (table 3.15). Using this information may give an indication of systematic differences between the countries. Norway has the lowest number of discharges per person in practically all disease groups. The pattern was identical in the 1997 data.

Mätenheter

Vårdtillfällen och vårdade personer

Samtliga uppgifter i den publicerade statistiken baseras på antalet avslutade vårdtillfällen med de aktuella huvuddiagnoserna. Uppgifter om antalet vårdade personer redovisas inte på detaljnivå utan endast på kapitelnivå. De nationella statistikpublikationerna innehåller i varierande utsträckning uppgifter på diagnosnivå om antal vårdtillfällen, vårdtider och antalet vårdade personer. Danmark, Finland och Sverige redovisar antalet vårdtillfällen, patienter och vårddagar på sjukdomsklassifikationens kapitelnivå eller lägre.

En allmän källa till osäkerhet i den nordiska utskrivningsstatistiken är variationen i antalet vårdtillfällen per patient. Den hittillsvarande utformningen av statistiken har omöjliggjort en bedömning av hur mycket detta bidrar till olikheterna. Hälsostatistiken för 1998 innehåller uppgifter om vårdtillfällen (Kapitel 3, tabell 3.13) och antalet vårdade personer (tabell 3.15) per sjukdomskapitel. Genom att utnyttja dessa uppgifter kan vissa systematiska skillnader mellan länderna upptäckas. Norge har det lägsta antalet vårdtillfällen per person i praktiskt taget alla sjukdomsgrupper. Ett likadant mönster kunde ses i 1997 års data.

The bias in this case is due to the national systems of reporting and calculation of discharges by main diagnosis. According to the definitions of the Nordic health statistics, main condition discharges should be based on discharges from administrative units such as hospital departments. If discharges are reported by hospital, which is the case in the Norwegian data throughout, the calculated number of discharges will be consistently lower. National discharge data from Norway in 1997 show that the total number of discharges per patient was approximately 11% higher when departments were used as discharge units compared to hospitals (5). Tentatively, adjusting the Norwegian figures for this discrepancy, the number of discharges per person in Norway is similar to the other countries. The effect of adjustment in the 1997 data was identical. To be able to assess the impact of this reporting bias in individual diagnoses a more thorough examination of data is necessary.

In table 3 the number of discharges per person has been calculated for the main diagnoses included in the three Nordic studies. The differences in the number of discharges per person are sometimes quite large which supports the view that information on the number of persons discharged would be of additional value in the assessment of Nordic differences.

Inrapporterings- och beräkningssättet för utskrivningar kan vara av betydelse för denna skillnad. Enligt definitionerna för den nordiska patientstatistiken ska utskrivningar för huvuddiagnoser baseras på administrativa enheter som består av enskilda kliniker. Om vårdtillfällen istället inrapporteras per sjukhus, vilket genomgående är fallet med den norska statistiken, innebär det ett konsekvent lägre antal utskrivningar. Norska siffror för 1997 visar att antalet utskrivningar per patient var ca 11% högre då utskrivningar per avdelning användes jämfört med utskrivningar per sjukhus (5). Om man på försök tar hänsyn till detta för de norska siffrorna hamnar antalet vårdtillfällen per person i Norge på samma nivå som för övriga länder. Effekten av motsvarande justering av 1997 års data var densamma. För att kunna bedöma vilken inverkan denna skevhet i inrapportering har för enskilda diagnoser behövs mer ingående undersökningar av grunddata.

I tabell 3 har antalet vårdtillfällen per person beräknats för de huvuddiagnoser som ingår i de tre nordiska specialstudierna. Skillnaderna i antal vårdtillfällen per patient är ibland ganska stora vilket styrker uppfattningen att information om antalet utskrivna personer skulle vara av värde för bedömningar av nordiska olikheter.

VALIDITY AND COMPARABILITY OF NORDIC HOSPITAL DISCHARGE STATISTICS

Table 3 Hospital discharges per person in selected main diagnoses, males and females, 1996.

Antal vårdtillfällen per person för utvalda huvuddiagnoser, män och kvinnor, 1996.

	Denmark	Finland	Iceland	Norway	Sweden
<i>Breast cancer</i> ¹⁾					
Brystkræft					
Females					
Kvinder	1.7	1.7	..	1.6	1.8
<i>Asthma</i> ²⁾					
Astma					
Males					
Mænd	1.4	1.4	..	1.2	1.3
Females					
Kvinder	1.5	1.5	..	1.3	1.3
<i>Bronchitis</i> ³⁾					
Bronkitis					
Males					
Mænd	2.1	2.1	..	1.5	1.5
Females					
Kvinder	2.3	2.0	..	1.5	1.6
<i>Alcoholic liver diseases</i> ⁴⁾					
Alkoholrelaterede leversjukdomar					
Males					
Mænd	1.2	1.1	1.0	..	1.5
Females					
Kvinder	1.6	1.1	1.0	..	1.6
<i>Non-alcoholic liver diseases</i> ⁵⁾					
Icke alkoholrelaterede leversjukdomar					
Males					
Mænd	1.4	1.1	2.7	..	1.5
Females					
Kvinder	1.5	1.2	1.4	..	1.5

1 Malignant neoplasm of the breast (ICD-9: 174,175 ; ICD-10: C50)

2 Asthma (ICD-9: 493; ICD-10: J45-J46)

3 Bronchitis, emphysema, other chronic obstructive lung diseases (ICD-9: 490-492, 496; ICD-10: J40-J44)

4 Alcoholic liver diseases (ICD-9: 571.0-571.3; ICD-10: K70). Refers to 1995

5 Non-alcoholic liver diseases (ICD-9: 571.4-571.6, 571.8, 571.9; ICD-10: K73, K74). Refers to 1995

Source: The national in-patient registers

Kilde: De nationella patientregistren

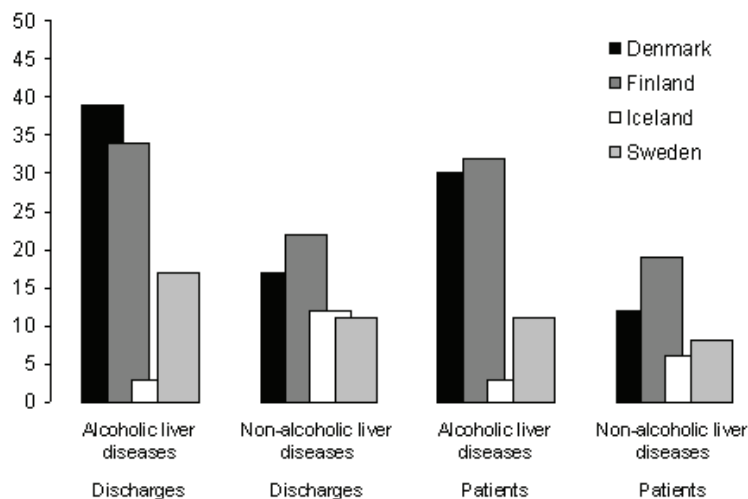
VALIDITY AND COMPARABILITY OF NORDIC HOSPITAL DISCHARGE STATISTICS

Figure 1 shows the effects of using the number of discharged patients compared to discharges for alcoholic and non-alcoholic liver diseases. The apparent advantage of presenting the number of persons discharged instead of discharges is that changes in hospital activity from one year to another do not have the same impact. With the objective of describing the volume and extent of care in a particular group of diagnoses, the number of discharges is a good complement to the figures on the number of patients.

Figur 1 visar effekten av att använda antalet vårdade personer jämfört med utskrivningar för alkoholrelaterade och icke-alkoholrelaterade leversjukdomar. Fördelen med att redovisa antalet vårdade personer i stället för antalet vårdtillfällen är att förändringar i sjukhusverksamheten mellan olika år inte får lika kraftigt genomslag. När syftet är att beskriva omfattningen av sjukvårdsinsatser för en viss diagnosgrupp är antalet vårdtillfällen ett bra komplement till uppgiften om antalet patienter.

Figure 1 Discharges and discharged persons with alcoholic and non-alcoholic liver disease, 1995, rate per 100.000 inhabitants

Vårdtillfällen och vårdade personer för alkoholrelaterad respektive icke-alkoholrelaterad leversjukdom, 1995, per 100.000 inv



Source: The National in-patient registers

Standardization

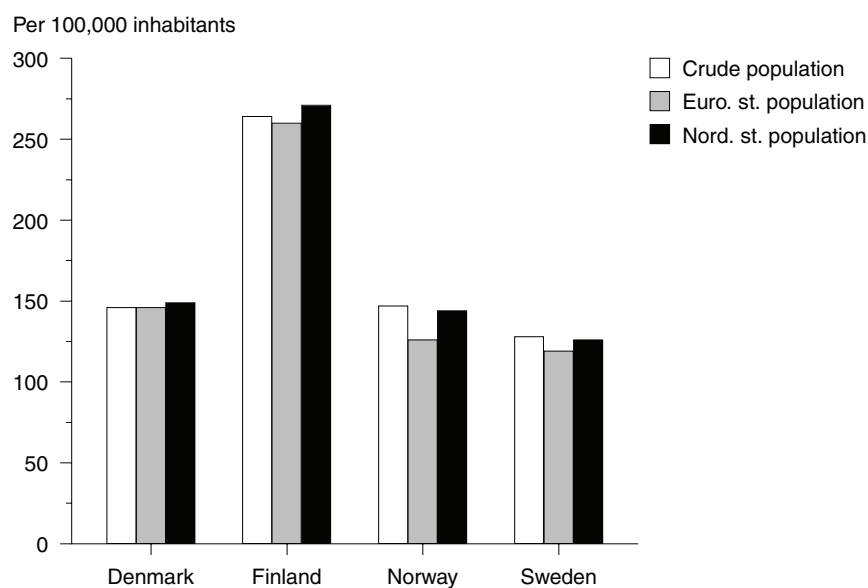
The Nordic health statistics include a presentation of age and gender standardized (weighted) discharge rates for diagnoses according to the Nordic short list. The objective is to increase the comparability when the age and gender distribution differs. As long as the same population is used, the choice of standard population is of little importance. In Nordic comparisons it makes sense to use the total Nordic or European population for calculation of weights. A European standard population (ESP) is most often used in standardization of Nordic statistics (30). The world standard population (WSP), often used in international comparisons, has an age composition that differs considerably from that of the Nordic countries. The effect of standardization is illustrated in the diagnosis asthma (Figure 2). Weighting of Nordic statistics, using different populations, results in minor changes in the numbers and the relationships between the countries remain.

Standardisering

I hälsostatistiken presenteras ålders- och könsstandardiserade (viktade) uppgifter om antalet utskrivningar för huvuddiagnoser enligt den nordiska kortlistan. Syftet är att öka jämförbarheten då köns- och åldersfördelningen är olika. Så länge samma population används är valet av standardpopulation av liten betydelse. För inomnordiska jämförelser är det väl motiverat att använda en samnordisk eller europeisk population för att beräkna vikter. En europeisk standardpopulation (ESP) används i regel för standardisering av den nordiska statistiken (30). Världspopulationen (WSP) som ofta används vid internationella jämförelser har en ålderssammansättning som skiljer sig avsevärt från den nordiska. Effekten av standardisering kan illustreras för diagnosen astma (Figur 2). En viktning av den nordiska statistiken med olika populationer medför endast mindre förändringar i talen och den inbördes relationen mellan länderna kvarstår.

Figure 2 Asthma discharges standardized by different populations, 1996, per 100.000 inhabitants.

Antal vårdtillfällen för astma standardiserat med olika populationer, 1996, per 100.000 invånare



Disease occurrence

Hospital discharge statistics are sometimes used to estimate the occurrence of disease in the total population. There are, however, some important limitations to this type of use: rare diseases occur more often in hospital and more common illnesses are generally taken care of out-of-hospital. Another limitation is that individuals who have been taken ill without being cared for in hospital are not included.

Sjukdomsförekomst

Sjukhusstatistik används ibland för att beskriva sjukligheten i befolkningen. Denna användning har emellertid några viktiga begränsningar: ovanliga sjukdomstillstånd är mer vanligt förekommande på sjukhus och mer vardagliga hälsoproblem omhändertas i vårdformer utanför sjukhus. Ytterligare en begränsning är att personer som insjuknat utan att vårdas på sjukhus inte ingår.

However, in acute, life-threatening or other serious conditions it is very likely that most of those who have been taken ill are being cared for in hospital, at least at some point. In the Nordic countries, almost all children are born in hospitals nowadays, which means that births and conditions associated with the neonatal period are well documented in the discharge statistics.

At best, discharge data represent, on the population level, the occurrence of disease which requires hospital care. Hospital discharge statistics, however, do not reflect the "true" prevalence or incidence of disease. Furthermore, they account only for some of the total health care utilisation in the current disease groups.

Disease specific death rates and incidence rates are conventional indicators of disease occurrence on the population level. Nordic differences appear to be comparatively small using these measures. There are some exceptions to this – tuberculosis, HIV/AIDS and diseases related to the abuse of alcohol and tobacco. Discharge data can be used to estimate the incidence of disease in some cases. As previously mentioned, this is based on the assumption that all cases have received hospital care. New and recurrent hospital stays due to a particular disease are indistinguishable in the discharge data unless specific criteria are applied which define cases as "new" occurrences of the disease. Time criteria may be used to this effect.

The difference between new and recurrent cases is illustrated by the example of hip fracture discharges in Sweden 1987-94. All individuals aged 50 and over with hip fracture as the main diagnosis at dis-

För akuta, livshotande eller andra allvarliga tillstånd är det däremot troligt att flertalet av dem som insjuknar åtminstone någon gång vårdas på sjukhus. I Norden föds nästan alla barn på sjukhus numera vilket innebär att förlossningar och tillstånd i samband med nyföddhetsperioden är väl dokumenterade i utskrivningsstatistiken.

I bästa fall representerar sjukhusstatistiken, på befolkningsnivå, förekomsten av sjukdom som kräver sjukhusvård. Sjukhusstatistiken ger dock inte den "sanna" sjukdomsförekomsten. Vidare innehåller den endast en del av den totala vårdkonsumtionen i de aktuella sjukdomsgrupperna.

Sjukdomsspecifik dödlighet och incidens är de konventionella indikatorerna för sjukdomsförekomst i befolkningen. Med dessa mått framstår skillnader inom Norden som ganska små. Det finns dock några undantag - TBC, HIV/AIDS och sjukdomar relaterade till missbruk av alkohol och tobak. Utskrivningsstatistiken kan i vissa fall användas för att uppskatta antalet incidenta fall av ett visst sjukdomstillstånd. Som nämnts tidigare förutsätter det att i stort sett alla individer som insjuknat vårdats på sjukhus. Nya och återkommande vårdtillfällen för en viss sjukdom kan inte särskiljas i utskrivningsstatistiken om inte särskilda villkor tillämpas som definierar de fall som skall räknas som "nya" vårdtillfällen. Tidsvillkor kan användas för detta.

Skillnaden mellan nya och samtliga fall kan illustreras med hjälp av svenska slutenvårdsdata för diagnosen höftfraktur 1987-94. Alla personer 50 år eller äldre med höftfraktur som huvuddiagnos

charges were included. A time criterion was applied stating that patients without a hip fracture diagnosis within 365 days before the current admission were to be designated "new" patients. Using this criterion, the number of "new" patients was 26-30% lower compared to the total annual number of patients (Curt Lennart Spetz, personal communication).

Epidemiological studies in which the main interest is to estimate the occurrence of some disease in a defined population use hospital based data, causes-of-death data and disease specific case-registers. The objective of case-registers, such as those for cancer, stroke and acute myocardial infarction, is to include all cases of the disease in the population, regardless of the location of the cases. Despite the fact that information on hospital care plays an important role in the case-registers, discrepancies between discharge data and case-registers are often found.

These differences sometimes result from the strict diagnostic criteria applied to cases eligible for case-registers. In relation to these criteria, hospital discharge diagnoses may over- or underestimate the number of persons who have received care. The methods used to identify cases are illustrated by the example of asthma, breast cancer, acute myocardial infarction and stroke.

In a Nordic study, the prevalence of asthma and asthmatic symptoms is reported to be highest in Sweden, followed by Norway, Denmark and Iceland. According to the study, the use of anti-asthmatic drugs reflects, by and large, the variations in occurrence between the countries (31).

inkluderades. Ett tidsvillkor användes som innebar att patienter som inte vårdats med diagnosen höftfraktur inom 365 dagar före det aktuella vårdtillfället räknades som "nya" patienter. Med detta kriterium var antalet "nya" patienter 26-30% lägre än det totala antalet patienter med huvuddiagnosen respektive år (Curt Lennart Spetz, personligt meddelande).

Epidemiologiska studier där huvudintresset gäller förekomsten av vissa sjukdomar utnyttjar sjukhusbaserade uppgifter om vård, dödsorsaker och specifika sjukdomsregister (case registers). Målsättningen för de sjukdomspecifika registren för bland annat cancer, slaganfall och akut hjärtinfarkt är att de skall omfatta alla sjukdomsfall i den aktuella befolkningen, oavsett var patienten insjuknat. Trots att uppgifter om sjukhusvårdade spelar en viktig roll för fallregistren finner man ofta vissa diskrepanser vid jämförelser av sjukdomsfall med sjukhusens utskrivningsstatistik.

Olikheter uppstår bland annat på grund av de strikt diagnostiska kriterier som tillämpas för inklusion av fall i sjukdomsregistren. I förhållande till dessa kriterier kan utskrivningsdiagnoserna innebära en under- eller överskattning av antalet personer som vårdats. Den metodik som används för att identifiera fall exemplifieras för astma, bröstcancer, akut hjärtinfarkt och slaganfall.

I en nordisk studie rapporteras högst prevalens av astma och astmatiska symptom för Sverige, följt av Norge, Danmark och Island. Enligt studien speglar användningen av läkemedel mot astma (anti-astmatika) variationen i förekomsten mellan länderna i stort (31).

Sales statistics on anti-asthmatic drugs during the 1990's indicate a rising tendency in all the Nordic countries but also increased differences between the countries (32). Sales data on drugs should, however, not be used unreservedly. Danish data do not include hospital sales. Drug-sales are also sensitive to changes in the reimbursement systems and discount procedures. The availability of various drugs may vary in the Nordic countries.

Contrary to the reported increase in incidence and drug sales, the discharge statistics show that the number of hospitalized cases of asthma has continuously decreased. According to Swedish data during 1987-96, there was a 40% decrease in the number of hospitalized patients with asthma as main diagnosis (4). Overall, this indicates that asthma patients are increasingly being cared for in out-patient settings.

The incidence of breast cancer is also on the increase in many Western European countries, including the Nordic countries (33). The 1996 Nordic statistics on breast cancer were scrutinized using Nordic in-patient data (discharges, patients, surgical procedures) and 1995 data from the Nordic cancer registers (incidence, prevalence). Icelandic and Finnish data are partially lacking. The cancer registry data were slightly older than the in-patient data but there was no indication of this influencing the discharge data relationship. The starting point of the comparison was a couple of possible factors behind the Nordic variation: differences in incidence and medical practice.

Försäljningsstatistiken för anti-astmatika under 1990-talet visar på en ökande trend i hela Norden men också på ökande skillnader mellan länderna (32). Uppgifter om läkemedelsförsäljning bör dock inte användas reservationslöst. Den danska statistiken inkluderar exempelvis inte försäljning till sjukhus. Försäljningsstatistiken för läkemedel är även känslig för förändringar i ersättnings- och rabatteringsystem. Tillgängligheten för olika läkemedel kan variera i Norden.

I motsats till den rapporterade ökningen i incidens och läkemedelsförsäljning visar sjukhusstatistiken på en kontinuerlig minskning av antalet personer som vårdats för astma. Enligt svenska data för perioden 1987-96 skedde en minskning med totalt 40% av antalet patienter med astma som huvuddiagnos (4). Sammantaget tyder det på att dessa patienter i ökad utsträckning vårdas utanför sjukhus.

Även för bröstcancer ökar incidensen i flertalet västeuropeiska länder inklusive Norden (33). Den nordiska statistiken för bröstcancer år 1996 specialgranskades med hjälp av uppgifter från de nordiska patientregistren (vårdtillfällen, patienter, operationer) samt från de nordiska cancerregistren (incidens och prevalens). Underlag från Island och Finland saknas delvis. Uppgifterna från cancerregistren var något äldre än utskrivningsstatistiken, men det fanns inget som tydde på att detta inverkar på relationen till patientstatistiken. Jämförelser gjordes med utgångspunkt från ett par tänkbara förklaringar till olikheter mellan länderna: olika sjuklighet och behandlingspraxis.

Table 4 Breast cancer occurrence according to hospital discharge data and cancer registers, 1996, rate per 100.000 female inhabitants.

Förekomst av bröstcancer enligt sjukhusstatistik och cancerregister, 1996, per 100.000 kvinnor

	Denmark	Finland	Iceland	Norway	Sweden
<i>Patients</i>	217	203	..	200	186
<i>Discharges</i>	383	352	..	326	317
<i>Surgical patients</i>	145	92	..	100	112
<i>Incidence</i> ¹⁾	125	119	88	104	127
<i>Prevalence</i> ¹⁾	1,234	..	1,371	975	1,218

1 Refers to 1995

Source: The National in-patient registers
Kilde: De nationella patientregistren

There were no major differences in the incidence in 1995 (Table 4) but the prevalence was somewhat higher in Iceland and Denmark, and lowest in Norway. The number of hospital discharges was also very similar. The number of surgically treated patients was approximately equal to the number of new cases of breast cancer in all of the countries.

Operations in connection with a main diagnosis discharge for breast cancer were examined with regard to the distribution of the types of surgical procedures. All the women with the current main diagnosis who had undergone breast conserving surgery (partial excision), mastectomy, or both, in 1996 were included (Table 5).

The figures show that the proportion of women who underwent breast-conserving surgery in Sweden was 49%, in Denmark 33%, in Finland 29% and in Norway 21%. This suggests the presence of Nordic variation in medical practice in this case. The early introduction of mammography screening in Sweden

Inga större skillnader kunde iakttagas i fråga om incidens och prevalens år 1995 (Tabel 4). Prevalenstalen var dock något högre för Danmark och Island samt lägst i Norge. Antalet vårdtillfällen var också mycket lika. Antalet opererade patienter med huvuddiagnosen var ungefär detsamma som antalet nya fall av bröstcancer i samtliga länder.

Uppgifter om operationer i samband med vårdtillfällen med bröstcancer som huvuddiagnos undersöktes med avseende på fördelningen mellan olika operationstyper. Alla kvinnor med den aktuella huvuddiagnosen som under 1996 genomgått bröstbevarande operation (partiell resektion), mastektomi eller båda typerna är inkluderade (Tabell 5).

Siffrorna visar att andelen kvinnor som genomgått bröstbevarande operation (partiell resektion) i Sverige var 49%, i Danmark 33%, i Finland 29% och i Norge 21%. Detta tyder på vissa skillnader mellan länderna i fråga om behandlingspraxis i detta fall. Tidigt införande av mammografiscreening i Sverige anges

VALIDITY AND COMPARABILITY OF NORDIC HOSPITAL DISCHARGE STATISTICS

could possibly account for the comparatively high proportion of breast-conserving surgery. Norwegian data from a few hospitals suggest recent increase in this type of surgery.

som en möjlig bakgrund till den jämförelsevis höga andelen bröstbevarande kirurgi. Uppgifter från norska sjukhus tyder också på en ökning av denna typ av operationer under senare tid.

Table 5 Discharged patients with breast cancer surgery by type of surgical procedure, 1996, rate per 100.000 female inhabitants.

Antal kvinnor som opererats för bröstcancer efter operationstyp, 1996, per 100.000 kvinnor.

	Denmark	Finland	Norway	Sweden
<i>Surgical procedure</i>				
<i>Mastectomy</i>	88	62	72	52
<i>Partial resection</i>	48	26	21	52
<i>Partial resection and mastectomy</i>	9	4	7	7
<i>Total, patients with surgery</i>	145	92	100	112
<i>Total, discharged patients</i>	217	203	199	186
<i>Patients with surgery, percent</i>	67.1	45.6	50.1	60.4

Sources: The National in-patient registers
Kilde: De nationella patientregistren

Preliminary results indicated that a much smaller proportion of the Swedish patients had undergone surgery. This was found to be due to missing surgical procedure codes in the selection of Swedish data. Different classifications of surgical procedures were used at the time (1996). The comparability of the Nordic statistics on procedures has not been analysed in detail. However, the problems associated with comparisons of surgical procedures have previously received attention (34).

Preliminära resultat visade att en mycket lägre andel de svenska bröstcancerpatienterna opererats. Orsaken visade sig vara att inte alla relevanta operationskoder selekterats för Sveriges del. Olika operationsklassifikationer användes i Norden vid detta tillfälle (1996). Jämförbarheten i den nordiska åtgärdsstatistiken har inte varit föremål för ingående analyser. Problemen vid jämförelser av operationsstatistik har dock uppmärksamats tidigare (34).

There are no other evident data in support of Nordic differences in medical practice in the register data due to lack of a standardized registration of non-surgical procedures and out-patient care. Radiation therapy and chemotherapy are examples where the treatment may vary. It is within

Andra belägg för nordiska behandlingskillnader vid bröstcancervård är svåra att finna i befintliga registerdata då det saknas standardiserad registrering av icke-kirurgiska åtgärder och insatser i öppen vård. Strålnings- och cytostatikabehandling utgör exempel där användnin-

reason to believe that medical practice variation is also indicated by differences in the length of stay and in the distribution of care between care levels (35).

Large population based studies have shown a higher occurrence of cardiovascular disease in Finland compared to the other Nordic countries. Among the examples are Nordic studies of the incidence of acute myocardial infarction using the national hospital registers and case-registers (36-40). Coding comparisons were made for different versions of ICD and in relation to the different diagnostic criteria applied during various periods.

Generally, these studies report very high levels of agreement in identified cases based on the case-registers; approximately 87-92% of the cases were also found in hospital data. Lacking personal data accounted for some of this discrepancy. More interesting from a coding point of view is perhaps the reported diagnostic accuracy of about 88-95% of the hospitalizations for acute myocardial infarction. There are several possible explanations for these discrepancies, such as diagnostic or coding inaccuracies associated with the fact that patients were discharged from different medical specialties, from general hospitals as well as specialized hospitals. The accuracy in the assignment and coding of diagnoses is subject to variation by type of hospital. There may also be a connection with the availability of technical resources for the analysis of biological samples.

The occurrence of stroke in Norway and Sweden has been studied in discharge and causes-of-death data in relation to regional stroke-registers (41-43). The

gen kan vara olika. Rimligen bör olikheter i medicinsk behandlingspraxis också kunna avspeglas i olika vårdtider och fördelningen av vård på olika vårdnivåer (35).

Förekomsten av hjärt-kärlsjukdom är högre i Finland än i övriga nordiska länder vilket framgår av stora populations-baserade studier. Bland exemplen kan nämnas nordiska studier av förekomsten av akut hjärtinfarkt utifrån den nationella sjukhusstatistiken och sjukdomsregister (36-40). Jämförelser av kodning gjordes bland annat för olika versioner av ICD och i förhållande till skilda diagnostiska kriterier som tillämpats under olika perioder.

Studierna rapporterar som regel en mycket hög överensstämmelse för antalet identifierade fall i sjukdomsregistren; omkring 87-92% av fallen återfanns bland de sjukhusvårdade. Saknade personuppgifter förklarade en del av denna diskrepans. Av större intresse ur kodningssynpunkt är kanske att den diagnostiska överensstämmelsen var omkring 88-95% för fall av akut hjärtinfarkt. Det finns flera möjliga anledningar till diskrepanser, exempelvis diagnostiska fel eller kodningsfel som sammanhänger med att patienter vårdats inom olika medicinska specialiteter, vid såväl allmänna som högspecialiserade sjukhus. Noggrannheten i kodning och diagnossättning kan variera mellan lokala och centrala sjukhus. Det kan också finnas ett samband med tillgången till tekniska resurser för analys av biologiska prover.

Förekomsten av slaganfall i patientstatistik och dödsorsaksstatistik har studerats i bland annat Norge och Sverige med utgångspunkt från regionala stroke-

references cited state that over-reporting of stroke diagnoses is comparatively frequent in hospital discharge data compared to case-registers. For non-fatal cases, 68% of the cases in the regional Swedish stroke-register were identified with stroke diagnoses in discharge data, i.e. 32% of the cases were misclassified in discharge data. The main reason for the over-reporting is the common use of a stroke diagnosis in cases with diffuse neurological or other symptoms. Under-reporting was mainly due to the fact that no attention had been paid to the persistence of the symptoms. The authors conclude that hospital discharge data were inadequate in order to estimate the "true" incidence of stroke (43).

Nordic and international studies in which similar methods have been used show large variations in agreement between registers with regard to diagnoses and procedures, in both identified cases and diagnostic accuracy (44-48). A large part of the variation in register quality can be attributed to differences in the organization of health care and the application of diagnostic criteria, despite universal use of the international classification of diseases. Very few international hospital discharge registers and case-registers have such a high degree of coverage as the Nordic registers.

register (41-43). De refererade studierna anger att överrapportering av stroke-diagnoser i sjukhusstatistiken jämfört med fallregistren är förhållandevis vanlig. För patientfall med icke dödlig utgång kunde 68% av fallen i det svenska regionala stroke-registret identifieras med slaganfall i sjukhusdata, det vill säga 32% av fallen var felklassificerade i sjukhusdata. Den viktigaste orsaken till överrapportering var att diagnosen slaganfall felaktigt använts vid diffusa symtom av neurologisk eller annan art. Underreportering förekom därför att symptomens varaktighet inte beaktats. Författarna drar slutsatsen att patientstatistiken i detta fall var otillräcklig för att beräkna den "sanna" incidensen av slaganfall (43).

Nordiska och internationella studier där man tillämpat likartad metodik visar på mycket varierande överensstämmelse mellan registerdata för olika diagnoser och åtgärder, både vad gäller identifierade fall och diagnostisk säkerhet (44-48). En stor del av variationen i registerkvalitet kan härledas till olikheter i sjukvårdsorganisation och tillämpning av diagnostiska kriterier, trots att den internationella sjukdomsklassifikationen används av alla. Få internationella patient- och fall-register har samma höga täckningsgrad som de nordiska.

Conclusions

The aim of the NOMESCO work on Nordic health statistics is to enable comparisons of morbidity and utilisation of care between the Nordic countries.

There is a demand for comparative health statistics and the Nordic health statistics publications are important in this context. It is, however, only as of 1999 that the same classification versions are being used for morbidity, mortality and surgical procedures within the Nordic countries. This will eventually lead to increased possibilities of just comparisons.

The examination of a few selected diagnoses has indicated that there are several reasons for variation. It is often necessary to use supplementary data in order to clarify whether the differences observed in published data are due to misprints, reporting or registration errors, organisational differences, variation in medical practice, or in the occurrence of disease.

Fields of application

Hospital discharge statistics have many potential uses, primarily as descriptive measures of hospital activity and the occurrence of diseases that require specialized care.

In-patient statistics alone are inadequate to describe the total use of health care and occurrence of illness. The medical-technological development has had a great impact on the treatment of several

Konklusioner

Målsättningen med NOMESCO:s arbete kring nordisk hälsostatistik är att möjliggöra jämförelser i sjuklighet och vårdutnyttjande mellan de nordiska länderna.

Det finns en efterfrågan på jämförande hälsostatistik och i det sammanhanget har den nordiska hälsostatistiken en viktig plats. Först från och med år 1999 används dock inom Norden samma klassifikationsversion för morbiditet, mortalitet respektive kirurgiska åtgärder. På sikt kommer det att öka möjligheterna till rättvisande jämförelser.

Den granskning som gjorts för några utvalda diagnoser har påvisat flera olika orsaker till observerad variation. Det krävs ofta kompletterande uppgifter för att klargöra om skillnader i publicerade uppgifter beror på tryckfel, inrapporterings- eller registreringsfel organisatoriska olikheter, variation i behandlingspraxis, eller olika sjukdomsförekomst.

Användningsområden

Patientstatistik från sjukhus har flera möjliga användningsområden, kanske främst som beskrivande mått på omfattningen av vårdinsatser vid sjukhus och förekomsten av sjukdomar som kräver specialiserad vård.

Statistiken om slutenvård är otillräcklig för att ensamt användas för att beskriva totalt vårdutnyttjande och sjukdomsförekomst. Den medicinsk-tekniska utvecklingen har lett till att vården för många

diseases. Among groups of patients, previously treated exclusively in specialized hospital settings, treatment is now shared between out-patient and in-patient settings. Patient statistics including out-of-hospital care are still only available to a very limited extent in the Nordic countries. Hopefully, Nordic co-operation will be possible in this field, which would indirectly increase the value of the present in-patient statistics.

A possible future adaptation of some part of the aggregated statistics would be in the direction of a description of care of some complex health problems which include several medical conditions and care levels. To some extent, this has already been done in the causes-of-death statistics on deaths related to abuse of alcohol. A related problem is how to make clear presentations retaining the main condition concept.

Assignment of diagnoses and coding

Despite the development towards the use of common classifications and the same versions of these, problems remain with respect to the application of the classifications in practice. There is variable practice within and among the Nordic countries - and probably also in relation to other countries - with respect to the assignment of diagnoses and coding. In this context, the choice of main condition is of particular interest since the comparative hospital statistics are mostly based on the main condition.

sjukdomar har förändrats radikalt under senare år. Bland många patientgrupper som tidigare uteslutande vårdades i specialiserad sjukhusvård sker numera vården i ett samspel mellan sluten och öppen vård. Patientdatabaser som inkluderar öppna vårdformer finns ännu bara i begränsad utsträckning i Norden. Förhoppningsvis kan det ske ett nordiskt samarbete också inom detta område, något som skulle förhöja värdet av den befintliga slutenvårdsstatistiken.

Den framtida aggregerade statistiken skulle eventuellt kunna anpassas, till en del, för att beskriva den samlade omfattningen av vård för några hälsoproblem som innefattar flera medicinska tillstånd och vårdnivåer. Det kan exempelvis göras på ett liknande sätt som redan har gjorts i dödsorsaksstatistiken för dödsfall kopplade till alkoholmissbruk. En svårighet i det sammanhanget är att göra överskådliga redovisningar med bibehållande av begreppet huvuddiagnos

Diagnossättning och kodning

Trots att utvecklingen gått mot en användning av gemensamma klassifikationer och samma versioner av dessa kvarstår problem med olikheter i hur klassifikationerna tillämpas. Det föreligger växlande praxis inom och mellan de nordiska länderna - och sannolikt även i förhållande till andra länder - när det gäller diagnossättning och kodning. I detta sammanhang är valet av 'main condition' av särskilt intresse, eftersom den jämförande patientstatistiken huvudsakligen baseras på huvuddiagnosen.

It has become evident that the use of DRG's has influenced the choice of main condition and registration of additional conditions in hospitals. Unless proper attention is being paid to these questions, differences in the design of the DRG-based reimbursement systems in the Nordic countries may become a source of problems in Nordic comparisons of hospital statistics. There is a need for continuous Nordic co-operation to prepare uniform guidelines of the assignment of diagnoses and coding, a task which is in progress at the Nordic centre for classification of diseases. It is important to carry on this work.

Presentation

A presentation based on persons discharged is preferable provided that counting patients twice can be avoided. Ideally, the statistics should enable the reader to put discharges, operations and other procedures in relation to the number of discharged persons in each diagnosis. Complementary data on the number of discharges or procedures per person would provide a clearer picture of potential medical practice variation in the Nordic countries. However, this presumes that the discharges are calculated on the same administrative basis, an assumption which today appears questionable.

A European standard population is used for overview tables of the Nordic short list divided by gender. Additional weighting is hardly needed in Nordic comparisons. The Nordic Health Statistics publication may be of value to those primarily interested in national data. This points towards keeping the present

Användningen av DRG har visat sig påverka val av huvuddiagnos och registrering av bidiagnoser på sjukhus. Om inte dessa frågor uppmärksammas tillräckligt kan olikheter i utformningen av DRG-baserade ersättningssystem i Norden bli en källa till problem vid nordiska jämförelser av sjukhusstatistik. Det finns behov av ett fortgående nordiskt samarbete för att utforma enhetliga riktlinjer för diagnossättning och kodning, en uppgift som pågår vid det nordiska centret för klassifikation av sjukdomar. Det är viktigt att dessa insatser kan fortsätta.

Redovisning

Personbaserad redovisning är att föredra förutsatt att man kan undvika dubbelräkning av patienter. Idealt borde statistiken ge möjlighet för läsaren att sätta antalet utskrivningar, operationer eller andra åtgärder i relation till antalet vårdade för varje enskild diagnos. En kompletterande redovisning av antalet vårdtillfällen och åtgärder per person och år kan ge en tydligare bild av eventuella skillnader mellan länderna i sättet i att behandla patienter vid sjukhus. Det förutsätter dock att beräkningsbasen för utskrivningar är likartad vilket i dagsläget kan ifrågasättas.

En europeisk standardpopulation används för översiktstabeller över kortlistans grupper uppdelade efter kön. För inomnordiska jämförelser finns det knappast behov av annan viktning. Den nordiska statistikpublikationen kan vara av värde även för den som i första hand intresserar sig för nationella uppgifter.

format with crude data in the detailed tables.

The need for validity studies

This overview has indicated the general uncertainty surrounding the application of the classifications of diseases and procedures within the Nordic countries. Random sampling of discharge data and medical records for quality control is not being done on a regular basis in the Nordic countries. Quality control of the assignment of diagnoses and coding requires access to complete medical record data for individual patients and discharges as well as professional medical reviewers, and is therefore very demanding. A complementary approach is prospective studies using standardized case descriptions to be diagnosed separately in the different countries.

There is a need for continuous studies of quality in this field. Such studies should be initiated within the framework of Nordic collaboration on health statistics and classifications. This would enable closer examination of the reasons for variation in coding practice, and increase the understanding of the differences in 'diagnostic culture' among the Nordic countries. In the long run, this would increase the quality and comparability of Nordic health statistics.

Detta talar för att man bör behålla den nuvarande utformningen med ostandardiserade data i de detaljerade tabellerna.

Behov av validitetsstudier

Översikten har pekat på den generella osäkerhet som finns kring tillämpningen av sjukdoms- och åtgärds-klassifikationerna i de nordiska länderna. Systematiska stickprov för kvalitetskontroll av utskrivnings- och journaldata görs inte rutinmässigt i Norden. Kvalitetskontroll av diagnosättning och kodning kräver tillgång till kompletta journaluppgifter för enskilda patienter och vårdtillfällen samt medicinskt sakkunniga granskare och är därmed resurskrävande. En kompletterande ansats är prospektiva studier med standardiserade fallbeskrivningar som diagnosätts separat i de olika länderna.

Det finns sålunda ett behov av fortlöpande kvalitetsstudier inom detta område. Sådana studier bör kunna initieras inom ramen för det nordiska samarbetet kring hälsostatistik och klassifikationer. Studierna ger möjlighet att närmare kartlägga orsakerna till variationen i kodningspraxis och öka förståelsen för skillnader i 'diagnostisk kultur' i Norden. Detta skulle på sikt öka kvaliteten och jämförbarheten hos den nordiska hälsostatistiken.

References

1. Sørensen HT, Sabroe S, Olsen J. A framework for evaluation of secondary data sources for epidemiological research. *Int J Epidemiol* 1996;25:435-42.
2. *Virksomheden ved sygehuse 1997. Sundhedsstatistikken 1999:2*. København: Sundhedsstyrelsen, 1999.
3. *Use of in-patient ward services and day-surgery 1998*. Helsingfors: Stakes, 1999.
4. *SAMDATA Sykehus Tabeller 1998. Sammenligningsdata for somatisk fylkeshelsetjeneste 1998*. SINTEF Unimed NIS Helsetjenesteforskning. Rapport 4:1999.
5. *Pasientstatistikk 1995-1997*. Oslo: Norges offisielle statistikk, 1999.
6. *Hälso- och sjukvårdsstatistisk årsbok 1999*. Stockholm: Socialstyrelsen, 1999.
7. *Sjukdomar i slutenvård 1987-1996*. Stockholm: Socialstyrelsen, 1999.
8. *Sykehusregistrering i de nordiske lande*. København: NOMESKO, 1995.
9. *Sykehusregistrering i de nordiske lande. 2 rev. udgave*. København: NOMESKO, 1999.
10. *International Statistical Classification of Diseases. Tenth Revision. Volume 2*. Geneva: World Health Organization, 1993.
11. May DS, Kelly JJ, Mendlein JM, Garbe PL. *Surveillance of major causes of hospitalization among the elderly 1988*. *Morbidity and Mortality Weekly Reports* 1991;40(SS-1);7-17.
12. Pears J, Alexander V, Alexander GF, Waugh NR. *Audit of the quality of hospital discharge data*. *Health Bull (Edinb)* 1992;50(5):356-61.
13. Dixon J, Sanderson C, Elliott P, Walls P, Jones J, Petticrew M. *Assessment of the reproducibility of clinical coding in routinely collected hospital activity data: a study in two hospitals*. *J Public Health Med.* 1998;20(1):63-9.
14. Keskimäki I, Aro S. *Accuracy of data on diagnoses, procedures and accidents in the Finnish Hospital Discharge Register*. *Int J Health Sciences* 1991;2:15-21
15. Andersen TF, Madsen M, Jorgensen J, Mellemkjoer L, Olsen JH. *The Danish National Hospital Register. A valuable source of data for modern health sciences*. *Dan Med Bull* 1999;46:3263-268.

VALIDITY AND COMPARABILITY OF NORDIC HOSPITAL DISCHARGE STATISTICS

16. Nilsson AC, Spetz CL, Carsjö K, Nightingale R, Smedby B. *The reliability of the National Hospital Discharge Register*. *Läkartidningen* 1994;91:598-605.
17. *Evaluering af Landspatientregisteret 1990*. Danish National Board of Health, Hospital Statistics II:57:1993, København, 1993
18. Carsjö K, Smedby B, Spetz CL. *Evaluation of the Data Quality in the Swedish National Hospital Discharge Register*. Paper presented at the WHO Centre Heads Meeting, Paris, 1998 (WHO/GPE/ICD/C/98.34).
19. Nielsen HW; Tuchsén F; Jensen MV. *Validity of the diagnosis essential hypertension in the National Patient Registry*. *Ugeskr Laeger* 1996 Jan 8;158(2):163-7.
20. Schmidt L, Damsgaard MT, Nielsen JM. *Evaluering af Landspatientregisteret. En undersøgelse af validiteten vedrørende udvalgte abortdiagnoser*. *Ugeskr Laeger* 1989;151(51):3478-82.
21. Fisher ES, Whaley FS, Krushat WM, Malenka DJ, et al. *The accuracy of Medicare's hospital claims data: progress has been made, but problems remain*. *Am J Public Health* 1992;82(2):243-8.
22. Amatayakul M. *DRG miscoding: Error or intent?* *JAMA* 1993;269:867-8
23. Westphalen JB. *Diagnosis related groups. The effect of input error*. *Austr Clin Rev* 1993;13:127-31
24. MacIntyre CR, Ackland MJ, Chandraraj EJ. *Accuracy of injury coding in Victorian hospital morbidity data*. *Aust N Z J Public Health*. 1997;21(7):779-83.
25. Steinum O. *Korrekt diagnos ger rätt ersättning. DRG-systemet förutsätter intern kontroll*. *Läkartidningen* 1995;92(16);1715-17.
26. Paulson E. *Stockholmsmodellen och fem kirurgiska kliniktyper – en longitudinell studie av vårdkonsumtion*. Samhällsmedicinska enheten, Huddinge sjukhus och Institutionen för socialmedicin, Uppsala universitet. Rapport 1994-08-22.
27. Psaty BM, Boineau R, Kuller LH, Luepker RV. *The potential costs of upcoding for heart failure in the United States*. *Am J Cardiol* 1999 Jul 1;84(1):108-9, A9
28. Hsia DC. *Accuracy of Medicare reimbursement for cardiac arrest*. *JAMA* 1990 4;264(1):59-62
29. Assaf AR, Lapane KL, McKenney JL, Carleton RA. *Possible influence of the prospective payment system on the assignment of discharge diagnoses for coronary heart disease*. *N Engl J Med* 1993;329:13931-935.

30. World Health Statistics Annual. Geneva: World Health Organization, 1993.
31. Janson C, Gislason D, Iversen M, Omenaas E, Norrman E, Plaschke P. *Astmasyntom och astmaläkemedel i fyra nordiska länder*. Nordisk Medicin 1996;111:147-50.
32. *Nordic statistics on medicines 1993-1995*. Publ no. 43. Uppsala: Nordic council on medicines, 1996.
33. Rosén M, Lundin A, Nyström L, Rutqvist LE, Stenbeck M, Talbäck M. *Incidens och dödlighet i bröstcancer under 20 år. Internationella och regionala jämförelser*. Läkartidningen 2000; 97(4):294-299.
34. *Rates of surgery in the Nordic Countries: variation between and within nations*. Copenhagen: NOMESCO, 1994.
35. Pinfold SP, Goel V, Sawka C. *Quality of hospital discharge and physician data for type of breast cancer surgery*. Med Care 2000;38:199-107
36. Mähönen M, Salomaa V, Brommels M, Molarius A, et al. *The validity of hospital discharge register data on coronary heart disease in Finland*. Eur J Epidemiol 1997;13:4403-415.
37. Rapola JM, Virtamo J, Korhonen P, Haapakoski J, Hartman AM, Edwards BK, Heinonen OP. *Validity of diagnoses of major coronary events in national registers of hospital diagnoses and deaths in Finland*. Eur J Epidemiol 1997;13(2):133-8.
38. Hammar N, Nerbrand C, Ahlmark G, Tibblin G, Tsipogianni A, Johansson S, Wilhelmson L, Jacobsson S, Hansen O. *Identification of cases of myocardial infarction: hospital discharge data and mortality data compared to myocardial infarction community registers*. Int J Epidemiol 1991;20(1):114-20.
39. Madsen M, Balling H, Eriksen LS. *The validity of the diagnosis of acute myocardial infarction in 2 registries: the Heart Registry compared to the National Patient Registry*. Ugeskr Laeger 1990;152(5):308-14.
40. Hjärtinfarkter 1987-96. Hälsa och sjukdomar 1998:9. Stockholm: Socialstyrelsen, 1998.
41. Ellekjaer H, Holmen J, Kruger O, Terent A. *Identification of incident stroke in Norway: hospital discharge data compared with a population-based stroke register*. Stroke 1999;30(1):56-60.
42. Leibson CL, Naessens JM, Brown RD, Whisnant JP. *Accuracy of hospital discharge abstracts for identifying stroke*. Stroke 1994;25(12):2348-55.

VALIDITY AND COMPARABILITY OF NORDIC HOSPITAL DISCHARGE STATISTICS

43. Stegmayr B, Asplund K. *Measuring stroke in the population: quality of routine statistics in comparison with a population-based stroke registry.* Neuroepidemiology 1992;11:204-13.
44. Saynajakangas P, Keistinen T, Honkanen PO, Kivela SL. *Hospital discharges for pneumonia in Finland between 1972 and 1993 in the population aged 65 years or over.* Age and Ageing 1997;26:4269-273.
45. Vestberg K, Thulstrup AM, Sorensen HT, Ottesen P, Sabroe S, Vilstrup H. *Data quality of administratively collected hospital discharge data for liver cirrhosis epidemiology.* J Med Syst 1997;21(1):11-20.
46. Liu S. *Development of record linkage of hospital discharge data for the study of neonatal readmission.* Chronic Dis Can 1999;20(2):77-81.
47. Pladevall M, Goff DC, Nichaman MZ, Chan F, Ramsey D, Ortiz C, Labarthe DR. *An assessment of the validity of ICD Code 410 to identify hospital admissions for myocardial infarction: The Corpus Christi Heart Project.* Int J Epidemiol 1996;25(5):948-52.
48. Raiford DS, Perez Gutthann S, Garcia Rodriguez LA. *Positive predictive value of ICD-9 codes in the identification of cases of complicated peptic ulcer disease in the Saskatchewan hospital automated database.* Epidemiology 1996;7(1):101-4.44.

SECTION C

Appendices
Bilag

Appendix 1

Obstetric definitions

Live birth

Live birth is defined as a foetus which after the complete extraction from the mother shows evidence of life, irrespective of birthweight and duration of pregnancy.

Stillbirth

A foetus born after 28 weeks of gestation and showing no evidence of life.

Perinatal deaths

Late fetal deaths and live born dying during the first week of life.

Infant deaths

Live born dying during the first year of life.

Total fertility rate

The total number of liveborn children per 1,000 females surviving the whole child-bearing period, calculated from the age specific fertility rates of the year of observation.

Perinatal mortality

Late fetal deaths + deaths during 1st week per 1,000 births (live born and stillborn).

Infant mortality

Deaths during first year per 1,000 live births.

Obstetriske definitioner

Levendefødte

Som levendefødte regnes fostre, der viser tegn på liv, efter at de er fuldstændig adskilt fra moderen, uden hensyntagen til fødselsvægt og svangerskabets varighed.

Dødfødte

Som dødfødte regnes fostre, der er født efter 28 ugers svangerskab, og som ikke viser tegn på liv.

Perinatalt døde

Dødfødte, samt levendefødte, der dør i løbet af første leveuge.

Spædbarnsdød

Levendefødte, der dør i løbet af første leveår.

Samlet fertilitetsrate

Det samlede antal levendefødte børn, som 1.000 kvinder vil føde, hvis de gennemlever hele den fødedygtige alder, beregnet ud fra de aldersspecifikke fertilitetsrater i observationsåret.

Perinatal dødelighed

Dødfødte og døde i løbet af første leveuge pr. 1.000 fødte (levendefødte og dødfødte).

Spædbarnsdødelighed

Døde i løbet af første leveår pr. 1.000 levendefødte.

APPENDIX 1

Standard stillbirth rate

The number of stillborn infants with a birthweight of at least 1,000 grams per 1,000 births with a birthweight of at least 1,000 grams.

Induced abortion

Dependent on the legislation in each country. As a rule, termination of pregnancy can be authorized on request during the first 12 weeks of pregnancy (Sweden up to 18 weeks).

Total abortion rate

The number of legal abortions performed on 1,000 females given their survival up to the age of 50, calculated from the age specific abortion rates of the year of observation.

Standardiseret dødfødselshyppighed

Antal dødfødte med en fødselsvægt på mindst 1.000 gram pr. 1.000 fødte med en fødselsvægt på mindst 1.000 gram.

Fremkaldt abort

Afhængig af hvert lands lovgivning. Som hovedregel gælder retten til abort de første 12 uger af graviditeten (i Sverige op til 18 uger).

Samlet abortrate

Det antal fremkaldte aborter, som 1.000 kvinder ville have fået udført, forudsat at de levede til de var 50 år, beregnet ud fra de aldersspecifikke abortrater i observationsåret.

Appendix 2

Hospital related definitions

Out-patient clinic

Section without permanent beds for treatment and with no staff for patient monitoring.

Bed

One bed in a 24-hour section for treatment of a patient. (In Finland, Norway and Sweden this does not include technical treatment, i.e. treatment requiring special personnel and equipment for intensive monitoring, incl. couveuses).

Bed-day

24 hours, in which a 24-hour patient has received treatment.

Bed-duration

Number of bed-days for a 24-hour patient, the date of admission, but not the date of discharge is included; at least 24 hours.

Average bed-duration

The total number of bed-duration for patients who have been discharged within a given period, divided by the number of discharges in the period.

Discharge

Conclusion of treatment of a patient at a 24-hour or part-time section.

Sygehusdefinitioner

Ambulatorium

Afsnit, der er uden faste behandlingspladser, og hvortil der ikke er normeret personale til overvågning af patienter.

Sengeplads

En behandlingsplads for en patient i et heldøgnsafsnit. (I Finland, Norge og Sverige omfatter dette ikke tekniske behandlingspladser, dvs. behandling, der kræver særlig bemanning og intensiv overvågning, inkl. kuvøser).

Sengedag

Et døgn, hvori en heldøgnspatient har modtaget behandling.

Liggetid

Antal sengedage for en heldøgnspatient, idet indlæggelsesdatoen, men ikke udskrivningsdatoen medregnes; dog mindst én dag.

Gennemsnitlig liggetid

Summen af liggetiderne for patienter, der er udskrevet inden for en given periode, divideret med antallet af udskrivinger i perioden.

Udskrivning

Afslutning af behandling af patient på et hel- eller deldøgnsafsnit.

Appendix 3

The Nordic Short-list with codes from ICD-9 and ICD-10 for morbidity which forms the basis for the tables in this appendix may be obtained from the NOMESCO Secretariat.

Nordisk forkortet morbiditetsliste med koder fra ICD-9 og ICD-10, der danner grundlaget for tabellerne i dette bilag, kan fås ved henvendelse til NOMESCO's sekretariat.

Age-adjusted rates (ESP) for discharges from ordinary and specialized hospitals per 100,000 inhabitants 1998. Males

Aldersstandardiserede rater (ESP) for udskrivninger fra almindelige og specialiserede sygehuse pr. 100.000 indbyggere 1998. Mænd

	Denmark	Finland	Norway	Sweden
1 <i>Tuberculosis</i> Tuberkulose	15.34	31.95	6.28	7.20
2 <i>Viral hepatitis</i> Viral leverbetændelse	17.38	11.46	9.79	15.40
3 <i>Human immunodeficiency virus (HIV) disease</i> Human immunodefekt virus (HIV) sygdom	50.83	4.87	2.41	4.92
4 <i>Malignant neoplasm of oesophagus</i> Kræft i spiserør	48.84	21.69	25.59	25.10
5 <i>Malignant neoplasm of stomach</i> Kræft i mavesæk	29.04	48.50	42.27	30.86
6 <i>Malignant neoplasm of colon and rectum</i> Kræft i tyktarm og endetarm	158.67	120.00	168.40	102.08
7 <i>Malignant neoplasm of pancreas</i> Kræft i bugspytkirtel	36.16	34.12	34.08	31.87
8 <i>Malignant neoplasm of larynx, trachea, bronchus and lung</i> Kræft i strubehoved, luftrør, bronkie og lunge	236.72	221.54	177.84	119.67
9 <i>Malignant melanoma of skin</i> Ondartet melanom i hud	22.50	22.72	29.94	17.11
10 <i>Malignant neoplasm of breast</i> Kræft i bryst	1.52	1.25	0.00	1.51
11 <i>Malignant neoplasm of cervix uteri</i> Kræft i livmoderhals	.	.	.	.
12 <i>Malignant neoplasm of other and unspecified parts of uterus</i> Kræft i anden og uspecificeret del af livmoder	.	.	.	.
13 <i>Malignant neoplasm of ovary</i> Kræft i æggestok	.	.	.	.
14 <i>Malignant neoplasm of prostate</i> Kræft i blærehalskirtel	167.83	195.55	220.63	196.23
15 <i>Malignant neoplasm of testis</i> Kræft i testikel	46.03	12.70	43.75	15.63
16 <i>Malignant neoplasm of bladder</i> Kræft i urinblære	158.46	130.62	122.70	99.23
17 <i>Leiomyoma of uterus</i> Fibrom i livmoder	0.00	-	0.00	0.00
18 <i>Thyrotoxicosis</i> Tyreotoksikose	7.76	3.78	2.84	5.21
19 <i>Diabetes mellitus</i> Sukkersyge	230.63	203.19	116.76	203.03
20 <i>Organic mental disorders</i> Organiske psykiske lidelser	27.52	33.41	0.00	50.96

...continued
...fortsættes

APPENDIX 3

	Denmark	Finland	Norway	Sweden
21 <i>Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use</i> Psykkiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller andre psykoaktive stoffer	229.82	123.40	0.00	453.90
22 <i>Schizophrenia, delusional and mood disorders</i> Skizofreni, paranoide psykoser og affektive sindslidelser	14.24	22.49	0.00	256.11
23 <i>Parkinson's disease</i> Rystelammelse	20.73	37.61	8.28	27.65
24 <i>Alzheimer's disease</i> Alzheimers sygdom	0.93	5.53	0.63	8.53
25 <i>Multiple sclerosis</i> Dissemineret sklerose	19.12	19.04	21.16	11.19
26 <i>Epilepsy</i> Epilepsi	126.68	129.46	95.32	106.70
27 <i>Acute myocardial infarction</i> Akut hjerteinfarkt	237.77	266.63	318.00	314.73
28 <i>Other ischaemic heart disease</i> Anden iskæmisk hjertesygdom	752.57	825.63	849.67	695.96
29 <i>Cerebrovascular diseases</i> Karsygdomme i hjerne	412.25	401.19	323.16	420.80
30 <i>Pneumonia</i> Lungebetændelse	425.27	357.47	396.02	297.74
31 <i>Bronchitis, emphysema and other chronic obstructive pulmonary disease</i> Bronkit, emfysem og anden obstruktiv lungesygdom	356.94	302.10	194.12	164.96
32 <i>Asthma</i> Astma	153.92	209.56	125.55	96.36
33 <i>Gastric and duodenal ulcer</i> Mavesår og duodenalsår	120.65	71.78	67.66	68.42
34 <i>Diseases of appendix</i> Sygdomme i blindtarm	136.92	158.47	114.17	143.26
35 <i>Crohn's disease and ulcerative colitis</i> Chrons sygdom og tyktarmsbetændelse med sår	68.24	63.87	61.14	68.02
36 <i>Alcoholic liver disease, unspecified fibrosis and cirrhosis of liver</i> Alkoholisk leversygdom, bindevævsdannelse i lever og skrumpelever	66.38	50.55	16.75	29.64
37 <i>Cholelithiasis and cholecystitis</i> Galdesten og galdeblærebetændelse	126.98	174.24	102.26	144.62
38 <i>Rheumatoid arthritis and other inflammatory polyarthropathies</i> Leddegigt og andre inflammatorisk polyartritter	54.52	189.68	68.60	59.98
39 <i>Arthrosis</i> Slidgigt	149.40	249.17	131.09	147.56
40 <i>Systemic connective tissue disorders</i> Generaliserede bindevævssygdomme	32.12	27.60	37.21	31.84

...continued
... fortsættes

APPENDIX 3

	<i>Denmark</i>	<i>Finland</i>	<i>Norway</i>	<i>Sweden</i>
41 <i>Dorsopathies excl. intervertebral disc disorders</i> Ryg sygdomme og ryglidelser ekskl. diskusprolaps	152.56	231.48	150.18	119.77
42 <i>Cervical and other intervertebral disc disorders</i> Diskusprolaps i halsens ryghvirvler og andre ryghvirvler	155.84	171.03	115.42	49.01
43 <i>Osteoporosis and osteomalacia</i> Osteoporose og osteomalaci	10.27	3.29	7.08	4.89
44 <i>Glomerular, tubulo-interstitial diseases and renal failure</i> Glomerulære sygdomme, tubulointerstitiale nyresygdomme og nyreinsufficiens	143.94	183.87	103.25	159.37
45 <i>Urolithiasis</i> Urinvejssten	130.57	74.38	135.44	89.34
46 <i>Hyperplasia of prostate</i> Forstørret blærehalskirtel	181.75	202.48	147.67	120.40
47 <i>Salpingitis and oophoritis</i> Betændelse i æggeleder og æggestok	.	.	.	.
48 <i>Female genital prolapse</i> Nedsynkning og fremfald af kvindelige kønsdele	.	.	.	.
49 <i>Medical abortion</i> Fremkaldt abort	.	.	.	.
50 <i>Other pregnancies with abortive outcome</i> Andet svangerskab, der ender med abort	.	.	.	.
51 <i>Oedema, proteinuria and hypertensive disorders in pregnancy, childbirth and the puerperium</i> Ødem, proteinuri og hypertension i svangerskab, under fødsel og barselsperiode	.	.	.	.
52 <i>Other complications in pregnancy, childbirth and the puerperium</i> Andre komplikationer i svangerskab, under fødsel og barselsperiode	.	.	.	.
53 <i>Single spontaneous delivery</i> Spontan fødsel (enkeltfødsel)	.	.	.	.
54 <i>Abdominal and pelvic pain</i> Smertes i mave og underliv	252.00	236.89	20.67	319.88
55 <i>Fracture of skull and facial bones</i> Kraniebrud og brud af ansigtsgnoger	68.43	60.47	50.04	40.40
56 <i>Concussion</i> Commotio cerebri	213.48	59.37	227.38	208.08
57 <i>Fracture of neck, thorax and pelvis</i> Brud af hals, thorax og bækken	76.31	83.72	93.37	81.13
58 <i>Fracture of neck of femur</i> Brud af lår	111.12	93.80	97.16	103.05
59 <i>Burns and corrosions</i> Forbrændinger og ætsninger	21.83	40.64	40.93	26.91
60 <i>Poisoning</i> Forgiftning	1,32.78	87.47	113.62	76.70
61 <i>Diagnoses not included in the above</i> Diagnoser ikke medtaget ovenfor	11,437.66	10,902.50	7,837.16	7,667.25

APPENDIX 3

Age-adjusted rates (ESP) for discharges from ordinary and specialized hospitals per 100,000 inhabitants 1998. Females

Aldersstandardiserede rater (ESP) for udskrivninger fra almindelige og specialiserede sygehuse pr. 100.000 indbyggere 1998. Kvinder

	Denmark	Finland	Norway	Sweden
1 <i>Tuberculosis</i> Tuberkulose	14.71	19.49	4.88	6.41
2 <i>Viral hepatitis</i> Viral leverbetændelse	11.36	7.88	6.24	9.02
3 <i>Human immunodeficiency virus (HIV) disease</i> Human immundefekt virus (HIV) sygdom	19.74	1.82	1.96	3.94
4 <i>Malignant neoplasm of oesophagus</i> Kræft i spiserør	14.28	8.96	4.85	4.66
5 <i>Malignant neoplasm of stomach</i> Kræft i mavesæk	14.22	30.81	16.48	10.96
6 <i>Malignant neoplasm of colon and rectum</i> Kræft i tyktarm og endetarm	132.89	88.38	103.15	58.22
7 <i>Malignant neoplasm of pancreas</i> Kræft i bugspytkirtel	28.95	22.40	21.98	20.28
8 <i>Malignant neoplasm of larynx, trachea, bronchus and lung</i> Kræft i strubehoved, luftrør, bronkie og lunge	139.81	55.65	59.74	57.38
9 <i>Malignant melanoma of skin</i> Ondartet melanom i hud	17.96	14.09	17.56	8.85
10 <i>Malignant neoplasm of breast</i> Kræft i bryst	347.40	294.16	272.86	212.59
11 <i>Malignant neoplasm of cervix uteri</i> Kræft i livmoderhals	66.15	31.62	74.10	37.51
12 <i>Malignant neoplasm of other and unspecified parts of uterus</i> Kræft i anden og uspecificeret del af livmoder	47.78	74.47	49.04	51.64
13 <i>Malignant neoplasm of ovary</i> Kræft i æggestok	173.02	180.55	6.61	95.47
14 <i>Malignant neoplasm of prostate</i> Kræft i blærehalskirtel	.	.	.	.
15 <i>Malignant neoplasm of testis</i> Kræft i testikel	.	.	.	.
16 <i>Malignant neoplasm of bladder</i> Kræft i urinblære	34.73	23.92	20.54	17.94
17 <i>Leiomyoma of uterus</i> Fibrom i livmoder	119.79	228.03	115.43	109.21
18 <i>Thyrotoxicosis</i> Tyreotoksikose	35.69	11.44	12.18	20.36
19 <i>Diabetes mellitus</i> Sukkersyge	158.51	140.91	80.36	130.49
20 <i>Organic mental disorders</i> Organiske psykiske lidelser	22.27	25.59	0.00	20.03

...continued
...fortsættes

APPENDIX 3

	<i>Denmark</i>	<i>Finland</i>	<i>Norway</i>	<i>Sweden</i>
21 <i>Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use</i> Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller andre psykoaktive stoffer	100.75	45.08	0.00	166.23
22 <i>Schizophrenia, delusional and mood disorders</i> Skizofreni, paranoide psykoser og affektive sindslidelser	22.57	33.22	0.00	281.94
23 <i>Parkinson's disease</i> Rystelammelse	13.42	26.03	3.10	13.53
24 <i>Alzheimer's disease</i> Alzheimers sygdom	0.86	3.92	0.25	5.64
25 <i>Multiple sclerosis</i> Dissemineret sklerose	33.73	41.94	34.81	21.01
26 <i>Epilepsy</i> Epilepsi	102.48	110.44	84.86	83.57
27 <i>Acute myocardial infarction</i> Akut hjerteinfarkt	92.80	116.70	70.79	78.12
28 <i>Other ischaemic heart disease</i> Anden iskæmisk hjertesygdom	307.33	340.81	219.22	221.58
29 <i>Cerebrovascular diseases</i> Karsygdomme i hjerne	285.15	241.72	133.11	179.54
30 <i>Pneumonia</i> Lungebetændelse	318.19	181.92	256.33	187.18
31 <i>Bronchitis, emphysema and other chronic obstructive pulmonary disease</i> Bronkit, emfysem og anden obstruktiv lungesygdom	355.69	86.65	112.62	103.57
32 <i>Asthma</i> Astma	139.71	190.56	142.84	111.34
33 <i>Gastric and duodenal ulcer</i> Mavesår og duodenalsår	88.37	37.00	30.13	28.34
34 <i>Diseases of appendix</i> Sygdomme i blindtarm	121.70	137.61	90.68	119.44
35 <i>Crohn's disease and ulcerative colitis</i> Chrons sygdom og tyktarmsbetændelse med sår	91.67	51.45	65.47	66.80
36 <i>Alcoholic liver disease, unspecified fibrosis and cirrhosis of liver</i> Alkoholisk leversygdom, bindevævsdannelse i lever og skrumpelever	33.71	23.16	11.63	13.03
37 <i>Cholelithiasis and cholecystitis</i> Galdesten og galdeblærebetændelse	276.98	272.18	160.67	214.35
38 <i>Rheumatoid arthritis and other inflammatory polyarthropathies</i> Leddegigt og andre inflammatorisk polyartritter	91.80	434.84	138.70	104.80
39 <i>Arthrosis</i> Slidgigt	184.31	337.63	162.49	139.36
40 <i>Systemic connective tissue disorders</i> Generaliserede bindevævssygdomme	60.82	62.50	58.78	61.23

...continued
... fortsættes

APPENDIX 3

	<i>Denmark</i>	<i>Finland</i>	<i>Norway</i>	<i>Sweden</i>
41 <i>Dorsopathies excl. intervertebral disc disorders</i> Ryg sygdomme og ryglidelser ekskl. diskusprolaps	181.24	212.85	132.75	113.18
42 <i>Cervical and other intervertebral disc disorders</i> Diskusprolaps i halsens ryghvirvler og andre ryghvirvler	134.40	130.64	87.05	38.76
43 <i>Osteoporosis and osteomalacia</i> Osteoporose og osteomalaci	36.50	9.42	22.51	9.13
44 <i>Glomerular, tubulo-interstitial diseases and renal failure</i> Glomerulære sygdomme, tubulointerstitiale nyresygdomme og nyreinsufficiens	136.96	192.53	60.09	150.46
45 <i>Urolithiasis</i> Urinvejssten	65.39	29.32	60.94	41.23
46 <i>Hyperplasia of prostate</i> Forstørret blærehalskirtel	-	-	-	..
47 <i>Salpingitis and oophoritis</i> Betændelse i æggeleder og æggestok	51.64	24.02	5.17	29.96
48 <i>Female genital prolapse</i> Nedsynkning og fremfald af kvindelige kønsdele	97.59	118.50	81.75	79.71
49 <i>Medical abortion</i> Fremkaldt abort	136.10	186.91	17.80	78.65
50 <i>Other pregnancies with abortive outcome</i> Andet svangerskab, der ender med abort	421.37	253.95	198.57	175.77
51 <i>Oedema, proteinuria and hypertensive disorders in pregnancy, childbirth and the puerperium</i> Ødem, proteinuri og hypertension i svangerskab, under fødsel og barselsperiode	42.24	93.63	92.14	79.35
52 <i>Other complications in pregnancy, childbirth and the puerperium</i> Andre komplikationer i svangerskab, under fødsel og barselsperiode	432.75	1,089.98	1199.26	1176.42
53 <i>Single spontaneous delivery</i> Spontan fødsel (enkeltfødsel)	1,7941.56	1,655.94	1,488.72	1173.57
54 <i>Abdominal and pelvic pain</i> Smertes i mave og underliv	455.68	367.83	34.33	484.13
55 <i>Fracture of skull and facial bones</i> Kraniebrud og brud af ansigtsgnoger	25.74	19.97	16.30	15.24
56 <i>Concussion</i> Commotio cerebri	141.17	44.06	156.48	149.83
57 <i>Fracture of neck, thorax and pelvis</i> Brud af hals, thorax og bækken	57.62	49.03	44.41	41.54
58 <i>Fracture of neck of femur</i> Brud af lår	177.97	114.23	70.64	68.97
59 <i>Burns and corrosions</i> Forbrændinger og ætsninger	9.61	15.60	20.57	16.20
60 <i>Poisoning</i> Forgiftning	177.95	89.25	156.80	118.77
61 <i>Diagnoses not included in the above</i> Diagnoser ikke medtaget ovenfor	11,928.61	9,192.42	7,190.33	6,481.74

Appendix 4

The Nordic Short-list for causes of death with codes from ICD-8, ICD-9 and ICD-10 which forms the basis for the tables in this appendix may be obtained from the NOMESCO Secretariat.

Den nordiske forkortet dødsårsagsliste med koder fra ICD-8, ICD-9 og ICD-10, der danner grundlaget for tabellerne i dette bilag, kan fås ved henvendelse til NOMESKO's sekretariat.

APPENDIX 4

Age-adjusted rates (ESP) for causes of death per 100,000 inhabitants. Males

<i>Nordic Abbreviated List</i>	<i>Denmark</i>	<i>Finland</i>	<i>Åland</i>
<i>Cause of death</i>	1997	1997	1997
1. Tuberculosis	0.87	2.79	0.00
2. Other infectious diseases	5.51	4.26	0.00
3. Malignant neoplasm of oesophagus	10.20	4.97	0.00
4. Malignant neoplasm of stomach	10.05	17.46	0.00
5. Malignant neoplasm of small and large intestine	27.06	13.50	28.66
6. Malignant neoplasm of rectum	17.55	9.31	0.00
7. Malignant neoplasm of pancreas	13.69	16.04	10.10
8. Malignant neoplasm of respiratory system	94.46	78.09	0.00
9. Malignant neoplasm of breast	0.39	0.24	65.90
10. Malignant neoplasm of cervix uteri	.	.	.
11. Malignant neoplasm of other parts of uterus	.	.	.
12. Malignant neoplasm of ovary, fallopian tube and broad ligament	.	.	.
13. Malignant neoplasm of prostate	39.67	35.84	0.00
14. Neoplasms of lymphatic and haematopoietic tissue	25.29	23.34	53.06
15. Malignant neoplasms of other and unspecified nature	81.88	56.61	37.61
16. Benign neoplasms and neoplasms of unspecified nature	9.00	2.85	116.03
17. Diabetes mellitus	23.38	10.44	0.00
18. Other endocrine and metabolic diseases	5.26	2.31	5.04
19. Diseases of blood and bloodforming organs	3.34	2.57	5.04
20. Alcoholic psychosis and alcoholism	9.20	8.08	0.00
21. Other mental disorders	13.88	41.51	9.62
22. Diseases of the nervous system and sense organs	15.42	19.88	39.43
23. Rheumatic fever and rheumatic heart disease	0.32	1.41	9.11
24. Hypertension	7.78	6.19	0.00
25. Ischaemic heart disease	225.97	321.66	19.19
26. Other heart diseases	61.65	43.31	182.45
27. Cerebrovascular disease	84.10	97.37	59.92
28. Other diseases of the circulatory system	43.03	28.68	78.62
29. Influenza	0.79	1.23	50.58
30. Pneumonia	26.84	52.48	0.00
31. Bronchitis, emphysema and asthma	71.70	42.17	19.70
32. Other diseases of the respiratory system	6.92	7.68	5.04
33. Diseases of oral cavity, oesophagus, stomach and duodenum	10.71	8.35	5.04
34. Cirrhosis of liver	24.50	18.57	0.00
35. Other diseases of the digestive system	20.00	20.42	0.00
36. Nephritis and nephrosis	2.23	3.10	0.00
37. Infection of kidney and calculus of urinary system	0.99	2.21	0.00
38. Hyperplasia of prostate	1.67	1.58	0.00
39. Other diseases of genito-urinary system	3.41	2.20	5.04
40. Complications of pregnancy, childbirth and the puerperium	.	.	.
41. Diseases of the skin, musculoskeletal system and connective tissue	3.77	3.23	0.00
42. Congenital malformations	2.31	1.82	0.00
43. Certain conditions originating in the perinatal period	0.07	0.08	9.79
44. Sudden death	14.45	2.40	0.16
45. Other symptoms and ill-defined causes	62.36	1.60	0.00
46. Motor vehicle traffic accidents	13.90	13.37	5.04
47. Accidental poisoning by alcohol	0.43	9.44	23.10
48. Accidental falls	18.39	24.40	0.00
49. Other accidents	13.48	31.77	10.08
50. Suicide	22.31	43.08	23.74
51. Injury causes by accident or purposely inflicted	5.91	2.41	25.30
52. Homicide and other injury	1.40	4.22	7.30
<i>Total deaths, males</i>	29,168	23,974	123

ESP = European Standard Population.

Aldersstandardiserede dødsårsagsrater (ESP) pr. 100.000 indbyggere. Mænd

Iceland 1996	Norway 1996	Sweden 1997	Nordisk forkortet liste Dødsårsag
1.15	1.48	1.04	1. Tuberkulose
2.18	6.41	5.98	2. Andre infektionssygdomme
11.65	4.66	6.15	3. Ondartet svulst i spiserøret
19.16	17.21	12.49	4. Ondartet svulst i mavesæk
23.45	21.79	16.93	5. Ondartet svulst i tynd- og tyktarm
2.66	15.47	8.89	6. Ondartet svulst i endetarm
19.54	14.33	14.43	7. Ondartet svulst i bugspytkirtel
67.30	63.86	44.63	8. Ondartet svulst i åndedrætsorganer og bryd
1.07	0.38	0.19	9. Ondartet svulst i brystkirtel
.	.	.	10. Ondartet svulst i livmoderhals
.	.	.	11. Ondartet svulst i andre dele af livmoder
.	.	.	12. Ondartet svulst i æggestok
57.14	51.82	46.47	13. Ondartet svulst i prostata
27.53	24.46	23.50	14. Ondartet svulst i lymfatiske og bloddannende væv
65.99	64.38	64.16	15. Ondartet svulst i andre eller uspecificerede lokalisationer
3.00	5.11	4.44	16. Godartede og uspecificerede svulster
14.08	11.77	16.52	17. Sukkersyge
5.54	5.52	3.89	18. Andre indresekretoriske sygdomme og stofskiftesygdomme
2.30	2.57	2.15	19. Sygdomme i blod og bloddannende organer
2.73	9.48	9.60	20. Alkoholisk psykose og alkoholisme
2.58	17.67	17.16	21. Andre mentale lidelser
21.52	17.24	12.02	22. Sygdomme i nervesystem og sanseorganer
0.00	1.83	1.27	23. Rheumatisk feber og rheumatiske hjertesygdomme
6.62	8.80	5.47	24. Hypertensionssygdomme
260.59	241.52	240.20	25. Iskæmiske hjertesygdomme
52.78	61.13	56.64	26. Andre hjertesygdomme
73.05	94.99	80.92	27. Karælæsioner i centralnervesystemet
7.87	31.90	38.68	28. Andre kredsløbssygdomme
2.66	0.59	1.51	29. Influenza
53.08	31.77	26.42	30. Lungebetændelse
32.65	41.80	25.75	31. Bronchitis, emfysem og asthma
8.95	6.43	7.35	32. Andre sygdomme i åndedrætsorganer
2.49	6.67	4.86	33. Sygdomme i mundhule, spiserør, mavesæk og tolvfingertarm
1.04	8.75	7.37	34. Levercirrhose
11.49	14.80	15.36	35. Andre sygdomme i fordøjelsesorganer
6.02	6.33	6.12	36. Nephritis og nefrose
1.85	0.90	0.78	37. Nyrebetændelse og sten i nyre og urinleder
0.00	1.73	0.97	38. Prostatahypertrofi
1.51	2.72	3.66	39. Andre sygdomme i urin- og kønsorganer
.	.	.	40. Komplikationer under svangerskab og fødsel
1.51	4.37	3.58	41. Sygdomme i hud, knogler og bindevæv
1.94	2.39	1.84	42. Medfødte misdannelser
0.06	0.07	0.11	43. Visse tilstande med udspring i den perinatale periode
0.00	16.92	0.47	44. Pludselig død
5.63	14.24	13.12	45. Symptomer og mangelfuldt definerede tilstande
4.70	9.10	8.44	46. Motorkøretøjsulykker
3.90	0.64	0.69	47. Forgiftningsulykker med alkoholer
8.26	17.27	12.52	48. Faldulykker
15.27	14.97	12.16	49. Alle andre ulykker
23.15	18.88	20.19	50. Selvmord
0.00	0.36	5.55	51. Skader forvoldt ved ulykke eller påført med forsæt
1.41	1.20	1.47	52. Drab og anden voldsom død
992	22,127	46,720	Antal døde i alt. Mænd

APPENDIX 4

Age-adjusted rates (ESP) for causes of death per 100,000 inhabitants. Females

<i>Nordic Abbreviated List</i>	<i>Denmark</i>	<i>Finland</i>	<i>Of which Åland</i>
<i>Cause of death</i>	1997	1997	1997
1. Tuberculosis	0.42	1.90	0.00
2. Other infectious diseases	3.85	3.77	0.00
3. Malignant neoplasm of oesophagus	3.40	2.64	0.00
4. Malignant neoplasm of stomach	5.39	9.26	6.00
5. Malignant neoplasm of small and large intestine	24.08	10.61	18.06
6. Malignant neoplasm of rectum	9.95	5.72	0.00
7. Malignant neoplasm of pancreas	11.01	12.77	2.54
8. Malignant neoplasm of respiratory system	54.13	14.47	17.38
9. Malignant neoplasm of breast	47.94	27.52	28.02
10. Malignant neoplasm of cervix uteri	6.65	2.44	64.91
11. Malignant neoplasm of other parts of uterus	5.01	4.52	0.00
12. Malignant neoplasm of ovary. Fallopian tube and broad ligament	16.47	12.17	7.28
13. Malignant neoplasm of prostate	.	.	.
14. Neoplasms of lymphatic and haematopoietic tissue	14.96	16.12	0.00
15. Malignant neoplasms of other and unspecified nature	50.14	39.15	19.13
16. Benign neoplasms and neoplasms of unspecified nature	6.32	3.45	30.69
17. Diabetes mellitus	14.25	8.70	2.54
18. Other endocrine and metabolic diseases	3.80	1.69	13.97
19. Diseases of blood and bloodforming organs	2.44	1.62	10.59
20. Alcoholic psychosis and alcoholism	2.40	1.20	0.00
21. Other mental disorders	14.64	49.37	11.67
22. Diseases of the nervous system and sense organs	10.86	12.82	42.82
23. Rheumatic fever and rheumatic heart disease	0.43	1.26	20.02
24. Hypertension	4.41	6.30	0.00
25. Ischaemic heart disease	113.08	144.31	0.00
26. Other heart diseases	40.13	29.36	54.82
27. Cerebrovascular disease	66.24	79.10	33.31
28. Other diseases of the circulatory system	25.47	12.89	47.50
29. Influenza	0.71	0.95	30.10
30. Pneumonia	17.44	29.40	0.00
31. Bronchitis, emphysema and asthma	50.02	9.85	16.17
32. Other diseases of the respiratory system	3.51	3.52	12.97
33. Diseases of oral cavity, oesophagus, stomach and duodenum	8.48	3.96	0.00
34. Cirrhosis of liver	12.41	7.05	0.00
35. Other diseases of the digestive system	18.70	14.41	0.00
36. Nephritis and nephrosis	1.62	1.65	11.09
37. Infection of kidney and calculus of urinary system	1.69	4.67	2.54
38. Hyperplasia of prostate	.	.	.
39. Other diseases of genito-urinary system	2.91	2.04	0.00
40. Complications of pregnancy, Childbirth and the puerperium	0.11	0.12	0.00
41. Diseases of the skin, Musculoskeletal system and connective tissue	5.98	6.20	0.00
42. Congenital malformations	1.78	1.97	5.08
43. Certain conditions originating in the perinatal period	0.06	0.03	0.00
44. Sudden death	8.05	1.08	0.00
45. Other symptoms and ill-defined causes	50.05	1.14	0.00
46. Motor vehicle traffic accidents	4.04	5.72	0.00
47. Accidental poisoning by alcohol	0.31	1.99	0.00
48. Accidental falls	17.95	11.96	7.97
49. Other accidents	4.39	7.65	5.08
50. Suicide	9.53	11.08	9.66
51. Injury causes by accident or purposely inflicted	2.76	0.64	10.07
52. Homicide and other injury	1.04	1.38	0.00
<i>Total deaths, Females</i>	30,154	25,169	118
<i>Total deaths, males and females</i>	59,332	49,143	241

ESP = European Standard Population.

Aldersstandardiserede dødsårsagsrater (ESP) pr. 100.000 indbyggere. Kvinder

Iceland 1996	Norway 1996	Sweden 1997	Nordisk forkortet liste Dødsårsag
0.00	0.60	0.81	1. Tuberkulose
2.10	5.03	4.52	2. Andre infektionssygdomme
7.16	1.37	1.46	3. Ondartet svulst i spiserøret
9.78	7.65	6.57	4. Ondartet svulst i mavesæk
16.22	19.43	14.22	5. Ondartet svulst i tynd- og tyktarm
6.18	9.06	5.22	6. Ondartet svulst i endetarm
13.13	11.05	11.77	7. Ondartet svulst i bugspytkirtel
49.43	26.69	22.90	8. Ondartet svulst i åndedrætsorganer og bryr
26.48	33.42	26.97	9. Ondartet svulst i brystkirtel
2.87	5.61	3.21	10. Ondartet svulst i livmoderhals
7.02	4.30	4.82	11. Ondartet svulst i andre dele af livmoder
16.68	14.83	13.42	12. Ondartet svulst i æggestok
.	.	.	13. Ondartet svulst i prostata
17.22	15.02	14.44	14. Ondartet svulst i lymfatiske og bloddannende væv
47.45	42.14	45.66	15. Ondartet svulst i andre eller uspecificerede lokalisationer
2.13	4.15	4.01	16. Godartede og uspecificerede svulster
5.22	7.67	10.32	17. Sukkersyge
1.55	3.55	3.03	18. Andre indresekretoriske sygdomme og stofskiftesygdomme
1.87	1.60	1.47	19. Sygdomme i blod og bloddannende organer
0.93	2.21	1.96	20. Alkoholisk psykose og alkoholisme
10.14	15.04	19.20	21. Andre mentale lidelser
19.96	11.55	9.67	22. Sygdomme i nervesystem og sanseorganer
0.00	2.21	1.30	23. Rheumatisk feber og rheumatiske hjertesygdomme
2.81	6.30	4.54	24. Hypertensionssygdomme
108.43	101.42	110.28	25. Iskæmiske hjertesygdomme
29.09	47.48	42.61	26. Andre hjertesygdomme
71.86	73.49	64.45	27. Karælæsioner i centralnervesystemet
12.03	12.65	22.48	28. Andre kredsløbssygdomme
1.42	0.70	1.29	29. Influenza
44.79	25.48	18.55	30. Lungebetændelse
29.56	21.51	14.86	31. Bronchitis, emfysem og asthma
3.55	2.93	4.05	32. Andre sygdomme i åndedrætsorganer
0.47	3.41	3.19	33. Sygdomme i mundhule, spiserør, mavesæk og tolvfingertarm
0.47	3.09	2.53	34. Levercirrhose
13.04	11.38	11.50	35. Andre sygdomme i fordøjelsesorganer
4.73	3.03	3.50	36. Nephritis og nefrose
2.49	0.85	0.81	37. Nyrebetændelse og sten i nyre og urinleder
.	.	.	38. Prostatahypertrofi
1.89	2.57	2.30	39. Andre sygdomme i urin- og kønsorganer
0.00	0.04	0.07	40. Komplikationer under svangerskab og fødsel
1.90	6.06	5.35	41. Sygdomme i hud, knogler og bindevæv
3.57	1.85	1.50	42. Medfødte misdannelser
0.09	0.08	0.08	43. Visse tilstande med udspring i den perinatale periode
1.40	8.74	0.16	44. Pludselig død
4.25	11.33	12.02	45. Symptomer og mangelfuldt definerede tilstande
2.11	4.44	2.88	46. Motorkøretøjsulykker
0.00	0.34	0.22	47. Forgiftningsulykker med alkoholer
7.28	11.61	7.62	48. Faldulykker
5.08	4.41	3.68	49. Alle andre ulykker
4.31	6.28	7.83	50. Selvmord
1.57	0.32	2.06	51. Skader forvoldt ved ulykke eller påført med forsæt
0.00	0.92	0.75	52. Drab og anden voldsom død
887	21,792	46,629	<i>Antal døde i alt, kvinder</i>
1,879	43,919	93,349	<i>Antal døde i alt, mænd og kvinder</i>

Appendix 5

Tables on medical, surgical and psychiatric specialities in hospitals as they incur in the statistics of this publication

Oversigt over medicinske, kirurgiske og psykiatriske specialer ved hospitaler sådan som de indgår i statistikken i denne publikation

Medicine/medicin

	<i>Denmark</i>	<i>Finland</i>	<i>Iceland</i>	<i>Norway</i>	<i>Sweden</i>
<i>Internal medicine</i> Intern medicin	+	+	+	+	+
<i>Dermato-venerology</i> Dermato-venerologi	+	+	+	+	+
<i>Geriatrics</i> Geriatrici	+	+	-	+	+
<i>Hepatology</i> Hepatologi	+	-	+	-	+
<i>Haematology</i> Hæmatologi	+	+	+	+	+
<i>Infectious diseases</i> Infektionsmedicin	+	+	+	+	+
<i>Cardiology</i> Kardiologi	+	+	+	+	+
<i>Medical allergology</i> Medicinsk allergologi	+	+	+	-	+
<i>Medical endocrinology</i> Medicinsk endokrinologi	+	+	+	-	+
<i>Medical gastro-enterology</i> Medicinsk gastroenterologi	+	+	+	+	+
<i>Medical pulmonary diseases</i> Medicinske lungesygdomme	+	+	+	+	+
<i>Nephrology</i> Nefrologi	+	+	+	+	+
<i>Rheumatology</i> Reumatologi	+	+	+	+	+
<i>Neuro-medicine</i> Neuromedicin	+	+	+	+	+

APPENDIX 5

	<i>Denmark</i>	<i>Finland</i>	<i>Iceland</i>	<i>Norway</i>	<i>Sweden</i>
	<i>Denmark</i>	<i>Finland</i>	<i>Iceland</i>	<i>Norway</i>	<i>Sweden</i>
<i>Oncology</i> Onkologi	+	+	+	+	+
<i>Pediatrics</i> Pædiatri	+	+	+	+	+
<i>Phoniatry</i> Foniatri	-	+	-	-	-
<i>Occupational medicine</i> Arbejdsmedicin	-	+	-	+	+
<i>Miscellaneous medicine/surgery</i> Blandet medicin/kirurgi	+	-	+	+	+
<i>Anaesthesiology</i> Anæstesiologi	+	+	+	+	+
<i>Others (without specialization)</i> Andet (uden speciale)	+	+	-	-	-
<i>General medicine</i> Almen medicin	-	+	+	-	-
<i>Rehabilitation</i> Rehabilitering	-	+	-	+	+

APPENDIX 5

Surgery/Kirurgi

	<i>Denmark</i>	<i>Finland</i>	<i>Iceland</i>	<i>Norway</i>	<i>Sweden</i>
<i>General surgery</i> Almen kirurgi	+	+	+	+	+
<i>Vascular surgery</i> Karkirurgi	+	+	+	+	+
<i>Gastro-enterological surgery</i> Kirurgisk gastroenterologi	+	+	+	+	+
<i>Plastic surgery</i> Plastikkirurgi	+	+	+	+	+
<i>Thorax surgery</i> Thoraxkirurgi	+	+	+	+	+
<i>Urology</i> Urologi	+	+	+	+	+
<i>Neuro-surgery</i> Neurokirurgi	+	+	+	+	+
<i>Ophthalmology</i> Oftalmologi	+	+	+	-	+
<i>Orthopaedic surgery</i> Ortopædkirurgi	+	+	+	+	+
<i>Oto-rhino-laryngology</i> Oto-rhino-laryngologi	+	+	+	+	+
<i>Gynaecology and obstetrics</i> Gynækologi og obstetrik	+	+	+	+	+
<i>Hand surgery</i> Håndkirurgi	-	+	+	-	+
<i>Child surgery</i> Børnekirurgi	-	+	+	+	+
<i>Surgical larynxology</i> Kæbekirurgi	-	+	+	+	-

Psychiatry/Psykiatri

	<i>Denmark</i>	<i>Finland</i>	<i>Iceland</i>	<i>Norway</i>	<i>Sweden</i>
<i>Psychiatry</i> Psykiatri	+	+	+	+	+
<i>Child psychiatry</i> Børnepsykiatri	+	+	-	-	-
<i>Child and youth psychiatry</i> Børne- og ungdomspsykiatri	-	+	+	+	+
<i>Psychiatry for drug addicts and alcoholics</i> Psykiatri for narkotika- og alkoholmisbrugere	-	+	+	+	+
<i>Psychiatric hospitals and clinics</i> Psykiatriske hospitaler og klinikker	-	+	-	+	+
<i>Psychiatric wards in somatic hospitals</i> Psykiatriske afdelinger på somatiske hospitaler	-	+	+	+	+

Further information *Yderligere oplysninger*

The following list of offices responsible for statistics may be used to gather further information concerning the statistics in this publication.

Denmark

Statistics Denmark
Sejrøgade 11
DK-2100 Copenhagen Ø
Phone: +45 39 17 39 17
Fax: +45 39 18 48 01

National Board of Health
P.O. Box 2020
DK-1012 Copenhagen K
Phone: +45 33 91 16 01
Fax: +45 33 91 22 48
E-mail: sst@sis.dk

Statens Seruminstitut
Artillerivej 5
DK-2300 Copenhagen S
Phone: +45 32 68 32 68
Fax: +45 44 91 73 73

Denne oversigt over statistikansvarlige i de nordiske lande kan bruges til at søge yderligere oplysninger vedrørende statistikken i denne bog.

Have responsibility for:

- Population statistics
- Statistics on alcohol consumption
- Statistics on health care economy

Have responsibility for:

- Statistics on births
- Statistics on abortions
- Statistics on malformations
- Statistics on causes of deaths
- Statistics on in-patients, outpatients and emergency wards
- Statistics on health personnel
- Statistics on hospital economy
- Statistics on hospital capacity
- Information on alcohol consumption

Have responsibility for:

- Statistics on infectious diseases
- Statistics and information on vaccinations

FURTHER INFORMATION

National Board of Medicines
Frederikssundsvej 378
DK-2700 Brønshøj
Phone: +45 44 88 91 11
Fax: +45 44 91 73 73

Have responsibility for:

- Statistics on pharmaceutical products

The Committee for
Tobacco Use Prevention
Ravnsborggade 2, 2nd
DK-2200 Copenhagen N
Phone: +45 35 37 52 00
Fax: +45 35 37 53 88

Have responsibility for:

- Statistics on the use of tobacco

Faroe Islands

Faroe Statistics
P.O. Box 355
FR-110 Tórshavn
Phone: +298 31 46 36
Fax: +298 31 86 96

Have responsibility for:

- Population and vital statistic
- Statistics on health care economy
- Information on alcohol consumption
- Statistics on the use of Tobacco

Chief Medical Officer
P.O. Box 9
FR-110 Tórshavn
Phone: +298 31 18 32
Fax: +298 31 76 60

Have responsibility for:

- Statistics on abortions
- Statistics on infectious diseases
- Statistics and information on vaccinations

Chief Pharmaceutical Officer
P.O. Box 187
FR-110 Tórshavn
Phone: +298 31 71 37
Fax: +298 31 09 20

Have responsibility for:

- Statistics on pharmaceutical products

National Board of Health in Denmark
Amaliegade 13
P.O. Box 2020
DK-1012 Copenhagen K
Phone: +45 33 91 16 01
Fax: +45 33 93 16 36

Have the responsibility for:

Statistics on causes of death

The Hospital Board
P.O. Box 336
FR-110 Tórshavn
Phone: +298 31 53 60
Fax: +298 31 82 65

Have responsibility for:

- Statistics on causes of deaths

FURTHER INFORMATION

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

www.statgreen.gl

Chief Medical Officer
P.O. Box 120
DK-3900 Nuuk
Phone: +299 34 5192
Fax: +299 32 51 30
E-mail: eli@gh.gl

National Board of Health in Denmark
Amaliegade 13
P.O. Box 2020
DK-1012 Copenhagen K
Phone: +45 33 91 16 01
Fax: +45 33 93 16 36
E-mail: sst@sis.dk

The Central Pharmacy in Copenhagen
County
Marielundsvej 25
DK-2730 Herlev
Phone: +45 44 57 77 00
Fax: +45 44 57 77 09

The Directorate for Health
P.O. Box 1160
DK-3900 Nuuk
Phone: +299 34 50 00
Fax: +299 32 55 05

Have responsibility for:

- Population and vital statistics
- Statistics on health personnel
- Statistics on hospital capacity
- Statistics on health care economy

Have responsibility for:

- Statistics on births
- Statistics on abortions
- Statistics on malformations
- Statistics on infectious diseases
- Statistics and information on vaccinations

Have responsibility for:

- Statistics on causes of deaths

Have responsibility for:

- Statistics on pharmaceutical products

Have responsibility for:

- Statistics on hospital capacity
- 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

STAKES (National Research
 and Development Centre
 for Welfare and Health)
 P.O. Box 220
 FIN-00531 Helsinki
 Phone: +358 9 396 71
 Fax: +358 9 396 72 052
 Website: www.stakes.fi

National Public Health Institute
 Mannerheimintie 166
 FIN-00300 Helsinki
 Phone: +358 9 474 41
 Fax: +358 9 474 48 408
 Website: www.ktl.fi

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:

- Population and vital statistics
- Causes-of-Death Register
- Tobacco statistics
- Statistics on road traffic accidents

Have responsibility for:

- Register of Institutional Care
- Medical Birth Register
- Register of Abortions and Sterilizations
- Cancer Register
- Register of Health Care Personnel
- Statistics on public health care visits
- Statistics on private health care
- Statistics on labour force in health care
- Statistics on alcohol and narcotics
- Definitions and classifications in health care

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
- Public Health Report

Have responsibility for:

- Drug registration and sales licences
 - Register on Adverse Drug Reactions
- Statistics on pharmacies

FURTHER INFORMATION

Social Insurance Institute
Nordenskiöldinkatu 12
FIN-00250 Helsinki
Phone: +358 9 20 434 11
Fax: +358 9 20 434 50 58
Website: www.kela.fi

Ministry of Agriculture
Information service
P.O. Box 250
FIN-00171 Helsinki
Phone: +358 9 134 211
Fax: +358 9 1342 1573
Website: www.mmm.fi/tike

Åland

Landskapsstyrelsen/Landskapsläkaren
P.O. Box 60
FIN-22101 Mariehamn
Phone: +358 18 250 00
Fax: +358 18 191 55

Social Insurance Institute
Statistics Finland
STAKES
National Agency for Medicine
National Public Health Institute

Iceland

Statistics Iceland
Skuggasund 3
IS-150 Reykjavík
Phone: +354 560 9800
Fax: +354 562 8865
E-mail: hagstofa@hagstofa.is
Website: www.statice.is

Have responsibility for:

- Sickness insurance benefits and allowances, reimbursements for medicine expenses, and disability pensions
- Statistics on health care expenditure

Have responsibility for:

- Statistics on nutrition

Have responsibility for:

- Statistics on infectious diseases
- Statistics on health personnel
- Statistics on hospital capacity
- Information on alcohol consumption
- Statistics on use of tobacco
- Statistics on health care economy

- See Finland

Have responsibility for:

- Population and vital statistics
- Statistics on causes of deaths
- Statistics on alcohol consumption
- Statistics on tobacco consumption

FURTHER INFORMATION

Directorate of Health
Laugavegur 116
IS-150 Reykjavík
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 care
- Statistics on in-patient care
- Statistics on infectious diseases
- Statistics on vaccinations
- Statistics on health personnel
- Statistics on hospital capacity

The Ministry of Health and
Social Security
Laugavegur 116
IS-150 Reykjavík
Phone: +354 560 9700
Fax: +354 551 9165
E-mail: eggert.sigfusson@htr.stjr.is

Have responsibility for:

- Statistics on pharmaceutical products

The Committee for
Tobacco Use Prevention
P.O. Box 5420
IS-125 Reykjavík
Phone: +354 561 2555
Fax: +354 561 2563
E-mail: tobak@tobak.is
Website: www.tobak.is

Have responsibility for:

- Statistics on the use of tobacco

National Economic Institute
Kalkofnsvegur 1
IS-150 Reykjavík
Phone: +354 569 9500
Fax: +354 562 6540
E-mail: ths@centbk.is
Website: www.stjr.is/for/thst

Have responsibility for:

- Statistics on health care economy

Icelandic Cancer Register
P.O. Box 5420
IS-125 Reykjavík
Phone: +354 562 1414
Fax: +354 562 1417
E-mail: hrafnt@krabb.is
Website: www.krabb.is

Have responsibility for:

- Statistics on cancer

FURTHER INFORMATION

Icelandic Nutrition Council
Barónsstíg 47
IS-101 Reykjavík
Phone: +354 552 2400
Fax: + 345 562 2415
E-mail: manneldi@vortex.is

Have responsibility for:
■ Statistics on nutrition

Norway

Statistics Norway
P.O. Box 8131 Dep.
N-0033 Oslo
Phone: +47 22 86 45 00
Fax: +47 22 86 49 73
E-mail:ssb@no
Website:www.ssb.no

Have responsibility for:
■ Population and vital statistics
■ Statistics on sterilizations
■ Statistics on induced abortions
■ Nursing and care statistics
■ Statistics on in-patients
■ Statistics on causes of deaths
■ Statistics on health personnel
■ Statistics on hospital capacity
■ Statistics on alcohol consumption
■ Statistics on sale of tobacco
■ Statistics on health care economy

Medical Birth Registry of Norway
Armauer Hansens hus
Haukeland sykehus
N-5021 Bergen
Phone: +47 55 97 49 89
Fax: +47 55 97 49 98
E-mail:mfr@uib.no

Have responsibility for:
■ Statistics on births and infant deaths

Norwegian Board of Health
P.O. Boks 8128 Dep.
N-0032 Oslo
Phone: +47 22 24 90 90
Fax: +47 22 24 95 90
E-mail: helsetilsynet@helsetilsynet.-
dep.telemax.no
Website: www.helsetilsynet.no

Have responsibility for:
■ Statistics on dentists
■ Information and statistics on immuni-
zation

FURTHER INFORMATION

SINTEF-Unimed
Norwegian Patient Register
N-7034 Trondheim
Phone: +47 73 59 25 90
Fax: +47 73 59 63 61
E-mail:navn@unimed.sintef.no
Website:www.sintef.no

Have responsibility for:

- Statistics on in-patients

National Institute of Public Health
P.O. Box 4404 Torshov
N-0403 Oslo
Phone: +47 22 04 22 00
Fax: +47 22 35 36 05
E-mail: folkehelsa@folkehelsa.no
Website: www.folkehelsa.no

Have responsibility for:

- Statistics on sexual transmitted diseases
- Statistics on accidents

Norwegian Medicinal Depot
P.O. Box 100 Veitvedt
N-0518 Oslo
Phone: +47 22 16 96 00
Fax: +47 22 16 61 21
E-mail:navn@nmd.no
Website: www.nmd.no

Have responsibility for

- Statistics on contraceptives
- Statistics on pharmaceutical products

Norwegian Cancer Registry
Montebello
N-0310 Oslo
Phone: +47 22 45 13 00
Fax: +47 22 45 13 70
E-mail:kreftregisteret@kreftreg.no
Website: www.kreftreg.no

Have responsibility for:

- Statistics on cancer

National Council on Nutrition and
Physical Activity
P.O. Box 8139 Dep.
N-0033 Oslo
Phone: +47 22 24 90 61
Fax: +47 22 24 90 91
E-mail:post@sef.no
www.sef.no

Have responsibility for:

- Statistics on food and consumption of fats

FURTHER INFORMATION

Norwegian Medical Association
P.O. Box 1152 Sentrum
N-0107 Oslo
Phone: +47 23 10 90 00
Fax: +47 23 91 70
Website: www.legeforeningen.no
National Health Screening Service
P.O. Boks 8155 Dep
N-0033 Oslo
Phone: +47 22 24 21 00
Fax: + 47 22 24 21 01
National Council on
Tobacco and Health
P.O. Box 8025 Dep.
N-0030 Oslo
Phone: +47 22 24 89 90
Fax: +47 22 36 01 66

Have responsibility for

- Statistics on physicians

Have responsibility for:

- Statistics on tuberculosis

Have responsibility for:

- Statistics on the use of tobacco

Sweden

Statistics Sweden
Box 24 300
S-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

The National Board of Health and Welfare
S-106 30 Stockholm
Phone: +46 8 55 55 30 00
Fax: +46 8 55 55 33 27
E-mail: statistik.epc@sos.se
Website: www.sos.se/epc

Have responsibility for:

- Statistics on births
- Statistics on abortions
- Statistics on sterilizations
- Statistics on in-patients
- Statistics on cancer
- Statistics on causes of deaths

Swedish Institute for Infectious Disease Control
S-171 82 Solna
Phone: +46 8 457 23 00
Fax: +46 8 30 06 20
E-mail: smittskyddsinstitutet@smi.ki.se

Have responsibility for:

- Statistics on infectious diseases
- Statistics and information on vaccinations

FURTHER INFORMATION

National Corporation of
Swedish Pharmacies
S-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

Federation of Swedish County Councils
Box 70491
S-107 26 Stockholm
Phone: +46 8 702 43 00
Fax: +46 8 702 45 90
E-mail: landstingsforbundet@lf.se
Website: www.lf.se

Have responsibility for:

- Statistics on health personnel
- Statistics on hospital capacity
- Statistics on health care economy

Swedish Association of Local Authorities
S-118 82 Stockholm
Phone: +46 8 772 41 00
Fax: +46 8 641 15 35
E-mail: sk@svekom.se
Website: www.svekom.se

Have responsibility for:

- Statistics on health personnel

Swedish Agency for Government Employers
Boks 16386
S-103 27 82 Stockholm
Phone: +46 8 700 13 00
Fax: +46 8 10 15 52
E-mail: agv@arbetsgivarverket.se
Website: www.arbetsgivarverket.se

Have responsibility for:

- Statistics on health personnel

Swedish Board of Agriculture
S-551 82 Jönköping
Phone: +46 36 15 50 00
Fax: +46 36 19 05 46
E-mail: jordbruksverket@sjv.se
Website: www.sjv.se

Have responsibility for:

- Statistics on food consumption

NOMESCO Publications

1. Medisinsk fødselsregistrering. Forslag fra en arbeidsgruppe opprettet av NOMESKO. NOMESKO, Bergen 1971.
2. Planning Information Services for Health/Administration. Decision – Simulation – Approach. Recommendations submitted by a Working Party within NOMESKO. NOMESKO, Stockholm 1973.
3. Computer-based Patient Statistics. Part I. Hospital In-patients. Recommendations submitted by a Working Party within NOMESKO. NOMESKO, Stockholm 1974.
4. Databaseorienteret patientstatistik. 1. Del. Indlagte patienter. Förslag från en arbetsgrupp inom NOMESKO. NOMESKO, Stockholm 1974.
5. Code-list for Diagnoses used in Ambulatory Care. Based on the International Classification of Diseases (8th Rev). Recommendations submitted by a working party within NOMESKO. NOMESKO, Stockholm 1976.
6. Databaseorienteret patientstatistik. 2. del. Statistik om lægebesøg. Förslag från en arbetsgrupp inom NOMESKO. NOMESKO, Stockholm 1978.
7. Översyn av ICD-8. 1. del. Jämförelse mellan de nordiska versionerna av klassifikationen adapterad för sjukhusbruk. Förslag från en arbetsgrupp inom NOMESKO, Stockholm 1978.
8. Översyn av ICD-8. Andra delen:1. ICD-8 och de nordiska versionerna jämförda med ICD-9. Tabellarisk del. NOMESKO, Stockholm 1978.
9. Översyn av ICD-8. 2. del:2. ICD-8 och de nordiska versionerna jämförda med ICD-9. Kommentarer. NOMESKO, Stockholm 1978.
10. Computer-based Patient Statistics. Part II. Statistics on Doctor-visits. Recommendations submitted by NOMESCO/APAT-group. NOMESCO, Copenhagen 1979.
11. Health Statistics in the Nordic Countries. 1978. NOMESCO, Stockholm 1980.
12. Osnes, M.: Sammenligning mellom diagnoseklassifikasjoner. ICD-8 Islandsk-dansk-finsk & svensk-norsk (4 siffer) og ICD-9. NOMESKO, Oslo 1980.
13. Sigurdsson, G., et al: Egilsstadir-projektet. Problemorienterad journal och individu-baserat informations-system för primärvård. NOMESKO, Stockholm 1980.

14. Härö, A.S. (ed.): Planning Information Services for Health. Decision – Simulation – Approach. Report of NOMESCO/ADAT working group. NOMESCO, Helsinki 1981.
15. Health Statistics in the Nordic Countries 1980. NOMESCO, Copenhagen 1982.
16. Rapport fra Nordisk konference om Besöksorsaker inom primärvården. NOMESKO, København 1982.
17. Fødsler i Norden. Medicinsk fødselsregistrering 1979. (Births in the Nordic Countries. Registration of the Outcome of Pregnancy 1979). NOMESCO, Reykjavík 1982.
18. Health Statistics in the Nordic Countries 1981. NOMESCO, Copenhagen 1983.
19. Health Statistics in the Nordic Countries 1982. NOMESCO, Copenhagen 1984.
20. Nordisk klassifikation til brug i ulykkesregistrering. NOMESKO, København 1984.
21. Nordisk dødsårsagsstatistik. Analyse af kodepraksis. NOMESKO, København 1985.
22. Health Statistics in the Nordic Countries 1983. NOMESCO, Copenhagen 1985.
23. Datorstödda informationssystem inom primärvården i Norden. NOMESKO, Helsinki 1985.
24. Health Statistics in the Nordic Countries 1984. NOMESCO, Copenhagen 1986.
25. Fødsler i Norden. Medicinsk fødselsregistrering 1979-1983. (Births in the Nordic Countries. Registration of the Outcome of Pregnancy 1979-1983). NOMESCO, Reykjavík 1987.
26. Health Statistics in the Nordic Countries 1985. NOMESCO, Copenhagen 1987.
27. Computerized Information Systems for Primary Health Care in the Nordic Countries. NOMESCO, Copenhagen 1988.

NOMESCO PUBLICATIONS

28. Health Statistics in the Nordic Countries 1986. NOMESCO, Copenhagen 1988.
29. Health Statistics in the Nordic Countries 1987. NOMESCO, Copenhagen 1989.
30. Nordic Short List of Surgical Operations 1989. NOMESCO, Copenhagen 1989.
31. Health Statistics in the Nordic Countries 1988. NOMESCO, Copenhagen 1990.
32. Trender i hälsoutvecklingen i de nordiska länderna. *Annus Medicus* 1990, Helsingfors 1990.
33. Health Trends in the Nordic Countries. *Annus Medicus* 1990, Helsingfors 1990.
34. Nordisk klassifikation til brug i ulykkesregistrering. 2. reviderede udgave. NOMESKO, København 1990.
35. Classification for Accident Monitoring. 2nd revised edition. NOMESCO, Copenhagen 1990.
36. Health Statistics in the Nordic Countries 1966-1991. NOMESCO, Copenhagen 1991.
37. Mats Brommels (ed.): Resultat, kvalitet, valfrihet. Nordisk hälsopolitik på 90-talet. NOMESKO, København 1991.
38. Health Statistics in the Nordic Countries 1990. NOMESCO, Copenhagen 1992.
39. Births and Infant Mortality in the Nordic Countries. NOMESCO, Copenhagen 1993.
40. Health Statistics in the Nordic Countries 1991. NOMESCO, Copenhagen 1993.
41. Primary Health Care in the Nordic Countries in the early 1990s. NOMESCO, Copenhagen 1994.
42. Health Statistics in the Nordic Countries 1992. NOMESCO, Copenhagen 1994.

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. NOMESCO, 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. NOMESCO, 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, København 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

NOMESCO PUBLICATIONS

- 59 NOMESCO Classification of Surgical Procedures, Version 1.5. Copenhagen 2001
60. Health Statistics in the Nordic Countries 1998. NOMESCO, Copenhagen 2000.