

Health Statistics in the Nordic Countries 1996
Helsestatistik for de nordiske lande 1996

Health Statistics in the Nordic Countries 1996

Helsestatistik for de nordiske lande 1996

Members of the Editing 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	Landslæge Hogni Debes Joensen Sigmundargøta 5 Postmoga 9 FR-110 Tórshavn	Erik Falkø Lorentzen, Ullerslev, Danmark Erik Hagman, Institutionen för folkhälsovetenskap, Helsingfors Universitet, Finland
Grønland	Jytte Hey Embedslægeinstitutionen i Grønland Postboks 120 DK-3900 Nuuk	Thorstein Njálsson, Heilsugæslustödin Solvangur, Island Anders Grimsmo, Surnedal, Norge
Finland	Forskare Mika Gissler STAKES Postbox 220 FIN-00531 Helsingfors	Lars Matthiessen, VC Verkstaden, Arvika, Sverige
Åland	Landskapsläkare Birger Ch. Sandell Ålands landskapsstyrelse Social- och hälsovårdsavdelningen Postbox 60 FIN-22101 Mariehamn	
Island	Konsulent Sigríður Vilhjálmsdóttir Hagstofa Íslands Skuggasund 3 IS-150 Reykjavík	
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	
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 1998

Omslag: Kjeld Brandt, Grafisk tegnestue ApS

Forsidefoto: Guðmundur Ingólfsson/ÍMYND

Tryk: Notex – Tryk & Design

ISBN 87-89702-23-9

Contents

Indhold

Preface	Forord	9
SECTION A	SEKTION A	
Health Statistics 1996	Helsestatistik 1996	11
Chapter I	Kapitel I	12
Organization of health services	Organiseringen af sundheds- væsenet	12
• Introduction	• Indledning	12
• Current and future changes in the health services	• Igangværende og kommende ændringer i sundhedsvæsenet	13
• Organization of and responsibility for the health sector	• Organisering og ansvar for sundhedsvirksomheden	17
• Supervision of the health services	• Tilsyn med sundhedsvæsenet	31
• Financing of the health services	• Finansieringen af sundhedsvæsenet	38
• Charges for health care as at January, 1 1998	• Egenbetaling for sundhedsydelse pr. 1. januar 1998	38
• Consultation with physician	• Lægebesøg	38
• Reimbursement of pharmaceutical products	• Tilskud til lægemidler	41
• Admission to hospital	• Indlæggelse på sygehus	45
• Reimbursement of dental treat- ment	• Tilskud til tandbehandling	47
• Maximum charges	• Maksimal egenbetaling	50
Chapter II	Kapitel II	
Population and fertility	Befolkning og fertilitet	53
• Introduction	• Indledning	53
• Population and population trends	• Befolkning og befolkningsudvikling	53
• Fertility, births, infant mortality, and contraception	• Fertilitet, fødsler, spædbørnsdøde- lighed og prævention	62

CONTENTS

Chapter III	Kapitel III	
Consumption patterns	Forbrugsvaner	73
Chapter IV	Kapitel IV	
Medical treatment, morbidity and accidents	Sygdomsbehandling, sygelighed og ulykker	79
• Introduction	• Indledning	79
• Medical treatment outside of hospitals	• Behandling uden for sygehuse	79
• Medical treatment in hospitals	• Behandling ved sygehuse	86
• Cancer diseases	• Cancersygdomme	110
• Sexually transmitted diseases etc.	• Seksuelt overførte sygdomme m.v.	115
• Accidents	• Ulykker	120
Chapter V	Kapitel V	
Mortality and causes of death	Dødelighed og dødsårsager	123
Chapter VI	Kapitel VI	
Resources	Ressourcer	135
• Introduction	• Indledning	135
• Health care expenditure	• Sundhedsudgifter	135
• Health staff	• Sundhedspersonale	140
• Capacity and services at hospitals	• Kapacitet og ydelser i sygehusvæsenet	148
• Pharmaceutical products	• Lægemidler	156
SECTION B	SEKTION B	
Patients, Diagnoses and Activities in General Practice in the Nordic countries	Pasienter, diagnoser og aktiviteter i allmennpraksis i de nordiske landene	171

SECTION C	SEKTION C	211
Appendices	Bilag	
Appendix 1: Obstetric definitions	Bilag 1: Obstetriske definitioner	212
Appendix 2: Hospital related definitions	Bilag 2: Sygehusdefinitioner	214
Appendix 3: Nordic short-list for morbidity	Bilag 3: Nordisk forkortet morbiditetsliste	215
Appendix 4: Nordic short-list for causes of death	Bilag 4: Nordisk forkortet dødsårsagsliste	223
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	228
Further information	Yderligere oplysninger	232
NOMESCO's Publications	NOMESKO's publikationer	242
<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	–

Preface

Forord

The aim of NOMESCO is partly to establish a basis for comparable medical statistics in the Nordic countries, partly to take the initiative to develop projects of relevance to medical statistics as well as follow international trends in questions of medical statistics.

NOMESCO is a permanent committee under the Nordic Council of Ministers, placed under the jurisdiction of the Nordic Committee for Social Policy.

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

Insofar as the tables include statistical indicators for the aims of the WHO programme "Health for All 2000" (HFA), this will be indicated in the tables.

The tables concerning cancer incidence, eating habits and the consumption of pharmaceutical products have been prepared in collaboration with other Nordic working groups.

Section B presents the results from a pilot project: 'Patients, Diagnoses and Activities in General Practice in the Nordic countries'.

*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.

NOMESKO er en permanent komité under Nordisk Ministerråd og er underlagt Nordisk Socialpolitisk Komités ansvarsområde.

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

Såfremt tabellerne indeholder data om statistiske indikatorer fra WHO's program "Sundhed for alle år 2000", fremgår dette af de enkelte tabeller.

Tabellerne vedrørende cancerincidens, kostvaner og medicinforbrug er udarbejdet i samarbejde med andre nordiske arbejdsgrupper.

I Sektion B vises resultaterne fra et pilotprojekt: 'Pasienter, diagnoser og aktiviteter i allmennpraksis i de nordiske landene'.

*Nordisk Medicinalstatistisk Komité
(NOMESKO)*

SECTION A

Health Statistics 1996
Helsestatistik 1996

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

Indledning

I de nordiske lande er sundhedsvæsenet et offentligt anliggende.

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

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

Speciallægebehandling tilbydes også uden for sygehusene.

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

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

Under sygdom får lønmodtagere enten udbetalt en kontantydelse eller løn. Selv-

people have the possibility of insuring themselves in case of illness.

stændige erhvervsdrivende har mulighed for at forsikre sig ved sygdom.

Current and future changes in the health services

DENMARK: In connection with the Government's Budget for 1998, it was decided that, from the year 2000, the basic hospital treatment of patients from other counties is to be refunded with an amount reflecting the actual cost of the treatment. Such costs are to be calculated by the Ministry of Health based upon the DRG- Methods. (Diagnose Related Groupings)

In May 1997, the Ministry of Health made a survey concerning the use of electronic booking systems in hospitals. The preliminary results suggest that introducing the electronic booking system has improved services for patients by offering quick and accurate information concerning waiting periods for the individual patient. In addition, better use of hospital resources through changes in work procedures has been achieved.

In February 1998, a committee under the Ministry of Health issued a report with proposals promoting the use of electronic booking systems and introducing a nationwide information system with updated information on waiting periods based on the hospital booking systems.

FAROE ISLANDS: At present, a number of statutes and regulations are under revision on the Faroe Islands. This includes: new regulations concerning the work of dental nurses, a new statute for

Igangværende og kommende ændringer i sundhedsvæsenet

DANMARK: I forbindelse med finansloven for 1998 blev det besluttet at sygehusenes behandling på basisniveau af patienter fra andre amter fra år 2000 skal refunderes med et beløb, der afspejler den reelle pris på behandlingen. Sådanne priser skal beregnes af Sundhedsministeriet, og skal basere sig på DRG-metoden (Diagnose Relaterede Grupperinger).

Sundhedsministeriet har i maj 1997 kortlagt udbredelsen af elektroniske bookingsystemer på landets sygehuse. De foreløbige resultater peger på, at indførelse af elektronisk booking bl.a. har medført en bedre patientservice ved at give hurtig og præcis information om ventetiden for den enkelte patient. Desuden er der opnået forbedret udnyttelse af sygehusenes ressourcer gennem ændret arbejdstilrettelæggelse.

Et udvalg under Sundhedsministeriet udgav i februar 1998 en rapport med forslag til fremme af anvendelse af elektroniske bookingsystemer samt etablering af et landsdækkende informationssystem med aktuelle oplysninger om ventetider, bl.a. baseret på informationer fra sygehusenes bookingsystemer.

FÆRØERNE: Der pågår i øjeblikket en revision af et antal love og bekendtgørelser på Færøerne. Det drejer sig om en ny bekendtgørelse for tandplejeres virksomhedsområder, en ny lov om kommune-

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

municipal physicians, a new statute concerning dental treatment, a new statute for health visitors and home nurses, changes to the statutes for public health insurance, changes to the statutes for school health services as well as new regulations concerning the practice of clinical dieticians, the notification of contagious diseases, etc.

GREENLAND: At present, a regionalization of the hospital structure is under way including wider use of international collaboration concerning the use of specialists. Besides, a on-going trial concerning telemedicine has started. The collaboration with the National Board of Health in Denmark concerning the Greenland Board of Health is still being discussed, and, following the taking home of specialities, statutes are being brought up-to-date.

FINLAND: Although by international comparison, the Finnish health care system is not particularly expensive, demands for cutting spending continued to increase during 1997.

Some municipalities have set administrative limits to their use of hospitals, and different models have been developed to solve these problems. Some municipalities have agreed on fixed treatment models or procedures to be followed both for primary health care and hospital care. Another model has been to adopt DRG-based billing systems, which has been introduced in two hospital districts from the beginning of 1998. One municipality has even negotiated a model of buying all their primary health care services from a private non-profit organization (Folkhälsan).

lægeordningen, en ny lov om tandpleje, en ny lov om sundhedsplejersker og hjemmesygeplejersker, ændringer i loven om offentlig sygeforsikring, lovændringer om skolelægeordningen samt nye bekendtgørelser for klinisk diætistvirksomhed og for anmeldelse af smitsomme sygdomme m.v.

GRØNLAND: Man er i øjeblikket ifærd med en regionalisering af sygehusstrukturen samt at udvide brugen af internationale samarbejdsaftaler om speciallægetjeningen. Desuden er der igangsat et vedvarende forsøg med telemedicin. Samarbejdet mellem Sundhedsstyrelsen i Danmark om embedslægeinstitutionen drøftes fortsat, og desuden er man i gang med at ajourføre lovgivningen efter hjemtagelsen af specialer.

FINLAND: Selv om det finske sundhedssystem i international sammenhæng ikke er særlig dyrt, øgedes kravene til besparelser i løbet af 1997.

Nogle kommuner har fastsat administrative begrænsninger for deres brug af hospitaler, og der er blevet udviklet forskellige modeller til at løse disse problemer. Nogle kommuner har truffet aftaler om faste behandlingsmodeller eller rutiner som skal følges både ved den almindelige lægebehandling og ved hospitalsbehandling. En anden model er indførelsen af DRG-baserede betalingsystemer som i begyndelsen af 1998 er blevet indført i to hospitalsdistrikter. En kommune har anvendt en model med at købe alle de primære sundhedsydelser fra en privat nonprofit organisation (Folkhälsan).

In 1997, the Ministry of Social Affairs and Health launched a major evaluation and development project for the health care system. This project is aimed at initiating future development of the Finnish health care system. The basis of this enterprise are two papers prepared by the Ministry: *Outlines of Finnish Health Care* (1996) and *National Plan for the Health Care* (1997). The project includes collecting basic statistical information, organising local hearings in all hospital districts and convening national seminars.

The development is supported by several expert groups, and it should lead (in the beginning of 1998) to detailed proposals for developing the Finnish health care system.

ICELAND: The Government is responsible for the health sector, but experiments are under way in two municipalities involving the transfer of the health services to the local government. In the some smaller municipalities outside Reykjavík, local hospitals are being merged with health centres into a joint institution. The hospitals in Reykjavík and the surrounding areas have increased their collaboration. Specialisation is on the increase in the major hospitals and the possibilities are currently being discussed for establishing a central and more advanced university hospital than what exists today. It is expected that substantial changes within the health care system are imminent and will entail greater involvement of local government as well as increased private enterprise.

Within the field of information and information technology, the Ministry of Health and Social Security has made a

I 1997 gennemførte Social- og Sundhedsministeriet et større evaluerings- og udviklingsprojekt af sundhedsvæsenet. Projektets formål er at påbegynde den fremtidige udvikling af det finske sundhedsvæsen. Grundlaget for arbejdet er to notater udarbejdet af ministeriet: *Hovedlinierne i det finske sundhedsvæsen* (1996) og *National plan for sundhedsvæsenet* (1997). Projektet omfatter indsamling af grundlæggende statistiske informationer, afholdelse af lokale høringer i alle hospitalsdistrikter samt afholdelse af seminarer for hele landet.

Udviklingsarbejdet er støttet af et antal ekspertgrupper, og det forventes i begyndelsen af 1998 at føre til detaljerede forslag til udvikling af de finske sundhedssystem.

ISLAND: Det er staten som har ansvaret for sundhedsvæsenet, men der pågår forsøg i to kommuner med at overføre driften af sundhedsvæsenet til de lokale myndigheder. I nogle kommuner uden for Reykjavík er man i gang med at sammenlægge de lokale sygehuse med sundhedscentre til en samlet institution. Sygehusene i Reykjavík og nærområderne har øget deres samarbejde. Specialiseringen øges på de store sygehuse og man diskuterer mulighederne for at etablere et samlet, mere udviklet, universitetssygehus, end man har idag. Det forventes, at der inden for kort tid vil ske grundlæggende ændringer i sundhedsvæsenets organisation, bl.a. med voksende lokalt ansvar og mere privat initiativ.

På området information og informationsteknologi har sundheds- og socialforsikringsministeriet udarbejdet en 3-5-årig

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

3-5 year plan for developing an integrated information system for the health care services. The plan includes development of electronic health care records, a closed information network for health care institutions, the development of telemedicine, and information services for the general public and health care personnel.

NORWAY: Five new statutes concerning the health sector are at present under evaluation at the Department for Health and Social Welfare. The new rules will involve changes in the framework governing the various areas. The actual proposals concern: Act for Health Workers, Act Concerning Specialist Treatment, Act Concerning the Mentally Ill, Act Concerning Patient Rights and Act Concerning Health and Social contingency preparedness.

In addition, a family doctor scheme has been agreed to ensure that every citizen in the country receives the offer of a permanent physician in the primary health service. The scheme should be fully implemented from 2000.

SWEDEN: From January 1 1998, the counties took over the responsibility for user charges for medicine to non-admitted patients in and outside hospitals.

In May 1997, the Board of the Federation of Swedish County Councils recommended to the county councils and three municipalities to develop the health service in accordance with the memo, 'The Patients Meeting the Health Service'. In the autumn of 1997, the first report appeared from the parliamentary enquiry, HSU2000: 'The Patient's Right in which it is giving proposals on

plan med henblik på udvikling og integration af informationssystemerne i sundhedsvæsenet. Planen omfatter bl.a. elektroniske patientjournaler, et lukket informationsnetværk mellem sundhedsinstitutionerne, oprettelse af telemedicinsk service samt informationssystemer til offentligheden og til sundhedspersonalet.

NORGE: Der er fem nye love som berører sundhedsvæsenet, som er til vurdering i Sosial- og helsedepartementet. De nye regelsæt vil føre til ændringer i rammebetingelserne for de forskellige områder. De aktuelle lovforslag drejer sig om: Lov om sundhedspersonale; Lov om specialistbehandling; Lov om sikring af psykisk syge; Lov om patientrettigheder og Lov om social- og sundhedsmæssigt beredskab.

Der er desuden vedtaget at indføre en familielægeordning, som vil indebære, at hver indbygger får tilbud om at blive behandlet af den samme læge i det primære sundhedsvæsen. Ordningen skal være fuld implementeret fra og med år 2000.

SVERIGE: Fra og med 1. januar 1998 overtog landstingene betalingsansvaret for lægemidler for ikke indlagte patienter i og uden for sygehusene.

Bestyrelsen for Landstingsforbundet anbefalede i maj 1997 landstingene og medlemskommunerne at udvikle sundhedsvæsenet i overensstemmelse med notatet: *Patientens møde med sundhedsvæsenet*. I efteråret 1997 kom delbetænkningen fra den parlamentariske udredning HSU 2000: *Patienten har ret*, hvori der gives forslag om hvorledes patienternes stilling skal styrkes. Skåne, Kalmar,

strengthening the patient's position'. Skåne, Kalmar, Gotland and Västra Götaland counties have started a trial aiming to strengthen democracy and effectiveness at the regional level. Skåne County was established January 1, 1997. On January 1 1998, Västra Götalands County was established by joining four West-Swedish counties. On January 1 1999, the County Council for Västra Götaland and Skåne will be established.

Organization and responsibility for the health sector

DENMARK: Responsibility for the health service is set out according to a very decentralized organization. The main principles for the distribution of responsibility are as follows: The State is responsible for legislation, supervision and guidelines; the county councils are responsible for hospital service, health insurance and special nursing homes, whereas the municipalities are responsible for health care, home nursing, nursing homes, and child and school health care.

The county councils and the 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 according to the health insurance scheme so that the primary contact is always, in principle, with the general practitioners. Only in emergency cases one may, alternatively, turn to the hospitals.

Gotland og Västra Götalands Län har indledt en forsøgsvirksomhed med det formål at øge demokratiet og effektiviteten på regionalt niveau. Skåne län blev oprettet pr. 1. januar 1997. Den 1. januar 1998 dannedes Västra Götalands län af fire vestsvenske län. Den 1. januar 1999 dannes Västra Götalands landsting og Landstinget Skåne.

Organisering og ansvar for sundhedsvirksomheden

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

Driftsansvaret påhviler amter og kommuner.

Ved almindelig sygdom er borgernes benyttelse af sundhedsvæsenet baseret på en århundredlang tradition for familielæger. 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 the 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 schemes (counties).

Home-nursing schemes are linked to the 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 (amterne).

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. The municipalities are responsible for the school health service which is carried out by visiting nurses and physicians. The occupational health service is organized within the framework of companies and is led by a committee 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.

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 et 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.

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

Ordinary nursing homes are run by the municipalities, 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.

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 on 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 function of the health service, the guidelines for the 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 organised in 16 health districts and one central hospital, Dronning Ingrid's Hospital in Nuuk where some of the specialised treatment is given. Specialities not found at the central hospital are treated in Denmark.

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

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 funktion, forordningen om sundhedsvæsenets ydelser, hjemmestyrets bekendtgørelse om brugerbetaling samt bekendtgørelsen fra 1996 om embedslægeinstitutionens virke.

Sundhedsvæsenet er organiseret i 16 sundhedsdistrikter og ét landssygehus, 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

There is one health care centre in each district.

In a district health care centre all common diseases are treated, much like in a multi-physician general practice in Denmark. The centres have a number of beds for patients having to stay the night. In a few centres, more or less complicated surgery is carried out. In the event of more complicated courses of illness, patients are transferred to the central hospital in Nuuk or to Denmark.

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 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.

sundhedscenter i hvert distrikt.

I et distriktssundhedscenter behandles alle almindeligt forekommende sygdomme, nogenlunde svarende til en større lægepraksis i Danmark. Centrene har dog et antal senge til overnattende patienter. På enkelte centre pågår der en del mere eller mindre kompliceret kirurgi. Ved mere komplicerede sygdomsforløb overflyttes patienterne til landssygehuset i Nuuk eller til Danmark.

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 hjemmesygepleje 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.

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

FINLAND: The municipalities have the responsibility for the health services. The responsibility of the municipalities is laid down in the Public Health Act (1972), 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 illness, including medical examinations and care as well as medical rehabilitation and first aid. The treatment of illness may be given at the health centres in the form of outpatient treatment, in a ward, or in the form of home nursing for the ill.

The municipalities also have to provide services for the mentally ill which can reasonably be given by the health 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 the 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.

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 sundhedscentrene, på sengeafdelinger eller som hjemmesygepleje.

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

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 sundhedscentrene, 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.

The 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 general practitioners. In the public health service system, patients need a referral for specialist services, with the exception of emergencies. In the private clinics, the physicians are mostly specialists. Patients need no referral to visit these private specialists. Physicians working in the 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.

In 1996, there were 23,000 beds in health care 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, insemination, forensic medicines, 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.

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

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

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

I 1996 var der 23.000 senge ved sundhedscentre, 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 sundhedsydelse.

Det offentlige sundhedsvæsenes forpligtigelser, struktur og organisation, reguleres i landskabsloven om sundhedsvæsenet.

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

This Act is a general Act which can be supplemented by statutes. 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 the 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 which cannot be provided locally may be bought from contractors in Finland and Sweden including private practitioners, private institutions and university hospitals.

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

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 universitets-sygehuse.

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

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

Det primære sundhedsvæsen er den anden resultatenhed inden for ÅHS. Strukturen svarer ideologisk og driftsmæssigt til det finske folkesundhedsarbejde. Rådgivning vedrørende prævention, rådgiv-

counselling for mothers with 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, there are also private physiotherapists who 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 sector is regulated according to the health act of 1990. The administration of the health service is divided between the Government on one hand and regional and local boards on the other. 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 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.

ning til mødre med 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 alderskategorier 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. Formelt er forvaltningen tredelt mellem staten, regionale styrelser og lokale styrelser. Statens rolle er dog betydeligt større end de lokale og regionale styrelses. Især de regionale styrelser har en meget begrænset funktion.

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

Patienter kan henvende sig direkte til en specialist, mens behandlingen på et sygehus kræver henvisning, enten fra en læge i det primære sundhedsvæsen eller

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

There are both private practising specialists and specialists connected to the hospitals.

The primary health care is run from the health centres and to a minor degree also by private general practitioners. The health centres have the responsibility for the 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.

Home nursing is provided by the health centres, whereas home help is part of the municipal social service system.

Most of the nursing and old-age homes function as private foundations. They are run by the municipalities, charity organisations etc. They are partly financed by user charge, but the major part of the 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 Reykjavík 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.

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 service-system.

De fleste pleje- og alderdomshjem fungerer som selvejende institutioner. De drives af kommuner, frivillige organisationer o.l. De finansieres delvis gennem 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 Reykjavík. 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.

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 for the Health Services in the Municipalities, The Act for Hospitals etc., The Act for the Mentally Disabled, The Act for Dental Treatment, the Act Concerning 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 specialties 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:

Local hospitals, Central hospitals, Regional hospitals (with connection to the universities) and hospitals covering the whole country.

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.

It is also the county councils that have the responsibility for offering the population specialised services including specialised treatment. The specialised treatment is given both at outpatient clin-

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 amt).

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:

Lokalsygehuse; Centralsygehuse; Regionssygehuse (med universitetstilknytning) og landsdækkende institutioner.

Det er amtskommunerne som ejer og har ansvaret for driften af sygehusene. Norge har 19 amtskommuner. Derudover ejer og driver staten et begrænset antal sygehuse/institutioner som på mange områder har opgaver der er tilknyttet de landsdækkende funktioner.

Det er også amtskommunerne som har ansvaret for at tilbyde befolkningen specialiserede sundhedsydelser, inkl. speciallægeordninger. Speciallægeydelserne gives både fra sygehusenes ambulatorier og

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

ics, in hospitals, and by private practising specialists. The county councils have also the responsibility for laboratory services and ambulance services. However, air-ambulance service is under the responsibility of the Government.

The governmental institutions also offer health services such as examinations, treatment and advice to the other parts of the health sector.

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.

The pharmacies are mainly privately owned, but they are subject to strict public control.

It is the municipalities that have the responsibility for the primary health care, including both preventive and curative treatment such as:

- Promote health and prevent illness and injuries and in relation to that organize and run the school health services, the health centres, child health care by health visitors, midwives and physicians. The health centres offer pregnancy check-ups, control and provide vaccinations according to the recommended immunization programmes.
- Diagnose, treatment and rehabilitation. This includes the responsibility for general medical treatment (including medical home visits) physiotherapy and nursing (including health visitors and midwives).

af privatpraktiserende speciallæger. Amtterne har desuden ansvaret for driften af medicinske laboratorier og ambulancer. Luftambulancer er dog et statsligt anliggende.

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.

Amtskommunerne skal tilbyde tandbehandling til personer under 21 år, til psykisk udviklingshæmmede og til personer der modtager tilbud fra den kommunale pleje- og omsorgstjeneste.

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

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

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

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

In recent years, the individual services have been increasingly integrated into the municipal service.

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

SWEDEN: The most important act is The Act for Health Care and Treatment (HSL). Other important statutes include the Act Concerning Supervision of the Health Services, the Act Concerning Health Staff and the Act Concerning Injuries to Patients.

SVERIGE: Den vigtigste lov er Hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Andre vigtige love er blandt andet loven om tilsyn med sundhedsvæsenet, loven om anliggender for personale inden for sundhedsvæsenet samt patientskadeloven.

The primary health care is run by the county councils and three municipalities. During a trial period (1991-1996), some municipalities had the overall responsibility for the primary health services (in 1996, this was 5 out of 288 municipalities). Three of the municipalities continued the trial in 1997, and the law allows for continuation of the trial until the end of 1998.

Det primære sundhedsvæsen drives af de landstingsuafhængige kommuner og landstingene (amtskommunerne). I en forsøgsperiode, 1991-1996, var nogle kommuner hovedansvarlige for det primære sundhedsvæsen (i 1996 var det 5 kommuner ud af 288). Tre af kommunerne fortsatte forsøget i 1997. Loven åbner mulighed for at fortsætte med forsøgene indtil udgangen af 1998.

The primary health services cover 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.

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.

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

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 councils and three municipalities 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 the 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 the physicians employed in the occupational health service are linked to the individual companies.

The National Board of Health 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 20 per cent of all medical consultations take place within private practitioners. In addition, there are physiotherapists in private practice. Half of the dentists are private practitioners. The act concerning charges, etc. to privately practising physicians and physiotherapists sets out the conditions for the rights of physicians and physiotherapists to establish private practices, and instructs the county councils to finance them.

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 de landstingsuafhængige kommuner 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 sygehjem. Ca. 20 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.

The hospitals are run by the county councils and three municipalities.

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 councils and the three municipalities 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.) The supervision is partly carried out by the National Board of Health and partly by the medical officers.

The medical officers are employed by the 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 the responsibility for services rendered by the health service to the general public. In this way, the medical officers may function as independent ad-

Sygehusene drives af landstingene og de landstingsuafhængige kommuner.

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

Tilsyn med sundhedsvæsenene

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.

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

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

visors 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.

Complaints about authorized health staff, are handled by the Patients' Complaint Board. Following preliminary treatment of the cases (hearings of the parties, professional assessment, etc.) with the medical officer, the final decision is reached by the Patients' 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 the submission, by counties and municipalities, of specified budgets and accounts as well as statistical 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 offi-

cornødne, 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 statistiske data til forskellige centrale registre. Der er kun undtagelsesvis anledning til at rejse tilsynssager om konkrete spørgsmål.

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

cer) and regarding which areas including the supervision and the possibilities for complaints.

GREENLAND: The supervision of the health service is carried out by the Greenland Board of Health, an independent institution under the Greenland Home Rule Government. The Board of Health provides advice and other assistance to the Greenland Home Rule Government and other authorities in questions of health. The supervision includes health staff, municipal and other institutions. Complaints concerning the health care are addressed 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 completes the case. Complaints concerning the health services and questions concerning compensation are evaluated by the Department of Health and Research.

FINLAND: The most important channels for the nationwide supervision of the health and social services are legislation and its related statutes. Besides, the Government each year ratifies nationwide plans for the health and social sector covering the following four years. 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 counties rest with the county councils. The chief medical officer and the forensic medical officer act as medical advisors to the Department of Health and Social Affairs within the county administration. In addition, there are six governmental institutions who contribute to the supervision of the health services.

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 sundhedsfaglige personer, kommunale og andre institutioner. Sundhedsfaglige klager rettes skriftligt til Embedslægeinstitutionen, som forbereder, sagsfremstiller og vurderer klagen, samt sender denne til høring før den videresendes til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn i København som foretager den endelige behandling og vurdering. Klager over service samt krav om erstatninger behandles af Direktoratet for Sundhed og Forskning.

FINLAND: De vigtigste kanaler til den landsdækkende styring af social- og sundhedsvæsenet er lovgivning og dertil hørende forordninger. Regeringen godkender desuden hvert år de landsdækkende planer for social- og sundhedsområdet for den kommende fireårs periode. Den generelle planlægning, styring og tilsynet med de lovpligtige ydelser påhviler Social- og hälsovårdsministeriet. Planlægning, styring og tilsyn inden for lene 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.

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

The daily responsibility for the health centres is decentralised through the management of each health centre. The responsible minister selects the management.

The Director General of Public Health advises the minister and the Government on all questions relating to health. The Director carries out professional supervision of health care institutions, health care staff, prescription of pharmaceutical products, combat of substance abuse, as well as control of all public health care measures.

The Chief District Medical Officers advise the health councils concerning health matters in the individual health districts and supervise the health care work in the district on behalf of the administration.

Complaints concerning treatment can either be addressed to the institution providing the treatment or to the national authorities. If the patient asks for compensation due to injuries, he can address the complaint to the Patients' Insurance Board. In any case, the patient is entitled to professional advice by contacting the Patient Ombudsman. The Patient Ombudsman may also forward questions of principle importance to a special confidential board, which, though unable to decide the issue, may make recommendations.

ÅLAND: The supervision of health staff is done according to Finnish law and is administered by the Home rule Government.

Complaints concerning treatment can either be addressed, as in Finland, to the

Det daglige ansvar for sundhedscentrene er decentraliseret til en styrelse for hvert enkelt center. Den ansvarlige minister udpeger styrelserne.

Medicinaldirektøren rådgiver ministeren og regeringen i alle spørgsmål vedrørende sundhed. Medicinaldirektøren fører desuden fagligt tilsyn med sundhedsinstitutionerne, sundhedspersonalet, ordination af lægemidler (recepter), misbrugsbekæmpelse og fører kontrol med alle offentlige sundhedsforanstaltninger.

Distriktsoverlægerne rådgiver sundhedsrådene i sundhedsspørgsmål i de enkelte lægedistrikter og fører på administrationens vegne tilsyn med sundhedsarbejdet i distriktet.

Klager over behandlingen kan enten indgives til de respektive behandlingsinstitutioner eller til de nationale myndigheder. Patienten kan søge om erstatning for skader hos patient- og lægemiddelforsikringsnævnet. I alle tilfælde kan patienten modtage sagkyndig vejledning ved at henvende sig til patientombudsmanden. Patientombudsmanden har også mulighed for at overdrage principielt vigtige spørgsmål til et såkaldt fortrolighedsnævn, som kan rådgive, men ikke træffe afgørelser om spørgsmålet.

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

institution giving the treatment or the national authorities – or to the home rule administration.

ICELAND: The Director General of Public Health has the overall responsibility for the 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 conflicts, the case has 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.

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.

behandlingsinstitutioner eller til de nationale myndigheder – eller til Landskapsstyrelsen.

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.

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 hvert amt) fører den overordnede faglige tilsyn med sundhedstilstanden og sundhedsvæsenet. Fylkeslægeembedet fører tilsyn med hele sundhedsvæsenet og alt sundhedspersonale.

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

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) 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 councils and the three municipalities are responsible for offering a good health care and treatment of illness of residents in their area. The county council are also responsible for the public dental care (primarily for children and young people).

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 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 sundhedsydelse efter lov om sundhedsvæsenet i kommunerne) eller til Norsk patientskadeerstatning, hvis der er tale om erstatning som følge af behandling i det offentlige sundhedsvæsen.

SVERIGE: Det er landstingene og de landstingsuafhængige kommuner som har ansvaret for at tilbyde en god sygdomsbehandlingen for indbyggerne i landstinget. Landstingene har ligeledes ansvaret for den offentlige tandpleje (først og fremmest for børn og unge).

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

Through legislation, the Government sets out the frame and supervision regarding all activities.

The National Board of Health and Welfare is the central supervising authority for the health and hospital services, According to the Supervision Act, the National Board of Health has the 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.

According to the Act on support and services to people suffering from certain disabilities, the municipalities have the overall responsibility for the mentally disabled. The county council only take care of specific matters such as advice and personal support requiring special knowledge about conditions for persons with major permanent disabilities.

The agencies having the overall responsibility for the health service have their own impartial boards, independent of the institutions providing treatment, and to whom patients' complaints may be referred. The main purpose of the boards is to contribute with sound information and ensure solutions acceptable to the patients.

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

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

Socialstyrelsen er statens centrale tilsynsmyndighed for sundheds- og sygehusvæsenet. Efter tilsynsloven er Socialstyrelsen tilsynsmyndighed for hele sundhedsvæsenet, med undtagelse af sundhedsydelser inden for forsvaret. Styrelsen har seks regionale kontorer. Som et supplement til Socialstyrelsen er der et antal centrale tilsynsmyndigheder inden for miljø- og sundhedsbeskyttelse.

Ansvar for de psykisk udviklingshæmmede er jf. loven om støtte og service til visse funktionssvigt i hovedsagen henlagt til kommunerne. Landstingene 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 (fortrolighedsnævn) som er uafhængige af behandlingsstederne og hvortil man kan henvise klager fra patienterne. Hovedformålet med nævnene er at de skal bidrage med god information og at sikre løsninger som patienterne er indforståede med.

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

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 country and/or municipal taxes with block grants from the Government. In Norway, block grants are ear-marked for specific purposes, including the health services. In the other 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 the financing, partly through insurance schemes, partly by paying user charges.

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 Norge er bloktilskuddene øremærkede til specifikke formål, herunder også til sundhedsvæsenet. I de øvrige 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, 1998

Consultation with physician

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

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

- A fixed annual charge of max. FIM 100 within a 12 month period or:
- A fixed sum per visit of max. FIM 50. The charge is only levied at the first three visits for the same health centre in the course of one calendar year.

Egenbetaling for sundheds-ydelser pr. 1. januar 1998

Lægebesøg

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

I forbindelse med den primære lægebehandling ved sundhedscentrene kan der i Finland opkræves følgende betaling:

- En fast årlig betaling på højst 100 FIM inden for en 12 mdr.s periode, eller:
- Et fast beløb pr. besøg, dog højst 50 FIM. Beløbet skal kunne betales for de første tre besøg på et og samme sundhedscenter i løbet af samme kalenderår.

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 50-100 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	Reduced charges after 7 consultations	..
Iceland	Yes	ISK 700-1,600	ISK 300-600 for children under 16 years of age, and for pensioners, disabled and long-term unemployed	Varies
Norway	Yes	NOK 102-200	No	Approx. 35 per cent
Sweden	No	SEK 60-260	SEK 300 for emergency consultations at hospitals in the county council of Stockholm	..

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 50-100 FIM, Privat mindst 40 pct.	Ingen betaling for børn under 15 år	..
Åland	Ja	Offentlig 50-120 FIM Privat mindst 40 pct.	Efter 7 besøg reduceres betalingen	..
Island	Ja	700-1.600 ISK	300-600 ISK for børn under 16 år og for pensionister, handicappede og langtidssarbejdsløse	Variierende
Norge	Ja	102-200 NOK	Nej	ca. 35 pct.
Sverige	Nej	60-260 SEK	300 SEK ved akut besøg på sygehuse i Stockholm lens landsting	..

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

De nævnte beløb opkræves ikke af personer under 15 år.

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

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 some cases the charge may be higher.

After 7 visits, a total cost reduction of FIM 350 for a whole year is offered in Åland.

In Iceland, consultation with a view to preventive health care for pregnant women and mothers with infants as well as school health care are free of charge.

The charge for consultation with a specialist is either ISK 1,400 plus 40 per cent of the remaining costs of the consultation or ISK 500 plus one third of the remaining 40 per cent. The reduced charge applies to pensioners, disabled and long-term unemployed as well as disabled and chronically sick children. The same rates also apply to outpatient specialist treatment in hospitals and emergency wards.

Insured people pay ISK 1,000 for each laboratory test and for each X-ray treatment. The charge is ISK 300 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.

In Norway, there is user charge for medical consultations with both general practitioners and specialists. The health insurance offers full reimbursement for treatment of children under the age of 7 years, treatment of industrial injuries, pregnancy and childbirth and certain

Tilskud til behandling hos en privatpraktiserende læge er baseret på et fast egenbetalingsbeløb. Folkpensionsanstalten refunderer 60 pct. af lægens honorar. I visse tilfælde kan egenbetalingen dog være større.

På Åland opnås en udgiftsreduktion på i alt 350 FIM for hele året efter 7 besøg.

I Island er lægebesøg af forebyggende karakter for gravide, nye mødre og deres børn samt skolesundhedsplejen uden egenbetaling.

Egenbetalingen for besøg hos en specialist er enten 1.400 ISK plus 40 pct. af de resterende udgifter, eller 500 ISK og en tredjedel af de resterende 40 pct. Pensionister, handicappede og langtidsarbejdsløse samt handicappede og kronisk syge børn 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.

I Norge er der egenbetaling for lægebesøg hos både almene læger og speciallæger. 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

other cases (e.g. treatment of dangerous contagious diseases, psychotherapy and person under the age of 18 years, and treatment of prison inmates). There may also be user charge for physiotherapy, and for treatment of patients in a nursing home.

In Sweden, the local authorities (county councils and three independent municipalities) set the charges themselves. For medical consultations in the primary health care or with the private general practitioner, the user charge varies from SEK 60 to 140, whereas it varies from SEK 120 to 260 for medical consultations with specialists (in hospitals or in private practice).

As from January 1, 1998, children and young people under the age of 20 years may consult the outpatient care free of charge.

Reimbursement of pharmaceutical products

In Denmark, pharmaceutical products are reimbursed by 0, 49.8 per cent, 74.7 or 100 per cent.

Pharmaceutical products with a reimbursement of 49,8 per cent are products with a certain and valuable therapeutic effect.

Products with a reimbursement of 74.7 per cent are used for treatment of well-defined, often potentially lethal diseases.

sygdomme, psykoterapeutisk behandling af personer under 18 år og behandling af indsatte i fængsler). Der kan også opkræves egenbetaling for behandling ved fysioterapeut og af patienter på sygehjem.

I Sverige er det de lokale myndigheder (landstingene og de landstingsuafhængige kommuner) som selv fastsætter taksterne. For lægebesøg i det primære sundhedsvæsen eller hos huslægen varierer egenbetalingen fra 60 til 140 SEK, mens den varierer fra 120 SEK til 260 SEK ved lægebesøg hos specialister (ved sygehusene eller hos privatpraktiserende læger).

Fra og med 1. januar 1998 kan børn og unge under 20 år gå til ambulanselægebehandling uden brugerbetaling.

Tilskud til lægemidler

Tilskuddene i Danmark er på henholdsvis 0, 49,8, 74,7 og 100 pct.

Lægemidler med 49,8 pct. tilskud er lægemidler med en sikker og værdifuld terapeutisk effekt.

Lægemidler med 74,7 pct. tilskud anvendes til behandling af veldefinerede, ofte livstruende sygdomme.

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

User charges for pharmaceutical products

	Are there consistent rules for the whole country?	Size of user charge	Deviations	User charge in relation to total cost of pharmaceutical products
Denmark	Yes	Reimbursement: 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	53 per cent (in 1995)
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	53 per cent (in 1995)
Iceland	Yes	ISK 900 + 30/60 per cent of the remaining cost, but max. ISK 1,700/3,300	Pensioners and disabled: ISK 300 + 15/30 per cent of the remaining cost, but max. ISK 500/900	Approx. 40 per cent
Norway	Yes	36 per cent maximum NOK 330 per recipe	12 per cent for children aged 7-16 years, elderly people aged 67 years or over and anticipatory pensioners. For children below 7 years: No user charge	..
Sweden	Yes	SEK 0-1,300	-	..

Individually based subsidy may be obtainable for other products of between 49.9 and 74.7 per cent by submitting an application through one's own doctor to the National Pharmaceutical Board.

Der kan også opnås individuelt tilskud til andre præparater på enten 49,8 eller 74,7 pct. ved at indsende ansøgning til Lægemiddelstyrelsen gennem egen læge.

Insulin products are reimbursed with 100 per cent by the national health insurance scheme.

Den offentlige sygesikring giver 100 pct. tilskud til insulinpræparater.

The Ministry of Health 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.

Sundhedsministeriet udarbejder en referencepris for hver af de lægemiddelgrupper, der er omfattet af ordningen. Referenceprisen er den pris, der lægges til grund for beregning af tilskud.

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

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

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.	53 pct. (i 1995)
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	53 pct. (i 1995)
Island	Ja	900 ISK + 30/60 pct. af den resterende pris, dog højst 1,700/3,300 ISK	Pensionister og handicappede: 300 ISK +15/30 pct. af den resterende pris, dog højst 500/900 ISK	Ca. 40 pct.
Norge	Ja	36 pct. maksimum 330 NOK pr. recept	12 pct. for børn 7-16 år, ældre 67 år og derover samt førtidspensionister. For børn under 7 år: Ingen egenbetaling	..
Sverige	Ja	0-1.300 SEK	-	..

The Faroe Islands largely use the same rules as in Denmark.

Færøerne følger stort set de samme regler som i Danmark.

All pharmaceutical products in Greenland are distributed through the health service except for certain non-prescribed products which are available to a strictly limited degree from certain shops. Non-prescribed products are distributed to a varying degree by the health service in the districts.

I Grønland distribueres al medicin gennem sundhedsvæsenet, bortset fra håndkøbsmedicin der i stærkt begrænset omfang forhandles fra enkelte dagligvarebutikker. Håndkøbsmedicin udleveres i varierende grad fra sundhedsvæsenet i distrikterne.

In Finland and Åland, there are three payment categories, and the reimbursement is calculated separately for each purchase and for each refund category.

I Finland og på Åland er der tre betalingskategorier og refusionen er beregnet separat for hver indkøb og hver kategori.

Besides medicines, certain nutrients used in the treatment of a number of diseases

Ud over medicin kan der også gives tilskud til kost for nogle behandlingskræ-

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

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 3,240 in the course of one calendar year.

In 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, reimbursement 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.

In Norway, most pharmaceutical products are reimbursed according to a system based on diagnoses and approved products prescribed by a doctor. A condition is long-term need for the product, equipment or accessories.

In 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 400 over a 12 month period, the user pays all. A rebate is given for exceeding costs. For costs between SEK 400 and 1,200, there is a 50 per cent rebate. Be-

vende sygdomme ligesom til salver ved behandling af kroniske hudsygdomme.

Som hovedregel dækker sygeforsikringen de udgifter som overskrider et beløb på 3.240 FIM i løbet af et kalenderår.

I Island betales lægemidler til behandling af visse sygdomme fuldt ud af sygeforsikringen. For andre typer af medicin betaler patienterne selv det fulde beløb.

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

Der findes desuden et referenceprissystem. For synonympræparater med samme form, styrke og forpakning, beregnes tilskuddet i forhold til den maksimale referencepris, forstået som den laveste pris på synonympræparatet. Den nuværende referenceprisliste dækker ca. 20 pct. af de registrerede lægemidler.

I Norge refunderes de fleste lægemidler 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.

I Sverige blev der i 1997 indført et nyt rabatsystem for lægemidler på recept. Rabatten udregnes efter værdien på de lægemidler som købes. For indkøb op til 400 SEK i en 12 måneders periode betaler man selv det hele. På udgifter derudover ydes der rabat. For udgifter mellem 400 SEK og 1.200 SEK gives der 50 pct. rabat. Mellem 1.200 og 2.800 SEK er

tween SEK 1,200 and 2,800 the rebate is 75 per cent, and between SEK 2,800 and 3,800 the rebate is 90 per cent. When products have been purchased for a sum of SEK 3,800, the ceiling of user charge has been reached. At this level, the patient will have paid SEK 1,300 and receives a free pass for the rest of the year. The scheme covers rebate approved medicines on prescription including contraceptives and accessories for stoma. Insulin is free of charge.

Admission to hospital

As appears from the figure, there are no user charges for hospitalization in Denmark, the Faroe Islands, Greenland, Iceland and Norway.

In Finland and Åland, the patients pay a charge for admission to hospital, psychiatric ward or health centre which, as per January 1 1998, was a maximum of FIM 125 per day. For outpatient treatment in specialised hospitals the maximum charge is FIM 100 per visit.

For day-time hospitalization, the fee is FIM 62 per bed-day. For outpatient treatment at a specialised hospital, the fee is max. FIM 100 per visit (FIM 120 in Åland)

As per 1998, the county councils and the three independent municipalities, in Sweden 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.

rabatten 75 pct. og for udgifter mellem 2.800 SEK og 3.800 SEK er rabatten 90 pct. Når der er købt lægemidler for 3.800 SEK har man nået op på egenbetalingens maksimum. Patienten har ved dette niveau selv betalt 1.300 SEK og får så tildelt et frikort for resten af året. Ordningen omfatter rabatberettigede lægemidler på recept, inkl. p-piller og brugsartikler til stomier. Insulin er gratis.

Indlæggelse på sygehus

Som det fremgår af skemaet er der ingen brugerbetaling for sygehusophold i Danmark, på Færøerne, i Grønland, Island og Norge.

I Finland og på Åland betaler patienterne for indlæggelse på hospital, psykiatrisk afdeling eller sundhedscenter. Pr 1. januar 1998 var den maksimale egenbetaling 125 FIM pr. dag. For ambulans behandling ved de specialiserede hospitaler er den maksimale egenbetaling 100 FIM pr. besøg.

For dagbehandling på et hospital er betalingen 62 FIM pr. sengedag. For ambulans behandling ved de specialiserede hospitaler er egenbetalingen maks. 100 FIM pr. besøg (120 FIM på Åland).

Fra og med 1998 kan landstingene og de landstingsuafhængige kommuner i Sverige selv fastsætte egenbetalingen for indlagte patienter i forskellige niveauer, baseret på indkomstintervaller, og kan på det grundlag beslutte at nedsætte egenbetalingen.

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

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	No, the municipalities and joint municipalities are entitled to decide within certain limits	Max. FIM 100	No	10 per cent (for 1995)
Åland	Yes	FIM 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	..

Egenbetaling for indlæggelse på sygehus

	Er der ensartede regler i hele landet?	Egenbetalingens størrelse	Afvielser	Egenbetalingens andel af de samlede udgifter til indlæggelse på sygehus
Danmark	Ja	–	Nej	..
Færøerne	Ja	–	Nej	–
Grønland	Ja	–	Nej	–
Finland	Nej, kommunerne og kommunesammenslutninger har ret til selv at bestemme inden for visse grænser	Maks. 100 FIM	Nej	10 pct. (i 1995)
Åland	Ja	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	..

The user charge is max. SEK 80 per day, but the payment varies between treatment boards. Some county councils differentiate user charge according to income, others according to age or to age and number of treatment days. Some have chosen a flat lower user charge with a ceiling for the size of the total user charge.

Except for one, all county 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 18 years).

Reimbursement of dental treatment

DENMARK: Reimbursement is given by the public health insurance schemes. Adults pay between 35 and 65 per cent of the agreed fees. No subsidy is granted for gold work and prosthesis.

In addition, around one million Danes are covered by a private insurance scheme according to which reimbursements may be obtained both for treatment subsidised by the public health insurance schemes and for treatment not covered by the public health insurance schemes.

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

Egenbetalingen er højst 80 SEK pr. dag men betalingen varierer mellem behandlingsnævne. Nogle landsting differentierer egenbetalingen efter indkomst, andre efter alder eller alder og antal behandlingsdage. Nogle har valgt en ensartet, lavere egenbetaling med et loft over den samlede egenbetalings størrelse.

Alle landsting 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 18 år).

Tilskud til tandbehandling

DANMARK: Tilskuddet til tandbehandling gives fra den offentlige sygesikring. Voksne betaler mellem 35 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 og 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.

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

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

Dental, oral and jaw-surgical treatment is carried out at the hospitals and is paid for by the counties.

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 in 1956 or earlier.

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.

ÅLAND: All dental treatment for persons under the age of 19 years is free of charge. Otherwise, the costs consist of special rates, charges for materials and full payment.

ICELAND: The health insurance offers reimbursement for dental treatment. Except for gold, fittings, bridges and ortho-

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.

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 tidligere 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 i 1956 eller tidligere.

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

ÅLAND: Al tandbehandling for personer under 19 år er gratis. I øvrigt består udgifterne af særlige takster, udgifter til materiel og fuld betaling.

ISLAND: Sygeforsikringen yder refusion til tandbehandling. Bortset fra guld, kroner, broer og tandregulering ydes der

odontics, there is a 75 per cent reimbursement for dental treatment of children under the age of 16 years. For the 16-year-olds, there is a 50 per cent reimbursement. Gold, fittings and bridges are refunded by 0 to 50 per cent for children aged 16 years and less, cf. special rules for this. 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, fittings 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. For people above the age of 20 years, there is a subsidy from the dental treatment insurance according to fixed rates.

Since October 1 1997, patients have paid everything themselves if the total costs at the end of the treatment have not exceeded SEK 1,300.

75 pct. til tandbehandling af børn i alderen under 16 år. Til 16-årige ydes der 50 pct. refusion. Guld, kroner og broer refunderes med 0-50 pct. for børn i alderen 16 år og derunder, jf. særlige regler herom. Tandregulering kan refunderes med op til ISK 100.000. 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, 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: Der gives fri tandbehandling til børn og unge under 20 år. For personer over 20 år ydes der tilskud fra tandbehandlingsforsikringen efter fastlagte takster.

Siden den 1. oktober 1997 har patienterne selv betalt hele beløbet, hvis de samlede udgifter ved behandlingens afslutning ikke oversteg 1.300 SEK.

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

For costs between SEK 1,300 and 13,500, the patient pays 65 per cent, and for costs exceeding SEK 13,500, the patient's share amounts to 30 per cent.

For udgifter mellem 1.300 og 13.500 SEK betaler patienten selv 65 pct., og ved udgifter over 13.500 SEK udgør patienternes egenandel 30 pct.

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 3,240.43 per year or if travelling costs exceed FIM 900 per year, the Social Security Scheme will reimburse the exceeding costs. If the total costs exceed FIM 4,000 per year or 10 per cent of the total income, 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.

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 FIM 1,500 in the course of one calendar year, and the ensuing treatment is free of charge. As part of the maximum user charge, also payment for outpatient treatment and services received outside the county are included. Dental treatment, treatment in wards, x-ray and laboratory examinations are not included. The user charges may be deducted from municipal tax.

ICELAND: Within the present system, the charges to be paid by patients in the age group 16-70 years are reimbursed if they, in the course of one calendar year,

Maksimal egenbetaling

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

FINLAND: Hvis den maksimale egenbetaling for medicin udgør 3.240,43 FIM pr. år og hvis udgifterne til transport i forbindelse med behandling overstiger 900 FIM pr. år, vil socialforsikringen dække det overskydende beløb. Hvis de samlede udgifter overstiger 4.000 FIM pr. år eller 10 pct. af den samlede indkomst gives der en særlig skattelettelse. Skattelettelsens størrelse beregnes i forhold til den pågældendes eller dennes families muligheder for at betale skat.

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 ambulant 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 16-70 år, hvis den i løbet af ét kalenderår overstiger 12.000 ISK. Det

exceed ISK 12,000. The same applies to children under 16 years if the charges exceed ISK 6,000. The patient charges are reimbursed for the following groups if they exceed ISK 3,000: Pensioners aged 60-70 years receiving full basic pension, pensioners aged 70 or more, and disabled persons and individuals who have been continually unemployed for 6 months or longer.

If there is one or more children under the age of 16 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.

samme gælder for børn under 16 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 og personer, der har været arbejdsløse uafbrudt i 6 måneder eller længere.

Hvis der er ét eller flere børn under 16 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 udgifterne i resten af året. Børn og unge

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

The cost ceiling for one of the parents extends to children under the age of 16. As per January 1 1998, the cost ceiling was NOK 1,290 per year. Children under the age of 7 are free of charges.

SWEDEN: From January 1 1997, special maximum user charges for general 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 1,300, 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 counties, there is also a maximum user charge for sickness transport.

under 16 år er omfattet af udgiftsloftet hos én af forældrene. Pr. 1. januar 1998 var udgiftsloftet 1.290 NOK pr. år. Børn under 7 år er fritaget for egenbetaling.

SVERIGE: Siden 1. januar 1997 har der været særskilte takster for maksimal 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 1.300 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 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 measures.

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-

POPULATION AND FERTILITY

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.

Life expectancy in the Nordic countries has increased significantly since the turn of the century, 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.

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

Table 2.1 Mean population 1985-1996
Middelfolketallet 1985-1996

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
<i>(1,000)</i>								
<i>Males</i>								
Mænd								
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	2,150	4,361
1996	2,559	23	30	2,496	12	135	2,155	4,367
<i>Females</i>								
Kvinder								
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	2,198	4,466
1996	2,664	21	26	2,628	13	134	2,204	4,473
<i>Males and females</i>								
Mænd og kvinder								
1985	5,114	46	53	4,903	24	241	4,153	8,350
1990	5,140	48	56	4,986	24	255	4,242	8,559
1995	5,229	44	56	5,108	25	267	4,348	8,827
1996	5,263	44	56	5,125	25	269	4,359	8,840

Source: The central statistical bureaus
Kilde: De statistiske centralbureauer

POPULATION AND FERTILITY

Figure 2.1 Mean population by sex and age as percentage of the total population 1996

Middelfolketallet efter køn og alder i pct. af hele befolkningen 1996

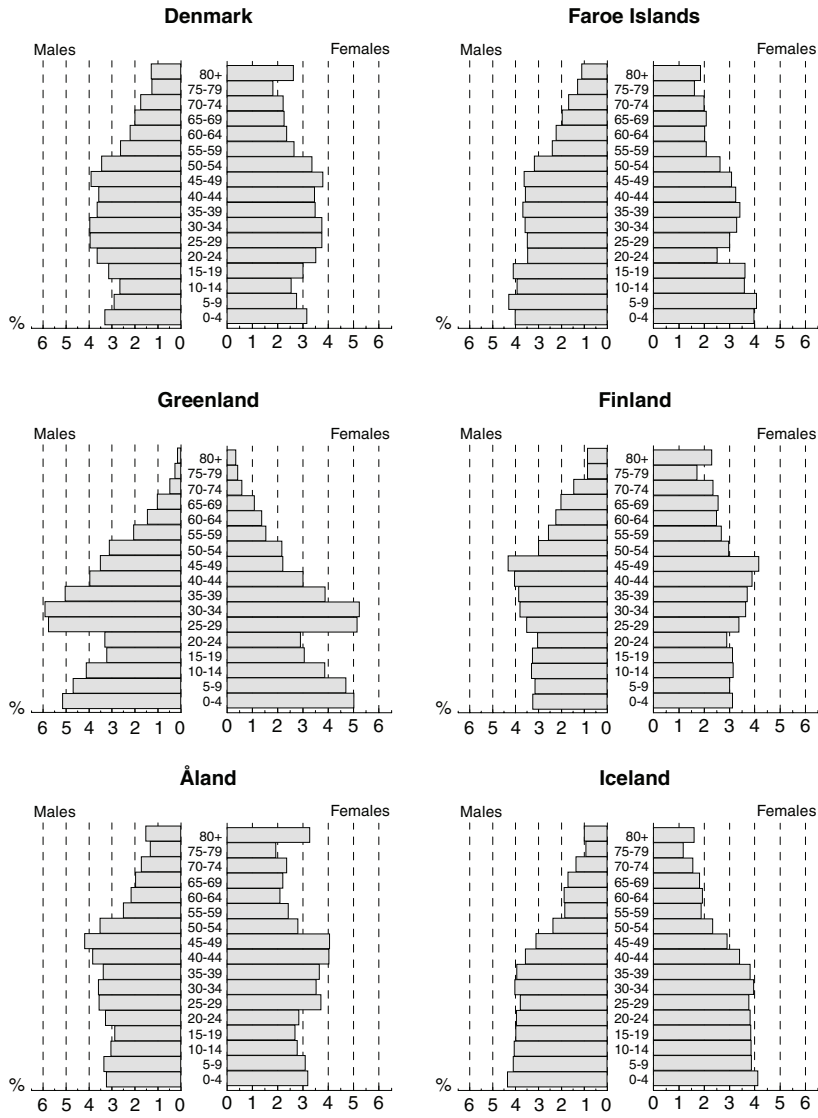
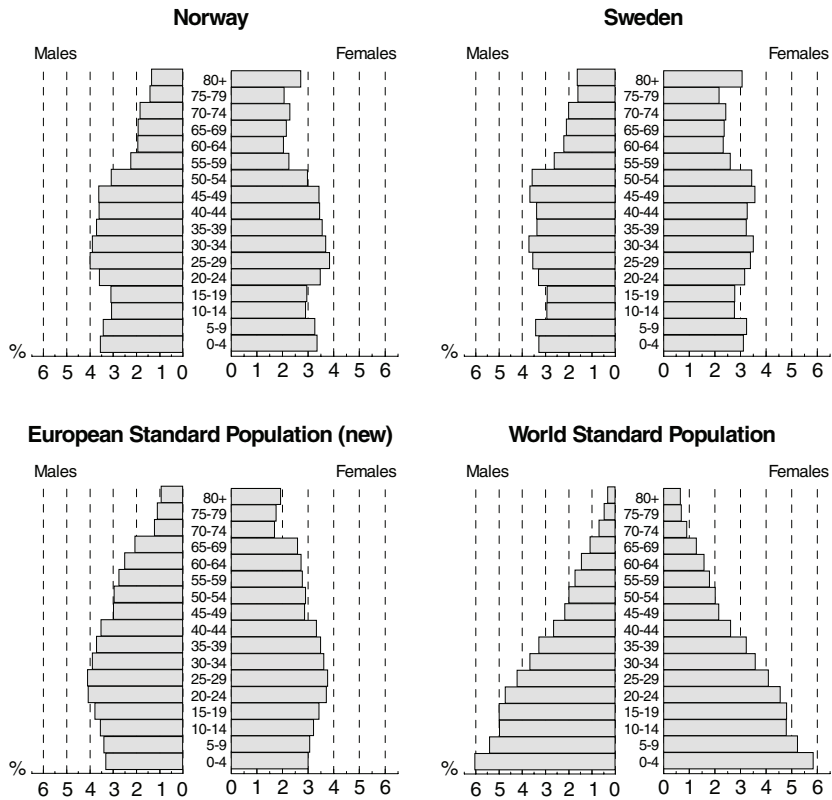


Figure 2.1 ... continued
... fortsat



POPULATION AND FERTILITY

Figure 2.2 Mean population 1985 and 1996 distributed by age groups 0-14, 15-64, 65-79 and 80+ years
 Middelfolketallet 1985 og 1996 fordelt efter aldersgrupperne 0-14, 15-64, 65-79 og 80+ år

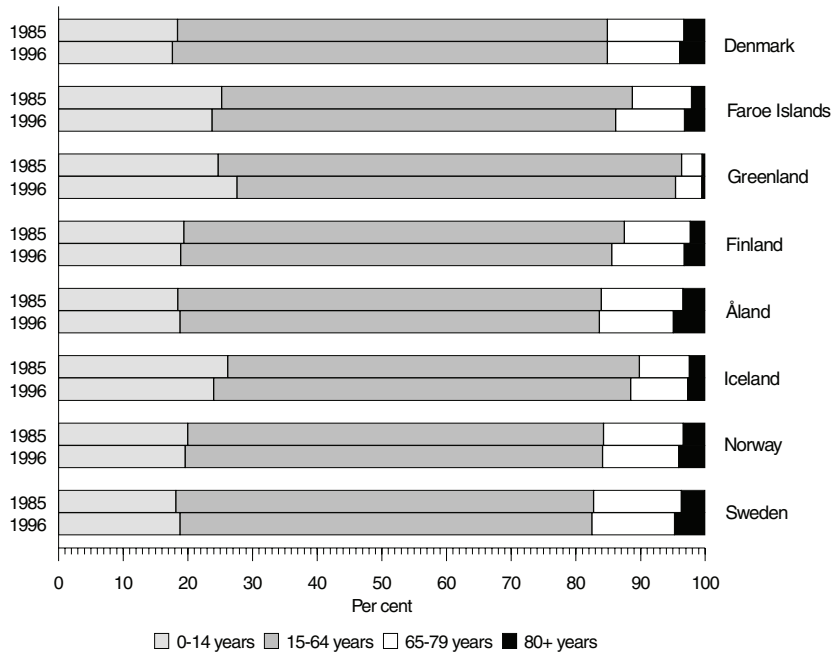


Table 2.2 Vital statistics per 1,000 inhabitants 1985-1996
Befolkningens bevægelser pr. 1.000 indbyggere 1985-1996

	<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
1996	12.9	11.6	1.3	3.3	4.5
<i>Faroe Islands</i>					
1985	16.2	7.4	8.8	-1.7	7.3
1990	19.9	7.5	12.4	-22.3	-9.7
1995	14.7	8.3	6.4	-13.4	-7.5
1996	15.4	9.0	6.4	3.4	9.8
<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
1996	19.1	8.0	11.1	-8.6	2.5
<i>Finland</i>					
1985	12.9	9.8	3.0	0.5	3.5
1990	13.2	10.1	3.1	1.2	4.3
1995	12.3	9.6	2.7	0.6	3.3
1996	11.8	9.6	2.3	0.5	2.8
<i>Åland</i>					
1985	12.2	10.2	1.9	-1.3	0.7
1990	14.9	10.0	4.9	4.5	9.3
1995	13.4	10.2	3.2	-2.3	0.9
1996	11.5	11.1	0.4	0.8	1.2
<i>Iceland</i>					
1985	16.0	6.9	9.1	-2.3	6.8
1990	18.7	6.7	12.0	-2.7	8.7
1995	16.0	7.2	8.8	-5.3	3.8
1996	16.1	7.0	9.1	-1.7	7.1
<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
1996	13.9	10.0	3.9	1.5	5.2
<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
1996	10.7	10.8	0.1	0.7	0.8

Source: The central statistical bureaus
Kilde: De statistiske centralbureauer

POPULATION AND FERTILITY

Table 2.3 Average life expectancy 1986-1996
Middellevetiden 1986-1996

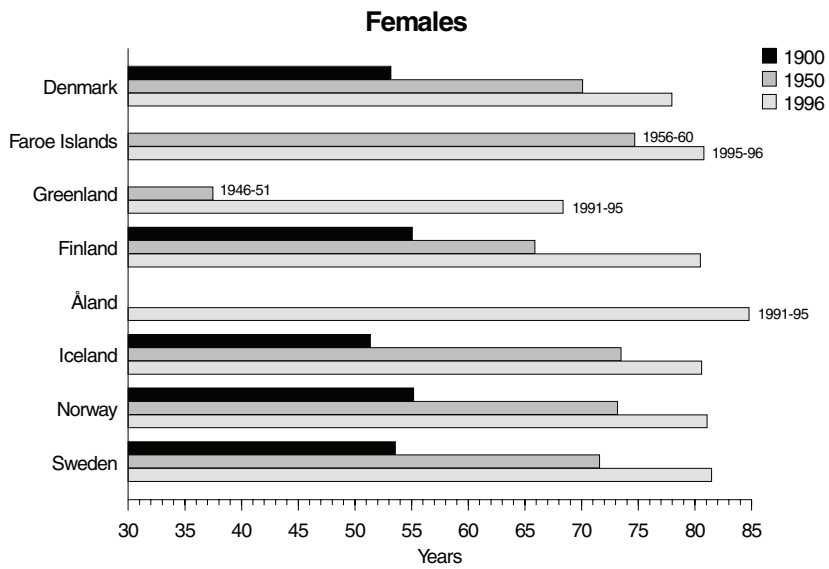
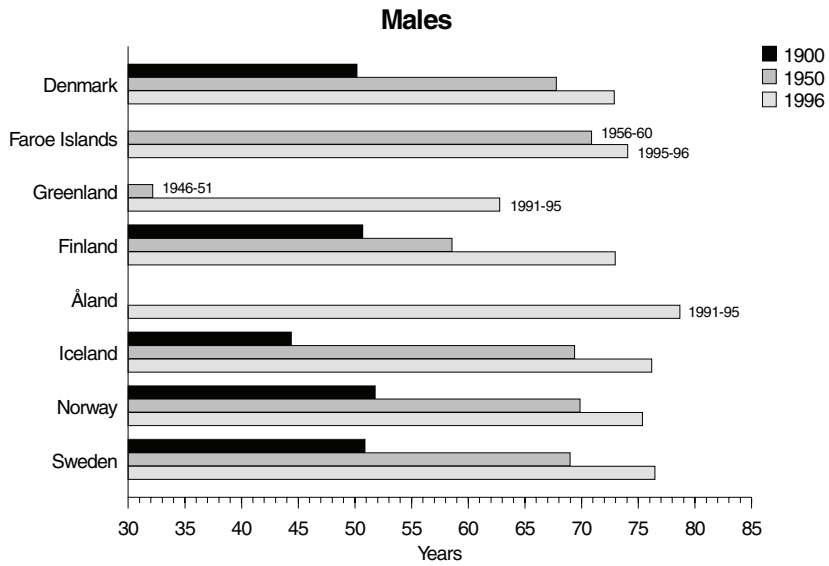
Age	Males					Females				
	0	15	45	65	80	0	15	45	65	80
<i>Denmark</i>										
1986-90	71.9	57.8	29.7	14.1	6.4	77.7	63.4	34.5	17.9	8.1
1991-95	72.5	58.3	30.1	14.2	6.4	77.8	63.5	34.5	17.7	8.1
1995/96	72.9	58.5	30.3	14.2	6.4	78.0	63.6	34.5	17.7	8.1
<i>Faroes</i>										
1986-90	72.8	59.2	30.1	14.5	6.7	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
1995/96	74.1	60.2	31.4	15.0	7.5	80.8	66.1	37.1	19.2	8.7
<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
1996	73.0	58.5	30.6	14.6	6.5	80.5	66.0	36.8	18.7	7.9
<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
1995/96	76.2	61.9	33.3	16.2	7.1	80.6	66.2	36.9	19.1	8.6
<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
1996	75.4	60.9	32.4	15.5	6.7	81.1	66.5	37.3	19.5	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
1996	76.5	62.0	33.2	16.1	6.9	81.5	67.0	37.6	19.7	8.8

The table covers HFA Statistical Indicator 6.2

Source: The central statistical bureaus

Kilde: De statistiske centralbureauer

Figure 2.3 Life expectancy for newborn 1900, 1950 and 1996
 Middellevetiden for nyfødte 1900, 1950 og 1996



Fertility, births, infant mortality, and contraception

In recent years, the overall development in fertility rates has resulted in nearly the same rates for Denmark, Finland, Norway and Sweden, whereas they remain higher in the Faroe Islands, Greenland and Iceland, particularly regarding the youngest age groups. However, in Sweden there has been a remarkable decrease from 1991-95 to 1996.

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

Greenland also has the highest mortality rate for the first year of life, whereas the Faroe Islands are on about the same level as the other countries in this respect. Iceland and Åland have the lowest mortality rate. There is, however, a declining trend regarding mortality during the first year of life.

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 sale of coils per 1,000 women in their fertile age has varied considerably between the countries throughout the period.

Fertilitet, fødsler, spædbørnsdødelighed og prævention

Udviklingen i den samlede fertilitet har i de seneste år ført til, at fertilitetsraterne i Danmark, Finland, Norge og Sverige nu er på næsten samme niveau, mens det fortsat er højere på Færøerne, Grønland og i Island, navnlig i de yngste aldersklasser. I Sverige har der dog været et markant fald fra perioden 1991-95 til 1996.

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

Grønland har ligeledes den højeste dødelighed for det første leveår, mens Færøerne her ligger nogenlunde på niveau med de øvrige lande. Island og Åland har den laveste dødelighed. Der er dog en faldende tendens med hensyn til dødeligheden i det første leveår.

Omsætningen af præventionsmidler varierer væsentligt mellem de nordiske lande; men der er med tiden sket en vis udliggning af forskellene. Salget af spiraler, regnet pr. 1.000 kvinder i den fertile alder, har hele perioden varieret meget mellem landene.

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 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 18th week of gestation, while in the other Nordic countries it must be performed before the 13th week of gestation. Induced abortion, however, can also be carried out after the 13th 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 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.

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 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 den 18. graviditetsuge, mens svangerskabsafbrydelsen i de øvrige nordiske lande skal ske inden den 13. svangerskabsuge. Provokeret abort kan dog også foretages efter henholdsvis 18. og 13. 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 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.

POPULATION AND FERTILITY

Table 2.4 Live births and fertility rate 1986-1996
 Levendefødte og fertilitetsrate 1986-1996

	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
1996	67,638	8.0	58.9	132.6	106.1	38.2	5.6	0.2	1,747
<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
1996	60,723	9.8	63.7	125.3	102.1	42.9	8.1	0.4	1,761
<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
1996	4,329	22.1	93.1	134.7	109.8	55.4	8.4	0.4	2,120
<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
1996	60,927	13.5	75.3	135.9	106.7	41.4	6.5	0.2	1,889
<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	81.5	142.8	107.5	42.8	7.3	0.3	1,966
1996	95,297	7.7	58.4	115.4	93.4	38.9	7.1	0.3	1,607

The table covers HFA Statistical Indicator 28.6

Source: The central statistical bureaus
 Kilde: De statistiske centrabureauer

Figure 2.4 Total fertility rate 1986-1996
 Samlet fertilitetsrate 1986-1996

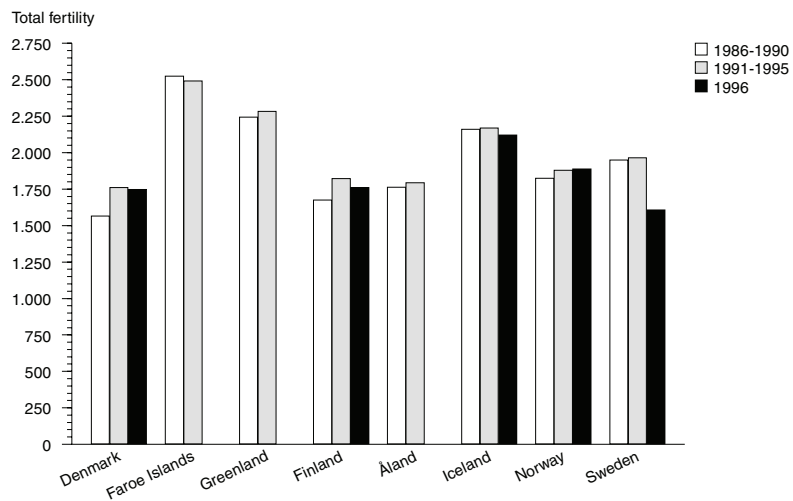
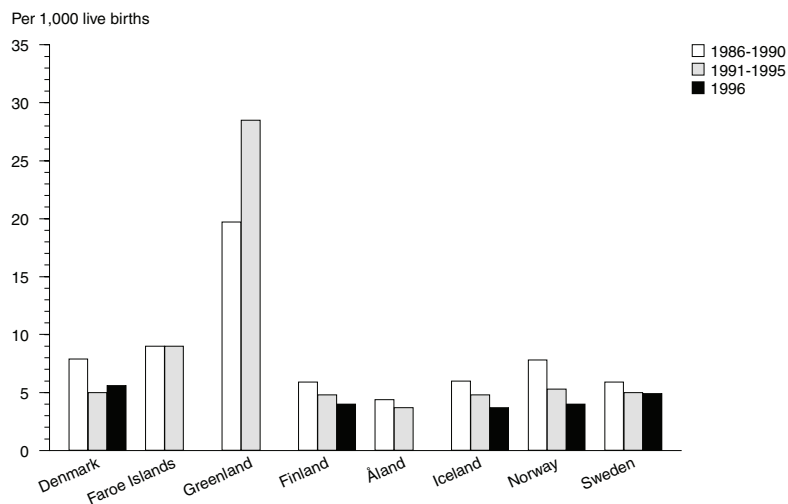


Figure 2.5 Infant mortality per 1,000 live births 1986-1996
 Dødelighed i første leveår pr. 1.000 levendefødte 1986-1996



POPULATION AND FERTILITY

Table 2.5 Stillbirths and infant mortality¹⁾ 1986-1996
Dødfødte og dødelighed i første leveår¹⁾ 1986-1996

	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 Perinatale 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
1996	324	376	4.8	8.0	2.0	1.3	0.6	5.6
<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
1996	162	242	2.7	5.7	1.5	0.7	0.7	4.0
<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
1996 ²⁾	22	16	5.1	7.8	1.6	1.2	0.2	3.7
<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	1.0	0.7	5.3
1996	276	246	4.5	6.5	1.0	1.0	0.5	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
1996	330	377	3.5	5.3	0.8	1.0	0.7	4.0

1 Computed by year of death.

2 Preliminary figures.

1 Opgjort efter dødsår.

2 Foreløbig opgørelse.

The table covers HFA Statistical Indicators 7.1 and 7.4

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

Table 2.6 Stillbirths and deaths during first year of life per 1,000 births 1985-1995, 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 1985-1995¹⁾

	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
1994	290	294	4.2	1.2	1.2	0.4	1.4	4.2
1995	282	330	4.0	1.0	1.9	0.6	1.3	4.7
<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
1994	160	216	2.4	0.8	0.9	0.4	1.2	3.3
1995	189	175	3.0	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
1994	14	8	3,1	0,2	0,7	-	0,9	1,8
1995	7	13	1,6	0,9	0,7	-	1,4	3,0
<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
1994	219	196	3.1	0.8	0.8	0.5	1.2	3.3
1995	177	182	2.9	0.7	0.7	0.4	1.3	3.0
<i>Sweden</i>								
1985	318	481	3.3	1.0	1.2	0.6	2.1	4.9
1990	391	564	3.2	0.6	1.2	0.5	2.4	4.6
1994	329	353	3.0	0.7	0.8	0.5	1.2	3.2
1995	318	299	3.1	0.6	0.7	0.5	1.2	3.0

1 Computed by year of birth.

1 Opgjort efter fødselsår.

The table covers HFA Statistical Indicators 7.1 and 7.4

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

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

POPULATION AND FERTILITY

Table 2.7 Sales of oral contraceptives per 1,000 females aged 15–44 years 1985–1996. DDD per 1,000 women 15–44 years per day

Omsætning af p-piller pr. 1.000 kvinder i alderen 15–44 år 1985–1996.
DDD pr. 1.000 kvinder i alderen 15–44 år pr. dag

	<i>Denmark</i>	<i>Faroe Islands</i>	<i>Greenland</i>	<i>Finland</i>	<i>Åland</i>	<i>Iceland</i>	<i>Norway</i>	<i>Sweden</i>
1985	277	..	..	177	..	194	164	266
1990	269	105	..	222	..	197	171	236
1994	269	231	163	213	..	217	195	289
1995	280	214	143	201	257	226	198	287
1996	280	207	198	192	250	226	193	281

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

Table 2.8 Sales of IUDs per 1,000 females aged 15–44 years 1985–1996

Omsætning af spiraler pr. 1.000 kvinder i alderen 15–44 år 1985–1996

	<i>Denmark</i>	<i>Faroe Islands</i>	<i>Greenland</i>	<i>Finland</i>	<i>Åland</i>	<i>Iceland</i>	<i>Norway</i>	<i>Sweden</i> ¹⁾
1985	51	..	..	129	..	109	88	199
1990	35	11	..	76	..	85	62	172
1994	24 ²⁾	15	105	56	..	51	57	41
1995	25 ²⁾	21	76	38	..	45	57	27 ²⁾
1996	26 ²⁾	26	77	67	..	41	57	22 ²⁾

1 Includes import minus re-export. Any possible stocks (build-up) are thereby included in the data.

2 The extent of parallel import unknown.

1 Medregnet import minus reeksport. Evt. lageropbygning indgår i tallene.

2 Omfanget af parallelimport ukendt.

Source: See Table 2.7

Kilde: Se tabel 2.7

Table 2.9 Sterilizations 1985-1996
Sterilisationer 1985-1996

	Denmark ¹⁾	Faroe Islands	Greenland	Finland	Of which Åland	Iceland ²⁾	Norway	Sweden
<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
1994	4,472	14	8	598	-	78	2,394	1,440
1995	5,256	3	4	800	-	87	2,697	1,507
1996	..	3	13	1,808	-	127	3,095	1,685
<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
1994	4,847	70	64	10,929	46	514	4,866	6,236
1995	4,815	60	67	10,554	31	553	4,525	5,919
1996	..	59	54	12,600	35	592	4,819	5,863
<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
1994	9,319	84	72	11,527	46	592	7,260	7,676
1995	10,071	63	71	11,354	31	640	7,222	7,426
1996	..	62	67	14,408	35	719	7,914	7,564
[1996]								
<i>Per 1,000 of the age Pr. 1.000 i alderen</i>								
<i>Males</i>								
<i>Mænd</i>								
25-34	3.2	0.0	1.1	0.9	-	1.7	1.8	0.5
35-44	8.1	0.6	1.2	2.7	-	3.9	5.9	1.6
45-54	2.0	0.3	0.0	1.0	-	0.8	1.8	0.6
<i>Females</i>								
<i>Kvinder</i>								
25-34	5.4	4.0	6.3	8.2	2.8	7.0	4.1	2.4
35-44	6.8	15.4	4.0	23.1	13.6	21.1	10.4	7.0
45-54	0.5	1.5	1.2	2.2	2.1	2.2	0.9	0.5

1 Rates apply to 1995.

2 Figures for 1996 are preliminary.

1 Raterne er for 1995.

2 Opgørelsen for 1996 er foreløbig.

Source: D: Sundhedsstyrelsen; Fl: Landslæknin; G: Embedslægeinstitutionen; F: STAKES;

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

POPULATION AND FERTILITY

Figure 2.6 Sterilizations per 1,000 males and females aged 25-54 years 1985 and 1996

Sterilizationer pr. 1.000 mænd og kvinder i alderen 25-54 år 1985 og 1996

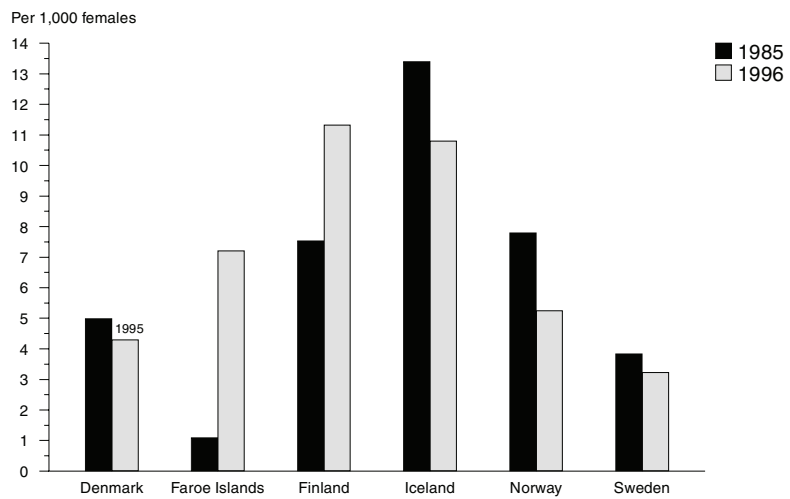
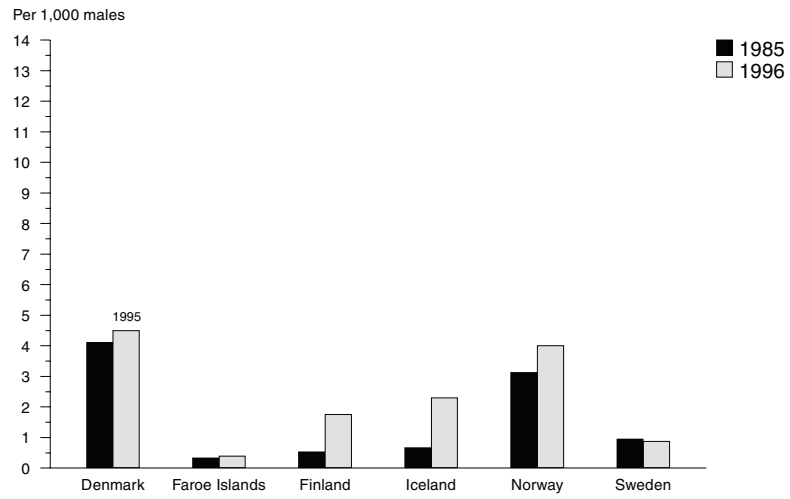


Table 2.10 Number of induced abortions 1986–1996
Antal fremkaldte aborter 1986–1996

	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
<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	14.7	19.4	12.6	9.7	8.2	5.6	1.1	352.8	209.5
1991-95	10,611	9.8	16.1	13.1	10.0	7.2	4.0	0.7	304.5	162.6
1996	10,437	9.6	15.5	14.0	11.2	7.5	3.4	0.5	308.5	171.9
<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	18.0	15.0	11.2	10.9	11.2	4.4	1.2	359.5	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
1996 ²⁾	858	20.6	22.5	17.1	10.2	9.9	3.1	1.0	419.5	198.2
<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
1996	14,311	18.2	25.8	20.6	15.2	9.3	3.3	0.4	464.0	234.9
<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
1996	32,117	17.8	27.8	24.9	20.7	14.9	5.8	0.7	563.0	337.0

1 The number of legal abortions performed on 1,000 women surviving up to 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.

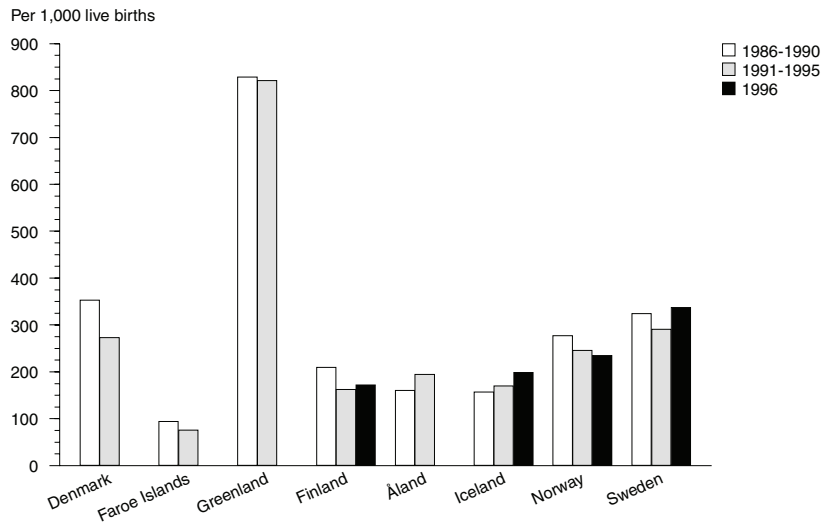
2 Foreløbig opgørelse.

The table partly covers HFA Statistical Indicator 28.5

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

Kilde: I: Landlæknisembættið; N: Statistisk sentralbyrå og Statens helsetilsyn (1995); S: Socialstyrelsen

Figure 2.7 Abortions per 1,000 live births 1986-1996
 Aborter pr. 1.000 levendefødte 1986-1996



CHAPTER III

Consumption patterns

Forbrugsvaner

Denmark is the country where the inhabitants get the largest proportion of energy from fat.

Recommendations have been made for the composition of the diet. According to these, no more than 30 per cent of the total energy intake should derive from fat. The content of fat in the diet should first of all be lowered by a reduction of the intake of saturated fats.

In the Nordic countries, the sources for saturated fats are first and foremost butter, margarine, beef and pork fat as well as dairy products.

According to the recommendations, the reduction of the fat content in the diet should be balanced by an increase of the intake of carbohydrates, preferably in the form of food with a high content of starch and nutritive fibres, such as bread and other grain products (flour, meal, etc.), as well as potatoes, vegetables and fruit.

The consumption of these products varies considerably between the countries. Likewise, smoking and sale of tobacco and alcoholic beverages vary.

Danmark er det land, hvor indbyggerne får den største andel af deres energiindtag fra fedt.

Der er udformet anbefalinger for kostens sammensætning. Det anbefales, at højst 30 pct. af det samlede energiindtag stammer fra fedt. Fedtindholdet i kosten bør først og fremmest nedsættes ved at nedsætte indtagelsen af hårdt fedt, dvs mættede fedtsyrer og transfedtsyrer.

Kilderne til mættede fedtsyrer er i de nordiske lande først og fremmest madfedt (smør, margarine, okse- og svinefedt), og mejeriprodukter.

Ifølge anbefalingerne bør nedsættelsen af fedtindholdet i kosten modsvares af en stigning i indtaget af kulhydrater, fortrinsvis i form af levnedsmidler med et højt indhold af stivelse og kostfiber. Det drejer sig om brød og andre kornprodukter (mel, gryn m.v.) samt kartofler, grøntsager og frugt.

Forbruget af disse produkter varierer betydeligt mellem landene. Det samme gælder rygning samt salg af tobak og alkohol.

CONSUMPTION PATTERNS

Table 3.1 Total energy intake (M-joule) from food per capita per day 1985-1996
 Det totale energiindtag (M-joule) fra levnedsmidler pr. indbygger pr. dag 1985-1996

	<i>Denmark</i>	<i>Finland</i>	<i>Iceland</i>	<i>Norway</i>	<i>Sweden</i>
1985	12.5	12.0	..	12.7	12.2
1990	13.0	11.7	12.6	12.2	12.3
1994	..	11.7	12.7	12.7	12.4
1995	..	11.5	12.5	12.4	12.0
1996	12.4 ¹⁾	11.3	12.8	12.7	12.1

1 The calculation is subjected to some uncertainty since there are no figures for consumption of fruit and vegetables. No are there figures for consumption of fish, which has been estimated at 20 kg per year.

1 Beregningen er forbundet med en vis usikkerhed, idet der ikke findes tal for forbrug af udenlandsk frugt og grønt. Der findes heller ikke tal for forbrug af fisk. Dette er skønsmæssigt fastsat til 20 kg. pr. år.

The table covers HFA Statistical Indicator 16.3

Source: D: Veterinær- og fødevarerdirektoratet; F: Jord- og skogsbruksministeriets informationstjenstcentral;
 Kilde: I: Statens Ernæringsråd; N: Statens Ernæringsråd; S: Jordbruksverket

Table 3.2 The percentage of fat of the total energy intake from food per capita 1985-1996

Den procentvise andel af fedt i det totale energiindtag fra levnedsmidler pr. indbygger 1985-1996

	<i>Denmark</i>	<i>Finland</i>	<i>Iceland</i>	<i>Norway</i>	<i>Sweden</i>
1985	40	36	..	37	39
1990	42	35	38	35	37
1994	..	..	38	35	37
1995	..	..	38	35	37
1996	38	..	38	35	38

The table covers HFA Statistical Indicator 16.3

Source: See Table 3.1
 Kilde: Se tabel 3.1

Table 3.3 Total consumption of fats¹⁾, kilograms per capita 1985–1996
Samlet forbrug af madfedt¹⁾, kilogram pr. indbygger 1985–1996

	<i>Denmark</i> ²⁾	<i>Finland</i> ³⁾	<i>Iceland</i> ⁴⁾	<i>Norway</i> ⁵⁾	<i>Sweden</i>
1985	25.6	19.7	21.5	22.5	24.2
1990	27.2	15.2	24.6	19.4	21.5
1994	..	16.4	23.9	18.4	20.0 ⁶⁾
1995	..	16.4	23.8	18.5	21.1 ⁶⁾
1996	18.4	16.2	24.3	18.5	21.0 ⁶⁾

1 Butter margarine, edible tallow and lard, oils.

2 Including tallow and lard, some of which may not be used for human food. Oils and composite products of butter and vegetable oil not included.

3 Including butter, margarine and composite products of butter and vegetable oils.

4 Food supply statistics become more detailed in 1990.

5 Diet margarine converted into 81 per cent fat.

6 Hereof 4.7 kg diet margarine in 1994, 5.4 kg in 1995, and 5.2 kg in 1996.

1 Smør, margarine, spiselig tælle, svinefedt, spiseolier.

2 Inkl. okse- og svinefedt hvoraf en del muligvis ikke anvendes til menneskeføde. Spiseolier samt blandingsprodukter er ikke medregnet

3 Smør, margarine og blandingsprodukter af smør og vegetabiliske olier.

4 Fødevarestatistikken er blevet mere detaljeret fra og med 1990.

5 Letmargarine omregnet til 81 pct. fedt.

6 Heraf 4,7 kg letmargarine i 1994, 5,4 kg i 1995 og 5,2 kg i 1996.

Source: See Table 3.1

Kilde: Se tabel 3.1

Table 3.4 Total consumption of fish, kilograms per capita 1985–1996
Samlet forbrug af fisk, kilogram pr. indbygger 1985–1996

	<i>Denmark</i> ¹⁾	<i>Finland</i>	<i>Iceland</i> ²⁾	<i>Norway</i> ²⁾	<i>Sweden</i>
1985	..	18.3	..	40.0	27.7
1990	..	19.6	43.2	40.0	30.2
1994	..	16.0	44.9	..	29.4
1995	..	14.0	43.9	..	25.7
1996	44.9	..	28.5

1 No official figures are available for the consumption of fish in Denmark after 1977.

2 The basic data are very unreliable, because the fish for one's own consumption and not delivered through shops has not been included in the figures.

1 Der findes ikke officielle tal for forbruget af fisk i Danmark efter 1977.

2 Datagrundlaget er meget usikkert, fordi den fisk man selv fisker og spiser eller som ikke leveres gennem butikker, ikke er medregnet i tallene.

Source: See Table 3.1

Kilde: Se tabel 3.1

CONSUMPTION PATTERNS

Table 3.5 Total consumption of meat, kilograms per capita 1985–1996
Samlet forbrug af kød, kilogram pr. indbygger 1985–1996

	<i>Denmark</i>	<i>Finland</i>	<i>Iceland¹⁾</i>	<i>Norway</i>	<i>Sweden</i>
1985	90.3	68.4	61.5	53.5	58.0
1990	105.1	66.8	70.4	53.8	60.0
1994	105.6	61.6	65.2	60.3	65.5
1995	105.0	65.9	66.3	61.6	68.0
1996	106.0	65.5	67.4	62.5	68.4

1 Food supply statistics became more detailed in 1990. 1 Fødevarestatistikken er blevet mere detaljeret fra og med 1990.

Source: See Table 3.1
Kilde: Se tabel 3.1

Table 3.6 Total consumption of flour, grain, etc., kilograms per capita 1985–1996
Samlet forbrug af mel, gryn m.v., kilogram pr. indbygger 1985–1996

	<i>Denmark</i>	<i>Finland</i>	<i>Iceland</i>	<i>Norway</i>	<i>Sweden¹⁾</i>
1985	77.2	75.1	..	74.9	66.4
1990	74.4	74.2	64.2	78.5	68.7
1994	76.6	73.9	..	80.5	68.8
1995	85.6	69.8	64.5	80.8	65.9
1996	88.9	72.2	..	83.1	65.6

1 From 1995, a new data collection is used. Data collected according to the old method are therefore not entirely comparable with the data collected according to the new method

1 Fra og med 1995 benyttes en ny dataindsamlingsmetode. Data indsamlet efter den gamle metode er derfor ikke helt sammenlignelige med data indsamlet efter den ny metode.

Source: See Table 3.1
Kilde: Se tabel 3.1

Table 3.7 Sale of tobacco, kilograms per capita 1985–1996
Salg af tobak, kilogram pr. indbygger 1985–1996

	<i>Denmark</i>	<i>Faroe Islands</i>	<i>Greenland</i>	<i>Finland</i>	<i>Iceland</i>	<i>Norway</i>	<i>Sweden</i>
1985	2.98	2.10	3.34	1.11	2.80	1.36	1.68
1990	3.19	1.60	2.95	1.11	2.20	1.11	1.52
1994	2.94	1.90	2.69	0.96	2.07	0.98	1.40
1995	2.91	1.93	2.09	0.87	2.03	0.88	..
1996	..	1.84	2.60	0.81	2.06	1.10	..

The table covers HFA Statistical Indicator 16.1

Source: *The Central Statistical Bureaus*

Kilde: De statistiske centralbureauer

Table 3.8 Percentage of non-smokers by sex 1996
Ikke-rygere procentvis efter køn 1996

	<i>Denmark</i>	<i>Finland</i>	<i>Iceland</i>	<i>Norway</i>	<i>Sweden¹⁾</i>
<i>Non-smoking males as percentage of men 15 years and above</i> Mænd, ikke-rygere, i pct. af mænd 15 år og derover	64	73	69	66	79
<i>Non-smoking females as percentage of females 15 years and above</i> Kvinder, ikke-rygere, i pct. af kvinder 15 år og derover	65	78	68	67	77

1 16–84 years, who do not smoke regularly.

1 16–84-årige, der ikke ryger dagligt.

Source: D: Tobaksskaderådet; F: Folkhälsoinstitutet; I: Tobaksskaderådet;

Kilde: N: Statens Tobaksskaderåd; S: Statistiska centralbyrån

CONSUMPTION PATTERNS

Table 3.9 Sales of alcoholic beverages in litres of 100 per cent pure alcohol per capita aged 15 years or over 1985-1996

Salg af alkoholiske drikke i liter 100 pct. ren alkohol pr. indbygger 15 år og derover 1985-1996

	<i>Denmark</i>	<i>Faroe Islands</i>	<i>Greenland</i>	<i>Finland</i>	<i>Åland</i>	<i>Iceland</i>	<i>Norway</i>	<i>Sweden</i>
1985	12.1	7.1	18.5	8.0	6.3	4.4	5.1	6.1
1990	11.6	6.7	15.5	9.5	7.2	5.2	4.9	6.4
1994	12.0	6.3	13.2	8.2	6.8	4.6	4.6	6.3
1995	12.1	6.3	12.6	8.3	5.8	4.8	4.8	6.2
1996	12.2	6.7	12.6	8.2	5.8	4.9	5.0	6.0

The table covers HFA Statistical Indicator 17.1

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

CHAPTER IV

Medical treatment, morbidity and accidents

Sygdomsbehandling, sygelighed og ulykker

Introduction

In the Nordic countries statistical data concerning morbidity are insufficient. This chapter begins with a description of treatment outside hospitals followed by a description of treatment in hospitals broken down by diagnose groups. Information about the most frequent surgical procedures is also given. Then a more detailed description of cancer incidence and sexually transmitted diseases is provided. Finally a description of injuries treated at hospitals is given.

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 differ-

Indledning

De nordiske lande har mangelfulde statistiske oplysninger når det gælder sygelighed i befolkningen. I dette kapitel omtales først den behandling der gives udenfor sygehusene, efterfulgt af en belysning af behandling ved sygehusene fordelt på diagnosegrupper og ved vigtige kirurgiske indgreb. Herefter gives en særlig omtale af cancersygdomme og seksuelt overførte sygdomme og til sidst omtales ulykkesforekomst og personer indlagt på sygehuse på grund af ulykker.

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

MEDICAL TREATMENT, MORBIDITY AND ACCIDENTS

ences 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 are included in Section B of this report. 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 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.

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 er medtaget som Sektion B i denne rapport. Selv om de fundne resultater må tages med forbehold, underbygger rapporten de kendte forhold, om at registreringspraksis er forskellig i de nordiske lande hvilket dels afspejler betalingsreglerne og dels organisatoriske forskelle. Alle kontakter i Danmark registreres således som lægekontakter, på grund af betalingssystemet, mens en del af kontakterne i de andre lande er registrerede/ikke 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.

MEDICAL TREATMENT, MORBIDITY AND ACCIDENTS

Table 4.1 Medical consultations¹⁾ 1996
Lægekonsultationer¹⁾ 1996

	Denmark	Finland	Of which Åland	Iceland ²⁾	Sweden ³⁾
<i>Total number of consultations (millions)</i>					
Konsultationer i alt (mill.)	..	20.3	0.1	1.2	26.1
<i>of which: heraf:</i>					
<i>Consultations with general practitioner</i>					
Besøg hos alment praktiserende læge i konsultationen	16.0	10.7	0.0	0.6	10.2
<i>Consultations with specialist</i>					
Besøg hos specialist	..	9.6	0.0	0.6	15.8

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

2 Refers to 1995.

3 Excl. medical consultations in municipalities where experiments with municipal primary health care is carried out. In 1996 this amounted to 250,000 medical consultations in five municipalities.

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

2 Vedrører 1995.

3 Ekskl. lægebesøg i de kommuner, hvor der pågår forsøg med kommunal primær sundhedstjeneste. I 1996 drejede det sig om 250.000 lægebesøg i fem kommuner.

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

Kilde: S: Landstingsförbundet og Socialstyrelsen

Table 4.2 Number of individuals (1,000) receiving home nursing services during the year 1985-1995
Antal personer (1.000), der modtog hjemmesygepleje i løbet af året 1985-1995

	Denmark	Faroe Islands	Finland ¹⁾	Iceland	Norway ²⁾
1985	190	4	75	2	52
1990	237	7	73	2	..
1993	258	9	71	4	73
1994	268	8	71	4	69
1995	266	9	..	4	71

1 Per household.

2 By the end of the year.

1 Pr. husstand.

2 Ved udgangen af året.

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

Kilde: N: Statistisk sentralbyrå

MEDICAL TREATMENT, MORBIDITY AND ACCIDENTS

Table 4.3 Number of households/individuals receiving home help at the end of the year 1996¹⁾

Antal husstande/personer, der modtog hjemmehjælp i 1996¹⁾

	Denmark	Faroe Islands	Finland ²⁾	Åland	Iceland	Norway	Sweden
<i>Number of elderly people receiving home help</i> Antal ældre med hjemmehjælp	159,692	1,174	55,677	710	5,867	97.231	173,309
<i>Per 1,000 elderly aged 65 years or over</i> Pr. 1.000 ældre i alderen 65 år og derover	201	194.	75	175.	190	158 ⁴⁾	112
<i>Other families receiving home help</i> Andre familier med hjemmehjælp	28,783	10	8,723	59	1,517 ³⁾	24.344	17,727

1 The figures for Denmark and Sweden are counts at a given point in time, whereas the figures for other countries are in the course of a year. The difference in number of recipients during the year and at a given point in time is, for Sweden, approx. 20 per cent.

2 Refers to 1995.

3 3.258 individuals.

4 67 years and over.

1 Tallene for Danmark og Sverige er opgjort som et tællingstidspunkt, mens tallene for de andre lande er modtagere i løbet af året. Forskellen på modtagere i løbet af året og på et tællingstidspunkt er i Sverige opgjort til ca. 20 pct.

2 Vedrører 1995.

3 3.258 personer.

4 67 år og derover.

Source: D: Danmarks Statistik; FI: Landslæknin; F: STAKES; Å: Landskapslægen I: Hagstofa Íslands;

Kilde: N: Statistisk sentralbyrå; S: Statistiska centralbyrån

Table 4.4 Number of households/individuals (1,000) receiving home help at the end of the year 1985-1996¹⁾

Antal husstande/personer (1.000), der modtog hjemmehjælp ved slutningen af året 1985-1996¹⁾

	Denmark	Faroe Islands	Finland	Iceland ²⁾	Norway	Sweden
1985	176	1	199	..	..	313
1990	176	1	200	4	121	302
1994	187	1	140	6	121	215
1995	190	1	135	9	114	203
1996	189	1	134	9	122	191

1 See note 1 in Table 4.3.

2 Households (1990-1994), individuals (1995-1996).

1 Se note 1 i tabel 4.3.

2 Husholdninger (1990-1994), personer (1995-1996).

Source: See Table 4.3

Kilde: Se tabel 4.3

MEDICAL TREATMENT, MORBIDITY AND ACCIDENTS

Table 4.5 Children under the age of two immunized according to immunization schedules (per cent) 1996
 Børn under to år vaccineret i henhold til det anbefalede vaccinationsprogram (pct.) 1996

	Denmark	Finland ¹⁾	Iceland	Norway ²⁾	Sweden
<i>BCG</i>					
Tuberkulose	-	100	-	..	13
<i>Pertussis</i>					
Kighoste	77	100	99	98	.. ³⁾
<i>Tetanus</i>					
Stivkrampe	97	100	99	99	99
<i>Diphtheria</i>					
Difteri	97	100	99	98	99
<i>Polio</i>					
Polio	97	100	99	93	99
<i>Rubella</i>					
Røde hunde	85	98	99	92	97
<i>Measles</i>					
Mæslinger	85	98	99	92	97

1 Data from cluster samples from 1994-1995. Analysis of two age cohorts born either in 1990 or 1992.

2 Refers to 1995.

3 General vaccination reintroduced in 1996 at 3.5 and 12 months of age. Statistics from January 1997 is based on a cohort born in 1994. At least 42 per cent had received 3 doses.

1 Oplysningerne stammer fra en undersøgelse gældende 1994-95 med to alderskohorter født enten i 1990 eller 1992.

2 Vedrører 1995.

3 I 1996 blev et der genindført et generelt vaccinationsprogram ved 3,5- og 12-måneders alderen. Den tilgængelige statistik (januar 1997) stammer fra en kohorte født i 1994. Mindst 42 pct. havde fået 3 doser.

Source: WHO/EPI; D: Statens Seruminstitut; F: Folkhälsoinstitutet; I: Landlæknisembættið;

Kilde: N: Statens helsetilsyn; S: Smittskyddsinstitutet

MEDICAL TREATMENT, MORBIDITY AND ACCIDENTS

Table 4.6 Recommended immunization schedules as at January 1, 1998

	<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, 4, 6 and 14 months	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, 4, 6 and 14 months + 5-6 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, 6 and 14 months + 5-6 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: 6, 7 and 14 months + 3½, 9 and 14 years	IPV: 3, 5 and 11 months, 6-8 and 14 years	IPV: 3, 5 and 12 months, 6 years
MMR	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, 4, 6 and 14 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

MEDICAL TREATMENT, MORBIDITY AND ACCIDENTS

Tabel 4.6 Anbefalede vaccinationsprogrammer pr. 1. januar 1998

	<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, 4, 6 og 14 måneder	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, 4, 6 og 14 måneder + 5-6 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, 6 og 14 måneder + 5-6 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: 6, 7 og 14 måneder + 3½, 9 og 14 år	IPV: 3, 5 og 11 måneder, 6-8 år og 14 år	IPV: 3, 5 og 12 måneder, 6 år
MMR	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 fer- tile alder	-	Seronegative piger: 12 år	Seronegative kvinder i den fer- tile alder	-
Mæslinger, alene	-	-	-	-	-
Haemophilus influenzae b	3, 5 og 12 måneder	4, 6 og 14-18 måneder	3, 4, 6 og 14 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: Folkhälsoinstitutet; 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 4.10-4.21 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.

On that basis, NOMESCO has initiated a study of some of the diagnose groups included in order to disclose whether there are differences in the registration practice between the countries. The results of this study are expected to be included in the next edition of this publication.

Another explanation may be the difference in the number of treatment periods in the various countries for the diagnose

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 4.10-4.21 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.

NOMESCO har på den baggrund iværksat et studie af nogle af de medtagne diagnosegrupper, for at få afdækket om der er forskelle i registreringspraksis mellem landene. Resultaterne af dette forventes at kunne medtages i den næste udgave af publikationen.

En anden forklaring kan være forskelle i antallet af behandlingsperioder, for de respektive diagnosegrupper, mellem lan-

groups. In order to clarify this factor, the present edition includes (in Table 4.8) information about patients treated in the course of the year according to main diagnosis groups.

According to this, largely the same pattern appears between the countries as for discharges, and thus one may, with certain reservations, conclude that data for discharged patients may be used for Nordic comparisons.

Tables 4.22-4.24 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.

Comparisons of operations between various geographic areas are 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.

Taking these considerations into account, a number of significant differences may be detected between the countries.

Figures 4.1-4.6 for appendectomy, hip replacement and gall bladder operations, during 1990-1996, broken down by sex and selected age groups, show a rather steady development throughout the period.

dene. For at belyse dette er der i denne udgave medtaget oplysninger (i tabel 4.8) om behandlede patienter i løbet af året fordelt på hoveddiagnosegrupper.

Heraf fremgår det, at der er stort set det samme mønster landene imellem for udskrivninger hvorfor det med visse forbehold kan konkluderes, at data om udskrevne patienter kan anvendes ved nordiske sammenligninger.

Tabellerne 4.22-4.24 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.

Sammenligninger af operationer mellem geografiske områder er 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 sygehusene og mellem landene, ufuldstændig brug af koder og forskelle fra land til land i måden hvorpå operationer ved sygehuse tælles.

Med disse forbehold kan der af tabellerne læses en række markante forskelle mellem landene.

Figurerne 4.1-4.6 for blindtarmsoperationer, hofteproteser og galdeblæreoperationer 1990-96 fordelt efter køn og udvalgte aldersgrupper, viser en rimelig stabil udvikling i perioden.

MEDICAL TREATMENT, MORBIDITY AND ACCIDENTS

Table 4.7 Discharges from hospitals* by main diagnostic groups, per 1,000 inhabitants 1996

	<i>Denmark</i>	<i>Faroe Islands¹⁾</i>	<i>Finland²⁾</i>	<i>Åland²⁾</i>
Infectious and parasitic diseases	4.3	2.4	5.6	9.8
Neoplasms	22.2	14.1	21.4	26.9
Endocrine, nutritional and metabolic diseases	4.3	2.8	4.3	5.2
Diseases of blood and bloodforming organs	1.8	0.5	1.5	1.8
Mental disorders	2.5	1.3	2.4	2.6
Diseases of the nervous system and sense organs	7.9	12.3	18.2	15.4
Diseases of the circulatory system	23.6	15.6	30.0	31.5
Diseases of the respiratory system	15.0	9.8	18.4	24.3
Diseases of the digestive system	16.8	21.7	16.7	22.2
Diseases of the genito-urinary system	11.2	11.0	12.4	15.0
Diseases of the skin and subcutaneous tissue	2.5	3.7	3.0	2.5
Diseases of the musculo-skeletal system and connective tissue	11.2	9.9	19.9	18.4
Congenital malformations	2.0	2.0	2.6	2.1
Certain conditions originating in the perinatal period	3.4	0.6	1.4	2.8
Symptoms and ill-defined conditions	17.1	5.1	12.5	16.4
Traumas and poisonings	19.3	11.7	17.6	21.4
Patients without symptoms or diseases	5.5	27.4	4.1	5.4
Total	189.3	170.0	210.2	246.7
Of which hospitalization during pregnancy and childbirth	18.6	18.8	17.6	18.5

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

1 Data from the main hospital only. This also applies to Tables 4.8-4.24.

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

3 Refers to 1994. This also applies to Tables 4.9-4.20.

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

Source: The national in-patient registers
F: STAKES; I: The Ministry of Health and Social Security

MEDICAL TREATMENT, MORBIDITY AND ACCIDENTS

**Udskrivninger fra sygehuse* efter hoveddiagnosegrupper, Tabel 4.7
pr. 1.000 indbyggere 1996**

<i>Iceland³⁾</i>	<i>Norway⁴⁾</i>	<i>Sweden</i>	
4.3	3.0	4.6	Infektions- og parasitære sygdomme
15.9	18.2	17.9	Svulster
3.7	2.2	4.2	Endokrine, ernærings- og stofskiftesygdomme
1.2	0.9	1.4	Sygdomme i blod og bloddannende organer
2.7	..	1.9	Psykiske lidelser
7.6	6.0	5.6	Sygdomme i nervesystem og sanseorganer
21.7	22.3	29.7	Sygdomme i kredsløbsorganer
15.1	11.3	12.3	Sygdomme i åndedrætsorganer
13.5	10.4	13.6	Sygdomme i fordøjelsesorganer
16.7	7.9	9.0	Sygdomme i urin- og kønsorganer
3.4	1.3	1.5	Sygdomme i hud og underhud
12.3	9.5	8.5	Sygdomme i knogler, bevægelsessystem og bindevæv
2.7	2.3	1.6	Medfødte misdannelser
1.4	2.0	1.4	Visse årsager til sygdomme i perinatalperioden
9.0	10.1	15.4	Symptomer og mangelfuldt definerede tilstande
14.6	16.3	17.2	Traumer og forgiftninger
9.3	5.1	5.5	Patienter uden symptomer eller sygdomme
178.3	147.5	164.3	I alt
23.3	17.1	13.3	Heraf indlæggelser under graviditet og fødsel

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

1 Omfatter kun data for hovedsygehuset. Dette gælder også tabellerne 4.8-4.24.

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

3 Vedrører 1994. Dette gælder også tabellerne 4.9-4.20.

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

Kilde: Landspatientregistrene

F: STAKES; I: Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið

MEDICAL TREATMENT, MORBIDITY AND ACCIDENTS

Table 4.8 Patients treated in hospitals* during 1996 by main diagnostic groups, per 1,000 inhabitants

	<i>Denmark</i>	<i>Faroe Islands</i>	<i>Finland¹⁾</i>
Infectious and parasitic diseases	3.7	1.9	4.8
Neoplasms	10.4	0.0	9.5
Endocrine, nutritional and metabolic diseases	3.2	3.2	3.2
Diseases of blood and bloodforming organs	1.2	7.9	1.1
Mental disorders	2.0	5.7	1.9
Diseases of the nervous system and sense organs	6.2	0.6	12.1
Diseases of the circulatory system	15.2	0.1	19.0
Diseases of the respiratory system	11.2	0.8	12.9
Diseases of the digestive system	12.8	9.0	13.0
Diseases of the genito-urinary system	8.7	4.9	9.7
Diseases of the skin and subcutaneous tissue	2.1	11.7	2.2
Diseases of the musculo-skeletal system and connective tissue	8.6	12.1	13.9
Congenital malformations	1.3	11.3	1.6
Certain conditions originating in the perinatal period	1.4	2.4	1.2
Symptoms and ill-defined conditions	14.9	2.1	10.5
Traumas and poisonings	15.7	13.4	13.6
Patients without symptoms or diseases	4.4	19.3	3.1
Total	139.3	106.8	125.3
Of which hospitalization during pregnancy and childbirth	16.2	..	14.2

* 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.

Source: See table 4.7

MEDICAL TREATMENT, MORBIDITY AND ACCIDENTS

Patienter behandlet ved sygehuse* i løbet af 1996, efter hoveddiagnosegrupper, pr. 1.000 indbyggere Tabel 4.8

Åland ²⁾	Norway	Sweden	
8.9	2.8	4.1	Infektions- og parasitære sygdomme
11.1	10.5	8.8	Svulster
4.3	1.8	3.1	Endokrine, ernærings- og stofskiftesygdomme
1.3	0.7	1.0	Sygdomme i blod og bloddannende organer
2.3	..	1.6	Psykiske lidelser
11.9	5.0	4.3	Sygdomme i nervesystem og sanseorganer
22.8	17.3	18.9	Sygdomme i kredsløbsorganer
20.5	9.4	9.4	Sygdomme i åndedrætsorganer
18.4	8.9	10.8	Sygdomme i fordøjelsesorganer
12.8	6.9	7.5	Sygdomme i urin- og kønsorganer
2.2	1.2	1.2	Sygdomme i hud og underhud
14.7	8.2	6.9	Sygdomme i knogler, bevægelsessystem og bindevæv
1.3	1.7	1.0	Medfødte misdannelser
2.8	1.9	0.7	Visse årsager til sygdomme i perinatalperioden
14.4	9.1	13.2	Symptomer og mangelfuldt definerede tilstande
17.8	14.7	13.8	Traumer og forgiftninger
5.0	4.7	4.8	Patienter uden symptomer eller sygdomme
163.0	117.1	122.9	I alt
16.4	15.4	11.9	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.

Kilde: Se tabel 4.7

MEDICAL TREATMENT, MORBIDITY AND ACCIDENTS

Table 4.9 Average length of stay in hospitals* by main diagnostic groups 1996

	<i>Denmark</i>	<i>Faroe Islands</i>	<i>Finland¹⁾</i>	<i>Åland¹⁾</i>
Infectious and parasitic diseases	5.7	5.9	6.1	5.0
Neoplasms	7.1	4.9	5.7	7.1
Endocrine, nutritional and metabolic diseases	7.9	7.9	6.8	5.4
Diseases of blood and bloodforming organs	6.2	4.1	5.1	5.8
Mental disorders	7.7	2.9	12.5	4.8
Diseases of the nervous system and sense organs	5.2	3.7	3.6	4.4
Diseases of the circulatory system	8.5	10.5	7.4	8.2
Diseases of the respiratory system	5.9	4.8	4.9	4.7
Diseases of the digestive system	5.2	3.0	4.6	4.9
Diseases of the genito-urinary system	4.2	2.1	3.9	4.9
Diseases of the skin and subcutaneous tissue	7.1	6.9	5.7	4.9
Diseases of the musculo-skeletal system and connective tissue	8.6	5.6	5.1	5.6
Congenital malformations	4.9	1.5	4.2	5.8
Certain conditions originating in the perinatal period	10.8	5.2	9.5	5.3
Symptoms and ill-defined conditions	3.2	2.8	3.2	3.8
Traumas and poisonings	6.9	5.4	6.1	4.8
Patients without symptoms or diseases	6.5	2.5	2.0	3.6
Total	6.1	4.6	5.2	5.4
Of which hospitalization during pregnancy and childbirth	3.5	5.2	3.9	4.1

* Definition, see Table 4.7

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

Source: See Table 4.7

MEDICAL TREATMENT, MORBIDITY AND ACCIDENTS

Gennemsnitlig liggetid ved sygehuse* efterhoveddiagnosegrupper 1996 Tabel 4.9

<i>Iceland</i> ²⁾	<i>Norway</i>	<i>Sweden</i>	
4.5	6.5	4.8	Infektions- og parasitære sygdomme
8.3	8.7	7.9	Svulster
5.9	7.2	6.3	Endokrine, ernærings- og stofskiftesygdomme
6.5	5.8	5.4	Sygdomme i blod og bloddannende organer
11.4	..	13.9	Psykiske lidelser
6.4	5.4	4.9	Sygdomme i nervesystem og sanseorganer
8.3	8.0	6.0	Sygdomme i kredsløbsorganer
6.6	5.8	4.8	Sygdomme i åndedrætsorganer
5.8	5.9	4.7	Sygdomme i fordøjelsesorganer
4.6	5.1	4.2	Sygdomme i urin- og kønsorganer
8.3	9.8	7.5	Sygdomme i hud og underhud
6.3	8.2	6.7	Sygdomme i knogler, bevægelsessystem og bindevæv
8.4	5.9	4.6	Medfødte misdannelser
11.9	10.9	11.2	Visse årsager til sygdomme i perinatalperioden
4.9	3.7	2.6	Symptomer og mangelfuldt definerede tilstande
5.6	6.4	5.1	Traumer og forgiftninger
5.0	4.2	4.0	Patienter uden symptomer eller sygdomme
6.3	6.2	6.4	I alt
4.6	4.6	3.4	Heraf indlæggelser under graviditet og fødsel

* Definition, se tabel 4.7

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

Kilde: Se tabel 4.7

MEDICAL TREATMENT, MORBIDITY AND ACCIDENTS

Table 4.10 Discharges and average length of stay in hospitals*. Tuberculosis 1996
 Udskrivninger og gennemsnitlig liggetid ved sygehuse*. Tuberkulose 1996

		Denmark	Faroe Islands	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
<i>Discharges</i>	<i>Udskrivninger</i>							
<i>Total</i>	<i>I alt</i>	749	-	1,743	5	23	242	625
<i>Per 100,000 of the age</i>								
<i>Pr. 100.000 i alderen</i>								
		14	-	7	7	5	4	5
		12	-	32	49	13	4	5
		20	-	151	24	24	15	17
<i>Total</i>	<i>I alt</i>	14	-	34	20	9	6	7
<i>Average length of stay</i>								
<i>Gennemsnitlig liggetid</i>								
<i>Total</i>								
<i>I alt</i>		14.5	-	14.3	14.2	14.0	14.3	11.9

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 4.7
 Kilde: * Definition, se tabel 4.7

Table 4.11 Discharges and average length of stay in hospitals*. Malignant neoplasm of breast, females 1996
 Udskrivninger og gennemsnitlig liggetid ved sygehuse*. Kræft i bryst, kvinder 1996

		Denmark	Faroe Islands	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
<i>Discharges</i>	<i>Udskrivninger</i>							
<i>Total</i>	<i>I alt</i>	10,202	165	9,242	100	497	7,227	14,183
<i>Per 100,000 females of the age</i>								
<i>Pr. 100.000 kvinder i alderen</i>								
		1	-	0	-	-	0	1
		171	510	97	565	300	156	147
		821	1,234	391	2,417	1,060	725	614
		768	503	378	490	765	687	623
<i>Total</i>	<i>I alt</i>	383	410	180	779	375	325	309
<i>Average length of stay</i>								
<i>Gennemsnitlig liggetid</i>								
<i>Total, females</i>								
<i>I alt, kvinder</i>		6.9	2.2	5.1	4.2	8.2	8.1	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 4.7
 Kilde: * Definition, se tabel 4.7

MEDICAL TREATMENT, MORBIDITY AND ACCIDENTS

Table 4.12 Discharges and average length of stay in hospitals*. Malignant neoplasm of larynx, trachea, bronchus and lung 1996
 Udskrivninger og gennemsnitlig liggetid ved sygehuse*. Kræft i strubehoved, luftrør, bronkie og lunge 1996

		Denmark	Faroe Islands	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
<i>Discharges</i>	<i>Udskrivninger</i>							
<i>Males</i>	<i>Mænd</i>							
<i>Total</i>	<i>I alt</i>	6,380	19	6,186	28	233	4,171	6,420
<i>Per 100,000 males of the age</i>								
<i>Pr. 100.000 mænd i alderen</i>								
	0-24	1	-	0	-	-	0	0
	25-44	30	-	23	-	29	14	9
	45-64	402	118	360	502	349	297	193
	65+	1,073	482	1,356	725	1,039	919	665
<i>Total</i>	<i>I alt</i>	246	84	248	226	175	192	150
<i>Females</i>	<i>Kvinder</i>							
<i>Total</i>	<i>I alt</i>	4,130	21	1,504	8	197	2,155	4,003
<i>Per 100,000 females of the age</i>								
<i>Pr. 100.000 kvinder i alderen</i>								
	0-24	1	-	0	-	-	1	0
	25-44	20	-	7	-	35	20	13
	45-64	318	113	91	269	390	186	157
	65+	411	474	188	-	555	281	255
<i>Total</i>	<i>I alt</i>	155	99	57	62	149	97	92
<i>Average length of stay</i>								
<i>Gennemsnitlig liggetid</i>								
<i>Total, males and females</i>								
<i>I alt, mænd og kvinder</i>		8.2	7.3	7.0	7.4	9.4	11.6	9.6

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 4.7
 Kilde: * Definition, se tabel 4.7

MEDICAL TREATMENT, MORBIDITY AND ACCIDENTS

Table 4.13 Discharges and average length of stay in hospitals*. Malignant melanoma of skin 1996

Udskrivninger og gennemsnitlig liggetid ved sygehuse*. Ondartet melanom i hud 1996

		Denmark	Faroe Islands	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
<i>Discharges</i>	<i>Udskrivninger</i>							
<i>Total</i>	<i>I alt</i>	1,175	1	1,234	9	20	1,269	1,696
<i>Per 100,000 of the age</i>								
<i>Pr. 100.000 i alderen</i>								
		-	-	0	-	3	0	0
		4	-	1	-	2	2	2
		25	23	25	114	5	33	18
		54	0	71	49	34	73	53
<i>Total</i>	<i>I alt</i>	22	5	24	36	8	29	19
<i>Average length of stay</i>								
<i>Gennemsnitlig liggetid</i>								
<i>Total</i>								
<i>I alt</i>		8.2	32.0	5.0	5.7	11.0	8.1	7.5

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

Source: * Definition, see Table 4.7
 Kilde: * Definition, se tabel 4.7

MEDICAL TREATMENT, MORBIDITY AND ACCIDENTS

Table 4.14 Discharges from hospitals*. Acute myocardial infarction 1996
 Udskrivninger fra sygehuse*. Akut hjerteinfarkt 1996

		Denmark	Faroe Islands	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
<i>Discharges</i>	<i>Udskrivninger</i>							
<i>Males</i>	<i>Mænd</i>							
<i>Total</i>	<i>I alt</i>	7,039	38	7,048	40	377	7,603	16,007
<i>Per 100,000 males of the age</i>								
<i>Pr. 100.000 mænd i alderen</i>								
	0-44	18	-	19	40	20	26	14
	45-64	376	216	395	220	607	495	399
	65+	1,313	1,002	1,545	1,813	1,607	1,684	1,738
<i>Total</i>	<i>I alt</i>	271	167	282	323	283	350	366
<i>Females</i>	<i>Kvinder</i>							
<i>Total</i>	<i>I alt</i>	4,070	31	5,088	38	159	4,419	9,825
<i>Per 100,000 females of the age</i>								
<i>Pr. 100.000 kvinder i alderen</i>								
	0-44	6	0	3	0	4	3	4
	45-64	117	136	97	67	126	126	108
	65+	692	740	953	1,469	771	933	962
<i>Total</i>	<i>I alt</i>	153	146	194	296	120	199	292
<i>Average length of stay</i>								
<i>Gennemsnitlig liggetid</i>								
<i>Total</i>	<i>I alt</i>	7.5	..	9.0	9.8	10.7	8.3	7.1

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 4.7
 Kilde: * Definition, se tabel 4.7

MEDICAL TREATMENT, MORBIDITY AND ACCIDENTS

Table 4.15 Discharges and average length of stay in hospitals*. Cerebrovascular diseases 1996

Udskrivninger og gennemsnitlig liggetid ved sygehuse*. Karsygdomme i hjerne 1996

		Denmark	Faroe Islands	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
<i>Discharges</i>	<i>Udskrivninger</i>							
<i>Males</i>	<i>Mænd</i>							
<i>Total</i>	<i>I alt</i>	11,297	61	10,352	62	197	7,560	23,760
<i>Per 100,000 males of the age</i>								
<i>Pr. 100.000 mænd i alderen</i>								
	0-44	39	16	40	66	19	28	29
	45-64	528	631	574	251	170	350	441
	65-79	1,952	1,150	2,128	2,400	959	1,645	2,281
	80+	3,200	445	2,647	4,697	1,394	2,957	4,072
<i>Total</i>	<i>I alt</i>	435	268	415	500	148	348	527
<i>Females</i>	<i>Kvinder</i>							
<i>Total</i>	<i>I alt</i>	10,745	34	9,580	54	316	7,251	22,792
<i>Per 100,000 females of the age</i>								
<i>Pr. 100.000 kvinder i alderen</i>								
	0-44	35	0	34	27	38	25	30
	45-64	321	89	299	201	281	224	273
	65+	1,354	562	1,323	1,659	1,362	1,039	1,480
	80+	2,672	355	2,163	2,309	1,203	2,393	3,366
<i>Total</i>	<i>I alt</i>	403	159	365	421	238	327	492
<i>Average length of stay</i>								
<i>Gennemsnitlig liggetid</i>								
<i>Total</i>	<i>I alt</i>	19.4	33.1	15.0	14.8	16.5	15.2	14.4

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 4.7
 Kilde: * Definition, se tabel 4.7

MEDICAL TREATMENT, MORBIDITY AND ACCIDENTS

Table 4.16 Discharges and average length of stay in hospitals*. Asthma 1996
 Udskrivninger og gennemsnitlig liggetid ved sygehuse*. Astma 1996

		Denmark	Faroe Islands	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
<i>Discharges</i>	<i>Udskrivninger</i>							
<i>Total</i>	I alt	7,699	79	13,557	91	491	5,716	11,342
<i>Per 100,000 of the age</i>								
<i>Pr. 100.000 i alderen</i>								
		830	1,152	806	1,567	585	706	737
		145	154	178	542	152	141	69
		76	67	142	103	29	58	32
		79	89	179	156	92	62	56
		175	126	506	484	455	147	184
		126	39	569	735	666	156	285
<i>Total</i>	I alt	146	182	265	361	185	130	128
<i>Average length of stay</i>								
<i>Gennemsnitlig liggetid</i>								
<i>Total</i>								
I alt		4.3	4.0	5.0	4.1	8.7	4.1	3.4

The table includes ICD-9: 493 and ICD-10: J45-J46
 Tabellen omfatter ICD-9: 493 og ICD-10: J45-J46

Source: * Definition, see Table 4.7
 Kilde: * Definition, se tabel 4.7

MEDICAL TREATMENT, MORBIDITY AND ACCIDENTS

Table 4.17 Discharges and average length of stay in hospitals*. Bronchitis, emphysema and other chronic obstructive pulmonary disease 1996

Udskrivninger og gennemsnitlig liggetid ved sygehuse*. Bronkit, emfysem og anden obstruktiv lungesygdom 1996

		Denmark	Faroe Islands	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
<i>Discharges</i>	<i>Udskrivninger</i>							
<i>Total</i>	<i>I alt</i>	18,656	46	11,288	49	480	8,387	16,328
<i>Per 100,000 of the age</i>								
<i>Pr. 100.000 i alderen</i>								
		106	58	41	-	17	24	63
		2	-	6	-	2	3	3
		3	14	3	-	10	4	2
		173	56	93	52	77	79	68
		1,701	315	1,161	823	1,045	892	693
		1,648	809	1,157	1,225	1,566	978	856
<i>Total</i>	<i>I alt</i>	355	106	220	194	180	191	175
<i>Average length of stay</i>								
<i>Gennemsnitlig liggetid</i>								
<i>Total</i>								
<i>I alt</i>		8.0	7.3	8.0	9.0	15.8	7.9	7.0

The table includes ICD-9: 490-492, 496 and ICD-10: J40-J44
 Tabellen omfatter ICD-9: 490-492 og ICD-10: J40-J44

Source: * Definition, see Table 4.7
 Kilde: * Definition, se tabel 4.7

Table 4.18 Discharges and average length of stay in hospitals*. Cervical and other intervertebral disc disorders 1996

Udskrivninger og gennemsnitlig liggetid ved sygehuse*. Diskuprolaps i halsens ryghvirvler og andre ryghvirvler 1996

		Denmark	Faroe Islands	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
<i>Discharges</i>	<i>Udskrivninger</i>							
<i>Total</i>	<i>I alt</i>	9,697	43	9,105	45	646	4,592	4,387
<i>Per 100,000 of the age</i>								
<i>Pr. 100.000 i alderen</i>								
		16	36	21	39	37	13	5
		276	118	262	178	387	183	83
		315	179	307	422	492	180	80
		133	99	123	73	187	41	34
<i>Total</i>	<i>I alt</i>	184	99	178	178	243	105	50
<i>Average length of stay</i>								
<i>Gennemsnitlig liggetid</i>								
<i>Total</i>								
<i>I alt</i>		9.5	13.1	5.0	3.3	5.2	7.7	6.9

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 4.7
 Kilde: * Definition, se tabel 4.7

MEDICAL TREATMENT, MORBIDITY AND ACCIDENTS

Table 4.19 Discharges and average length of stay in hospitals*. Osteoporosis and osteomalacia, females 1996

Udskrivninger og gennemsnitlig liggetid ved sygehuse*. Osteoporose og osteomalaci, kvinder 1996

		Denmark	Faroe Islands	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
<i>Discharges</i>	<i>Udskrivninger</i>							
<i>Females</i>	<i>Kvinder</i>							
<i>Total</i>	<i>I alt</i>	1,708	1	639	11	..	479	1,706
<i>Per 100,000 females of the age</i>								
<i>Pr. 100.000 kvinder i alderen</i>								
	0-44	2	-	3	-	..	0	1
	45-64	21	-	9	-	..	7	13
	65-74	149	-	51	352	..	40	104
	75-79	392	-	120	609	..	124	226
	80+	588	72	162	486	..	207	344
<i>Total</i>	<i>I alt</i>	64	2	20	86	..	22	44
<i>Average length of stay</i>								
<i>Gennemsnitlig liggetid</i>								
<i>Total</i>								
<i>I alt</i>		16.3	10.0	11.0	9.5	..	11.5	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 4.7
 Kilde: * Definition, se tabel 4.7

MEDICAL TREATMENT, MORBIDITY AND ACCIDENTS
Table 4.20 Discharges and average length of stay in hospitals*. Fracture of neck of femur 1996

Udskrivninger og gennemsnitlig liggetid ved sygehuse*. Brud af lår 1996

		Denmark	Faroe Islands	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden	
<i>Discharges</i>	<i>Udskrivninger</i>								
<i>Males</i>	<i>Mænd</i>								
<i>Total</i>	<i>I alt</i>	3,606	13	2,097	12	83	2,777	6,981	
<i>Per 100,000 males of the age</i>									
<i>Pr. 100.000 mænd i alderen</i>									
	0-44	13	13	12	-	2	12	7	
	45-64	81	78	67	31	62	71	55	
	65-74	381	63	267	108	247	313	339	
	75-79	1,030	172	620	624	288	793	844	
	80+	2,141	956	1,552	1,978	1,470	2,089	2,356	
	<i>Total</i>	<i>I alt</i>	139	57	84	97	62	128	153
<i>Females</i>	<i>Kvinder</i>								
<i>Total</i>	<i>I alt</i>	9,679	32	5,640	34	237	7,480	17,597	
<i>Per 100,000 females of the age</i>									
<i>Pr. 100.000 kvinder i alderen</i>									
	0-44	6	15	5	-	1	4	3	
	45-64	105	-	48	34	59	94	66	
	65-74	740	168	346	881	498	647	550	
	75-79	1,666	1,391	1,098	406	1,504	1,422	1,496	
	80+	4,064	1,452	2,816	2,552	3,089	3,662	3,946	
	<i>Total</i>	<i>I alt</i>	363	150	215	265	179	337	377
<i>Average length of stay</i>									
<i>Gennemsnitlig liggetid</i>									
<i>Total, males and females</i>									
<i>I alt, mænd og kvinder</i>		16.4	17.4	13.0	12.4	14.9	12.3	12.2	

 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 4.7
 Kilde: * Definition, se tabel 4.7

MEDICAL TREATMENT, MORBIDITY AND ACCIDENTS

Table 4.21 Discharges and average length of stay in hospitals*. Alcoholic liver disease, unspecified fibrosis and cirrhosis of liver 1996

Udskrivninger og gennemsnitlig liggetid ved sygehuse*. Alkoholisk
leversygdom, bindevævsdannelse i lever og skrumpelever 1996

		Denmark	Faroe Islands	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
<i>Discharges</i>	<i>Udskrivninger</i>							
<i>Males</i>	<i>Mænd</i>							
<i>Total</i>	<i>I alt</i>	1,798	6	1,376	2	20	386	1,353
<i>Per 100,000 males of the age</i>								
<i>Pr. 100.000 mænd i alderen</i>								
	0-44	23	-	20	-	6	7	9
	45-64	167	98	136	31	4	40	64
	65+	103	37	75	60	99	33	61
<i>Total</i>	<i>I alt</i>	69	26	55	16	15	18	30
<i>Females</i>	<i>Kvinder</i>							
<i>Total</i>	<i>I alt</i>	980	5	880	3	23	336	820
<i>Per 100,000 females of the age</i>								
<i>Pr. 100.000 kvinder i alderen</i>								
	0-44	12	-	9	-	3	6	7
	45-64	86	23	82	101	50	31	33
	65+	50	118	49	-	49	27	31
<i>Total</i>	<i>I alt</i>	37	23	34	23	17	15	18
<i>Average length of stay</i>								
<i>Gennemsnitlig liggetid</i>								
<i>Total, males and females</i>								
<i>I alt, mænd og kvinder</i>		9.5	5.7	8.0	6.0	9.0	9.0	8.6

The table includes ICD-9: 571.0-571.6, 571.9 and ICD-10: 571.0-571.6, 571.9 Source: * Definition, see Table 4.7
Tabellen omfatter ICD-9: 571.0-571.6, 571.9 og ICD-10: 571.0-571.6, 571.9 Kilde: * Definition, se tabel 4.7

MEDICAL TREATMENT, MORBIDITY AND ACCIDENTS
Table 4.22 Fourteen major surgical procedure groups, total numbers 1996
 Fjorten store operationsgrupper, i alt 1996

	Denmark	Faroe Islands	Finland	Åland	Norway	Sweden
[032] <i>Coronary bypass operations, excl. PTCA</i> Bypass operationer af koronarkar, ekskl. PTCA	2,530	-	4,995	8	3,196	7,059
<i>Dilatation of coronary artery (PTCA)</i> Perkutan coronar angioplastik (PTCA)	2,286	-	1,386	1	3,622	3,035
[008+ <i>Operations on thyreoidea</i> 009] Thyreoideaoperationer	1,596	-	2,229	5	1,049	2,682
[077] <i>Kidney transplant</i> Nyretransplantation	143	-	162	-	198	298
‡) <i>Hysterectomy</i> Hysterektomi	6,110	22	9,728	48	4,582	10,099
‡) <i>Prostatectomy TURP</i> Prostatektomi TURP	5,115	20	3,959	6	4,530	9,407
‡) <i>Prostatectomy, open</i> Prostatektomi, åben	15	1	983	2	335	695
‡) <i>Total hip replacement</i> Total hoftedeledsplastik	7,109	-	4,458	27	5,544	13,725
‡) <i>Mastectomy (women)</i> Ablatio mammae, (kvinder)	2,889	4	1,992	6	1,901	3,001
‡) <i>Partial excision of mammary gland (women)</i> Resektion af mammae (kvinder)	2,856	17	1,942	5	1,144	3,648
‡) <i>Appendectomy</i> Appendektomi	7,676	43	9,697	24	4,901	10,069
‡) <i>Disc operations</i> Disk-operationer	2,243	12	4,084	24	2,679	4,171
[067+ <i>Cholecystectomy</i> 068] Kolecystektomi	4,927	32	3,392	21	3,252	11,045
[099] <i>Caesarean section</i> Kejsersnit	8,627	85	9,166	49	7,109	11,299

 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)

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

Kilde: S: Socialstyrelsen

MEDICAL TREATMENT, MORBIDITY AND ACCIDENTS

**Table 4.23 Fourteen major surgical procedure groups, per 100,000 inhabitants
1996**
Fjorten store operationsgrupper, pr. 100.000 indbyggere 1996

	Denmark	Faroe Islands	Finland	Åland	Norway	Sweden
[032] <i>Coronary bypass operations, excl. PTCA</i> Bypass operationer af koronarkar, ekskl. PTCA	48	-	98	32	73	80
<i>Dilatation of coronary artery (PTCA)</i> Perkutan coronar angioplastik (PTCA)	44	-	27	4	82	34
[008+ <i>Operations on thyreoidea</i> 009] Thyreoideaoperationer	30	-	44	20	24	30
[077] <i>Kidney transplant</i> Nyretransplantation	3	-	3	-	5	3
‡) <i>Hysterectomy</i> ¹⁾ Hysterektomi ¹⁾	229	51	370	369	206	226
‡) <i>Prostatectomy TURP</i> ²⁾ Prostatektomi TURP ²⁾	196	46	158	49	209	215
‡) <i>Prostatectomy, open</i> ²⁾ Prostatektomi, åben ²⁾	9	2	39	16	15	16
‡) <i>Total hip replacement</i> Total hoftedeledsplastik	135	-	87	107	126	155
‡) <i>Mastectomy</i> ¹⁾ Ablatio mammae ¹⁾	108	9.0	76	46	86	67
‡) <i>Partial excision of mammary gland</i> ¹⁾ Resektion af mammae ¹⁾	107	39	74	39	52	82
‡) <i>Appendectomy</i> Appendektomi	146	99	189	95	112	114
‡) <i>Disc operations</i> Disk-operationer	43	28	80	95	61	47.2
[067+ <i>Cholecystectomy</i> 068] Kolecystektomi	94	74	101	83	74	125
[099] <i>Caesarean section</i> ³⁾ Kejsersnit ³⁾	128	113	151	169	117	118

Symbols: See Table 4.22

Symbolforklaring: Se tabel 4.22

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 4.21

Kilde: Se tabel 4.21

MEDICAL TREATMENT, MORBIDITY AND ACCIDENTS

Table 4.24 Surgical procedures in connection with cancer diagnoses, total and per 100,000 inhabitants 1996

Operationer i forbindelse med kræftdiagnoser, i alt og pr. 100.000 indbyggere 1996

	Denmark	Faroe Islands	Finland	Åland	Norway	Sweden
<i>Total I alt</i>						
‡) <i>Hysterectomy</i> Hysterektomi (ICD-9: 180-184; ICD-10: C51-58)	1,110	10	777	4	905	2,011
‡) <i>Prostatectomy, TURP</i> Prostatektomi, TURP (ICD-9: 185; ICD-10: C61)	1,111	5	390	2	1,092	1,841
‡) <i>Prostatectomy, open</i> Prostatektomi, åben (ICD-9: 185; ICD-10: C61)	6	-	292	2	126	449
‡) <i>Mastectomy</i> Ablatio mammae (ICD-9: 174; ICD-10: C50)	2,532	4	1,753	5	1,780	2,639
‡) <i>Partial excision of mammary gland</i> Resektion af mammae (ICD-9: 174; ICD-10: C50)	1,224	10	826	1	710	2,754
<i>Per 100,000 inhabitants</i> Pr. 100.000 indbyggere						
‡) <i>Hysterectomy</i> ¹⁾ Hysterektomi ¹⁾ (ICD-9: 180-184; ICD-10: C51-58)	42	23	30	31	41	45
‡) <i>Prostatectomy, TURP</i> ²⁾ Prostatektomi, TURP ²⁾ (ICD-9: 185; ICD-10: C61)	43	12	16	16	50	42
‡) <i>Prostatectomy, open</i> ²⁾ Prostatektomi, åben ²⁾ (ICD-9: 185; ICD-10: C61)	0	-	12	16	6	10
‡) <i>Mastectomy</i> ¹⁾ Ablatio mammae ¹⁾ (ICD-9: 174; ICD-10: C50)	95	9	67	41	80	59
‡) <i>Partial excision of mammary gland</i> ¹⁾ Resektion af mammae ¹⁾ (ICD-9: 174; ICD-10: C50)	46	23	31	8	32	62

Symbols: See Table 4.22

Symbolforklaring: Se tabel 4.22

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

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

Source: See Table 4.21
Kilde: Se tabel 4.21

Figure 4.1 Appendectomy 1990-1996. Men aged 0-24 years
 Appendektomi 1990-1996. Mænd i alderen 0-24 år

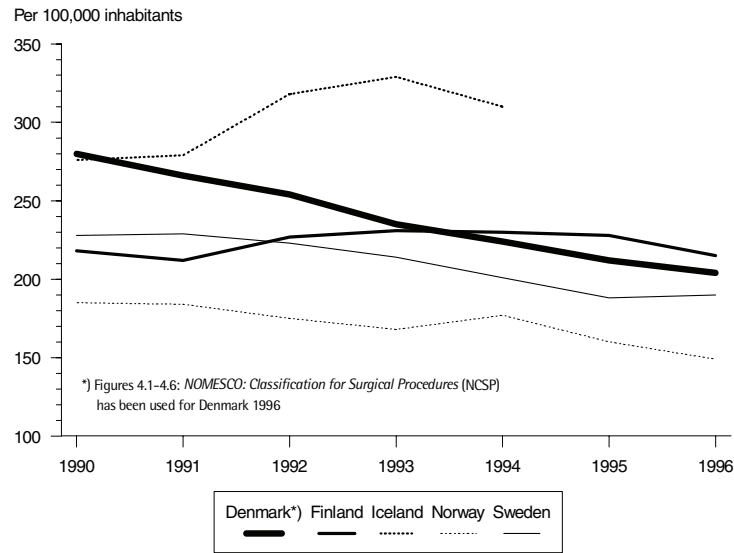
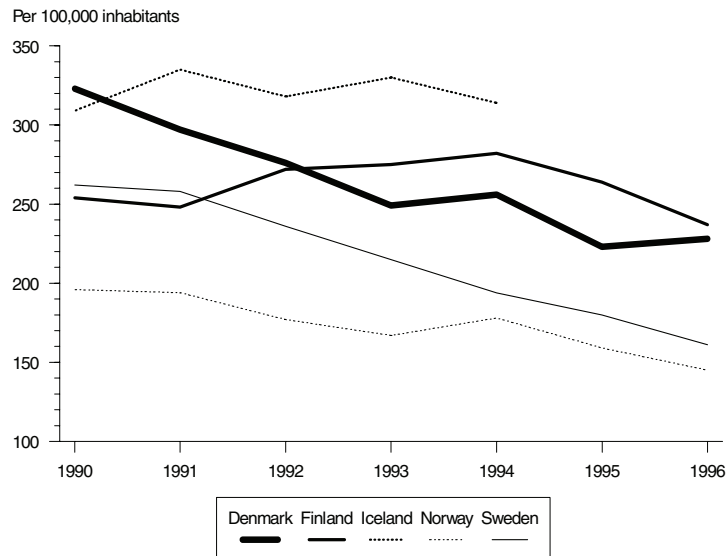


Figure 4.2 Appendectomy 1990-1996. Women aged 0-24 years
 Appendektomi 1990-1996. Kvinder i alderen 0-24 år



MEDICAL TREATMENT, MORBIDITY AND ACCIDENTS

Figure 4.3 Hip replacement 1990-1996. Men aged 30-69 years
 Hofteprotese 1990-1996. Mænd i alderen 30-69 år

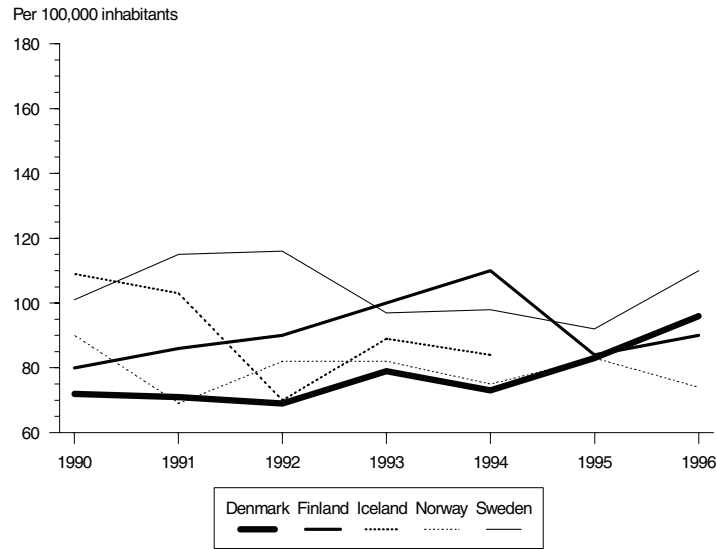


Figure 4.4 Hip replacement 1990-1996. Women aged 30-69 years
 Hofteprotese 1990-1996. Kvinder i alderen 30-69 år

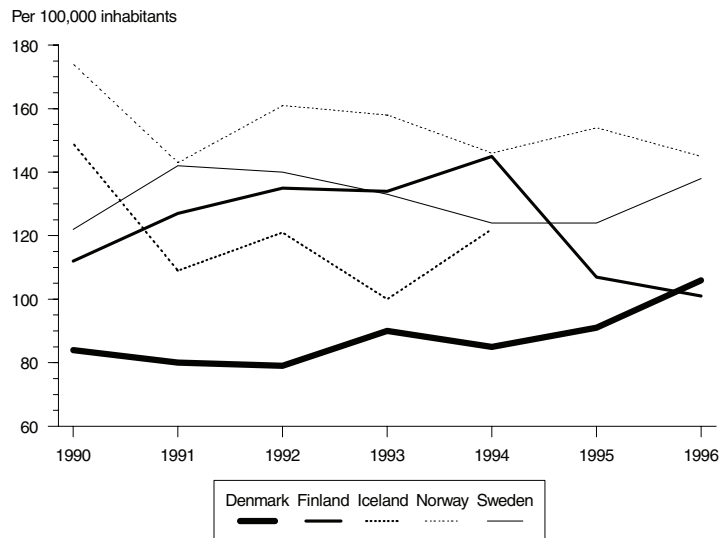


Figure 4.5 Gall bladder 1990-1996. Men aged 15-94 years
 Galdeblære 1990-1996. Mænd i alderen 15-94 år

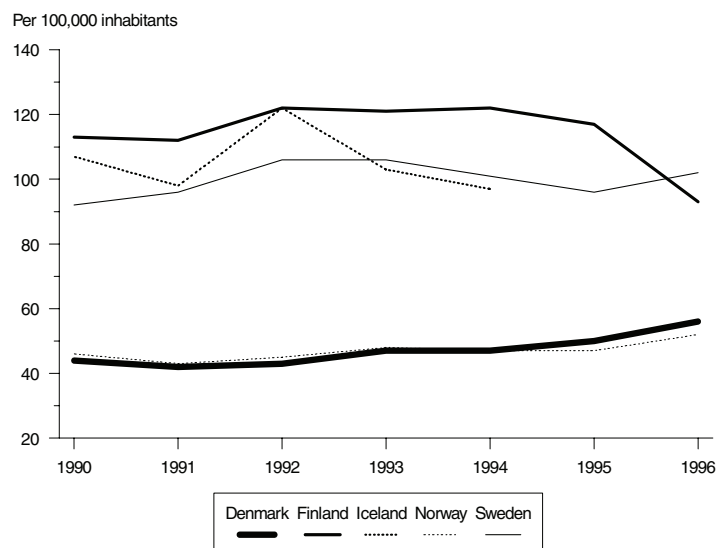
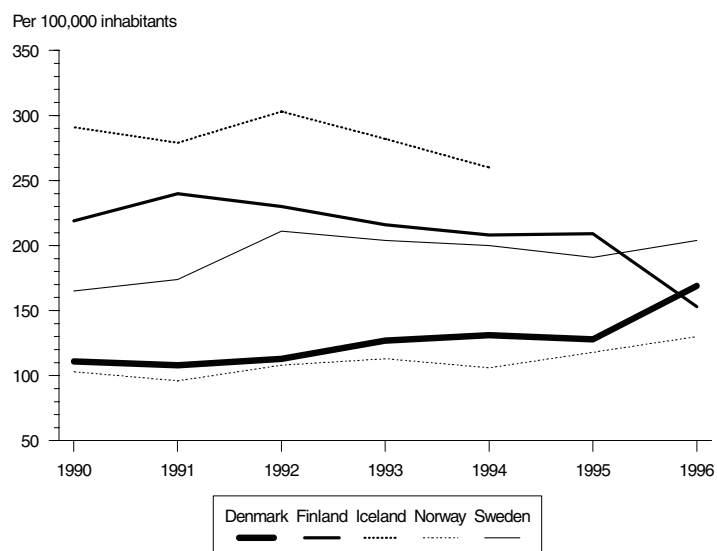


Figure 4.6 Gall bladder 1990-1996. Women aged 15-94 years
 Galdeblære 1990-1996. Kvinder i alderen 15-94 år



Cancer diseases

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

It is possible to follow the number of cancer cases since the creation of the registers in the 1940's and 1950's up to the beginning of the 1990's.

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 oe-

Cancersygdomme

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

Udviklingen i antal tilfælde af cancer kan følges fra etableringen af registrene i 1940'erne og 1950'erne, frem til begyndelsen af 1990'erne.

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

Kræftforekomsten øges med stigende alder, og kræft er en sjælden sygdom før 30-års-alderen, hvor incidensen når 300 tilfælde per 1.000.000 indbyggere. Ved 70-års-alderen er det tilsvarende tal omkring 10.000 tilfælde per 1.000.000 indbyggere. Det årlige antal kræfttilfælde øges i samtlige nordiske lande, og denne tendens er stadig til stede, når der korrigeres for forskelle i befolkningsstørrelserne og alderssammensætningen.

Udviklingen i kræftsygdommene i de nordiske lande er analog for de fleste kræftformer, men der er interessante forskelle. Generelt er antallet af kræfttilfælde gennem tiden øget, med få undtagelser hvor forekomsten er faldende. Det gælder 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

sophagus 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 consumption are known to be major risk factors.

Breast and prostate cancer is increasing in all countries, and so is colorectal cancer. 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 and Swedish males is falling and that the increase in lung cancer in Norway is reduced. Malignant melanoma is increasing in all countries, and it is estimated that, in the Nordic countries, this form of cancer will have increased by 100 per cent by the year 2010.

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.

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 vedkommende er både alkohol- og tobaksforbrug erkendte større risikofaktorer.

Bryst- og prostatacancer stiger i alle lande, ligesom colorektal cancer. 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 og svenske mænd er faldende, og at stigningen i lungekræft i Norge er mindre. Forekomsten af malignt melanom i huden stiger i alle lande, og det er estimeret, at denne kræftsygdom vil være øget med 100 pct. i Norden i år 2010.

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.

MEDICAL TREATMENT, MORBIDITY AND ACCIDENTS

Table 4.25 Age-standardized rates (WSP) for new cases of cancer per 1,000,000 inhabitants 1986-1996. Males

Aldersstandardiserede rater (WSP) for nye tilfælde af cancer pr. 1.000.000 indbyggere 1986-1996. Mænd

	140-204 <i>Total</i> I alt	178 <i>Testis</i> Testikler	177 <i>Prostate</i> Prostata	181.0 <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
<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	2,590	23	389	152	183	126	558	78	78
1991-95	2,638	29	518	161	147	138	485	76	50
<i>Åland</i>									
1986-90	2,761	30	570	241	189	182	401	118	79
1991-95	2,900	63	661	146	111	130	471	88	-
<i>Iceland</i>									
1986-90	2,823	52	597	199	227	215	356	30	50
1991-95	2,772	67	694	208	175	175	327	41	20
1996 ¹⁾	2,866	46	785	194	145	253	218	84	67
<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
<i>Sweden</i>									
1986-90	2,543	44	532	175	112	171	252	104	48
1991-95	2,652	49	600	179	95	181	241	111	46

1 Preliminary figures.

1 Foreløbige data.

Numbers refer to ICD-7 rev.

WSP = World Standard Population

Covers HFA Statistical Indicators 10.4 and 10.6

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

Kilde: The Cancer Registry in the Nordic countries

MEDICAL TREATMENT, MORBIDITY AND ACCIDENTS

Table 4.26 Age-standardized rates (WSP) for new cases of cancer per 1,000,000 inhabitants 1986–1996. Females

Aldersstandardiserede rater (WSP) for nye tilfælde af cancer pr. 1.000.000 indbyggere 1986–1996. 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
<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	2,127	643	37	31	102	115	79	66	50
1991-95	2,231	714	36	35	85	118	86	64	50
<i>Åland</i>									
1986-90	2,226	642	109	15	58	61	86	72	-
1991-95	2,560	677	146	65	133	97	103	98	-
<i>Iceland</i>									
1986-90	2,693	820	86	65	100	165	265	65	64
1991-95	2,751	741	86	47	84	144	304	85	27
1996 ¹⁾	2,429	568	129	62	36	144	199	110	35
<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
<i>Sweden</i>									
1986-90	2,539	690	81	48	58	159	102	114	50
1991-95	2,547	746	77	47	46	159	126	111	30

1 Preliminary figures.

1 Foreløbige data.

Numbers refer to ICD-7 rev.

WSP = World Standard Population

Covers HFA Statistical Indicators 10.4 and 10.6

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

Kilde: The Cancer Registry in the Nordic countries

MEDICAL TREATMENT, MORBIDITY AND ACCIDENTS

Figure 4.7 New cases for eight different types of cancer 1991-95. Males
 Nye tilfælde af otte forskellige cancertyper 1991-95 Mænd

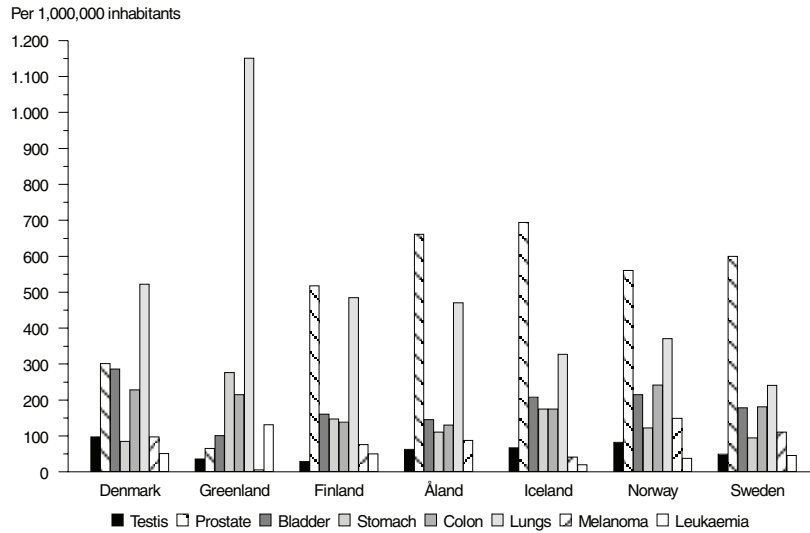
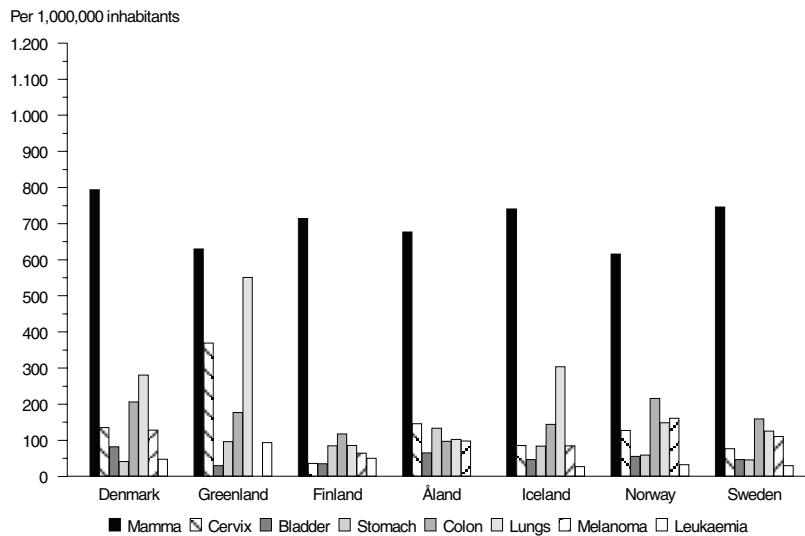


Figure 4.8 New cases for eight different types of cancer 1991-95 Females
 Nye tilfælde af otte forskellige cancertyper 1991-95 Kvinder



Sexually transmitted diseases etc.

This section deals with sexually transmitted diseases and general public health.

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 spreading 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.

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.

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.

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.

Seksuelt overførte sygdomme m.v.

I dette afsnit belyses seksuelt overførte sygdomme og befolkningens sundhedstilstand.

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

For de traditionelle kønssygdomme, gonorré 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.

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.

Der er markante forskelle i forekomsten af diagnostiserede tilfælde af både hepatitis B og C. En del af forskellene kan dog skal tilskrives forskelle i registreringspraksis. For så vidt angår diagnostiserede tilfælde af tuberkulose spores der i nogle lande en stigning, i andre et fald.

MEDICAL TREATMENT, MORBIDITY AND ACCIDENTS

Table 4.27 Confirmed new cases of HIV 1986-1996

Påviste nye tilfælde af HIV 1986-1996

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Of which Åland	Iceland	Norway	Sweden
<i>Males</i>								
Mænd								
1986-90	..	2	3	53	0	7	116	383
1991-95	245	1	4	53	1	6	81	213
1996	197	1	3	49	-	3	74	150
<i>Females</i>								
Kvinder								
1986-90	..	0	1	8	-	1	36	78
1991-95	82	0	4	18	-	2	31	102
1996	70	-	..	20	-	2	43	71
<i>Total</i>								
I alt								
1986-90	..	2	4	61	0	8	152	461
1991-95	327	1	8	71	1	7	111	315
1996	267	1	..	69	-	5	117	221

Source: D: Statens Seruminstitut; FI: Landslæknin; G: Embedslægeinstitutionen; F: Folkhälsoinstitutet; Å: Land- skapsläkaren; I: Landlæknisembættið; N: Statens Institutt for Folkehelse; S: Smittskyddsinstitutet

Table 4.28 Notified cases of AIDS, in total and per 100,000 inhabitants 1986-1996

Anmeldte tilfælde af AIDS, i alt og pr. 100.000 indbyggere 1986-1996

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland ¹⁾	Åland	Iceland	Norway	Sweden
<i>Number</i>								
Antal								
1986-90	133	1	..	14	0	15	36	93
1991-95	221	1	2	31	1	23	63	163
1996	156	-	3	22	..	3	49	153
<i>Per 100,000 inhabitants</i>								
Pr. 100.000 indbyggere								
1986-90	2.6	1.4	..	0.2	0.8	1.2	0.9	1.0
1991-95	4.2	1.8	3.6	0.6	3.2	1.7	1.5	1.8
1996	2.9	-	5.5	0.4	..	1.1	1.1	1.7

1 Excluding foreigners.

1 Eksklusive udlændinge.

Note: Figures for deaths caused by AIDS, please see Chapter V, Table 5.7.

Anm.: Vedr. opgørelser over dødsfald som følge af AIDS henvises til Kapitel V, tabel 5.7.

Source: D: Sundhedsstyrelsen; FI: Landslæknin; G: Embedslægeinstitutionen; F: Folkhälsoinstitutet; Å: Land- skapsläkaren; I: Landlæknisembættið; N: Statens Institutt for Folkehelse; S: Smittskyddsinstitutet

MEDICAL TREATMENT, MORBIDITY AND ACCIDENTS

Table 4.29 Notified cases of gonorrhoea and syphilis per 100,000 inhabitants aged 15 years or over 1996

Anmeldte tilfælde af gonorré og syfilis pr. 100.000 indbyggere 15 år og derover 1996

	Denmark ¹⁾	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
<i>Gonorrhea</i>								
Gonorré	3.2	2.0	1,153.2	5.5	–	1.0	6.3	0.3
<i>Syphilis</i>								
Syfilis	0.9	–	4.9	5.3	–	–	0.2	0.1

1 Refers to 1995.

Vedrører 1995.

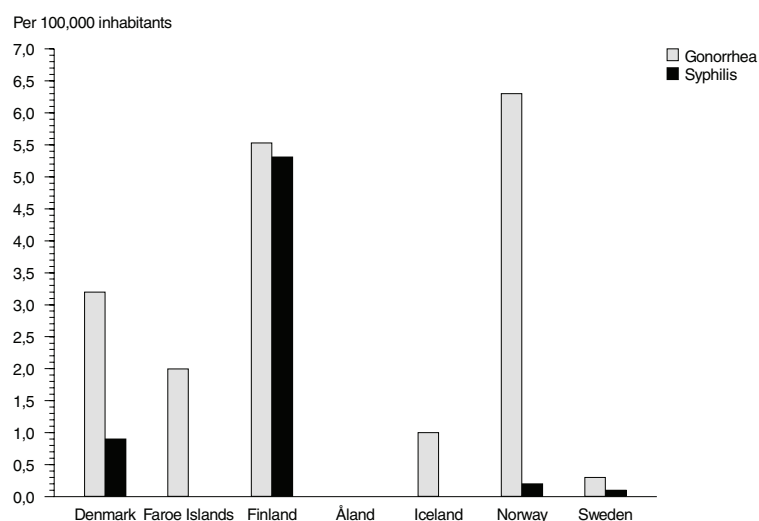
The table partly covers HFA Statistical Indicator 4.3

Source: See Table 4.28

Kilde: Se tabel 4.28

Figure 4.9 Notified cases of gonorrhoea and syphilis per 100,000 inhabitants aged 15 years or over 1996

Anmeldte tilfælde af gonorré og syfilis pr. 100.000 indbyggere 15 år og derover 1996



MEDICAL TREATMENT, MORBIDITY AND ACCIDENTS

Table 4.30 Diagnosed cases of chlamydia per 100,000 inhabitants 1989-1996
 Diagnosticerede tilfælde af chlamydia pr. 100.000 indbyggere 1989-1996

	Denmark	Faroe Islands	Greenland ¹⁾	Finland	Åland	Iceland ²⁾	Norway	Sweden
<i>Males</i>								
Mænd		M+F			M+F			
1989	..	102	..	197	323	326	..	252
1990	..	82	..	190	374	285	..	230
1993	..	64	..	153	139	348	124	138
1994	125	64	..	122	171	428	137	128
1995	124	67	..	138	250	368	157	131
1996	127	69	2,861	139	106	367	192	134
<i>Females</i>								
Kvinder								
1989	..		..	321		395	..	466
1990	..		..	308		313	..	414
1993	..		..	235		477	310	209
1994	402		..	201		493	274	190
1995	370		..	224		428	276	192
1996	376		5,346	227		523	312	190

1 Base upon surveys in Nuuk.
 2 Notified cases.

1 Baseret på undersøgelser i Nuuk.
 2 Anmeldte tilfælde.

Source: See Table 4.28
 Kilde: Se tabel 4.28

MEDICAL TREATMENT, MORBIDITY AND ACCIDENTS

Table 4.31 Diagnosed cases of acute hepatitis B and C per 100,000 inhabitants by sex 1989-1996

Diagnosticerede tilfælde af akut hepatitis B og C pr. 100.000 indbyggere efter køn 1989-1996

	Denmark		Faroe Islands		Finland ¹⁾	Åland	Iceland		Norway		Sweden ¹⁾	
	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	-	-	4.0	-	36.7	16.5	1.8	1.3	3.7	2.3
1995	2.8	1.4	-	-	2.2	3.9	1.5	5.2	3.4	1.2	4.6	2.1
1996	1.2	0.7	-	-	4.8	4.0	4.5	4.5	3.0	1.4	2.9	1.3
<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	-	-	26.6	11.9	21.6	8.2	0.9	0.5	46.0	19.2
1996	0.2	0.2	-	-	34.6	4.0	28.2	8.9	0.4	0.4	42.1	17.2

1 Both acute and chronic.

1 Både akutte og kroniske.

Source: See Table 4.28

Kilde: Se tabel 4.28.

Table 4.32 Diagnosed cases of tuberculosis per 100,000 inhabitants 1985-1996

Diagnosticerede tilfælde af tuberkulose pr. 100.000 indbyggere 1985-1996

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
	<i>Males</i>							
Mænd					M+F			
1985	6.5	16.7	..	..	..	5.8	10.9	9.7
1990	8.2	4.4	..	..	27.7	9.4	7.6	8.1
1995	9.8	-	..	14.5	7.9	4.5	6.4	6.5
1996	11.2	-	127.5	14.2	11.9	3.7	5.9	5.6
<i>Females</i>								
Kvinder								
1985	5.6	4.6	..	..		4.9	6.7	7.1
1990	5.5	-	..	..		5.5	5.7	4.9
1995	7.5	9.5	..	11.5		4.5	4.5	6.3
1996	7.3	-	192.0	11.1		4.5	4.0	5.5

Source: See Table 4.28

Kilde: Se tabel 4.28

I: Icelandic Tuberculosis Register

I: Islands tuberkuloseregister

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.

MEDICAL TREATMENT, MORBIDITY AND ACCIDENTS

Table 4.33 Patients discharged after treatment for injuries incurred in accidents, per 100,000 inhabitants, by place of accident 1996

Udskrivninger fra sygehuse efter behandling for skader pådraget ved ulykker, pr. 100.000 indbyggere efter ulykkessted 1996

	Denmark	Finland ¹⁾	Iceland	Norway	Sweden
<i>Place of occurrence</i>					
Sted					
<i>Transport area</i>					
Transportområde	237	190	..	207	..
<i>Residential area</i>					
Boligområde	419	486	..	365	..
<i>Industrial and workshop area</i>					
Produktions- og værkstedsområde	44	44	..	19	..
<i>Retail, commercial and service area</i>					
Butiks-, handels- og liberalt erhvervsområde	15	13	..	13	..
<i>School, public premises and institutional area</i>					
Skole-, offentligt administrations- og institutionsområde	58	84	..	96	..
<i>Sports area</i>					
Ildræts- og sportsområde	77	72	..	72	..
<i>Amusement, entertainment and park areas</i>					
Forlystelses- og parkområde	19	30		12	..
<i>Open countryside</i>					
Fri natur	49	38	.,	35	..
<i>Sea, lake and river</i>					
Hav- og søområde	7	5	..	10	..
<i>Place, other and unspecified</i>					
Sted, andet og uspecificeret eller uoplyst	117	788	..	131	..
<i>Total</i>					
I alt	1,041	1,749	..	960	2,049

1 Refers to 1995.

1 Vedrører 1995.

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

MEDICAL TREATMENT, MORBIDITY AND ACCIDENTS

Table 4.34 Patients discharged after treatment for injuries incurred in accidents, per 100,000 inhabitants, by sex and age 1996

Udskrivninger fra sygehuse efter behandling for skader pådraget ved ulykker, pr. 100.000 indbyggere efter køn og alder 1996

	Denmark		Finland ¹⁾		Norway		Sweden	
	M	F	M	F	M	F	M	F
0-14	988	722	426	282	957	678	1,079	759
15-24	1,362	582	1,187	385	974	481	1,470	950
25-64	887	517	884	490	710	429	1,123	896
65+	1,653	3,131	2,114	2,557	1,839	3,351	3,071	4,288
<i>Total</i>								
I alt	1,066	1,017	968	804	930	989	1,449	1,553

1 Refers to 1995.

1 Vedrører 1995.

Source: D: *Classification for Accident Monitoring*, 2nd revised edition. Nordic Medico-Statistical Committee.

Kilde: København 1990

Other countries: ICD-9: E800-E949

See Table 4.32

Se tabel 4.32

CHAPTER V

Mortality and causes of death

Dødelighed og dødsårsager

Mortality statistics form the core of the statistical system for disease assessment in most countries. The quality of the statistics varies. It is therefore necessary with studies covering a longer duration of time in order to unveil real differences between countries. On this basis, certain conclusions may be drawn.

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.

Dødsårsagsstatistik er kernen i de fleste landes sygdomsstatistiksystemer. Statistikens kvalitet varierer, og det er derfor nødvendigt med længere tidsstudier for med sikkerhed at kunne fastslå forskelle landene imellem. På den baggrund kan der drages en række konklusioner.

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.

MORTALITY AND CAUSES OF DEATH

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.

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.

MORTALITY AND CAUSES OF DEATH

Table 5.1 Deaths by sex and age per 100,000 inhabitants 1985-1996
Døde efter køn og alder pr. 100.000 indbyggere 1985-1996

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	905	704	37	23	92	35	570	365	6,877	5,015
	1990	1,222	1,137	868	641	32	21	71	32	529	346	6,969	5,232
	1995	1,204	1,199	557	447	24	17	74	30	498	335	7,094	5,714
	1996	1,160	1,148	615	469	23	19	72	26	485	320	6,876	5,527
<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
<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
<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
<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
	1996	1,234	997	643	-	-	-	65	73	576	104	6,703	4,568
<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
	1996	736	661	405	332	13	17	98	34	281	163	5,562	4,489
<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
	1996	1,082	982	452	358	23	13	68	26	346	204	6,152	4,746
<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
	1996	1,075	1,048	401	362	15	12	48	23	336	205	5,915	4,700

1 Iceland: Per 100,000 live births.

1 Island: Pr. 100.000 levendefødte.

Source: The national registers for causes of death

Kilde: De nationale dødsårsagsregistre.

MORTALITY AND CAUSES OF DEATH

Table 5.2 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	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
	1995	1993	1993	1995	1995	1995	1995	1996
[23-28]								
Cardiovascular diseases, total								
Hjerte-karsyg- domme, i alt								
Males Mænd	350.7	481.9	725.3	447.9	319.5	352.6	373.8	351.7
Females Kvinder	357.6	393.8	599.9	430.0	412.4	346.2	355.7	360.9
[3-15]								
Cancer, total								
Cancer, i alt								
Males Mænd	256.8	196.8	314.4	210.3	171.7	190.8	217.5	183.0
Females Kvinder	256.6	227.0	548.2	172.1	205.1	224.9	197.8	182.9
[46-52]								
Accidents, suicide and self-inflicted injury, total								
Ulykker, selvmord og villet egen- skade, i alt								
Males Mænd	70.7	77.7	210.9	121.7	46.5	79.2	60.8	53.5
Females Kvinder	44.8	31.8	118.8	44.8	-	40.9	33.5	28.8
[1-52]								
All causes of death								
Alle dødsårsager								
Males Mænd	978.8	901.1	1,700.4	986.7	740.8	770.9	877.3	757.5
Females Kvinder	985.3	816.1	1,885.5	865.1	796.2	867.5	830.0	769.1

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

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

ESP = "New" 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 5.3 Death rates from malignant neoplasms per 100,000 males by age 1986-1996

Dødeligheden af ondartede svulster pr. 100.000 mænd efter alder 1986-1996

		Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
Age	Alder								
0-14	1986-90	3.5	..	8.5	3.4	-	3.7	4.9	3.8
	1991-95	4.4	..	-	3.4	-	-	2.9	3.4
	1996	3.6	..	..	..	..	..	..	3.4
15-34	1986-90	11.0	..	9.9	8.0	5.8	12.1	8.5	7.7
	1991-95	8.4	..	15.1	7.3	-	7.0	7.8	7.9
	1996	8.8	..	..	..	..	..	..	6.2
35-44	1986-90	41.7	..	45.9	32.1	39.9	36.3	33.5	28.6
	1991-95	37.0	..	41.4	28.4	52.4	28.8	30.3	26.5
	1996	41.2	..	..	..	..	..	..	25.8
45-54	1986-90	155.8	..	193.4	122.1	85.6	110.9	124.2	103.0
	1991-95	145.7	..	202.7	110.0	103.7	104.6	119.5	98.6
	1996	150.6	..	..	..	..	..	..	95.0
55-64	1986-90	548.1	..	861.3	451.6	341.1	374.5	421.4	352.0
	1991-95	514.3	..	682.4	392.5	278.7	345.0	404.9	339.1
	1996	481.4	..	..	..	..	..	..	324.9
65-74	1986-90	1,276.8	..	2,125.1	1,100.9	1,048.2	948.9	1,007.9	879.8
	1991-95	1,284.9	..	1,993.3	1,025.1	1,014.6	947.7	1,005.8	887.7
	1996	1,255.0	..	..	..	..	..	..	854.9
75+	1986-90	2,369.8	..	2,376.6	2,150.6	1,962.2	2,100.0	2,116.6	1,885.9
	1991-95	2,451.4	..	3,277.2	2,151.0	1,696.6	1,935.3	2,183.8	1,871.7
	1996	2,447.8	..	..	..	..	..	..	1,896.4

The table covers HFA Statistical Indicator 10.1

Source: The national registers for causes of death. ICD-8: 140-209; ICD-9: 140-208; ICD-10: C00-C97, D45.9

Kilde: De nationale dødsårsagsregistre. ICD-8: 140-209; ICD-9: 140-208; ICD-10: C00-C97, D45.9

MORTALITY AND CAUSES OF DEATH

Table 5.4 Death rates from malignant neoplasms per 100,000 females by age 1986-1996

Dødeligheden af ondartede svulster pr. 100.000 kvinder efter alder 1986-1996

		Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
Age	Alder								
0-14	1986-90	3.7	..	3.0	3.2	-	3.2	3.4	3.4
	1991-95	3.7	..	-	2.7	7.5	0.6	2.8	2.9
	1996	3.5	..	..	..	..	..	..	2.0
15-34	1986-90	9.3	..	17.4	8.4	5.8	6.3	7.6	7.2
	1991-95	8.4	..	4.3	6.7	5.0	6.7	7.4	7.0
	1996	8.6	..	..	..	..	..	..	6.9
35-44	1986-90	59.0	..	89.3	37.6	54.0	55.0	48.7	46.5
	1991-95	57.0	..	89.2	36.7	42.3	43.2	48.9	40.1
	1996	51.5	..	..	..	..	..	..	34.4
45-54	1986-90	201.0	..	327.2	116.9	118.3	176.2	145.3	133.0
	1991-95	188.8	..	263.1	114.3	108.6	182.4	137.9	126.2
	1996	183.3	..	..	..	..	..	..	123.7
55-64	1986-90	488.5	..	758.2	263.3	360.6	420.6	332.7	309.5
	1991-95	476.9	..	844.9	252.8	270.5	389.8	320.2	307.6
	1996	464.0	..	..	..	..	..	..	305.3
65-74	1986-90	804.9	..	874.6	539.5	580.3	644.3	572.7	580.3
	1991-95	872.6	..	1,448.3	524.7	426.4	646.7	596.5	595.0
	1996	882.6	..	..	..	..	..	..	599.0
75+	1986-90	1,379.1	..	1,325.5	1,146.0	1,151.8	1,177.7	1,138.6	1,084.4
	1991-95	1,411.2	..	1,615.9	1,106.1	1,105.0	1,226.3	1,121.6	1,063.7
	1996	1,357.2	..	..	..	..	..	..	1,069.5

The table covers HFA Statistical Indicator 10.1

Source: See Table 5.3

Kilde: Se tabel 5.3

MORTALITY AND CAUSES OF DEATH

Table 5.5 Death rates from cardiovascular diseases per 100,000 males by age 1986-1996

Dødeligheden af hjerte-karsygdomme pr. 100.000 mænd efter alder 1986-1996

		Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
Age	Alder								
0-34	1986-90	3.2	..	8.4	5.9	..	1.9	3.7	4.0
	1991-95	3.0	..	9.9	5.0	2.9	2.6	3.3	3.7
	1996	2.8	..	..	..	..	..	..	3.0
35-44	1986-90	40.7	..	75.2	75.6	..	25.7	35.7	30.4
	1991-95	31.9	..	57.9	63.2	26.2	20.5	32.9	29.7
	1996	27.1	..	..	..	..	..	..	25.8
45-54	1986-90	177.6	..	255.8	292.0	..	163.6	190.5	147.9
	1991-95	127.3	..	180.8	209.8	188.5	125.6	133.6	115.0
	1996	117.6	..	..	..	..	..	..	115.0
55-64	1986-90	652.8	..	640.1	909.4	..	541.2	687.3	583.1
	1991-95	522.7	..	641.0	709.2	528.1	431.7	518.0	466.8
	1996	428.0	..	..	..	..	..	..	377.3
65-74	1986-90	1,780.9	..	2,246.5	2,311.3	..	1,409.1	1,857.4	1,754.7
	1991-95	1,610.4	..	1,682.5	1,926.2	1,388.4	1,321.7	1,601.6	1,485.2
	1996	1,402.0	..	..	..	..	..	..	1,326.5
75+	1986-90	5,904.7	..	7,404.0	6,085.8	..	5,300.0	5,672.0	6,063.6
	1991-95	5,602.6	..	8,680.2	5,893.4	4,120.2	5,223.6	5,280.5	5,636.5
	1996	4,938.9	..	..	..	..	..	..	5,334.1

Source: The national registers for causes of death. ICD-8: 390-458; ICD-9: 390-459; ICD-10: C45.9, I01-I52,

Kilde: M30.0, M30.1, M30.8, M31.3, M31.5, M31.6, M31.8, R02.9, R58.9

De nationale dødsårsagsregistre. ICD-8: 390-458; ICD-9: 390-459; ICD-10: C45.9, I01-I52, M30.0, M30.1, M30.8, M31.3, M31.5, M31.6, M31.8, R02.9, R58.9

MORTALITY AND CAUSES OF DEATH

Table 5.6 Death rates from cardiovascular diseases per 100,000 females by age 1986-1996

Dødeligheden af hjerte-karsygdomme pr. 100.000 kvinder efter alder 1986-1996

		Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
Age	Alder								
0-34	1986-90	2.2	..	7.1	3.0	..	1.9	1.7	2.2
	1991-95	2.5	..	6.0	2.7	-	1.6	2.0	2.0
	1996	2.2	..	..	..	..	..	..	2.4
35-44	1986-90	15.8	..	63.8	18.9	..	8.7	13.2	12.8
	1991-95	15.7	..	61.3	15.8	25.4	8.6	9.0	11.4
	1996	15.0	..	..	..	..	..	..	11.7
45-54	1986-90	61.3	..	163.6	61.0	..	41.8	43.4	42.8
	1991-95	44.9	..	82.2	46.4	21.7	30.9	35.3	37.5
	1996	42.0	..	..	..	..	..	..	35.7
55-64	1986-90	234.5	..	300.7	254.3	..	177.5	193.7	172.6
	1991-95	208.0	..	410.4	178.5	90.2	121.0	156.7	149.5
	1996	164.0	..	..	..	..	..	..	122.7
65-74	1986-90	820.1	..	1,351.7	1,086.3	..	669.6	778.4	741.3
	1991-95	774.4	..	1,357.8	845.3	454.9	570.7	684.1	629.6
	1996	674.2	..	1..	..	..	..	..	578.1
75+	1986-90	4,692.3	..	5,498.3	5,045.8	..	4,266.6	4,358.6	4,772.0
	1991-95	4,568.8	..	6,232,7	4,912.3	3,854.6	4,043.6	4,131.3	4,464.4
	1996	3,951.9	..	..	..	..	..	..	4,251.2

Source: See Table 5.5

Kilde: Se tabel 5.5

MORTALITY AND CAUSES OF DEATH

Table 5.7 Deaths caused by AIDS, in total and per 100,000 inhabitants 1986-1996
 Dødsfald som følge af AIDS, i alt og pr. 100.000 indbyggere 1986-1996

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland ¹⁾	Åland	Iceland	Norway	Sweden
<i>Number</i>								
<i>Antal</i>								
1986-90	81	0	..	9	0.2	2	24	86
1991-95	217	1	2	25	0.6	4	56	145
1996	162	..	..	26	..	1	42	103
<i>Per 100,000 inhabitants</i>								
<i>Pr. 100.000 indbyggere</i>								
1986-90	1.6	0	..	0.2	0.8	0.7	0.6	1.0
1991-95	4.2	1.4	0.7	0.5	2.4	1.5	1.3	1.6
1996	3.1	..	..	0.5	..	0.4	1.0	1.2

1 Excluding foreigners.

1 Eksklusive udlændinge.

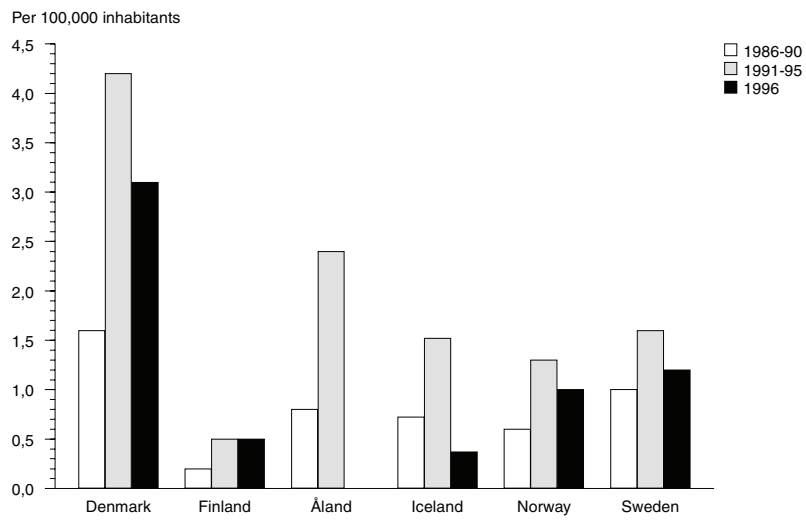
Note: Figures for notified cases of AIDS, please see Chapter IV, Table 4.27.

Anm.: Vedr. opgørelser over anmeldte tilfælde af AIDS henvises til Kapitel IV, tabel 4.27.

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

MORTALITY AND CAUSES OF DEATH

Figure 5.1 Deaths caused by AIDS 1986-1996
Dødsfald som følge af AIDS 1986-1996



MORTALITY AND CAUSES OF DEATH

Table 5.8 Suicides per 100,000 inhabitants by sex and age 1985–1996
Selvmord pr. 100.000 indbyggere efter køn og alder 1985–1996

	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
1996	27.9	4.7	17.4	29.2	49.4	11.1	1.4	2.2	12.1	17.8
<i>Faroe Islands</i>										
1986-90										
1991-95										
<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
<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
<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
<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
1996	20.0	4.4	15.1	25.6	32.8	8.5	2.0	5.7	10.8	12.6

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

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

The table covers HFA Statistical Indicator 12.1

Source: The national registers for causes of death. ICD-8: E950-E959; ICD-9: E950-E959; ICD-10: X60-X84

Kilde: De nationale dødsårsagsregistre. ICD-8: E950-E959; ICD-9: E950-E959; ICD-10: X60-X84

G: Embedslægeinstitutionen

MORTALITY AND CAUSES OF DEATH

Table 5.9 Deaths in accidents per 100,000 inhabitants by sex and age 1985–1996
Dødsfald i ulykker pr. 100.000 indbyggere efter køn og alder 1985–1996

	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	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
1996	47.2	8.8	37.0	33.0	175.9	38.3	3.8	7.7	10.6	177.8
<i>Faroe Islands</i>										
1986-90		23.4	110.3	61.3	117.6		10.8	42.2	5.9	68.2
1991-95										
<i>Greenland</i>										
1986-90	139.9	101.2	131.5	157.6	253.2	48.8	9.9	12.9	62.6	138.9
1991-95	99.0	55.3	111.5	110.6	256.2	40.4	37.5	18.9	33.0	123.1
<i>Finland</i>										
1985	66.4	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	194.2	32.0	3.6	7.4	16.3	125.5
<i>Åland</i>										
1986-90	57.8	62.7	46.1	64.1	89.6	36.1	55.1	-	9.9	124.3
1991-95	48.8	-	46.9	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
<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
<i>Sweden</i>										
1985	41.0	21.4	41.0	32.7	115.8	25.6	9.0	7.1	9.0	98.5
1990	41.2	22.1	34.4	31.2	124.3	26.5	9.3	11.8	8.4	99.4
1995	33.0	9.8	25.6	24.3	110.5	22.2	5.1	5.9	6.7	87.0
1996	32.9	10.4	20.9	22.9	117.4	22.2	3.0	5.7	7.5	87.1

The table partly covers HFA Statistical Indicator 11.1

Source: The national registers for causes of death. ICD-8: E800-E949; ICD-9: E800-E949; ICD-10: Y10-Y35, Y87.2
Kilde: De nationale dødsårsagsregistre. ICD-8: E800-E949; ICD-9: E800-E949; ICD-10: Y10-Y35, Y87.2

CHAPTER VI

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 health staff, capacity and services at hospitals ending with a description of the use of medicine.

Health care expenditure

During recent decades, the expenditures on the health services have grown much more rapidly than the gross domestic product (GDP), but have now started to fall again and so has the expenditure share of the GDP.

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 fall in health care expenditures can be detected.

The reduction of the Swedish rates after 1990 are also due to the fact that the care for the elderly and disabled was trans-

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 sundhedspersonalet, kapacitet og ydelser i sygehusvæsenet. Til slut omtales lægemiddelforbruget.

Sundhedsudgifter

Udgifterne til sundhedsvæsenet er i de seneste årtier vokset betydeligt hurtigere end bruttonationalproduktet (BNP), men er nu igen begyndt at falde, og det samme gælder udgifternes andel af BNP.

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 fald i sundhedsudgifterne.

Faldet i de svenske udgifter efter 1990 skyldes blandt andet, at udgifterne til ældre og handicappede er flyttet fra syge-

RESOURCES

ferred from the hospital sector to the municipal social services for the elderly and disabled.

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

In addition, both Denmark and Norway have started to use SNA-93 when calculating GDP which has partly meant an overall increase in GDP as well as certain changes to what is included as health costs.

hussektoren til kommunernes sociale service for ældre og handicappede.

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

Dertil kommer, at både Danmark og Norge nu er gået over til at anvende SNA-93 ved opgørelsen af BNP hvilket dels har medført en samlet stigning i BNP samt visse ændringer i det som medtages som sundhedsudgifter.

Table 6.1 Health care expenditure (million KR/FIM) 1995
 Udgifter til sundheds- og sygepleje (mio. KR/FIM) 1995

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway ¹⁾	Sweden
	DKK	DKK	DKK	FIM	FIM	ISK	NOK	SEK
<i>Public consumption</i> Offentligt konsum	49,701	458	591	30,255	204	29,908	49,642	75,321
<i>Hospital care</i> Sygehusvæsenet	36,882	302	230	15,335	114	21,286	35,672	56,491
<i>General medical and health care</i> Almindelig sundhedstjeneste	11,033	145	321	13,747	84	8,030	13,037	14,311
<i>Dental care</i> Tandpleje	1,786	11	36	1,173	6	592	933	4,519
<i>Private consumption</i> Privat konsum	12,177	44	..	10,635	..	5,892	14,511	21,162
<i>Total consumption</i> Samlet konsum	61,878	502	591	40,890	204	35,800	64,153	117,262
<i>Investments</i> Investeringer	2,017	22	45	1,174	18	1,334	3,559	5,764
<i>Total health care expenditure</i> Samlede udgifter til sundheds- og sygepleje	63,895	524	632	42,064	222	37,135	67,712	123,026

The table covers HFA Statistical Indicator 34.1

1 Refers to 1994.

1 Vedrører 1994.

Source: D: Danmarks Statistik; FI: Færøernes Statistik; G: Embedslægeinstitutionen; F: Folkpensionsanstalten;
 Kilde: Å: Landskapsstyrelsen I: Det økonomiske Institut; N: Statistisk sentralbyrå; S: Statistiska centralbyrån & Landstingsförbundet

RESOURCES

Table 6.2 Health care expenditure per capita and as percentage of GDP 1985-1995

Udgifter til sundheds- og sygepleje pr. indbygger og i pct. af BNP 1985-1995

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway ¹⁾	Sweden
<i>Total expenditure per capita KR/FIM</i>								
Samlede udgifter pr. indbygger KR/FIM	12,221	11,500	11,340	8,208	8,809	138,885	15,614	13,921
<i>Total expenditure per capita in PPP-Euro</i>								
Samlede udgifter pr. indbygger i KKP-Euro	1,255	1,181	1,642	1,170	1,256	1,473	1,451	1,263
<i>GDP (million KR/FIM)</i>								
BNP (mio. KR/FIM)	1,011,329	5,000	7,074	549,863	3,770	435,063	867,563	1,649,922
<i>Expenditure as percentage of GDP</i>								
Udgifter i pct. af BNP								
1985	-	..	9.5	7.3	5.0	7.3	6.7	9.0
1990	6.5	8.2	8.8	8.0	5.6	8.0	7.7	8.8
1993	6.9	10.3	9.1	8.4	6.7	8.3	8.1	7.9
1994	6.6	10.7	8.8	7.9	6.3	8.1	7.8	7.7
1995	6.2	10.5	8.9	7.7	5.9	8.2	..	7.5

1 Refers to 1994.

1 Vedrører 1994.

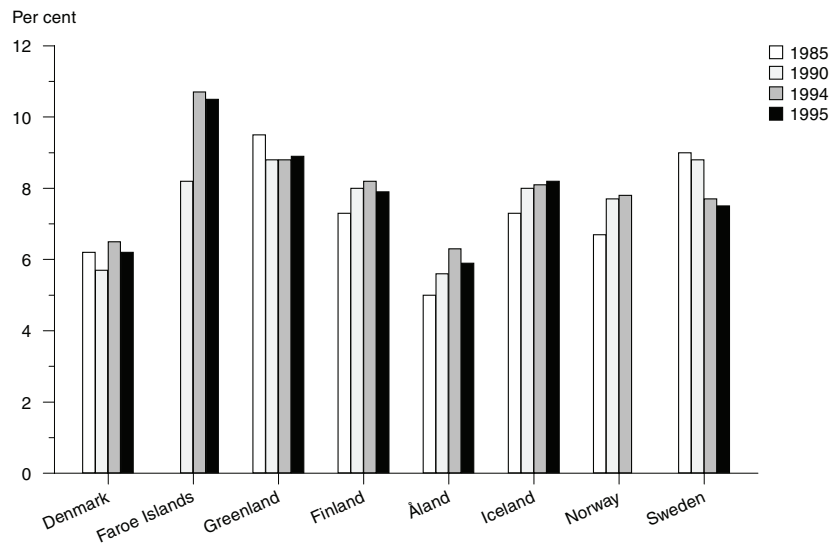
Source: OECD: *Health Care Systems in Transition*

Kilde: D: Danmarks Statistik; FI: Hagstova Føroya; G: Grønlands Statistik; F: Folkpensionsanstalten og Statistikcentralen; Å: Landskapstyrelsen; I: Det økonomiske Institut; N: Statistisk centralbyrå; S: Statistiska centralbyrå

See Table 6.1

Se tabel 6.1

Figure 6.1 Health care expenditure as percentage of GDP 1985-1995
Udgifter til sundheds- og sygepleje i pct. af BNP 1985-1995



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, NOMESCO has converted the number of physicians, nurses, assistant nurses, midwives, and physiotherapists 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.

As regards the use of home help, the registration has become difficult since Denmark operates with integrated schemes where the staff that carries out nursing and care within nursing and protected homes also perform home help.

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.

Når det gælder brugen af hjemmehjælpere er opgørelsen blevet vanskelig, idet man blandt andet i Danmark arbejder med integrerede ordninger hvor det personale som forestår pleje-og omsorgen på plejeafdelinger/i beskyttede boliger også yder hjemmehjælp.

Table 6.3 Active health personnel in total calculated as 'man-years' 1996
Erhvervsaktivt sundhedspersonale i alt omregnet til årsværk 1996

	Denmark ¹⁾	Faroe Islands	Greenland	Finland ²⁾	Åland	Iceland ³⁾	Norway	Sweden
<i>Physicians</i>								
Læger	15,192 ⁴⁾	85	68	14,579	56	797	10,536	23,810
<i>Dentists</i>								
Tandlæger	4,629	39	25	4,796	19	273	3,701	7,643
<i>Qualified nurses</i>								
Sygeplejersker	36,924	401	182	62,574	211	1,579	38,460	71,922
<i>Qualified auxiliary nurses</i>								
Sygehjælpere	36,928	107	216	34,994	134	1,032	35,690	65,274
<i>Midwives</i>								
Jordemødre	1,032	19	11	3,895	7	146	1,283	.. ⁶⁾
<i>Physiotherapists</i>								
Fysioterapeuter	4,600 ⁵⁾	36	8	8,531	17	218	4,626	7,318
<i>Total</i>								
I alt	99,215	687	510	129,369	494	4,045	94,296	175,967

1 Refers to 1995.

2 Personal under the age of 63.

3 Refers to 1994.

4 Refers to 1994. Number of physicians whose main occupation is more than 18½ hours per week.

5 Estimated.

6 Incl. under Qualified nurses.

1 Vedrører 1995.

2 Personale under 63 år.

3 Vedrører 1994.

4 Vedrører 1994. Viser antal læger med en hovedbeskæftigelse på over 18½ time pr. uge.

5 Skønnet.

6 Inkl. under Sygeplejersker.

The table covers HFA Statistical Indicators 27.3

Source: D: Sundhedsstyrelsen; FI: Sjúkrahússtjórin; G: Emdedslægeinstitutionen; F: STAKES;

Kilde: Å: Landskapstyrelsen; I: Landlæknisembættið; N: Statistisk sentralbyrå og Statens helsetilsyn;

S: Landstingsförbundet, Svenska Kommunförbundet, Statens Arbetsgivarverk & Riksförsäkringsverket

RESOURCES

Table 6.4 Active health personnel employed in hospitals calculated as 'man-years' 1996

Erhvervsaktivt sundhedspersonale ansat ved sygehuse omregnet til årsværk 1996

	Denmark ¹⁾	Faroe Islands ²⁾	Greenland	Finland ³⁾	Of which Åland	Iceland ⁴⁾	Norway	Sweden
<i>Physicians</i>								
Læger	9,316	51	68	6,210	36	518	6,177	..
<i>Dentists</i>								
Tandlæger	44	1	25	39	–	..	..	..
<i>Qualified nurses</i>								
Sygeplejersker	26,168	209	182	..	133	1,015	20,149	..
<i>Qualified auxiliary nurses</i>								
Sygehjælpere	13,924	29	216	..	98	609	6,519	..
<i>Midwives</i>								
Jordemødre	163	13	11	..	6	88	1,057	..
<i>Physiotherapists</i>								
Fysioterapeuter	1,650 ⁵⁾	12	8	..	7	61	876	..
<i>Total</i>								
I alt	51,265	315	510	..	280	2,291	34,778	..

1 Refers to 1995.

2 Comprises only the main hospital.

3 Based upon questionnaire data.

4 Refers to 1994.

5 Estimated.

1 Vedrører 1995.

2 Omfatter kun hovedsygehuset.

3 Oplysningerne stammer fra en enqueteundersøgelse.

4 Vedrører 1994.

5 Skønnet.

The table covers HFA Statistical Indicators 27.3

Source: F: Finske Läkärförbund og Finska Tandläkärörbund

Kilde:

See Table 6.3

Se tabel 6.3

Table 6.5 Active health personnel in total per 100,000 inhabitants calculated as 'man-years' 1996
Erhvervsaktivt sundhedspersonale i alt pr. 100.000 indbyggere omregnet til årsværk 1996

	Denmark ¹⁾	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland ²⁾	Norway	Sweden
<i>Physicians</i> Læger	290 ³⁾	194	121	284	222	299	240	269
<i>Dentists</i> Tandlæger	88	89	50	93	75	102	84	86
<i>Qualified nurses</i> Sygeplejersker	706	917	327	1,219	836	591	878	813
<i>Qualified auxiliary nurses</i> Sygehjælpere	706	245	388	681	729	387	815	738
<i>Midwives</i> Jordemødre	20	43	20	75	28	55	29	.. ⁴⁾
<i>Physiotherapists</i> Fysioterapeuter	88	82	14	116	67	82	106	83
<i>Total</i> I alt	1,898	1,570	920	2,520	1,958	1,515	2,152	1,990

1 Refers to 1995.

2 Refers to 1994.

3 Refers to 1994. Number of physicians whose main occupation is more than 18½ hours per week.

4 Incl. under Qualified nurses.

1 Vedrører 1995.

2 Vedrører 1994.

3 Vedrører 1994. Viser antal læger med en hovedbeskæftigelse på over 18½ time pr. uge.

4 Inkl. under Sygeplejersker.

The table covers HFA Statistical Indicators 27.3

Source: See Table 6.3

Kilde: Se tabel 6.3

RESOURCES

Table 6.6 Active health personnel employed in hospitals per 100,000 inhabitants calculated as 'man-years' 1996

Erhvervsaktivt sundhedspersonale ansat ved sygehuse pr. 100.000 indbyggere omregnet til årsværk 1996

	Denmark ¹⁾	Faroe Islands ²⁾	Greenland	Finland	Of which Åland	Iceland ³⁾	Norway	Sweden
<i>Physicians</i>								
Læger	178	119	121	121	142	194	141	..
<i>Dentists</i>								
Tandlæger	1	2	50	1	-	...	..	..
<i>Qualified nurses</i>								
Sygeplejersker	500	500	327	..	526	380	460	..
<i>Qualified auxiliary nurses</i>								
Sygehjælpere	266	100	388	..	388	228	149	..
<i>Midwives</i>								
Jordemødre	3	100	20	..	24	33	24	..
<i>Physiotherapists</i>								
Fysioterapeuter	32 ⁴⁾	100	14	..	27	23	20	..
<i>Total</i>								
I alt	980	800	920	..	1,108	858	794	..

1 Refers to 1995.

2 Comprises only the main hospital.

3 Refers to 1994.

4 Estimated.

1 Vedrører 1995.

2 Omfatter kun hovedsygehuset.

3 Vedrører 1994.

4 Skønnet.

The table covers HFA Statistical Indicators 27.3

Source: See Table 6.3

Kilde: Se tabel 6.3

Table 6.7 Working physicians by specialist group 1996
Erhvervsaktive læger efter beskæftigelsesområde 1996

	Denmark ¹⁾	Faroe Islands	Greenland	Finland	Of which Åland	Iceland ²⁾	Norway ³⁾	Sweden ⁴⁾
<i>Physicians, total</i> Læger i alt	15,102	85	67	13,287	56	797	12,988	27,500
<i>of which: heraf:</i>								
<i>Hospital health service</i> Sygehuse	8,889	57	65	6,210	36	522	6,923	18,000
<i>Non-hospital health service</i> Sundhedsvæsen uden for sygehuse	4,615	28	-	7,077	20	225	4,107	9,500
<i>of which: heraf:</i>								
<i>General practitioners</i> Alment praktiserende læger	3,729	26	-	3,872	17	170	3,374	5,000
<i>Practising specialists</i> Praktiserende speciallæger	886	1	-	1,037	2	55	733	2,000
<i>Administrative medicine</i> Administrativ medicin	220	1	2	288	1	16	444	..
<i>Medical research, education, etc.</i> Medicinsk forskning, undervisning m.m.	809	-	-	1,188	-	34	598	500
<i>Other medical work</i> Andet medicinsk arbejde	569	-	-	898	-	..	916	2,000

1 Number of physicians whose main occupation is more than 18½ hours per week in 1994.

2 Refers to 1994.

3 Members of the Norwegian Medical Association as per May 6 1997.

4 Refers to 1997. Members of the Swedish Medical Association as per January 1 1997.

1 Antal læger med en hovedbeskæftigelse på over 18½ time pr .uge i 1994.

2 Vedrører 1994.

3 Medlemmer af Den norske lægeforening pr. 6. maj 1997.

4 Vedrører 1997. Medlemmer af Sveriges Läkareförbund pr. 1. januar 1998.

Source: D: Sundhedsstyrelsen; FI: Landslæknin; G: Direktoratet for Sundhed, Miljø og Forskning; F: STAKES;

Kilde: Å: Landskapsläkaren; I: Landlæknisembættiö; N: Norsk Legeforening; S: Sveriges Läkareförbund

RESOURCES

Table 6.8 Home helpers 1996
Hjemmehjælpere 1996

	Denmark	Faroe Islands	Finland	Åland	Iceland ¹⁾	Norway	Sweden
<i>Number of home helpers (estimated 'man-years')</i> Antal hjemmehjælpere (årsværk)	..	225	..	85	613	9,936	..
<i>Full-time employed</i> Fuldtidsansatte	..	-	13,700	73	270	3,067	..
<i>Part-time employed</i> Deltidsansatte	..	350	..	22	1,100	13,910	..

1 As per December 1996.

1 Pr. december 1996.

Source: D: Danmarks Statistik; FI: Landslæknin; F: STAKES; I: Hagstofa Íslands; N: Statistisk sentralbyrå;
Kilde: S: Statistiska centralbyrån

Figure 6.2 Inhabitants per working physician 1985-1996
Indbyggere pr. erhvervsaktiv læge 1985-1996

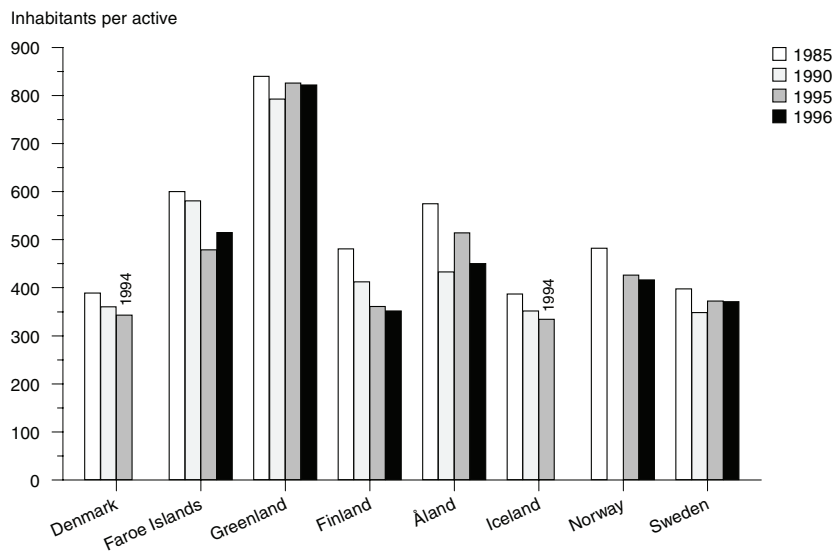
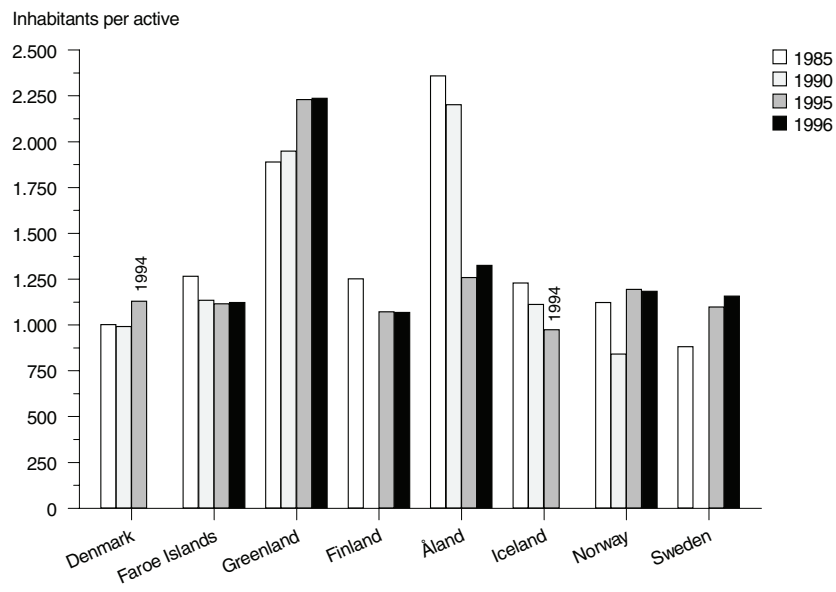


Figure 6.3 Inhabitants per working dentist 1985-1996
 Indbyggere pr. erhvervsaktiv tandlæge 1985-1996



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 alderdoms- og plejehjemmene. Dette medfører, især for Finland og Islands vedkommende, at man får et betydeligt større antal sengepladser i forhold til befolkningen, end i de andre lande.

I tabellerne over sygehuse er der foretaget en opdeling, således at man kan følge udviklingen i de forskellige typer sygehuse.

Almindelige sygehuse er sygehuse med flere specialer og beskæftiger sig i hovedsagen med somatisk korttidsbehandling, men inkluderer også korttidspsykiatrisk behandling.

<p>The section on 'Specialized hospitals' includes hospitals which only have one speciality within somatic treatment.</p>	<p>Under rubrikken 'Specialsygehuse', er der opregnet sygehuse, som kun har et enkelt speciale inden for den somatiske behandling.</p>
<p>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.</p>	<p>Psykiatriske sygehuse er sygehuse, som kun behandler psykiatriske patienter. Rubrikken 'Andre sygehuse' omfatter sygehuse med geriatrisk og psykiatrisk pleje og/eller langtidsbehandling ved helsecentre med blandede medicinske og kirurgiske afdelinger.</p>
<p>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.</p>	<p>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.</p>
<p>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.</p>	<p>Tabellerne over udskrivninger og gennemsnitlig liggetid omfatter indlagte patienter ved almindelige sygehuse og specialsygehuse. Denne afgrænsning er foretaget for at fremme sammenligneligheden mellem landene.</p>
<p>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 with 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.</p>	<p>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.</p>

RESOURCES

Table 6.9 Number of hospitals by number of beds 1996
Sygehuse efter antal sengepladser 1996

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland ¹⁾	Norway	Sweden
<i>Ordinary hospitals</i>								
<i>Almindelige sygehuse</i>								
-199	33	3	1	39	1	4	44	38
200-499	23	-		18	-	1	18	24
500-799	4	-		6	-	1	3	20
800+	8	-		5	-	-	3	9
<i>Total I alt</i>	68	3	1	68	1	6	68	91
<i>Specialized hospitals</i>								
<i>Specialsygehuse</i>								
-199	13	-		12	-	-	7	9
200-499	1	-		2	-	-	1	-
500-799	-	-		-	-	-	-	-
800+	-	-		-	-	-	-	-
<i>Total I alt</i>	14	-		14	-	-	8	9
<i>Psychiatric hospitals</i>								
<i>Psykiatriske sygehuse</i>								
-199	10	-		50	1	-	18	3
200-499	1	-		10	-	-	1	2
500-799	1	-		1	-	-	-	-
800+	-	-		-	-	-	-	-
<i>Total I alt</i>	12	-		61	1	-	19	5
<i>Other hospitals</i>								
<i>Andre sygehuse</i>								
-199	-	-	16	278	1	19	36	3
200-499	-	-		10	-	-	-	-
500-799	-	-		-	-	-	-	-
800+	-	-		-	-	-	-	-
<i>Total I alt</i>	-	-	16	288	1	19	36	3
<i>Hospitals, total</i>								
Sygehuse, i alt	94	3	17	416	3	25	131	108

1 Refers to 1995

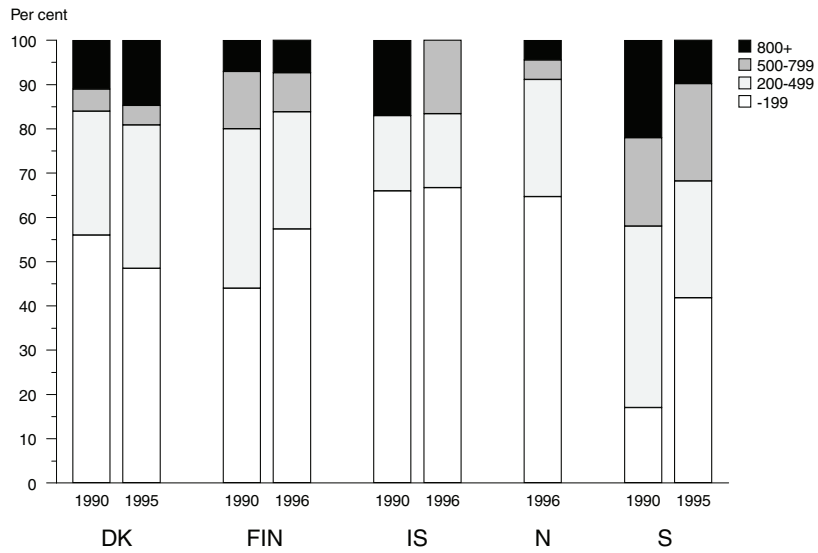
1 Vedrører 1995

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.

Source: D: Sundhedsstyrelsen; FI: Sjúkrahústjörin; G: Embedslægeinstitutionen; F: STAKES; Å: Landskaps-läkaren; I: Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið; N: Statistisk sentralbyrå; S: Landstingsförbundet

Figure 6.4 Number of ordinary hospitals by number of beds 1990 and 1996
 Antal almindelige sygehuse fordelt efter antal senge 1990 og 1996



RESOURCES

Table 6.10 Authorized hospital beds by speciality 1996
Normerede sengepladser ved sygehuse efter specialer 1996

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland ¹⁾	Åland	Iceland ^{1,2)}	Norway	Sweden
<i>Number</i> Antal								
<i>Medicine</i> Medicin	11,706	135	36	9,706	70	586	6,529	20,296
<i>Surgery</i> Kirurgi	8,998	74	54	7,803	46	417	6,928	10,586
<i>Psychiatry</i> Psykiatri	4,262	64	18	6,629	35	315	3,013	6,255
<i>Other</i> Andet	-	-	336	22,159	98	1,114	1,095	-
<i>Total</i> I alt	24,966	273	444	47,297	249	2,432	17,565	37,137
<i>Beds per 100,000 inhabitants</i> Sengepladser pr. 100.000 indbyggere								
<i>Medicine</i> Medicin	222	314	65	190	277	157	149	229
<i>Surgery</i> Kirurgi	170	172	96	153	182	156	158	120
<i>Psychiatry</i> Psykiatri	81	149	32	130	138	118	69	71
<i>Other</i> Andet	-	-	601	455	388	479	25	-
<i>Total</i> I alt	473	635	794	929	986	910	401	420

1 Refers to 1995.

2 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).

1 Vedrører 1995.

2 Beregnet på basis af senedage 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).

Source: D, FI, G, Å, I and N: See Table 6.9

Kilde: D, FI, G, Å, I og N: Se tabel 6.9

S: Socialstyrelsen Et Landstingsförbundet

Table 6.11 Discharges, bed-days and average length of stay at wards in ordinary hospitals and specialized hospitals 1996

Udskrivninger, sengedage og gennemsnitlig liggetid på afdelinger ved almindelige sygehuse og specialsygehuse 1996

		Denmark	Faroe Islands	Finland	Åland	Iceland ^{1,2)}	Norway	Sweden
<i>Discharges per 1,000 inhabitants</i>								
Udskrivninger pr. 1.000 indbyggere								
<i>Medicine</i>	Medicin	89	83	90	123	93	76	77
<i>Surgery</i>	Kirurgi	101	102	118	124	88	87	75
<i>Psychiatry</i>	Psykiatri	4	10	9	11	7	4	9
<i>Total</i>	I alt	194	195	218	258	195	167	170
<i>Bed-days per 1,000 inhabitants</i>								
Sengedage pr. 1.000 indbyggere								
<i>Medicine</i>	Medicin	675	634	648	812	636	475	430
<i>Surgery</i>	Kirurgi	485	447	444	547	433	453	364
<i>Psychiatry</i>	Psykiatri	128	574	446	363	381	222	242
<i>Total</i>	I alt	1,288	1,656	1,542	1,722	1,786	1,150	1,211
<i>Average length of stay</i>								
Gennemsnitlig liggetid								
<i>Medicine</i>	Medicin	8	8	7	7	7	6	5
<i>Surgery</i>	Kirurgi	5	4	4	4	5	5	6
<i>Psychiatry</i>	Psykiatri	32	57	49	33	52	51	26
<i>Total</i>	I alt	7	8	7	7	9	7	7

1 Refers to 1995.

1 Vedrører 1995.

2 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.

2 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, Å, I and N: See Table 6.9

Kilde: D, FI, G, Å, I og N: Se tabel 6.9

S: Socialstyrelsen

RESOURCES

Table 6.12 Discharges from hospitals* by sex and age, per 1,000 inhabitants in the age group 1996

Udskrivninger fra sygehuse* efter køn og alder, pr. 1.000 indbyggere i aldersgruppen 1996

	Denmark	Faroe Islands ¹⁾	Finland	Åland	Iceland ^{2,3)}	Norway	Sweden
<i>Age</i> Alder							
<i>Males</i> Mænd							
0-14	130	117	143	212	106	94	88
15-44	85	81	101	98	71	64	70
45-64	175	201	221	214	175	141	157
65-69	355	253	428	411	385	283	325
70-74	452	316	575	569	476	366	428
75-79	544	412	707	661	659	444	532
80+	635	426	747	850	828	522	675
<i>Total</i> I alt	166	147	191	218	146	130	156
<i>Females</i> Kvinder							
0-14	96	99	111	172	92	73	69
15-44	207	251	193	210	214	155	148
45-64	169	185	211	238	199	134	143
65-69	280	210	323	347	302	218	249
70-74	341	303	421	429	402	277	333
75-79	400	348	516	615	500	333	418
80+	512	335	575	655	629	408	553
<i>Total</i> I alt	211	208	228	270	211	164	183

1 Comprises only the main hospital.

2 Refers to 1994.

3 Wards in specialized hospitals excl. psychiatry, rehabilitation, geriatrics and nursing wards + small hospitals, though only discharges for bed-days under 90 days.

1 Omfatter kun hovedsygehuset.

2 Vedrører 1994.

3 Afdelinger ved specialiserede sygehuse eksl. psykiatri, genoptræning, geriatri og sygepleje + små hospitaler. Dog kun udskrivninger ved indlæggelsestider på mindre end 90 dage.

* Definition, see Table 4.7

* Definition, se tabel 4.7

Source: D, FI, G, F, I and N: See Table 6.9

Kilde: D, FI, G, F, I og N: Se tabel 6.9

Å: STAKES; S: Socialstyrelsen

Table 6.13 Bed-days in hospitals* by sex and age, per 1,000 inhabitants in the age group 1996

Sengedage på sygehuse* efter køn og alder, pr. 1.000 indbyggere i aldersgruppen 1996

	Denmark	Faroe Islands ¹⁾	Finland	Åland	Iceland ^{2,3)}	Norway	Sweden
<i>Age</i> Alder							
<i>Males</i>							
Mænd							
0-14	465	273	424	515	530	421	311
15-44	346	808	360	374	260	283	490
45-64	1,027	1,093	1,093	1,088	1,019	881	1,004
65-69	2,511	2,302	2,625	2,821	2,910	2,146	2,302
70-74	3,467	3,000	3,997	4,301	4,135	2,971	3,302
75-79	4,452	4,611	5,472	4,502	5,983	3,769	4,208
80+	5,896	4,946	7,079	8,116	8,938	4,546	6,243
<i>Total</i>							
I alt	982	937	985	1,181	936	835	1,088
<i>Females</i>							
Kvinder							
0-14	377	247	348	547	475	343	260
15-44	754	1,144	657	768	859	701	707
45-64	1,003	1,177	926	1,052	1,131	875	930
65-69	2,204	1,470	1,933	2,506	2,394	1,758	1,841
70-74	3,049	3,181	2,810	3,391	3,835	2,449	2,774
75-79	4,068	3,284	3,933	5,448	5,771	3,067	3,690
80+	5,931	4,163	6,296	5,282	7,711	3,990	5,462
<i>Total</i>							
I alt	1,299	1,224	1,201	1,458	1,298	1,070	1,252

1 Comprises only the main hospital.

2 Refers to 1994.

3 Wards in specialized hospitals excl. psychiatry, rehabilitation, geriatrics and nursing wards + small hospitals, though only discharges for bed-days under 90 days.

1 Omfatter kun hovedsygehuset.

2 Vedrører 1994.

3 Afdelinger ved specialiserede sygehuse eksl. psykiatri, genoptræning, geriatri og sygepleje + små hospitaler. Dog kun udskrivninger ved indlæggelsestider på mindre end 90 dage.

* Definition, see Table 4.7

* Definition, se tabel 4.7

Source: D, FI, G, F, I and N: See Table 6.9

Kilde: D, FI, G,, I og N: Se tabel 6.9

Å: STAKES; S: Socialstyrelsen

Pharmaceutical products

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. Common Nordic statistics on medicines is published by NLN (Nordic Council on Medicines) and further information is available in national publications (see references).

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 Iceland the lowest. This has been the case as long as the sales figures have been available, i.e. 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.

Lægemedler

Lægemeddelstatistik publiceres normalt ved anvendelse af ATC (Anatomical Therapeutic Chemical) til klassificering af lægemidler med brug af DDD (Definerede Døgn doser) pr. 1.000 indbyggere pr. dag som måleenhed. Nordisk lægemiddelstatistik sammenstilles og publiceres af NLN (Nordiska läkemedelsnämnden). Yderligere information kan fås i nationale publikationer (se referencerne).

A10A, A10B: Insuliner og Perorale antidiabetika

Det samlede forbrug af diabeteslægemidler stiger noget i alle 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, Island de laveste med Norge og Danmark i en mellemgruppe. Dette har været tilfældet lige så længe salgsstatistik har eksisteret, dvs. tilbage til 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: 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.

C03, C07, C08, C09A: 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 traditions 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 with 2,5 to 12 per cent, but there is a shift towards less use of diuretics and beta-blockers and more use of other antihypertensives. This has led to a marked increase in costs.

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.

C03, C07, C08, C09A: 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. Behandlingstraditionerne 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 med 2,5 til 12 pct., 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.

***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.

***N05A, N05B, N05C, N06A:
Psycholeptics and Psycho-
analeptics***

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

***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.

***N05A, N05B, N05C, N06A:
Psykofarmaka og psyko-
analeptika***

Der har længe været forskelle både i niveauet og i lægemiddelvalget inden for gruppen i de nordiske lande. Anvendelsesmønsteret 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: Antiasthmatics***

The use of antiasthmatic drugs shows a continuous increase in all the Nordic countries. 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 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

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

Brugen af lægemidler mod astma udviser en kontinuerlig stigning i alle de nordiske lande. 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 og trimethoprim 6-12 pct., makroliner 7-17 pct. og andre præparater 2-9 pct.

Nogle interessante afvigelse fra gennemsnittet er, at forbruget af tetracyklin 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 multi-

RESOURCES

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.

pel 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.

Table 6.14 Insulins and oral blood glucose lowering drugs, DDD per 1,000 inhabitants per day 1986–1996
Insulin og perorale antidiabetika, DDD pr. 1.000 indbyggere pr. dag 1986–1996

	Denmark	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	14.4
1996	7.1	6.0	1.0	12.7	9.9	3.4	11.5	14.9
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 ¹⁾	10.4	1.7	19.0	11.4	6.5	7.1	13.6
1996	8.4	10.3	2.5	20.4	11.3	6.8	7.9	16.6

1 Hospital sales not included.

1 Ekskl. salg til hospitaler.

Source: Table 6.14-6.22: Nordiska läkemedelsnämnden (Nordic Council on Medicines): *Nordic Statistics on Medicines*.
Kilde: D: *Medicinbrug i Danmark* og Lægemiddelstyrelsen; FI: Landsapotekarin; G: Københavns Amt, Centralapoteket; F & Å: Läkemedelsverket; I: *Notkun lýfja* og Sundheds- og Socialforsikringsministeriet; N: *Legemiddelforbruget i Norge* og Norsk Medisinaldepot; S: *Svensk läkemedelsstatistik* og Apoteksbolaget AB

Table 6.15 Serumlipid-reducing agents, DDD per 1,000 inhabitants per day 1992–1996
Blodlipidregulerende midler, DDD pr. 1.000 indbyggere pr. dag 1992–1996

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
C10								
<i>Serumlipid-reducing agents</i>								
Blodlipidregulerende midler								
1992	1.4	0.3	..	2.9	..	3.8	3.0	3.9
1995	3.1 ¹⁾	1.0	0.0	5.7	0.7	6.2	11.1	7.8
1996	4.4	1.7	1.0	8.5	3.6	9.1	18.4	12.6

1 Hospital sales not included.

1 Ekskl. salg til hospitaler.

RESOURCES

Table 6.16 Cardiac glycosides and vasodilators used in cardiac diseases, DDD per 1,000 inhabitants per day 1990-1996

Hjerteglykosider og koronar-terapeutika, DDD pr. 1.000 indbyggere pr. dag 1990-1996

	Denmark ¹⁾	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
C01A								
<i>Cardiac glycosides</i>								
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	12.9
1996	8.8	12.6	2.9	14.4	15.6	5.6	7.9	13.8
C01D								
<i>Vasodilators used in cardiac diseases</i>								
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	23.5
1996	11.0	24.0	1.6	26.0	23.3	14.7	20.5	26.7

1 Hospital sales not included.

1 Ekskl. salg til hospitaler.

Table 6.17 Diuretics, beta-blocking agents, calcium-channel blockers and ACE inhibitors, DDD per 1,000 inhabitants per day 1990/92-1996

Diuretika, beta-receptorblokerende midler, calcium-blokkere og ACE-hæmmere, DDD pr. 1.000 indbyggere pr. dag 1990/92-1996

	Denmark ¹⁾	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
C03								
<i>Diuretics</i>								
Diuretika								
1990	105.2	71.2	..	63.9	..	56.4	41.0	85.3
1995	102.0	90.6	27.4	62.6	34.5	56.8	41.9	83.2
1996	100.2	89.5	33.0	62.2	50.2	58.0	41.4	88.4
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	36.3
1996	16.0	31.7	7.3	46.6	38.0	35.0	26.7	40.7
C08								
<i>Calcium-channel blockers</i>								
Calcium-blokkere								
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	32.1
1996	30.1	42.3	6.1	31.4	27.4	22.9	35.2	35.8
C09A								
<i>ACE inhibitors, plain</i>								
ACE-hæmmere, enkelte								
1992	7.7	9.1	..	28.1	..	22.1	22.5	18.5
1995	22.2	22.2	..	35.6	28.2	26.5	38.8	30.1
1996	22.1	27.0	8.7	38.2	32.2	26.1	34.2	35.8

1 Hospital sales not included.

1 Ekskl. salg til hospitaler.

RESOURCES

Table 6.18 Analgesics, DDD per 1,000 inhabitants per day 1990/92-1996
Smertestillende midler, DDD pr. 1.000 indbyggere pr. dag 1990/92-1996

	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	29.8	29.0	17.1	54.6	31.2	36.7	24.5	30.6
1996	30.2	24.0	17.9	54.4	34.8	39.8	25.6	34.8
M03B								
<i>Muscle relaxants, centrally acting agents</i>								
Centralt virkende præparater								
1990	1.1	0.7	..	2.1	..	3.4	4.8	5.3
1995	1.4	0.7	0.8	2.4	2.1	3.1	3.2	3.2
1996	1.4	0.8	1.1	2.5	2.4	2.5	2.3	..
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	18.1	25.9	31.5	25.7	42.5
1996	66.8	38.1	33.2	18.2	..	31.5	24.3	44.2

1 Hospital sales not included.

1 Ekskl. salg til hospitaler.

Table 6.19 Psycholeptics and psychoanaleptics, DDD per 1,000 inhabitants per day 1986/90–1996

Psykofarmaka og psykoanaleptika, DDD pr. 1.000 indbyggere pr. dag 1986/90–1996

	Denmark ¹⁾	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
N05A								
<i>Antipsychotics</i>								
Neuroleptika								
1986	10.1	4.3	..	16.4	..	8.4	10.2	11.0
1995	6.6	8.2	9.4	15.2	9.4	8.3	8.7	8.7
1996	6.7	8.2	10.6	15.1	9.7	8.3	8.4	9.1
N05B								
<i>Anxiolytics</i>								
Beroligende midler, ataraktika								
1986	38.4	13.7	..	24.2	..	26.1	24.1	23.4
1995	26.6	20.0	5.2	28.9	9.8	23.0	18.9	17.1
1996	25.7	19.7	4.6	29.0	10.8	23.1	18.0	17.3
N05C								
<i>Hypnotics and sedatives</i>								
Hypnotika og sedativa								
1990	55.7	43.8	..	35.1	..	38.5	42.0	39.0
1995	44.5	43.6	5.1	39.5	20.3	41.2	26.0	40.2
1996	39.0	38.0	4.6	40.8	27.1	44.4	26.9	43.7
N05CD03								
<i>Flunitrazepam</i>								
Flunitrazepam								
1990	..	15.9	..	..	..	12.0	16.7	15.1
1995	..	14.7	0.4	..	..	22.5	13.4	13.7
1996	..	6.7	0.3	..	..	23.9	12.2	..
N06A								
<i>Antidepressants</i>								
Antidepressiva								
1986	9.2	2.3	..	5.3	..	14.8	9.3	8.0
1995	18.4	10.8	3.9	20.3	9.5	33.0	22.5	27.4
1996	20.5	12.3	5.1	23.5	15.9	38.8	30.9	34.4
N06AB03								
<i>Fluoxetine</i>								
Fluoxetin								
1990	..	0.2	..	0.5	..	2.8	..	-
1995	..	3.7	0.3	4.4	1.0	11.8	0.1	0.5
1996	..	4.0	0.3	5.3	1.3	13.8	1.3	..

1 Hospital sales not included.

1 Ekskl. salg til hospitaler.

RESOURCES

Table 6.20 Antiasthmatics, DDD per 1,000 inhabitants per day 1990-1996
Astmamidler, DDD pr. 1.000 indbyggere pr. dag 1990-1996

	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	26.1	14.6	10.0	15.6	15.4	20.4	26.1	29.0
1996	26.6	15.3	10.4	16.6	14.8	21.2	27.5	36.8
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
1996	21.0	10.2	6.0	22.6	23.6	19.7	24.8	42.0
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	6.8	8.1	4.9	7.1	6.5
1996	11.2	3.7	4.8	5.9	..	4.2	6.4	6.9

1 Hospital sales not included.

1 Ekskl. salg til hospitaler.

Table 6.21 Antihistamines, DDD per 1,000 inhabitants per day 1990–1996
 Antihistaminer, DDD pr. 1.000 indbyggere pr. dag 1990–1996

	<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	19.4	32.8	20.0
1996	11.2	11.1	2.4	14.3	15.4	21.9	33.4	21.0

1 Hospital sales not included.

1 Ekskl. salg til hospitaler.

RESOURCES

Table 6.22 General anti-infectives for systemic use, DDD per 1,000 inhabitants per day 1990/92-1996

Midler mod infektionssygdomme (systemiske), DDD pr. 1.000 indbyggere pr. dag 1990/92-1996

	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	12.7	15.8	18.4	21.3	17.4	20.7	15.6	17.3
1996	11.3	14.1	15.9	20.8	18.0	21.8	14.5	15.9
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
1996	1.1	0.9	2.3	5.7	3.9	5.4	3.7	3.5
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	7.8	10.6	10.5	7.0	9.6	10.4	7.3	8.7
1996	7.3	9.3	9.5	6.7	9.0	10.9	7.0	8.0
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
1996	..	2.6	4.1	3.5	4.3	..	1.7	1.2

... continued
... fortsættes

Table 6.22 ... 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
1996	..	6.2	4.8	2.9	4.1	3.7	5.1	..
J01CF								
<i>Beta-lactamase-resistant penicillins</i>								
Betalactamaseresistente 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
1996	..	0.4	0.6	0.2	0.4	1.2	0.2	..
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	0.4	0.4	1.0
1996	..	0.2	0.2	2.8	1.3	0.4	0.4	1.0
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
1996	1.9	2.2	2.8	2.1	1.2	1.9	1.5	1.2

1 Hospital sales not included.

1 Ekskl. salg til hospitaler.

SECTION B

Patients, Diagnoses and Activities in General Practice
in the Nordic countries

Pasienter, diagnoser og aktiviteter i allmennpraksis
i de nordiske landene

ANDERS GRIMSMO, ERIK HAGMAN, ERIK FALKØ LORENTZEN,
LARS MATTHIESSEN, THORSTEIN NJÁLSSON

Patients, Diagnoses and Activities in General Practice in the Nordic Countries

Pasienter, diagnoser og aktiviteter i allmennpraksis i de nordiske landene

An attempt to make data from computerised medical records available for comparable statistics

Et forsøk på innsamling av informasjon fra edb-journaler for å lage sammenlignbar statistikk

Introduction

NOMESCO (Nordic Medico-Statistical Committee) has pointed out that statistics from primary health care in the Nordic countries are inadequate and difficult to compare¹. Consequently, a seminar was held in 1995 gathering representatives from primary health care in the Nordic countries. The participants discussed the possibilities of compiling information from computerised medical records from primary health care in a common Nordic project.

On the basis of the recommendations from the seminar, NOMESCO set up a project group to perform the following tasks²:

- Prepare the basis for descriptive Nordic health statistics, with data mainly coming from the computerised records of general practitioners in primary health care.
- Analyse whether the data collected are comparable.
- Initiate standardisation of basic data

Innledning

NOMESCO (Nordic Medico-Statistical Committee) har påpekt at statistikk fra primærhelsetjenesten i de nordiske landene er mangelfull og lite sammenlignbar¹. I 1995 ble det derfor avholdt et seminar med representanter fra primærhelsetjenesten fra de nordiske landene. Deltakerne drøftet mulighetene til å samle inn informasjon fra edb-journalen i allmennpraksis i et felles nordisk prosjekt.

Basert på anbefalingene fra seminaret opprettet NOMESCO en prosjektgruppe som ble gitt følgende arbeidsoppgaver²:

- Utarbeide grunnlaget for deskriptiv nordisk helsestatistikk, hvor data fortrinnsvis hentes fra edb-journalen i allmennpraksis.
- Undersøke om de innsamlede dataene er innbyrdes sammenlignbare.
- Initiere en standardisering av basis datasett og terminologi i edb-journalen i

sets and terminology for the data records in the Nordic countries.

- Prepare the basis for an analysis of quantitative statistics and, if possible, prepare suggestions for the compilation of additional statistics.

Primary health care is often defined as the basic level of care within the health services: non-specialist care provided at the first contact between individuals and the health service. Even by using this narrow definition of the primary health care service, the project group soon discovered that there is an incongruity between this definition and the role of general practice in the Nordic countries.

Two major organisational circumstances contribute to this:

1. People have, to varying degrees, direct access (first contact) to specialist health services in Finland, Iceland and Sweden. In Denmark and Norway people usually need a referral from their general practitioners.
2. Infant check-ups, antenatal care, check-ups, vaccinations, screenings and family planning are to varying degrees included in the tasks carried out by general practitioners. In Sweden in particular, and in Norway, many of these services are run separately from general practice, although general practitioners often participate.

An immediate conclusion would consequently be that data from general practice in the Nordic countries are not comparable. In our approach, however, we decided to include the differences that we already knew of and put the questions as follows: How do these organisational

Norden.

- Skape grunnlag for en analyse av kvantitativ statistikk og evt. gi forslag til innsamling av supplerende statistikk.

Primærhelsetjenesten blir ofte definert som grunnmuren i helsetjenesten: ikke-spesialiserte tjenester ved første kontakt mellom den enkelte og helsetjenesten. Selv om dette er en snever definisjon av primærhelsetjenesten, fant prosjektgruppen raskt ut at allmennpraksis avviker fra dette på forskjellig vis i de nordiske landene. To vesentlige organisatoriske forhold bidrar til dette:

1. Innbyggerne har i varierende utstrekning muligheter til direkte kontakt (første kontakt) med spesialisthelsetjenesten i Finland, Island og Sverige. I Danmark og Norge er det hovedregelen at det foreligger en henvisning fra en allmennlege.
2. Barnekontroller, svangerskapskontroller, helseundersøkelser, vaksinasjoner, screeningundersøkelser og familieplanlegging inngår i ulik grad i vanlig allmennpraksis. I Sverige mest, men også i Norge, er flere av disse tjenestene adskilt fra allmennpraksis, selv om det som oftest er allmennleger som deltar i disse.

På bakgrunn av dette kunne en lettvinnt konklusjon vært at allmennpraksis i de nordiske landene ikke lar seg sammenligne. Vi valgte imidlertid en tilnærming der vi bestemte oss for å ta med forskjellene som vi visste var der og stilte isteden spørsmålene slik: Hvordan virker disse

differences affect the number of contacts in and the contents of general practice, and how can they best be illustrated when comparing? Next, what difficulties and limitations are revealed in a practical attempt to collect data from computerised records and what is needed to make any additional or regular information accessible from general practice computer systems? Consequently, the present report is in two parts; we first present the results of a practical experiment, and then provide recommendations on the basis thereof as to the development of a system collecting data from general practice.

Material and method

The registration was carried out at the beginning of 1997 and took four weeks. On the basis of earlier studies, we calculated that a population of approximately 15,000 people would be needed in each country to assess the variables we wanted to look into. In this way, the number of general practitioners participating would also be large enough to rule out most of the variations found between doctors³.

We would need a random sample of doctors with a known patient population to make sound national statistics of general practice, but only general practitioners in Denmark and Iceland have patient lists. A random sample of doctors from Finland, Norway and Sweden would provide us with a material where the patient population would be difficult to identify and estimate. In these countries, the denominator has to be defined by health centres or geographically, which is possible only in some areas. Second best to randomizing was then to select prac-

organisatoriske forskjellene inn på antallet kontakter og innholdet i allmennpraksis, og hvordan kan man vise dette når man sammenligner? Deretter, hvilke vanskeligheter og begrensninger foreligger når man skal forsøke å trekke ut data fra edb-journalen, og hva bør gjøres for at evt. mer informasjon skal bli tilgjengelig for rutinestatistikk fra allmennpraksis? Denne rapporten er derfor todelt, hvor vi først presenterer resultatene fra et praktisk forsøk og så på bakgrunn av dette kommer med anbefalinger for utviklingen av et system for innsamling av data fra allmennlegetjenesten.

Materiale og metode

Undersøkelsen ble foretatt i begynnelsen av 1997 og varte i 4 uker. På bakgrunn av tidligere studier beregnet vi at vi trengte et befolkningsgrunnlag på om lag 15.000 innbyggere fra hvert land for å studere de variablene som vi hadde valgt ut. Dette skulle også tilsi et stort nok antall allmennleger til å utjevne variasjoner mellom legene³.

Hvis vi skulle ha laget representativ nasjonal statistikk, måtte vi ha trukket et tilfeldig utvalg av leger med en kjent pasientpopulasjon. Det er imidlertid bare i Danmark og Island at legene har pasientlister. Et representativt utvalg av allmennleger fra Finland, Norge og Sverige ville gi oss et materiale der befolkningsnevneren ville vært ukjent eller vanskelig å beregne. I disse landene kan man bare definere avgrensede pasientpopulasjoner i tilknytning til større helsesentre eller geografisk i noen områder av landene. Det nest beste var derfor å velge

PATIENTS, DIAGNOSES AND ACTIVITIES IN GENERAL PRACTICE

tices or areas strategically and not to include any extremes as to health service functions or population composition. “Typical” practices are difficult to define taking into account the variations within each country.

praksiser eller områder strategisk og unngå ytterligheter med hensyn til type allmennlegetjenester og befolknings-sammensetning. Praksiser som er “typiske” er vanskelig å definere når man vet at variasjonene er store innen hvert land.

Table 1 Participating practices and doctors in the NOMESCO primary health care study, including factors known ahead and believed to have major influences on consultation rates and general practice activities

	Denmark ¹⁾	Finland ²⁾	Iceland ³⁾	Norway ⁴⁾	Sweden ⁵⁾
<i>General practitioners</i>					
Number posts	6	13	7	19	14
Population served	9,315	25,394	19,361	17,718	25,687
<i>Wages</i>					
Fixed salary only				10	
Fee for service + others	6	13	7	9	14
<i>Patient charges</i>					
Adults	–	50 FIM	700 ISK	78 NOK	120 SEK
Children	–	–	300 ISK	–	–
<i>Practice organisation</i>					
Group practice	1	–	–	–	–
Solo practice	4	–	–	–	–
Health centre	–	2	1	3	1 ⁶⁾
Doctors have patient lists?	Yes	No	Yes	No	No
<i>Services included in general practice (office hours)</i>					
Emergency ward/-room	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Infant check-ups	Yes	Yes	Yes	No	No
Antenatal care	Yes	Yes	Yes	Partially	No
Routine cervical smears	Yes	No	Optional	Yes	No
Family planning	Yes	Yes	No	Yes	No
Occupational health	No	Yes	No	No	No
“Gatekeeper” to specialised services	Yes	No	Partially	Yes	Partially
Doctors sick-leave certificate needed from day	(4)	(1)	Variable	4	8

1 Six private practitioners on the island of Funen.

2 Three health centres with defined population – Tapiola, Hangö and Ekenäs hälsovårdcentral.

3 One municipality – Hörduvöllum.

4 Three municipalities – Surnadal, Ørskog and Ørsta.

5 One municipality – Arvika.

6 Three groups of physicians at the same health centre.

Table 1 shows the final material. In Denmark, 10 general practitioners were recruited from the start, but four doctors in one health centre had to be left out of the comparison because of insufficient registration of diagnoses. In Sweden, 2.5 doctors serving the chosen areas did not participate. We have estimated a loss of about 20 per cent of the patient contacts in the Swedish material. In Finland, Iceland and Norway, all the general practitioners in the chosen areas participated to the end.

Table 1 also summarises important organisational factors that had been identified and which we assumed would be important when interpreting the results.

Prior to the survey, we had thoroughly examined which variables might be common to and accessible from the computer records in all the Nordic countries, and in which context comparable data could be produced. We limited the data collection to consultations in general practice, i.e. patients seeing a doctor face to face in the usual office hours⁴.

Other types of contact, indirect contacts as well as contacts with doctors on call outside of office hours are not completely registered, as the computer records are not always used in these connections. Due to lack of standardisation, registration of activities had to be restricted to taking a bloodtest – yes/no; counting the number of referrals; prescriptions; requests for x-ray; and physiotherapy. Even such a coarse assessment later proved to be difficult.

The computer records were unable to distinguish between principal diagnoses and associated diagnoses. Consequently,

Tabell 1 viser det endelige materialet. I Danmark ble det opprinnelig rekruttert 10 allmennleger, men fire leger i et legesenter måtte utelates i bearbeidelsen på grunn av utilstrekkelig registrering av diagnoser. I Sverige var det 2,5 privatpraktiserende leger i det utvalgte området som ikke deltok. Vi beregnet at vi derved ville miste 20 pst. av kontaktene i det svenske materialet. I Finland, Island og Norge deltok alle allmennlegene i de utvalgte områdene.

Tabell 1 summerer også opp viktige organisatoriske forhold, som vi hadde fått kartlagt og som vi antok ville bli viktig i tolkningen av resultatene.

Forut for undersøkelsen gikk vi nøye gjennom hvilke data som kunne være felles og tilgjengelige i edb-journalene i alle de nordiske landene, og i hvilken kontekst dataene kunne være sammenlignbare. Vi begrenset datainnsamlingen til å gjelde konsultasjoner i allmennpraksis, dvs. pasientkontakter ansikt til ansikt med legen i ordinær kontortid⁴.

Andre kontakttyper, indirekte kontakter og kontakter på legevakt, blir ufullstendig registrert fordi edb-journalen ikke alltid blir benyttet i disse sammenhengene. Mangel på standardisering førte til at vi måtte begrense registrering av tiltak i allmennpraksis til tatt blodprøve – ja/nei og telle antall henvisninger, resepter, røntgen- og fysioterapirekvisisjoner. Selv en slik grov tilnærming viste seg senere å være vanskelig nok.

Journalssystemene kunne ikke skille mellom hoveddiagnose og bidiagnose. Vi instruerte derfor legene til å sette hoveddi-

we instructed doctors to enter principal diagnoses as first diagnoses. When processing the data, we only dealt with one diagnosis per contact (principal diagnosis).

The general practitioners in Denmark and Norway used the ICPC (International Classification of Primary Care)⁵, while in Sweden and Iceland they used the ICD9 (International Classification of Diseases)⁶. In Finland, one medical centre had developed its own code list of diagnoses, whereas the others used the ICD9. To overcome this problem, we aggregated the diagnoses into larger groups. These groups were constructed for the following purposes: 1) They should to the highest possible degree be mutually exclusive despite the fact that the diagnostic procedure in general practice may often be uncertain. 2) They were to represent groups recognisable by general practitioners as being typical or important in general practice, and 3) They were to show some of the most significant health services provided in primary health care in addition to the usual curative work (emergency room, preventive measures/check-ups, and family planning/antenatal care). This categorising of diagnoses had been tested and validated in an earlier study⁷.

The data collected in this project was ordinary information registered by general practitioners in their computerised records when treating patients⁸. The doctors were not asked to register any additional information for the purpose of the project, just encouraged to make appropriate diagnoses at every patient contact. Collection of data was done by either copying databases within the records or by using build-in report functions. None

agnosen som første diagnose. I bearbejdelser har vi kun forholdt oss til en diagnose per kontakt (hoveddiagnosen).

Allmennlegene som var med fra Danmark og Norge, brukte ICPC (International Classification of Primary Care)⁵. De svenske og islandske legene brukte ICD9 (International Classification of Diseases)⁶. I Finland hadde et av legesentrene utviklet sin egen liste med diagnosekoder, mens de andre brukte ICD9. For å komme forbi dette problemet, aggregerte vi diagnosene til større grupper. Disse gruppene ble konstruert med følgende formål: 1) De skulle være mest mulig gjensidig utelukkende selv om den diagnostiske prosessen i allmennpraksis i seg selv ofte kan være usikker. 2) De skulle representere grupper som allmennleger gjenkjenner som typiske eller viktige i allmennpraksis og 3) de skulle vise de viktigste tjenestene som ytes i primærhelsetjenesten ved siden av vanlig kurativt helsearbeid (øyeblikkelig hjelp, forebyggende aktiviteter/helseundersøkelser og familieplanlegging-/svangerskapsomsorg). Denne gruppeinndelingen hadde vært prøvd ut i en tidligere undersøkelse⁷.

Dataene som ble samlet inn i dette prosjektet, var vanlig informasjon som allmennleger registrerer i sin journal når de behandler pasienter⁸. Legene ble ikke spurt om å registrere noe tillegg med tanke på prosjektet. De ble bare oppmuntret til å sette diagnose ved hver pasientkontakt. Innsamlingen av dataene skjedde retrospektivt ved enten å ta kopi av databaser i journalen eller ved å benytte innlagte rapportfunksjoner. Ingen

of the systems had pre-installed report functions that were fully suited for this project. Consequently, some of the national project leaders ended up by working hard to prepare the data for analysis.

The tables used in this project were designed prior to the data collection. Each country prepared its own data to be included in the tables. Most tables describe percentages or consultation rates with the total population or contacting patients as denominator. In one table, the results have been standardised in respect of sex and age to reveal any possible effects of the population composition. We have divided age into 10-year-groups, as this is the common grouping in the population statistics most easily accessible. We have looked upon consultations as incidences and calculated 95 per cent confidence intervals in the population based tables. This provides an estimate of the reliability of the measuring, but the method of choice does not give rise to an examination as to whether or not the differences we found are statistically significant. The interpretation of the results was done jointly by the national project leaders.

Results

In all, 59 doctors participated. The total study population counted 97,475 people. 12,774 people had 15,754 consultations in a four-week-period. Table 1 shows the number of doctors and people from each country.

The percentage of the population consulting a general practitioner in the course of four weeks, the number of consultations, and the consultation rate are shown in Table 2. The number of con-

av systemene hadde ferdige rapport-funksjoner som passet direkte til dette prosjektet. Noen av de nasjonale prosjektlederne endte derfor opp med et betydelig arbeid for å klargjøre dataene.

Tabellene som presenteres i denne undersøkelsen ble konstruert forut for datainnsamlingen. Hvert land bearbeidet sine egne data som skulle inn i tabellene. De fleste tabellene beskriver andeler eller kontaktrater med hele befolkningen eller pasienter med kontakt som nevner. I én tabell har vi standardisert resultatene for kjønn og alder for å avsløre eventuelle effekter av befolkningssammensetningen. Alderen har vi delt i 10-årsgrupper fordi det var den lettest tilgjengelige felles inndelingen i befolkningsstatistikken. Vi har betraktet konsultasjoner som insidenser og beregnet 95 pst. konfidensintervaller i de populasjonsbaserte tabellene. Dette gir et estimat av målingenes reliabilitet, men utvalgsmetoden gir ikke grunnlag for å teste om forskjellene vi finner, er statistisk signifikante. Tolkningen av resultatene ble gjort av de nasjonale prosjektlederne sammen.

Resultater

I alt deltok 59 allmennleger. Undersøkelsen omfattet totalt en befolkning på 97.475 innbyggere. 12.774 personer hadde 15.754 konsultasjoner i løpet av fire uker. Tabell 1 viser en oversikt over antall leger og innbyggere fra hvert land.

Andelen av befolkningen som konsulterte sin allmennlege i løpet av fire uker, antallet konsultasjoner og konsultasjonsraten er vist i tabell 2. Antallet konsultasjoner var høyest i det danske materialet i alle

PATIENTS, DIAGNOSES AND ACTIVITIES IN GENERAL PRACTICE

sultations were highest for Denmark in all columns. The number of consulta-

kolonner. De svenske tallene var like klart lavest og bare 1/3 av det som vi fant

Table 2 The number of persons and percentage of the population with consultation in general practice during four weeks and the number of consultations (face to face in office hours)

	Inhabitants			Consultations					
	Study population	With consultation		Number of persons by number of consultations			Total number	Per 10,000 people	Per 100 with consultation
		Number	Per cent	1	2	3+			
<i>Denmark</i>	9,315	1,983	21.3	1,512	335	136	2,696	2,894	136
Females	4,661	1,156	24.8	873	196	87	1,591	3,413	138
Males	4,654	827	17.8	639	139	49	1,105	2,374	134
0-9 years	1,282	267	20.8	210	45	12	338	2,637	127
10-19 »	1,029	165	16.0	133	23	9	208	2,021	126
20-29 »	1,212	246	20.3	179	41	26	353	2,913	143
30-39 »	1,479	288	19.5	216	57	15	384	2,596	133
40-49 »	1,302	259	19.9	203	37	19	365	2,803	141
50-59 »	1,164	260	22.3	197	43	20	373	3,204	143
60-69 »	829	209	25.2	157	38	14	287	3,462	137
70-74 »	314	106	33.8	78	23	5	140	4,459	132
75+ »	704	182	25.9	138	28	16	248	3,523	136
<i>Finland</i>	25,394	3,601	14.2	..	..	..	4,789	1,886	133
Females	12,961	1,945	15.0	..	..	..	2,671	2,061	137
Males	12,433	1,656	13.3	..	..	..	2,118	1,704	129
0-9 years	3,016	627	20.8	..	..	..	815	2,702	130
10-19 »	2,944	381	12.9	..	..	..	621	2,109	163
20-29 »	3,162	427	13.5	..	..	..	566	1,825	133
30-39 »	3,353	431	12.9	..	..	..	607	1,810	141
40-49 »	3,958	435	11.0	..	..	..	518	1,531	119
50-59 »	3,312	419	12.7	..	..	..	618	1,830	147
60-69 »	2,396	358	14.9	..	..	..	471	1,974	132
70-79 »	2,097	261	12.4	..	..	..	367	1,760	141
80+ »	1,156	203	17.6	..	..	..	269	2,327	133
<i>Iceland</i>	19,361	2,559	13.2	2,114	331	114	3,187	1,646	125
Females	9,673	1,507	15.6	1,241	207	59	1,864	1,927	124
Males	9,688	1,052	10.9	873	124	55	1,323	1,366	126
0-9 years	3,392	778	22.9	603	130	45	1,013	2,986	130
10-19 »	3,244	306	9.4	260	28	18	376	1,159	123
20-29 »	2,790	262	9.4	224	30	8	327	1,172	125
30-39 »	3,078	338	11.0	294	35	9	395	1,283	117
40-49 »	2,729	279	10.2	241	31	7	325	1,191	116
50-59 »	1,771	247	13.9	200	37	10	315	1,779	128
60-69 »	1,138	160	14.1	133	17	10	205	1,801	128
70-79 »	778	154	19.8	131	16	7	189	2,429	123
80+ »	441	35	7.9	28	7	0	42	952	120

continued...

PATIENTS, DIAGNOSES AND ACTIVITIES IN GENERAL PRACTICE

Table 2 ... continued

	Inhabitants			Consultations					
	Study population	With consultation		Number of persons by number of consultations			Total number	Per 10,000 people	Per 100 with consultation
		Number	Per cent	1	2	3+			
Norway	17,718	2,637	14.9	2,372	222	43	2,970	1,676	113
Females	8,760	1,561	17.8	1,430	112	19	1,729	1,974	111
Males	8,958	1,076	12.0	942	110	24	1,241	1,385	115
0-9 years	2,336	259	11.1	242	16	1	278	1,190	107
10-19 »	2,468	196	7.9	186	9	1	207	839	106
20-29 »	2,569	350	13.6	312	33	5	395	1,538	113
30-39 »	2,322	350	15.1	311	32	7	397	1,710	113
40-49 »	2,385	329	13.8	299	23	7	366	1,535	111
50-59 »	1,609	324	20.1	294	27	3	357	2,219	110
60-69 »	1,542	294	19.1	261	29	4	331	2,147	113
70-79 »	1,593	335	21.0	292	33	10	395	2,480	118
80+ »	900	200	22.2	175	20	5	244	2,711	122
Sweden	25,687	1,994	7.8	1,887	98	9	2,112	822	106
Females	13,019	1,157	8.9	1,101	52	4	1,217	935	105
Males	12,668	873	6.6	786	46	5	895	707	107
0-9 years	3,141	202	6.4	194	7	1	210	669	104
10-19 »	2,873	149	5.2	140	8	1	162	564	109
20-29 »	2,952	202	6.8	194	8	0	209	708	103
30-39 »	3,100	223	7.2	207	13	3	243	784	109
40-49 »	3,563	251	7.0	238	11	2	266	747	106
50-59 »	3,112	239	7.7	223	15	1	256	823	107
60-69 »	2,818	258	9.2	243	15	0	273	969	106
70-79 »	2,681	339	12.6	322	16	1	357	1332	105
80+ »	1,447	131	9.1	126	5	0	136	940	104

tions in Sweden was clearly the lowest, about 1/3 of what applied to Denmark, even taking into account that an additional 20 per cent were added (cf. above). In Finland, Iceland and Norway, the percentage of the population seeing a general practitioner (13-15 per cent) during a four-week-period was approximately identical, but the Finnish and Icelandic patients consulted a doctor more often during the study period than did the Norwegians (right column), which resulted in different consultation rates per 10,000 people.

i Danmark, selv om vi skulle legge til 20 pst. (se over). I det finske, islandske og norske utvalget var andelen som besøkte en allmennlege omtrent lik (13-15 pst.) i løpet av fire uker. Men de finske og islandske pasientene med kontakt i undersøkelsesperioden gikk til lege oftere enn de norske (høyre kolonne), noe som førte til at konsultasjonsraten per 10.000 ble forskjellig.

PATIENTS, DIAGNOSES AND ACTIVITIES IN GENERAL PRACTICE

In Table 3, the consultation rates have been standardised by sex and age. This had the greatest impact on the consultation rate in Iceland, revealing that the selected population there was relatively young. In Norway and Sweden, the effect was the opposite, but not to the same extent. The confidence intervals show no overlapping.

I tabell 3 er konsultasjonsraten standardisert for kjønn og alder. Dette hadde størst innvirkning på konsultasjonsraten i det islandske materialet og forteller at utvalget her bestod av en relativt ung befolkning. Virkningen på de svenske og norske tallen var motsatt, men ikke i samme utstrekning. Det var ingen overlapping av konfidensintervallene.

Table 3 The number of consultations per 10,000 inhabitants during 4 weeks in the Nordic countries adjusted for sex and age using the WHO European standard population

	Number of consultations per 10,000 inhabitants		
	Unadjusted	Adjusted	95 per cent CI (adjusted value)
Denmark	2,894	2,845	2,742 - 2,952
Finland	1,886	1,941	1,856 - 2,030
Iceland	1,646	2,301	2,208 - 2,397
Norway	1,676	1,643	1,565 - 1,725
Sweden	822	782	729 - 839

Consultations by sex and age

General practitioners have more female than male patients. This has been a consistent conclusion in earlier studies. In our survey, 58-60 per cent of the patients were women, and about the same applied in all the Nordic countries despite very different consultation rates. Only the Finnish data had a significantly lower proportion of women, 54 per cent. However, Table 2 reveals other details. Although more women saw a doctor (percentage of the population), the frequency of their visits to the doctor during four weeks is no higher than that of men (right column).

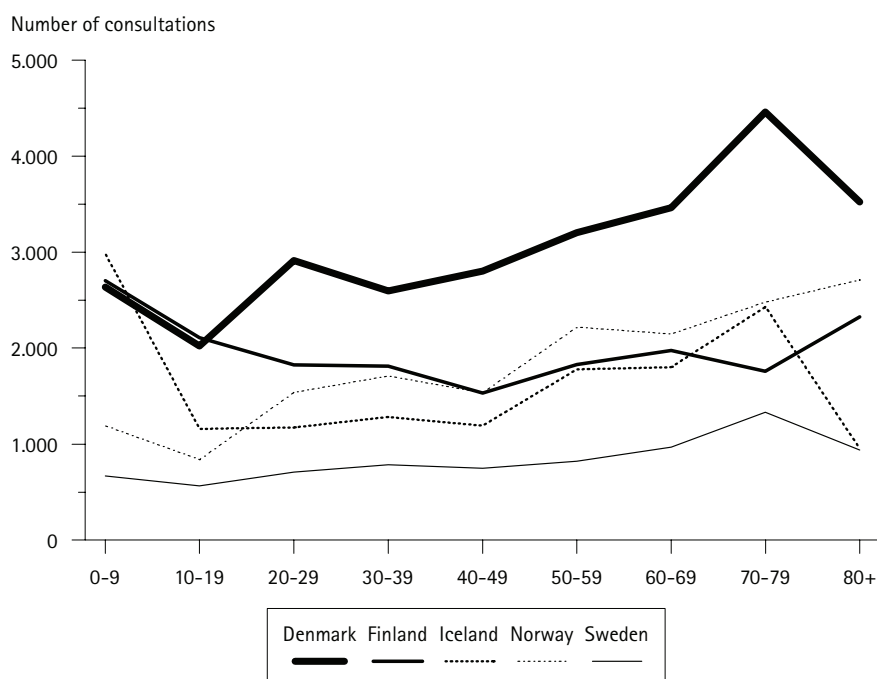
Konsultasjoner etter kjønn og alder

Allmennleger har flere kvinnelige enn mannlige pasienter. Dette har vært en gjennomgående konklusjon i tidligere undersøkelser. I vår undersøkelse var 58-60 pst. av pasientene kvinner, og omtrent likt i alle utvalgene tross en stor variasjon i konsultasjonsraten. Bare i det finske materialet var andelen kvinner merkbart lavere, 54 pst. Men tabell 2 viser også andre detaljer. Selv om flere kvinner oppsøker lege (prosent av befolkningen), så er antallet ganger de går til legen i løpet av fire uker ikke høyere enn for menn (høyre kolonne).

Age and consultation rate can most easily be studied in Figure 1. The curves are basically much alike, but reflects the total consultation rate by being at different levels.

Alder og konsultasjonsrate er lettest å studere i figur 1. Forløpet av kurvene er i prinsippet nokså like, men gjenspeiler den totale konsultasjonsraten ved å ligge på forskjellige nivåer.

Figure 1 The number of consultations in general practice in different age groups during four weeks in the Nordic countries



The consultation rates for the youngest age group were identical in Denmark, Finland and Iceland and much higher than in Norway and Sweden. This difference was due to both a higher frequency and a higher percentage of children seeing a doctor in those three countries (Table 2). From the age group 10-19 years to 70-79 years, there was a fairly steady rise in the number of consulta-

Konsultasjonsraten i den yngste aldersgruppen var den samme i det danske, finske og islandske materialet og mye høyere enn i det norske og svenske. Denne forskjellen skyldtes både en høyere frekvens og en høyere andel med barn som besøkte legen i disse tre landene (tabell 2). Fra aldersgruppen 10-19 år til 70-79 år var det en nokså jevn stigning i antallet konsultasjoner i alle utvalgene

tions in all the countries, except for Finland, where a relatively high number of people from the youngest age groups saw a doctor. In Denmark and Iceland, there was a significant fall in the consultation rate for the oldest part of the population, primarily caused by a lower percentage seeing a doctor at this age. Nevertheless, in four weeks as much as 1/4 to 1/3 of the population in the oldest age groups saw their general practitioner.

Diagnoses and other reasons for contact

Table 4 shows the twenty most common diagnoses made in general practice in each of the Nordic countries. Except for infections in the upper respiratory system in Finland (here: Ekenäs and Hangö), the most striking feature was the even and low distribution of the diagnoses. Consequently, even small variations could easily cause large jumps on the ranking list. Only hypertension and upper respiratory infections were the diagnoses common to all countries on the top twenty list. Non-disease consultations were among the top twenty in all the countries.

med unntak av det finske, hvor et relativt høyt antall i de yngre aldersgruppene besøkte legen. I det danske og islandske materialet var det et fall i konsultasjonsraten for de eldste, noe som i hovedsak skyldtes at en lavere andel av befolkningen i denne alderen oppsøkte lege. Likevel var det så mye som 1/4 til 1/3 av befolkningen i de eldste aldersgruppene som konsulterte sin allmennlege i løpet av fire uker.

Diagnoser og andre kontaktårsaker

Tabell 4 viser de tjue hyppigst gitte diagnosene i allmennpraksis i utvalgene fra hvert av de nordiske landene. Med unntak av øvre luftveisinfeksjoner i det finske materialet (her: Ekenäs og Hangö), så var det den jevne og lave fordelingen av diagnosene som var mest slående. Selv små variasjoner forårsaket derfor store hopp på rangeringslisten. Det var bare høyt blodtrykk og øvre luftveisinfeksjoner som var blant de tjue hyppigst gitte diagnosene hos alle. Henvendelser for andre grunner enn sykdom var også med blant tjue hyppigste i alle utvalgene.

PATIENTS, DIAGNOSES AND ACTIVITIES IN GENERAL PRACTICE

Table 4a The most frequent diagnoses given at consultations in general practice in Denmark

	ICPC	Title	Per cent
1	K86	Hypertension	5.2
2	A49	Preventive procedures	4.4
3	X37	Cervical smear	2.3
4	R74	Upper respiratory infection	2.3
5	L99	Musculoskeletal disease NEC	2.0
6	S03	Warts	1.9
7	T83	Overweight	1.8
8	T90	Diabetes	1.8
9	A44	Preventive vaccination/medication	1.6
10	R96	Asthma	1.6
11	P76	Depressive disorder	1.4
12	W31	Pregnancy	1.4
13	L79	Distortion joints NEC	1.3
14	R78	Acute bronchitis	1.3
15	R75	Sinusitis acute/chronic	1.2
16	P15	Chronic alcohol abuse	1.1
17	H81	Ear wax	1.1
18	R81	Pneumonia	1.0
19	S74	Dermatophytosis	1.0
20	L19	Multiple/unspecified symptoms muscles	1.0
N=2,696			

Table 4b The most frequent diagnoses given at consultations in general practice in Finland

	ICPC	Title	Per cent
1	R74	Upper respiratory infection	12.1
2	H72	Serous otitis media	5.9
3	H71	Acute otitis media	5.0
4	A30	Complete medical/health examination	5.0
5	R75	Sinusitis acute/chronic	4.6
6	A31	Partial medical/health examination	3.7
7	R78	Acute bronchitis	3.5
8	R76	Tonsillitis acute	2.9
9	A45	Observation/health education/advice	2.5
10	L83	Syndromes of cervical spine	2.3
11	A80	Accident/injury NOS	2.2
12	S19	Other injury to the skin	2.0
13	A62	Administrative procedure	1.8
14	U71	Cystitis/other urinary infection NEC	1.6
15	K86	Hypertension	1.5
16	D06	Other localised abdominal pain	1.4
17	A97	No disease	1.3
18	F76	Foreign body in eye	1.2
19	R81	Pneumonia	1.1
20	L99	Musculoskeletal disease NEC	1.1
N=2,220			

PATIENTS, DIAGNOSES AND ACTIVITIES IN GENERAL PRACTICE

Table 4c The most frequent diagnoses given at consultations in general practice in Iceland

	ICPC	Title	Per cent
1	A30	General medical/health examination	7.1
2	A77	Viral disease NOS	4.6
3	K86	Hypertension	3.7
4	R74	Upper respiratory infection	3.6
5	R78	Acute bronchitis	3.5
6	H71	Acute otitis media	3.5
7	R76	Tonsillitis acute	2.9
8	R75	Sinusitis acute/chronic	2.3
9	L03	Low back complaints	2.0
10	S18	Laceration/cut	2.0
11	L79	Distortion joints NEC	1.9
12	S03	Warts	1.8
13	R96	Asthma	1.7
14	S10	Boil/carbuncle/cellulitis local	1.5
15	L18	Muscle pain/fibrositis	1.4
16	P76	Depressive disorder	1.4
17	P74	Anxiety disorder/anxiety state	1.3
18	S16	Bruise/contusion intact skin	1.3
19	F70	Infectious conjunctivitis	1.2
20	L09	Arm symptoms/complaints	1.2
N=3,187			

Table 4d The most frequent diagnoses given at consultations in general practice in Norway

	ICPC	Title	Per cent
1	W30	Pregnancy	3.2
2	R80	Influenza	3.1
3	K86	Hypertension	2.9
4	R74	Upper respiratory infection	2.4
5	L84	Lumbago	2.2
6	K78	Atrial fibrillation/flutter	2.1
7	L93	Tennis elbow	2.0
8	K74	Angina pectoris	1.8
9	T90	Diabetes	1.6
10	L92	Shoulder syndrome	1.6
11	R78	Acute bronchitis	1.5
12	R05	Cough	1.5
13	H71	Acute otitis media	1.4
14	P76	Depressive disorder	1.3
15	R75	Sinusitis acute/chronic	1.3
16	A77	Viral disease NOS	1.3
17	L02	Back symptoms/complaints	1.3
18	X31	Cervical smear	1.2
19	L83	Syndromes cervical spine	1.2
20	R76	Tonsillitis acute	1.2
N=2,970			

Table 4e The most frequent diagnoses given at consultations in general practice in Sweden

	ICD9	Title	Per cent
1	401B	Hypertension	8.0
2	724X	Back pain	3.1
3	250A	Diabetes	3.1
4	413X	Angina pectoris	2.7
5	726X	Enthesopathy	2.7
6	465X	Upper respiratory tract infection	2.6
7	300X	Neurosis unspecified	2.5
8	382A	Acute otitis media	2.4
9	729X	Soft tissue disease NOS	2.1
10	789A	Abdominal pain	1.9
11	719E	Arthralgia	1.9
12	493X	Asthma	1.7
13	V70X	General medical/health examination	1.7
14	216X	Benign neoplasm skin	1.5
15	079X	Viral diseases NOS	1.4
16	311X	Depression unspecified	1.3
17	380X	Ear problems unspecified	1.3
18	595X	Cystitis	1.3
19	428X	Heart failure	1.2
20	715X	Arthrosis NOS	1.2
N=2,112			

PATIENTS, DIAGNOSES AND ACTIVITIES IN GENERAL PRACTICE

Table 5a Number of consultations in general practice during four weeks in the Nordic countries, by main diagnosis*, in total and in per cent

	Denmark		Finland		Iceland		Norway		Sweden	
	Number	Per cent	Number	Per cent	Number	Per cent	Number	Per cent	Number	Per cent
Respiratory tract infections incl. otitis	203	9.3	1,348	28.4	699	18.8	436	15.3	367	17.7
Neck, shoulder & other enthesopathies	78	3.6	91	1.9	105	2.8	218	7.7	100	4.8
Low back problems	63	2.9	124	2.6	120	3.2	140	4.9	74	3.6
Psychiatric problems	111	5.1	94	2.0	188	5.1	138	4.9	121	5.8
Atopic and hypersensitivity problems	97	4.4	43	0.9	159	4.3	92	3.2	95	4.6
Hypertension	141	6.5	198	4.2	136	3.7	90	3.2	172	8.3
Ischemic heart disease and arrhythmias	42	1.9	86	1.8	56	1.5	158	5.5	118	5.7
Diabetes	44	2.0	48	1.0	12	0.3	50	1.7	67	3.2
Cancer	17	0.8	1	0.0	15	0.4	18	0.6	3	0.1
Female genital problems	70	3.2	104	2.2	66	1.8	78	2.7	49	2.4
Digestive system functional problems	69	3.2	173	3.6	350	9.4	89	3.1	31	1.5
Skin infections	100	4.6	130	2.7	41	1.1	58	2.1	28	1.4
Injuries and accidents	95	4.4	475	10.0	43	1.1	133	4.7	118	5.7
Other diagnosis	886	40.6	1,381	29.1	1,380	37.2	916	32.2	699	33.7
Sum	2,016	92.3	4,298	90.6	3,369	90.8	2,613	91.9	2,040	98.3
Antenatal care and family planning	74	3.4	58	1.2	89	2.4	170	6.0	-	0.0
Vaccination, infant check-ups, smears, etc.	93	4.3	391	8.2	252	6.8	51	1.8	36	1.7
Total	2,183	100.0	4,746	100.0	3,710	100.0	2,844	100.0	2,076	100.0
Diagnosis not given	513		11		32		126		40	

*) A list of diagnosis codes (ICPC and ICD) used in all groups of diagnoses is available from the NOMESCO Secretariat.

*) En liste med hvilke diagnosekoder (ICPC og ICD9) som inngår i hver diagnosegruppe kan fås på NOMESKO's sekretariat.

PATIENTS, DIAGNOSES AND ACTIVITIES IN GENERAL PRACTICE

Table 5b Number of consultations in general practice in the Nordic countries, by main diagnosis*, per 10,000 inhabitants

	Denmark	Finland	Iceland	Norway	Sweden
Respiratory tract infections incl. otitis	218	531	361	246	143
Neck, shoulder & other enthesopathies	84	36	54	123	39
Low back problems	68	49	62	79	29
Psychiatric problems	119	37	97	78	47
Atopic and hypersensitivity problems	104	17	82	52	37
Hypertension	151	78	70	51	67
Ischemic heart disease and arrhythmias	45	34	29	89	46
Diabetes	47	19	6	28	26
Cancer	18	0.4	8	10	0
Female genital problems	75	41	34	44	19
Digestive system functional problems	74	68	181	50	12
Skin infections	107	51	21	33	11
Injuries and accidents	102	187	22	75	46
Other diagnosis	951	544	713	517	272
Sum	2,164	1,692	1,740	1,475	794
Antenatal care and family planning	79	23	46	96	0
Vaccination, infant check-ups, smears, etc.	100	154	130	29	14
Total	2,344	1,869	1,916	1,605	808

In Table 5, the diagnoses are gathered into larger groups. The number of consultations per 10,000 people describes the absolute number of consultations. The percentage distribution is a relative comparison, as if the doctors had the same total number of patients. As an example, the percentage of patients seeing Danish or Swedish doctors due to psychiatric problems was the same, but the consultation rate for the same ailment was more than twice as high in Denmark.

Respiratory tract infections were the most common diagnoses in all the countries, both absolutely and proportionally.

I tabell 5 er diagnosene aggregert i større grupper. Antallet konsultasjoner per 10.000 innbyggere beskriver det absolute antallet konsultasjoner. Prosentfordelingen er mer en relativ sammenligning, som om legene hadde det samme antallet pasienter. Andelen pasienter som henvendte seg for psykiske lidelser var for eksempel likt hos de danske og svenske legene, men konsultasjonsraten for de samme lidelsene var mer enn det dobbelte i det danske materialet.

Luftveisinfeksjoner var den største gruppen i alle utvalgene både absolutt og relativt. Antallet var spesielt høyt i det finske

The number was particularly high in Finland. In Iceland, the number was also high, but the percentage was about the same as in Norway and Sweden. The number of consultations for injuries was also high in Finland, but low in Iceland. Icelandic doctors had a high rate of consultation on digestive system functional problems compared with doctors in the other countries.

Sweden had a generally low consultation rate, but proportionally, Swedish general practitioners had more consultations concerning patients suffering from hypertension and chronic heart diseases than had doctors in the other countries. The absolute number of consultations for ischaemic heart disease and arrhythmias was highest in Norway. Danish doctors had many patients with skin infections.

8-10 per cent of the consultations were for non-disease reasons in all the countries, except for Sweden where this was a rare reason for contact. Norway had a high consultation rate for antenatal care and family planning. Denmark, Finland and Iceland had most consultations in the group comprised by vaccination, infant check-ups, routine smears and other health check-ups.

Examinations and actions

Complete figures for the most common actions taken in connection with consultations in general practice were only available from the computerised medical records in Denmark, Norway and Sweden. Table 6 shows the percentage of patients acted upon, while Table 7 shows the equivalent number of people.

materialet. I det islandske utvalget var også antallet høyt, men prosentandelen var omtrent som i Norge og Sverige. Det ble også registret et høyt antall skader i det finske utvalget, men her var det tilsvarende tallet for Island lavt. De islandske legene hadde et høyt antall konsultasjoner for fordøyelsesproblemer sammenlignet med de andre.

Konsultasjonsraten var generelt lav i det svenske materialet, men ser man på den relative fordelingen, hadde de svenske allmennlegene flere konsultasjoner for høyt blodtrykk og kronisk hjertesykdom enn de andre. Det absolutte antallet konsultasjoner for iskemisk hjertesykdom og arytmier var høyest i det norske utvalget. De danske legene hadde mange pasienter med hudinfeksjoner.

8-10 pst. av konsultasjonene omhandlet andre forhold enn sykdom med unntak for det svenske materialet hvor dette var en sjelden kontaktårsak. I Norge var det en høy konsultasjonsrate for svangerskapsomsorg og familieplanlegging. Tilsvarende var det for gruppen som bestod av vaksinasjoner, barnekontroller, cervixcytologier og helseundersøkelser i det danske, finske og islandske materialet.

Undersøkelser og tiltak

Dekkende tall for de vanligste tiltakene som blir iverksatt ved konsultasjoner i allmennpraksis var bare tilgjengelig i edb-journalsystemene som vi brukte i Danmark, Norge og Sverige. Tabell 6 viser andelen pasienter det ble iverksatt tiltak for, mens tabell 7 viser hva dette betyr når vi telte antall personer.

Table 6 Type of actions per 100 consultations in general practice in the Nordic countries. The percentage of consultations resulting in a referral, a request of X-ray or physiotherapy, a blood test or a prescription

	Number of consultations	Type of actions taken per 100 consultations				
		Referral hospita/ specialist	Request of x-ray	Prescription	Blood test	Physiotherapy
Denmark	2,696	8	3	28	10	1
Finland	4,789	..	6	39	..	..
Iceland	3,187	..	..	45	..	..
Norway	2,970	9	6	35	26	3
Sweden	2,112	9	7	52	42	4

Table 7 The number persons during four weeks per 10,000 inhabitants by type of action in general practice in the Nordic countries resulting in a referral, a request of X-ray or physiotherapy, a blood test or a prescription

	Number of inhabitants in study population	Referral hospita/ specialist	Request of x-ray	Prescription	Blood test	Physiotherapy
Denmark	9,315	161	43	721	252	25
Finland	25,394	..	107	727	..	..
Iceland	19,361	..	..	739	..	..
Norway	17,718	148	87	592	421	50
Sweden	25,687	79	60	432	346	30

The percentage being referred was the same in all the countries, but the number of people referred to the secondary health care system was highest in Denmark. On the other hand, Danish general practitioners more seldom ordered x-rays or physiotherapy, and they made up prescriptions or blood tests in a lesser proportion of the consultations than did doctors in the other countries. Swedish doctors made up prescriptions or took blood tests most frequently, but in relation to the size of the population, the number was still the lowest. The number of people having x-rays taken was highest in Finland.

Andelen som ble henvist, var like stor i utvalgene, men ser man på antallet personer som ble overført til spesialisthelsetjenesten, var dette høyest i det danske materialet. På den annen side så bestilte de danske legene sjeldnere røntgen og fysioterapi, og de skrev ut resept og tok blodprøve hos en lavere andel av pasientene sammenliknet med de andre. Legene i det svenske materialet tok oftest blodprøve eller skrev hyppigst ut en resept, men målt i forhold til antall personer i befolkningen likevel minst. Antall personer som det ble tatt røntgen av, var høyest i det finske utvalget.

PATIENTS, DIAGNOSES AND ACTIVITIES IN GENERAL PRACTICE

Table 8 Number of persons per 10,000 inhabitants per 4 weeks referred to hospital or specialist and the percentage of the consultations for each diagnosis* resulting in a referral

Diagnosis	Denmark		Norway		Sweden	
	Person per 10,000	Per 100 consultations	Person per 10,000	Per 100 consultations	Person per 10,000	Per 100 consultations
Respiratory tract infections incl. otitis	10	4.9	6	2.2	1	0.8
Neck, shoulder & other enthesopathies	15	17.9	15	11.9	1	2.0
Low back problems	2	3.2	8	10.7	1	2.7
Psychiatric problems	15	12.6	6	7.8	5	10.7
Atopic and hypersensitivity problems	9	8.2	5	9.2	3	7.3
Hypertension	8	5.0	2	3.3	4	5.3
Ischemic heart disease and arrhythmias	3	7.1	12	13.3	5	12.0
Diabetes	5	11.4	4	14.3	4	15.2
Cancer	6	35.3	8	23.1	0	0.0
Female genital problems	9	11.4	10	22.8	0	0.0
Digestive system functional problems	6	8.7	11	23.9	4	34.4
Skin infections	5	5.0	1	3.4	0	0.0
Injuries and accidents	9	8.4	3	3.5	4	9.3
Antenatal care and family planning	13	16.2	8	8.2	0	0.0
Other diagnosis	88	8.5	62	16.1	44	15.4
All diagnosis	161	7.9	148	10.0	79	9.0
N (persons/referrals) =	189	191	264	270	202	203
Diagnosis not given		5		0		0

*) A list of diagnosis codes (ICPC and ICD) used in all groups of diagnoses is available from the NOMESCO Secretariat.

*) En liste med hvilke diagnosekoder (ICPC og ICD9) som inngår i hver diagnosegruppe kan fås på NOMESCO's sekretariat.

In Table 8, we have taken a closer look at the percentage and the number of people being referred in relation to the diagnoses made. This gives us an idea about which problems general practitioners in each country dealt with themselves or pre-

I tabell 8 har vi sett nærmere på andelen og antallet personer som ble henvist i relasjon til diagnosene som ble gitt. Dette gir oss en ide om hvilke problemer allmennleger selv tok hånd om eller som de foretrakk å henvise til spesialist. Vi greide

PATIENTS, DIAGNOSES AND ACTIVITIES IN GENERAL PRACTICE

ferred to refer to the secondary health care services. Figures for Finland and Iceland were not available, and the Swedish data were limited and should be interpreted with care.

ikke skaffe tall for Finland og Island og det svenske materialet var lite og må tolkes med forsiktighet.

While in Tables 6 and 7 we have only shown whether or not a prescription was made up in connection with a consultation.

I tabell 6 og 7 så vi bare på om resept ble utskrevet eller ikke i samband med konsultasjoner.

Table 9a People with contact (direct and indirect) receiving prescription(s) in office hours during four weeks in general practice (repeat prescriptions included)

	Study population	Persons with contact in office hours		
		Number	Prescriptions given	
			Number	Per cent
Denmark	9,315	3,400	1,756	53
Iceland	19,361	4,339	2,188	50
Norway	17,718	3,417	2,269	66
Sweden	25,687	4,000	1,536	38

Table 9b The number of prescriptions given during four weeks in general practice (repeat prescriptions included)

	Number of contacts	Number of prescriptions			
		Total	Per 100 contacts	Per 100 prescriptions given	Per 10,000 inhabitants
Denmark	6,684	3,652	55	208	3,921
Iceland	4,913	2,706	55	124	1,398
Norway	4,194	3,679	88	162	2,076
Sweden	7,428	3,230	43	210	1,257

Table 9 shows the total number of prescriptions (repeated prescriptions included) in connection with all types of contacts during office hours. The different numbers of prescriptions per 10,000 inhabitants (right column) was explained by different patterns in each country. The high number of prescriptions per 10,000 people in Denmark was not due

I tabell 9 har vi tatt med det totale antallet resepter (inklusive reitereringer) i tilknytning til alle typer kontakter i kontortid. Forskjellene i antallet resepter per 10.000 innbyggere (høyre kolonne) fremkom på ulikt vis i våre materialer. Det høye antallet resepter per 10.000 i det danske materialet skyldtes ikke at en stor andel av pasientene fikk resept, men

to a high percentage of people receiving a prescription, but a high number of prescriptions to each patient getting medicine and the high contact rate per 10,000 inhabitants. The low number of prescriptions per 10,000 inhabitants in Iceland was mainly caused by a lower percentage of patients getting prescriptions. Norwegian doctors made up prescriptions to both a high percentage of their patients and in connection with a high proportion of contacts.

Discussion

This study clearly reveals that knowing the population denominator is essential for comparisons to be reliable. Tables 2 and 9 are good examples. But representative population based data are difficult to obtain, the way primary health care is organised. Lists of patients should have been available from each individual doctor in all the countries. This is especially the case in big cities or heavily populated areas. This may represent a bias in our study. In some studies, endeavours have been made to use lists of so-called active patients^{9,10}, but this method was not used in our countries.

The selection of doctors and populations was made strategically in different ways in the respective countries, either by using doctors' lists, or geographically. Consequently, we can by no means claim to have procured national data. Generalisation of our finds and comparison of the countries is possible only where the figures correspond to other major studies.

et høyt antall resepter til pasienter som fikk medisin og høy kontaktrate per 10.000 innbyggere. Det lave antallet resepter per 10.000 i det islandske utvalget kom i hovedsak av at en lav andel av pasientene fikk resept. De norske legene skrev ut resept til både en høy andel av pasientene og ved en høy andel av kontaktene.

Diskusjon

Denne undersøkelsen demonstrerer tydelig at man er avhengig av å kjenne populasjonsnevneren dersom sammenligninger skal bli meningsfulle. Tabell 2 og 9 er gode eksempler. Men det er vanskelig å trekke ut representative utvalg slik primærhelsetjenesten er organisert. Vi skulle ha hatt pasientlister knyttet til den enkelte lege i alle landene. Spesielt er dette et problem i større byer og sentrale strøk. Dette kan ha hatt innvirkning på våre resultater. I noen undersøkelser har man isteden forsøkt å bruke en liste med såkalte aktive pasienter^{9,10}, men dette er ikke prøvd i våre land.

Vårt valg av allmennleger og populasjoner ble gjort strategisk på forskjellige måter i de respektive landene, enten ved å benytte pasientlister eller velge geografiske områder. Vi kan derfor ikke påberope oss å ha fremskaffet nasjonale data. Generalisering av våre funn og sammenligning av landene kan bare skje i den utstrekning tallene er i overensstemmelse med andre større studier.

We did not manage to procure all the figures we had planned using from all the countries. We encountered most difficulties in Finland (Tables 6, 7, 8, 9, and 10), and in Table 4, only part of the Finnish material forms the basis of the ranking. In Table 7, it appears that part of the contacts lacked diagnoses. When confronted with this fact, the participating doctors answered that they had probably merely been forgotten, and that this was distributed arbitrarily to the various diagnoses. Not all practitioners were used to making a diagnosis in connection with each contact.

Denmark

In an earlier major study involving 55 practices in Denmark, the consultation rate was 2,756 (2,655-2,861) per 10,000 people per month¹¹. The corresponding number in our study was 2,845 (2,742-2,952). The proportions of diagnoses were also alike, but the share of people getting referrals to a specialist was somewhat lower in our study. The high consultation rate in Denmark had of course a high impact on other variables mapped in this study.

As shown in the list of diagnoses (Table 5), general practitioners in Denmark cover the whole spectrum of tasks and many of them also work independently. In health centres, which are more common in the other countries, many tasks are usually delegated to nurses. Warts and ear wax, placed high on the Danish top twenty list, are tasks dealt with by nurses in Norway and Sweden.

Vi greidde heller ikke fremskaffe de tallene vi hadde tenkt å bruke fra alle landene. De største vanskene hadde vi i Finland (tabell 6,7,8,9 og10), og i tabell 4 ligger bare en del av det finske utvalget til grunn for rangeringen. I tabell 7 ser man også at en del kontakter var uten diagnose. Ved intervju av de deltagende legene, mente de at hovedårsaken var forglemmelse og at dette ble tilfeldig fordelt på de forskjellige diagnosene. Ikke alle legene var vant med å sette diagnose ved hver kontakt.

Danmark

I en tidligere større dansk undersøkelse med 55 deltagende praksiser var konsultasjonsraten 2.756 (2.655-2.861) per 10.000 innbyggere per måned¹¹. Det tilsvarende tallet i vår undersøkelse var 2.845 (2.742-2.952). Fordelingen av diagnosene var også sammenfallende, men andelen som ble henvist til spesialist var noe lavere i vår undersøkelse. Den høye konsultasjonsraten som vi fant i det danske materialet, hadde selvfølgelig også stor innvirkning på de andre variablene som vi kartla.

Slik det fremgår av diagnoselisten (tabell 5), dekker danske allmennleger hele spektret av oppgaver. Flertallet av danske allmennleger driver også solopraksis. I helsesentre, som er mest vanlig i de andre landene, er det vanlig at mange oppgaver blir delegert til medarbeidere. F. eks. vorter og ørevoks som kom høyt på den danske topp-tjue listen, blir vanligvis tatt hånd om av sykepleiere alene i Norge og Sverige.

Doctors from the other Nordic countries who have worked in general practice in Denmark, claim that the patient-doctor relationship there is more personal. This may reflect an organisational difference – i.e. running a practice alone with defined patient lists as opposed to large health centres, which again leads to a more extensive use of general practitioners.

Patients in Denmark are the only ones in the Nordic countries not paying for consultations (Table 1). There is much to indicate that this fact influences the consultation rate¹².

Finland

Infant check-ups was included in general practice in our study in Finland as well as in Denmark. In the largest survey of general practice in Finland, the annual consultation rate was calculated at 2,388 (2,294-2,486) per 1,000 inhabitants¹³. Calculated in the same way, our figure would be 2,523 (2,426-2,624) per 1,000 inhabitants (standardised).

The somewhat higher rate in our study was mainly caused by the age group 10-29 years (Table 2). Looking at the diagnostic groups, one explanation could be a high rate of consultations for infections which are epidemic, affecting primarily young people, and for injuries which are known to have the highest rate in the age group 20-30 years. A relatively high number of injuries also appears in other statistics from Finland¹⁴.

Fins also need a medical certificate from a doctor from the first day of absence from work. To the extent this caused a higher consultation rate, it would give a

Allmennleger fra de andre nordiske landene som har arbeidet i Danmark, forteller at lege-pasient forholdet i Danmark er mer personlig. Det kan være at dette reflekterer systemforskjeller – det å drive solo med definerte pasientlister i motsetning til store helsesentre, og at dette igjen fører til mer bruk av allmennlegen.

Pasienter i Danmark er også de eneste i Norden som ikke betaler egenandel ved besøk hos allmennlegen (tabell 1). Mye tyder på at dette kan ha innvirkning på konsultasjonsraten¹².

Finland

Barnekontroller var inkludert i allmennpraksis i det finske materialet som i Danmark. I den største undersøkelsen som er gjort i allmennpraksis i Finland, ble den årlige konsultasjonsraten beregnet til 2.288 (2.294-2.486) per 1.000 innbyggere¹³. Beregnet på samme måte ville konsultasjonsraten i vårt materiale bli 2.523 (2.426-2.624) per 1.000 per år (standardisert).

En noe høyere rate i vårt materiale skrev seg i hovedsak fra aldersgruppen 10-29 år. Ser man på diagnosefordelingen kan forklaringen være en høy konsultasjonsrate for infeksjonssykdommer som er epidemiske og rammer hyppigst yngre personer, og mange skader som er hyppigst i alderen 20-30 år. Et relativt høyt antall skader fremkommer også i andre statistikker fra Finland¹⁴.

I det området som vi kartla, måtte finner ha sykmelding fra lege fra første dag ved fravær i arbeidet. I den utstrekning det forårsaket en høyere konsultasjonsrate,

shift towards more diagnoses for acute illnesses, such as infections and injuries (Tables 4 and 5).

The health check required when entering military service is delegated to general practitioners in Finland. This is usually done at the beginning of the year when we carried out our study. This may have had an effect on the consultation rate for 10-19 year-olds. This together with a high rate of injuries could explain the higher proportion of male consultations in the survey in Finland. This could also explain the high number of x-rays.

Finland had the lowest rate for psychiatric problems. The explanation is probably that patients may consult psychiatric clinics directly and that these usually take care of the follow-up.

Iceland

General practitioners in Iceland carry out the infant check-ups programme, which comes top on the top twenty list, in their practice. Like in Denmark, the Icelandic general practitioners have patient lists and had the highest consultation rate but one in our study (standardised). Figure 1 shows a relatively flat age curve for consultations. This corresponds well with the survey being carried out in an urban area as shown in a previous study in Iceland¹⁵. The average consultation rate per individual per year was 2.1 in our study compared with the average of 3.1 (2.8-3.3) in a nationwide study in Iceland in 1988. But if standardised by sex and age, the consultation rate would be 3.0 in our study.

ville det gi en vridning mot flere diagnoser for akutt sykdom som infeksjoner og skader (tabell 4 og 5).

Helseundersøkelsen som gjøres ved innskriving i det militære, er delegert til allmennleger i Finland. Dette blir oftest gjort i begynnelsen av året, på den tiden som vi gjorde undersøkelsen. Dette kan ha virket inn på konsultasjonsraten i aldersgruppen 10-19 år. Dette pluss et høyt antall skader, kan også forklare en høyere andel menn med konsultasjon i det finske materialet. Et høyt antall røntgenrekvisisjoner kan også ha samme forklaring.

Det finske utvalget hadde den laveste konsultasjonsraten for psykiske lidelser. Grunnen er sannsynligvis at pasienter kan henvende seg til psykiatriske klinikker direkte og at disse også vanligvis tar hånd om oppfølgingen.

Island

Allmennleger i Island har barnekontroller i sin praksis, og kontaktårsaken ligger øverst på topp-tjue listen. Islandske allmennleger har pasientlister som de danske, og hadde den nest høyeste konsultasjonsraten i vår undersøkelse (standardisert). Figur 1 viser en relativt flat alderskurve for konsultasjoner. Dette passer godt med at undersøkelsen ble gjort i et urbant område slik det er vist i en tidligere studie i Island¹⁵. Den gjennomsnittlige konsultasjonsraten per individ per år var 2,1 i vårt materiale mot gjennomsnittlig 3,1 (2,8-3,3) i en landsomfattende undersøkelse i Island i 1988. Men hvis vi standardiserer for kjønn og alder blir konsultasjonsraten 3,0 i vårt materiale.

The young population partly explains the high consultation rate for respiratory infections and perhaps the lower number of prescriptions per 10,000 inhabitants. As shown in Table 5, there were few consultations due to diabetes which corresponds well to Iceland having less diabetes than most other western countries. The high number of digestive problems was caused by a particular interest locally in this area.

In our study, we did not clarify the numbers of referrals and x-rays in Iceland. In a recent study, it was registered that Icelandic general practitioners request x-rays in connection with 3.2 per cent of all contacts within office hours¹⁶.

Norway

Several studies have been made on contacts, diagnoses and actions in general practice in Norway, but only a few with a known population denominator (rural areas). The rate of direct contacts found (1.8 to 2.3 per person per year) has been quite steady since the fifties¹⁷. The slight increase found is mainly caused by an increased average age in the population. The annual individual consultation rate in our study would be 2.2 per individual per year in Norway (2.4 if all direct contacts were included).

When comparing the consultation rate in Norway with that of other countries, one has to take into account that 20-30 per cent of the patient contacts in general practice are dealt with by nurses only and consequently not registered as consultations. In addition, infant check-ups is carried out separately from the doctor's curative practice on other premises.

Den unge populasjonen kan delvis forklare den høye konsultasjonsraten for luftveisinfeksjoner og kanskje også det lave antallet resepter per 10.000 innbyggere. Som tabell 5 viser, var det få konsultasjoner for diabetes. Det passer med at Island har mindre diabetes enn de fleste vestlige land. Det høye antallet konsultasjoner for fordøyelsesproblemer skyldtes en spesiell interesse for dette feltet helt lokalt.

Vi fikk ikke kartlagt henvisninger og røntgenrekvisjoner i Island. I en tidligere studie ble det registrert at islandske allmennleger rekvirerer røntgen ved 3,2 pst. av kontaktene i vanlig kontortid¹⁶.

Norge

Det er blitt gjort flere studier i Norge vedrørende pasientkontakter, diagnoser og tiltak i allmennpraksis, men bare noen få med kjent populasjonsnevner (spredt bygde strøk). Raten for direkte kontakter (1,8 til 2,3 per person per år) som er blitt påvist, har holdt seg forholdsvis stabil siden 50-tallet¹⁷. Den lille økningen som man kan spore, skyldes i hovedsak en økende gjennomsnittsalder i befolkningen. Hvis vi beregner årlig individuell konsultasjonsrate i vårt materiale, var den 2,2 (2,4 hvis alle direkte kontakter ble inkludert).

Når man skal sammenligne konsultasjonsraten i Norge med andre land, må det også tas i betraktning at 20-30 pst. av kontaktene i allmennpraksis blir tatt hånd om av legens medarbeidere alene og slik ikke registrert som konsultasjoner. I tillegg drives barnekontroller adskilt fra legens kurative praksis i andre lokaler.

The distribution of diagnoses in our study became quite similar to earlier studies. The percentage of patients referred during consultation was 9 per cent. In other studies, the share varied from 7.5 to 8.2 per cent when all types of contact were included. The number of prescriptions and the percentage of patients getting medication, correspond well with another large study on this topic¹⁸.

Compared with the other countries, Norway had a high number of diagnoses coded L93 (epicondylitt, ICPC). We discovered that the Norwegian translator of the ICPC had included several other types of entesopathies in this group which in the original English version belong to the L99.

Sweden

Independent practitioners working in the area in Sweden covered by our survey, were not included in our material (2.5 doctors), but regular statistics from two other areas were made (Dalby and Tierp). For the same period, the consultation rate in Tierp was 1,021 per 10,000 people¹⁹. This was 20 per cent higher than in our study and corresponds to the loss estimated in our material. When we compared the proportions of diagnoses with the Tierp area, they were much alike, suggesting that the loss of consultations in our study did not cause any significant bias.

The consultation rate in general practice in Sweden seems low, judging from our and other studies. In the county statistics concerning the area we studied, the health centre in our study counted 1.3 visits per person annually²⁰. But when all

Fordelingen av diagnoser i vår studie ble svært lik tilsvarende undersøkelser som er blitt gjort tidligere. Andelen pasienter med konsultasjon som ble henvist, var 9 pst. I andre undersøkelser har andelen variert mellom 7,5 og 8,2 pst. når alle typer kontakter er blitt inkludert. Antallet resepter og andelen pasienter som fikk resept, stemmer godt over ens med en annen stor reseptundersøkelse¹⁸.

Antallet diagnoser kodet som L93 (epikondylitt, ICPC), var høyt i det norske utvalget sammenlignet med de andre materialene. Vi oppdaget at den norske oversetteren av ICPC hadde inkludert flere andre entesopatier i denne kategorien, som i den originale engelske versjonen tilhører L99.

Sverige

Privatpraktiserende allmennleger som arbeidet i kommunen som vi kartla i Sverige, deltok ikke i undersøkelsen (2,5 leger). Men i Sverige er det blitt produsert regelmessig statistikk fra to andre områder (Dalby og Tierp). I den samme perioden var konsultasjonsraten i Tierp 1.021 per 10.000 innbyggere¹⁹. Det var 20 pst. høyere enn i vårt materiale og nøyaktig slik vi hadde estimert frafallet hos oss på forhånd. Når vi sammenlignet fordelingen av diagnoser med Tierp området, var det omtrent helt likt. Det taler for at frafallet i vårt materiale ikke har forårsaket noen bias.

Konsultasjonsraten i allmennpraksis synes å være lav i Sverige bedømt ut i fra vår og andre undersøkelser. I statistikk for fylket i vårt område, så har helse-sentret i vår undersøkelse hatt 1,3 besøk per innbygger per år²⁰. Men når alle kon-

contacts with general practitioners, specialists and hospital specialists are included, the annual number of contacts per capita is 2.5 (infant check-ups and antenatal care excluded). There is relatively easy access to specialist services in Sweden. Sweden also has relatively large local health centres, and there are few doctors in private practice.

Swedish general practitioners get competition from the other end too. Many of the same tasks as in Norway are delegated to nurses, in addition to antenatal care, family planning and routine smears (Table 5), constituting more than 30 per cent of the patient contacts in primary health care.

Organisational differences

When comparing the Nordic countries in our study, several differences were easily recognised as organisational. We have endeavoured to group diagnoses to reveal such discrepancies. As to non-curative activities, a division into other groups might have clarified this (Table 1). Another method could have been to use suitable categories for reasons for contact, but this would have meant extra work for the general practitioners.

When planning this study, we decided to limit the registration to the consultations with general practitioners during office hours. This was the only setting recognisable as a common entity in all the countries. But in the course of the study we found that doctors organised their work in different ways, first and foremost as to use of indirect contacts (phone calls and occasional contact over the counter).

takter med allmennleger og spesialister, i og utenfor sykehusene, er blitt medregnet, har den årlige kontaktraten per innbygger vært 2,5 (eksklusive barnekontroller og svangerskapsomsorg). Spesialisthelsetjenesten i Sverige er godt utbygd. Sverige har også relativt store lokale helsesentre og det er få privatpraktiserende allmennleger.

Svenske allmennleger har også konkurranse i den andre enden. Mange av de samme oppgavene som i Norge er delegert til sykepleiere og i tillegg svangerskapsomsorg, familieplanlegging og cervixcytologi screening (tabell 5). Dette utgjør om lag 30 pst. av kontaktene i primærhelsetjenesten.

Organisatoriske forskjeller

Ved sammenligning av materialene i vår undersøkelse, var det lett å se at mange av forskjellene skyldtes ulikheter i organisatoriske forhold mellom de nordiske landene. Vi forsøkte å gruppere diagnosene på en slik måte at dette skulle komme til syne. For den ikke-kurative virksomheten, kan vi i ettertid se at andre inndelinger kunne gjort dette enda tydeligere (tabell 1). En annen metode kunne ha vært å lage grupper for kontaktårsak, men det ville ha ført til merarbeid for legene.

Når vi planla denne undersøkelsen, besluttet vi å begrense registreringene til konsultasjoner hos allmennlegen i vanlig kontortid. Det var den eneste virksomheten som lot seg definere nokså likt i våre land. Men underveis oppdaget vi at allmennlegene organiserte arbeidet sitt nokså ulikt, i første rekke med hensyn til bruk av indirekte kontakter (telefon og enkle kontakter i skranken). Som allerede

PATIENTS, DIAGNOSES AND ACTIVITIES IN GENERAL PRACTICE

As already shown in Tables 6, 7 and 9, only part of the prescriptions was issued during consultations.

vist i tabell 6, 7 og 9, var det bare en del av reseptene som ble utstedt i samband med konsultasjonen.

Table 10a The total number of actions with all contacts (direct and indirect) in office hours during four weeks

	Referrals	X-ray	Prescriptions	Blood test	Physiotherapy
Denmark	250	101	871	347	59
Iceland	81	26	2,188	53	..
Norway	306	175	3,679	1,167	111
Sweden	336	207	3,230	1,230	78

Table 10b Actions taken at consultations by the general practitioner in office hours during four weeks, in total and in per cent of the total number (10a)

	Number	Per cent	Number	Per cent	Number	Per cent	Number	Per cent	Number	Per cent
Denmark	196	78.4	78	77.2	745	85.5	339	97.7	48	81.4
Iceland	80	98.8	25	96.2	1,430	65.4	52	98.1	..	..
Norway	270	88.2	157	89.7	1,616	43.9	777	66.6	90	81.1
Sweden	190	56.0	155	74.8	2,370	73.0	890	72.4	47	60.0

Table 10 shows to which degree the different activities were linked to consultations. Consequently, activities connected with indirect contacts must also be registered in order to provide a true picture of what is done in general practice. This also reflects the use of other staff in general practice.

Tabell 10 gir et bilde av hvor stor andel av tiltakene som ble iverksatt i samband med konsultasjonene. Et riktig bilde av hva som foregår i allmennpraksis får man derfor ikke uten at aktiviteter knyttet til indirekte kontakter blir registrert. Dette reflekterer også omfanget av arbeidet til medarbeidere.

Night duty and home visits in and out of office hours also constitute an important part of general practice. In Norway, for instance, these make up about 12-15 per cent of the contacts and especially apply to small children and elderly. The computerised record is only partly used in this work, and besides many of the participating doctors are not general practitioners. Reliable data from these activities are therefore not easily obtainable.

Legevakt og besøk i hjemmet i og utenom kontortid utgjør også en viktig del av allmennpraksis. I Norge for eksempel, utgjør dette om lag 12-15 pst. av kontaktene og gjelder spesielt små barn og eldre. Edb-journalen blir bare delvis benyttet i dette arbeidet og dessuten er det mange leger som ikke er allmennleger som deltar. Pålitelige data fra denne virksomheten er derfor ikke lett tilgjengelig.

Recommendations

The present survey has demonstrated that valid data can be extracted from electronic medical records in general practice. The reliability also seemed to be good when we compared with other surveys in which other methods had been used. To us, it meant a lot of work, but all the tables presented can be made automatically by means of reports from the medical record systems. This has already been demonstrated by several authors^{21,22}.

NOMESCO should encourage a uniform and comparable collection of data from general practice in the Nordic countries. If organised, the data collected from general practice may provide important information both to authorities and general practitioners.

The main aim for general practitioners would be:

- On-going evaluation/control of one's practice
- Planning of one's own practice
- Audit groups, further education and supplementary training courses
- Quality development in running of practice and in medical treatment
- Documentation in connection with supervision and control

Anbefalinger

Denne undersøkelsen har vist at valide data kan ekstraheres fra edb-journalen i allmennpraksis. Reliabiliteten synes også å være god når vi sammenligner med andre undersøkelser hvor det er benyttet andre metoder. For oss innebar det et betydelig arbeid å bearbeide dataene, men alle tabellene som vi har vist, kan lages automatisk ved hjelp av rapportfunksjoner innebygd i journalsystemene. Også andre har kunnet demonstrere dette^{21,22}.

NOMESCO bør oppmuntre til at data som blir samlet inn fra allmennpraksis i Norden blir enhetlig og sammenlignbare. Hvis dette blir godt organisert, kan data fra allmennpraksis gi viktig informasjon både til myndigheter og allmennlegene selv.

Hovedformålet vil for allmennlegene være:

- Fortløpende egnevaluering/egenkontroll
- Planlegging av egen praksis
- Auditgrupper, videre- og etterutdanning
- Kvalitetsutvikling i drift av praksis og i medisinsk behandling
- Dokumentasjon ved tilsyn og kontroll

PATIENTS, DIAGNOSES AND ACTIVITIES IN GENERAL PRACTICE

and for municipal and Central Government authorities:

- Information for planning and management
- Supervision of the general health situation
- Evaluation of need, availability and use of health care services
- National supervision (Central Government health supervision) and municipal and individual supervision
- Evaluation of reforms, efficiency and use of resources
- Evaluation of co-operation between different levels and services
- Evaluation of the interaction between preventive actions, the national health insurance scheme, social services and services in general practice.

All of the topics will form a suitable basis for research.

Information in the computerised medical record

In most cases, statistics deal with three main problems: What is concerned, who is concerned, and in which connection? It is therefore essential that information in the databases in the medical records (referrals, medicines, laboratory tests, etc.) are uniquely linked with the diagnosis/health problem, person, and type of contact. This is only partly the case in existing record systems and the reason why our tables are not completed for all the countries. In a problem oriented

og for kommunale og statlige myndigheter:

- Informasjon til planlegg og styring
- Overvåkning av helsetilstanden
- Vurdering av behov, tilgjengelighet og helsetjenesteforbruk
- Nasjonalt tilsyn (Statens helsetilsyn) og kommunalt og individuelt tilsyn (fylkeslegene)
- Evaluering av reformer, effektivitet og ressursforbruk
- Vurdering av samarbeidet mellom ulike nivåer og tjenester
- Vurdering av samspillet mellom forebyggende tiltak, trygd, sosiale ytelser og allmennlegetjenester.

På alle områdene vil dataene også gi grunnlag for forskning.

Informasjonen i edb-journalen

For de fleste formål omhandler statistikk tre hovedproblemstillinger: Hva gjelder det, hvem gjelder det og i hvilken sammenheng? Det er derfor helt essensielt at informasjon i databasene i edb-journalen (henvisninger, medikamenter, laboratorieprøver, etc.) er entydig knyttet til diagnose/helseproblem, person og kontakttype. Dette er bare delvis tilfelle i dagens journalsystemer, og dette var hovedårsaken til at vi ikke fikk fylt ut tabellene fullstendig for alle landene. I en proble-

medical record, such a linking of information will be made automatically by the way in which the doctor enters the data in the medical record. In the traditional record, this is done by the doctor manually selecting for example which diagnosis is relevant when referral is made or blood tests requisitioned.

Most attempts to use data from the computerised medical record have reported lack of standardisation as the main problem. Authors then have called for authorities to require standardisation. In several fields, standardisation is being made due to the needs connected with communication – electronic forwarding of referrals/extracts of medical records, requisitions, prescriptions, etc., but it is still rather unlikely that all medical record systems in future will be using the *same* standards. The standards themselves are constantly developing due to technological development and changing needs.

The computer is a very powerful tool to identify, redefine and categorise variables – even information stored as free text. It is therefore possible to operate with several or just partially developed standards for most statistical purposes. Standards do, of course, facilitate the work and make it more efficient. Standards already exist for diagnoses (ICPC and ICD) and for pharmaceuticals (ATC). Work is also progressing as far as biological tests are concerned. The need is most urgent to categorise referrals, various requisitions and data reflecting different types of activities in general practice.

The data collection will be retrospective. For routine statistics, no extra workload will be placed on the general practitioner.

morientert journal vil en slik kobling av informasjonen kunne skje automatisk ved den måten legen skriver journalen på. I den tradisjonelle journalen må det skje ved at legen manuelt velger for eksempel hvilken diagnose det gjelder når det skrives henvisning og rekvireres blodprøve.

De fleste forsøk på bruk av data fra edb-journalen har konkludert med at mangel på standardisering har vært hovedproblemet. I publikasjonene er det derfor blitt etterlyst strengere krav til standardisering fra myndighetene. På flere felter pågår det imidlertid omfattende standardiseringsarbeid motivert ut i fra behovene ved kommunikasjon – elektronisk forsendelse av henvisninger/epikriser, rekvisisjoner, resepter etc. Men det er likevel lite sannsynlig at alle edb-journaler i fremtiden vil ha de samme standardene. Standardene er i seg selv kontinuerlig under endring på grunn av teknologisk utvikling og endrede behov.

Datamaskinen er et meget kraftig verktøy for å kunne identifisere, redefinere og kategorisere variabler, selv informasjon lagret som bare fritekst. Det er derfor mulig å operere med flere eller bare delvise standarder for de fleste statistiske formål. Men standarder gjør selvfølgelig arbeidet lettere og mer effektivt. Det finnes ferdige standarder for diagnoser (ICPC og ICD) og legemidler (ATC). Man har også kommet langt når det gjelder biologiske prøver. Det er størst behov for å kategorisere henvisninger, diverse rekvisisjoner og meldinger som kan gjenspeile ulike typer aktiviteter i allmennpraksis.

Datainnsamlingen vil være retrospektiv. For rutinestatistikk vil det ikke være nødvendig å pålegge allmennlegene ekstra

Data normally registered for the doctor's own purpose when treating patients will satisfy most statistical needs. Thus registration for limited periods has no advantage. The best quality data will be obtained by ongoing registration, where accuracy becomes a habit for the doctors involved. It is therefore only necessary to make two demands from the participating doctors:

- that a diagnosis is made at every contact and
- that type of contact is stated.

All other demands connected with the creation of a data gathering system are either technical challenges to the program supplier (implementation of standards, programming of a system to extract and present data, and possibly communication solutions) or organisational questions which must be solved by the authorities (protection of individuals, financing, recruitment of general practitioners, property right to information, running of the system).

Extraction of data from the computerised records

The main task is to formulate the questions to be answered and then to specify the tables and define the variables best answering those questions. This must be done by the users of the information if it is to be of interest and relevance, i.e. first and foremost the general practitioners who will be the "waterboys" in the system. At this level, standardisation is especially important. The Nordic countries should have a common set of tables covering the most central areas.

arbeid. Data som legen selv trenger i samband drift og behandling av pasienter, tilfredsstillende de fleste statistiske formål. Å begrense innsamlingen til bestemte perioder har lite for seg. Høyest kvalitet på dataene oppnår man ved kontinuerlig registrering, hvor innlært nøyaktighet blir en vane for legene. Det er egentlig bare to krav man trenger å stille deltagende leger:

- At de er nøyaktig med å sette diagnose ved hver kontakt
- At type kontakt blir angitt

Alle de andre kravene som er knyttet til å lage et system for innsamling av data, er enten tekniske utfordringer til programvareleverandøren (implementere standarder, programmere et system for uttrekk og presentasjon av data, evt. kommunikasjonsløsning) eller organisatoriske spørsmål som må løses av myndighetene (personvern, finansiering, rekruttering av allmennleger, eiendomsretten til informasjonen, drift av systemet).

Uttrekk av data fra edb-journalen

Den primære oppgaven blir å formulere de spørsmålene man vil ha svar på. Deretter spesifisere tabellene og definere variablene som best kan gi svar på disse spørsmålene. Dette må brukerne av informasjonen gjøre, hvis den skal bli interessant og relevant, og da i første rekke allmennlegene som blir "vannbærerne" i systemet. Det er på dette nivået at standardisering er viktigst. De nordiske landene bør få et felles sett av tabeller på de mest sentrale områdene.

The record systems have integrated report functions. Most of them also have completed reports giving simple overviews of the number of patients by sex and age, diagnoses, etc. The tables, or reports, are, however, characterised by two things: those producing them have not had the necessary statistical skills, and they vary from one system to the next. The blame can be laid at nobody's door, since there has been no guidelines as to how it should be done.

In principle, two strategies may be chosen when data are to be extracted from the record. One may either leave it completely to the supplier to program reports which produce exactly the tables one has specified, or one may create a partial mirror database in the record where a copy of the data needed for the statistics may be saved in a standard format common to all the systems. In that case, a separate program will be necessary to create the tables, or they must be prepared centrally elsewhere.

The advantages of the first method are that it is easy to ensure that no identifiable personal data leave the record, that double saving of data is avoided, and that the statistics will be easily accessible and well integrated into the other functions of the program. With a mirror database, one will be more independent of the program suppliers when the contents and compositions of the tables need to be changed for various purposes, add information, and run together data. Furthermore, it is easier to ensure that the processing of the statistics becomes correct and alike. The way in which one will finance the data extraction will perhaps be the most decisive factor for the choice of strategy.

Journalsystemene har innebygde rapportfunksjoner. De fleste har også ferdige rapporter som gir enkle oversikter over antall pasienter med kjønn og alder, diagnoser og litt forskjellig annet. Tabellene eller rapportene bærer imidlertid preg av to ting. De som har laget dem har ikke vært kyndige i statistikk og de er forskjellige fra et system til et annet. Ingen kan bebreides siden det ikke har vært noen retningslinjer for hvordan dette bør gjøres.

Det er prinsipielt to strategier å velge mellom for å hente ut data fra journalen. Enten kan man overlate helt til journalleverandørene å programmere rapporter som produserer nøyaktig de tabellene som man har spesifisert. Eller man kan opprette en partiell speildatabase i edb-journalen hvor en kopi av dataene som skal brukes til statistikk, lagres i et standard og felles format for alle systemene. Da må man ha et separat program som kan lage tabellene eller at de sendes sentralt for bearbeidelse.

Fordelen med den første metoden er at det er enkelt å sikre at ingen personidentifiserbare data forlater journalen, at man unngår dobbeltlagring og at statistikken blir lett tilgjengelig og godt integrert med journalprogrammets øvrige funksjoner. Med en speildatabase vil man være mer uavhengig av programvareleverandørene når man vil endre tabellenes innhold og sammensetning for ulike formål, legge inn tilleggsinformasjon og gjøre koblinger. Man kan også enklere sikre at selve statistikkbearbeidelsen blir korrekt og lik. Den måten man vil finansiere data uttrekket på, vil kanskje være mest avgjørende for valg av strategi.

Organisation of the data collection

A centralised collection and processing of data is a prerequisite for retrieving national data. Feedback on results of comparisons are necessary in order to provide general practitioners with a basis for quality development. Both aims require an efficient communication solution, and it has now become an organisational challenge as several systems are being developed at the moment.

A selection of general practitioners will suffice to produce national data. The number will depend on the purpose. If use of health care services is the only factor to be studied, about 15-20 full-time general practitioners will suffice (more, if groups of doctors participate). The most important will be to make sure that the selection consists of doctors from both central and peripheral areas, and to avoid atypical practices such as practices in city centres, for immigrants, for students only, etc. Contact rates are usually very stable, and a month's registration twice a year will provide a reliable figure. But such a figure will not provide data on incidences and prevalence of illness, and will only provide a superficial insight in the work of general practitioners. Statistics showing use of health care services will thus in the long run be of no interest to those general practitioners gathering the data.

General practice is characterised by many contacts over time and gradual accumulation of patient information. Continuous registration is necessary to reflect this. To get sufficient data for epidemiological purposes and process evaluation in general practice, one would need a se-

Organisering av datainnsamlingen

En sentral innsamling og bearbeidelse av data er en forutsetning for å skaffe til veie nasjonale data. Tilbakemelding av resultater med sammenligninger er nødvendig for å gi allmennlegene en plattform for kvalitetsutvikling. Begge formålene krever en effektiv kommunikasjonsløsning, og det er nå i hovedsak blitt en organisatorisk utfordring etter hvert som flere systemer er under utvikling.

Det vil være tilstrekkelig med et utvalg av allmennleger for å lage nasjonale data. Antallet vil være avhengig av formålet. Hvis forbruk av helsetjenester er det eneste som skal studeres, vil omtrent 15-20 fulltids allmennleger være tilstrekkelig (noen flere hvis grupper av leger deltar). Det viktigste vil være å sikre at utvalget består av leger både fra sentrale og perifere strøk og unngå atypiske praksiser som i indre bykjerner, for innvandrere, for bare studenter etc. Kontaktrater er vanligvis svært stabile og en måneds registrering to ganger per år vil gi reliable tall. Men dette vil ikke kunne gi data som beskriver insidenser og prevalens av sykdom, og det vil bare gi et overfladisk innsyn i hvordan allmennleger arbeider. Statistikk som viser forbruk av helsetjenester vil i lengden derfor være av liten interesse for allmennlegene som samler dataene.

Allmennpraksis er kjennetegnet av mange kontakter over tid og gradvis akkumulering av informasjon om pasientene. Kontinuerlige registreringer må til for å gjenspeile dette. Dersom man vil studere epidemiologiske forhold og prosesser i allmennpraksis, trenger man et utvalg

lection of general practitioners covering about 1 per cent of the population (a minimum of 30 doctors), provided data are available from several of the Nordic countries. Individually, the countries would need a far higher number of doctors to study the same factors. This does, of course, not exclude the possibility of collecting easily accessible data from many more general practitioners, but a smaller group of motivated and trained doctors could deliver high-quality data covering a broad spectrum.

When recruiting general practitioners for data gathering, it is important that they also benefit from the participation. Financial compensation may be one solution, but the majority will most likely benefit more from gaining access to their own data as well as individual feedback in comparing with others. This in itself will be important to obtain a high quality of the information. If general practitioners in addition get to participate in the formulation of the objectives and the questions to be answered, it will give them a feeling of ownership to the system and information. A continuous training program for doctors who gather data could also have a positive effect on both the motivation and the quality. The most vulnerable point is security. The doctors who provide data must be allowed to be anonymous and must be assured that the information will not be used to control the individual in this connection. It should therefore be possible to enter into a contract in documentation thereof and have a trustworthy third party keep the "key" as to who sends data and who is to receive statistics in return.

allmennleger som har et antall pasienter som svarer til om lag 1 pst. av befolkningen (minimum 30 leger). Dette er under forutsetning av at man får data fra flere av de nordiske landene. Hver for seg ville landene trenge et langt høyere antall leger for å studere de samme forholdene. Dette utelukker ikke at lett tilgjengelige data kan samles inn fra langt flere allmennleger, men en mindre gruppe leger som er motivert og trent, åpner for å kunne samle inn et bredt omfang av data med høy kvalitet.

For å rekruttere allmennleger til datainn-samling, er det viktigste at de selv får et utbytte av å være med på det. Det kan selvfølgelig gis økonomisk kompensasjon, men for de fleste vil det trolig telle mer å få tilgang på egne data og individuell tilbakemelding med sammenligning med andre. Det i seg selv vil være viktig for å oppnå høy kvalitet på informasjonen. Hvis allmennlegene i tillegg får være med å formulere målene og spørsmålene som skal besvares, vil det gi en følelse av å ha et eierskap til systemet og informasjonen. Et kontinuerlig utdanningsprogram for leger som samler inn data, vil også kunne ha positiv innvirkning på både motivasjon og kvalitet. Det mest sårbare punktet er rettssikkerheten. Legene som leverer data, må kunne være anonyme og vite at informasjonen ikke vil bli brukt til kontroll av den enkelte i denne sammenheng. Man må derfor kunne inngå en kontrakt som dokumenterer dette og ha en tiltrodd tredjepart som oppbevarer "nøkkelen" til hvem som sender data og skal motta statistikk i retur.

- ¹ Kromberg, M.: Primary Health Care in the Nordic Countries in the early 1990s. Copenhagen: Nordic Medico-Statistical Committee, 1994.
- ² NOMESCO: Annual report 1995. Copenhagen: Nordic Medico-Statistical Committee, 1996.
- ³ Crombie, D.L., Fleming, D.M.: Practice activity analysis. Occasional paper 41. London: Royal College of General Practitioners, 1991.
- ⁴ Bentzen, N., Bridges-Webb, C.: An international glossary for general/family practice. *Fam. Pract.* 1995; 12: 342-369.
- ⁵ Lamberts H, Wood M (eds.) International Classification of Primary Care. Oxford: Oxford University Press, 1989.
- ⁶ World Health Organization. International classification of diseases (9th revision). Geneva, World Health Organization, 1977.
- ⁷ Grimsmo, A., Grimstad, S.A., Lilleholt, O., Snoen, S.E., Storset, B.: Information for quality assurance and evaluation in general practice. The use of data from electronic medical journals (English summary). *Tidsskr Nor Lægeforen* 1994; 114: 1983-7.
- ⁸ NOMESCO. Computerised information systems for primary health care in the Nordic countries. Copenhagen: Nordic Medico-Statistical Committee, 1988.
- ⁹ Robson J, Falshaw M. Audit of preventive activities in 16 inner London practices using a validated measure of patient population, The "active patient" denominator. *Br J Gen Pract* 1995; 45: 463-6.
- ¹⁰ Kellerhof M, Gritz K. Denominator estimation: approaches in the Hamburg paediatric sentinel network. *J Epidemiol Community Health* 1995; 49: Suppl 1: 26-8.
- ¹¹ Hollnagel H, Heldrup J, Frimodt-Møller B, Gannick D, Pedersen PA. Diagnosis and treatment in general practice (English summary). *Ugeskr Læger* 1989; 151: 148-52.
- ¹² Hansen BWL. The effect of a fee on medical services as assessed by requests for visits by the doctor on call (English summary). *Ugeskr Læger* 1986; 148: 2437-9.

-
- ¹³ Vehviläinen AT, Kumpusalo EA, Voutilainen SO, Takala JK. General practice consultations in central and northern Finland. *Scand J Prim Health Care* 1995; 13: 197-204.
- ¹⁴ NOMESCO. Health statistics in the Nordic Countries 1995. Copenhagen: Nordic Medico Statistical Committee, 1997.
- ¹⁵ Njálsson T. On content of practice. The advantage of computerised information systems in family practice. *Scand J Prim Health Care* 1995; 12: suppl.1.
- ¹⁶ Njálsson T, Sigurdsson JA, Sverrisson G, Brekkan A. Use of x-rays in family practice. *J Fam Pract* 1995; 12: 143-8.
- ¹⁷ Nylenna M. Why do our patients see us? A study of reasons for encounter in general practice. *Scand J Prim Health Care* 1985; 3: 155-162.
- ¹⁸ Rokstad K, Straand J. Drug prescribing during direct and indirect contacts with patients in general practice. *Scand J Prim Health Care* 1997; 15: 103-108.
- ¹⁹ Person KB, Slaug B, Nyberg P, Korpela M, Isacsson Å, Borgquist L. Health care utilisation in Dalby and Tierp (in Swedish). Uppsala: University of Uppsala, 1997.
- ²⁰ Helseplan. Nyckeltal 1996. Hälso- och sjukvård. Västerås: Helseplan Sverige AB, 1997.
- ²¹ Njálsson T. On content of practice. The advantage of computerised information systems in family practice. *Scand J Prim Health Care* 1995; 12: suppl.1.
- ²² Pearson N, Brien JO, Thomas H, Ewings P, Gallier L, Bussey A. Collecting morbidity data in general practice: the Sommerset morbidity project. *BMJ* 1996; 312: 1517-20.

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.

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.

APPENDIX 3

Age-adjusted rates (ESP) for discharges from ordinary and specialized hospitals per 100,000 inhabitants 1996. Males

Aldersstandardiserede rater (ESP) for udskrivninger fra almindelige og specialiserede sygehuse pr. 100.000 indbyggere 1996. Mænd

	Denmark	Finland	Norway	Sweden
1 <i>Tuberculosis</i> Tuberkulose	15.26	37.10	6.36	6.56
2 <i>Viral hepatitis</i> Viral leverbetændelse	16.17	15.56	7.83	16.55
3 <i>Human immunodeficiency virus (HIV) disease</i> Human immunodefekt virus (HIV) sygdom	51.57	8.24	6.80	11.17
4 <i>Malignant neoplasm of oesophagus</i> Kræft i spiserør	43.69	18.10	22.35	25.31
5 <i>Malignant neoplasm of stomach</i> Kræft i mavesæk	34.80	51.48	51.74	33.73
6 <i>Malignant neoplasm of colon and rectum</i> Kræft i tyktarm og endetarm	148.50	117.12	157.41	108.06
7 <i>Malignant neoplasm of pancreas</i> Kræft i bugspytkirtel	26.45	30.36	27.39	34.10
8 <i>Malignant neoplasm of larynx, trachea, bronchus and lung</i> Kræft i strubehoved, luftrør, bronkie og lunge	222.90	240.92	178.40	119.90
9 <i>Malignant melanoma of skin</i> Ondartet melanom i hud	22.16	27.62	28.99	18.68
10 <i>Malignant neoplasm of breast</i> Kræft i bryst	1.59	1.24	1.90	0.97
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	169.15	203.17	207.14	200.15
15 <i>Malignant neoplasm of testis</i> Kræft i testikel	50.84	17.76	44.28	16.40
16 <i>Malignant neoplasm of bladder</i> Kræft i urinblære	168.40	4.61	124.77	108.56
17 <i>Leiomyoma of uterus</i> Fibrom i livmoder	.	.	.	.
18 <i>Thyrotoxicosis</i> Tyreotoksikose	7.30	4.48	3.48	5.75
19 <i>Diabetes mellitus</i> Sukkersyge	227.94	243.67	118.04	202.94
20 <i>Organic mental disorders</i> Organiske psykiske lidelser	25.82	40.23	15.00	64.98

...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	220.58	130.73	104.67	498.04
22 <i>Schizophrenia, delusional and mood disorders</i> Skizofreni, paranoide psykoser og affektive sindslidelser	14.56	25.28	17.43	301.70
23 <i>Parkinson's disease</i> Rystelammelse	18.96	37.18	6.69	25.93
24 <i>Alzheimer's disease</i> Alzheimers sygdom	1.06	5.32	0.29	1.15
25 <i>Multiple sclerosis</i> Dissemineret sklerose	17.32	19.72	19.71	11.33
26 <i>Epilepsy</i> Epilepsi	122.96	127.95	85.85	96.79
27 <i>Acute myocardial infarction</i> Akut hjerteinfarkt	238.61	274.89	310.52	290.61
28 <i>Other ischaemic heart disease</i> Anden iskæmisk hjertesygdom	635.96	896.88	767.76	697.03
29 <i>Cerebrovascular diseases</i> Karsygdomme i hjerne	380.88	405.42	297.39	408.21
30 <i>Pneumonia</i> Lungebetændelse	379.93	374.20	311.62	294.08
31 <i>Bronchitis, emphysema and other chronic obstructive pulmonary disease</i> Bronkit, emfysem og anden obstruktiv lungesygdom	294.91	318.32	179.29	144.89
32 <i>Asthma</i> Astma	148.78	262.64	127.97	114.25
33 <i>Gastric and duodenal ulcer</i> Mavesår og duodenalsår	131.76	81.22	70.72	76.55
34 <i>Diseases of appendix</i> Sygdomme i blindtarm	142.19	176.62	116.00	141.77
35 <i>Crohn's disease and ulcerative colitis</i> Chrons sygdom og tyktarmsbetændelse med sår	69.69	66.08	59.24	70.72
36 <i>Alcoholic liver disease, unspecified fibrosis and cirrhosis of liver</i> Alkoholisk leversygdom, bindevævsdannelse i lever og skrumpelever	63.43	50.73	17.40	28.17
37 <i>Cholelithiasis and cholecystitis</i> Galdesten og galdeblærebetændelse	111.19	174.45	99.19	137.96
38 <i>Rheumatoid arthritis and other inflammatory polyarthropathies</i> Leddegigt og andre inflammatorisk polyartritter	51.91	183.49	80.74	63.35
39 <i>Arthrosis</i> Slidgigt	150.50	251.78	120.08	142.09
40 <i>Systemic connective tissue disorders</i> Generaliserede bindevævssygdomme	27.89	29.84	34.01	34.31

...continued
... fortsættes

APPENDIX 3

	Denmark	Finland	Norway	Sweden
41 <i>Dorsopathies excl. intervertebral disc disorders</i> Ryg sygdomme og ryglidelser ekskl. diskusprolaps	155.11	236.67	151.86	117.46
42 <i>Cervical and other intervertebral disc disorders</i> Diskusprolaps i halsens ryghvirvler og andre ryghvirvler	189.07	188.06	120.03	54.66
43 <i>Osteoporosis and osteomalacia</i> Osteoporose og osteomalaci	8.45	4.31	4.42	6.02
44 <i>Glomerular, tubulo-interstitial diseases and renal failure</i> Glomerulære sygdomme, tubulointerstitiale nyresygdomme og nyreinsufficiens	131.41	178.20	105.73	142.91
45 <i>Urolithiasis</i> Urinvejssten	134.07	90.79	136.04	101.51
46 <i>Hyperplasia of prostate</i> Forstørret blærehalskirtel	3.34	272.76	159.49	149.27
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> Smarter i mave og underliv	239.62	234.22	159.89	322.06
55 <i>Fracture of skull and facial bones</i> Kraniebrud og brud af ansigtsgnoger	79.30	73.23	59.77	49.43
56 <i>Concussion</i> Commotio cerebri	231.86	54.81	215.22	230.88
57 <i>Fracture of neck, thorax and pelvis</i> Brud af hals, thorax og bækken	76.30	83.45	90.71	94.85
58 <i>Fracture of neck of femur</i> Brud af lår	114.97	84.00	102.47	107.35
59 <i>Burns and corrosions</i> Forbrændinger og ætsninger	23.48	41.79	40.11	25.34
60 <i>Poisoning</i> Forgiftning	142.89	97.42	108.92	111.85
61 <i>Diagnoses not included in the above</i> Diagnoser ikke medtaget ovenfor	10,979.13	11,372.46	6,919.81	7,679.59

Age-adjusted rates (ESP) for discharges from ordinary and specialized hospitals per 100,000 inhabitants 1996. Females

Aldersstandardiserede rater (ESP) for udskrivninger fra almindelige og specialiserede sygehuse pr. 100.000 indbyggere 1996. Kvinder

	Denmark	Finland	Norway	Sweden
1 <i>Tuberculosis</i> Tuberkulose	12.89	27.21	3.91	6.51
2 <i>Viral hepatitis</i> Viral leverbetændelse	11.66	12.71	5.10	11.73
3 <i>Human immunodeficiency virus (HIV) disease</i> Human immunodefekt virus (HIV) sygdom	15.25	1.36	2.91	4.14
4 <i>Malignant neoplasm of oesophagus</i> Kræft i spiserør	15.48	11.09	7.94	8.40
5 <i>Malignant neoplasm of stomach</i> Kræft i mavesæk	18.01	36.81	30.17	23.12
6 <i>Malignant neoplasm of colon and rectum</i> Kræft i tyktarm og endetarm	147.99	107.02	158.24	112.03
7 <i>Malignant neoplasm of pancreas</i> Kræft i bugspytkirtel	28.44	33.24	29.58	33.96
8 <i>Malignant neoplasm of larynx, trachea, bronchus and lung</i> Kræft i strubehoved, luftrør, bronkie og lunge	152.57	53.65	99.86	82.11
9 <i>Malignant melanoma of skin</i> Ondartet melanom i hud	19.33	18.14	26.37	14.81
10 <i>Malignant neoplasm of breast</i> Kræft i bryst	365.67	325.97	324.59	293.16
11 <i>Malignant neoplasm of cervix uteri</i> Kræft i livmoderhals	77.01	29.81	84.54	45.76
12 <i>Malignant neoplasm of other and unspecified parts of uterus</i> Kræft i anden og uspecificeret del af livmoder	56.68	78.93	72.99	90.41
13 <i>Malignant neoplasm of ovary</i> Kræft i æggestok	181.11	193.70	112.39	137.41
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	54.62	1.50	38.92	37.89
17 <i>Leiomyoma of uterus</i> Fibrom i livmoder	113.86	26.80	120.64	114.72
18 <i>Thyrotoxicosis</i> Tyreotoksikose	38.52	19.49	14.57	25.09
19 <i>Diabetes mellitus</i> Sukkersyge	182.27	205.12	105.91	191.46
20 <i>Organic mental disorders</i> Organiske psykiske lidelser	36.66	49.03	23.23	82.70

...continued
...fortsættes

APPENDIX 3

	Denmark	Finland	Norway	Sweden
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	97.76	43.44	32.11	140.52
22 <i>Schizophrenia, delusional and mood disorders</i> Skizofreni, paranoide psykoser og affektive sindslidelser	27.46	42.06	28.33	355.83
23 <i>Parkinson's disease</i> Rystelammelse	18.19	37.36	5.36	25.34
24 <i>Alzheimer's disease</i> Alzheimers sygdom	1.64	7.40	0.60	2.37
25 <i>Multiple sclerosis</i> Dissemineret sklerose	32.82	36.91	30.93	23.36
26 <i>Epilepsy</i> Epilepsi	106.67	99.99	70.61	83.46
27 <i>Acute myocardial infarction</i> Akut hjerteinfarkt	138.25	176.26	174.32	177.29
28 <i>Other ischaemic heart disease</i> Anden iskæmisk hjertesygdom	317.26	523.25	384.19	404.28
29 <i>Cerebrovascular diseases</i> Karsygdomme i hjerne	363.02	334.88	283.53	399.74
30 <i>Pneumonia</i> Lungebetændelse	349.87	228.06	263.97	257.81
31 <i>Bronchitis, emphysema and other chronic obstructive pulmonary disease</i> Bronkit, emfysem og anden obstruktiv lungesygdom	360.95	115.53	163.48	148.62
32 <i>Asthma</i> Astma	141.82	256.65	123.80	123.28
33 <i>Gastric and duodenal ulcer</i> Mavesår og duodenalsår	133.75	61.35	60.87	61.70
34 <i>Diseases of appendix</i> Sygdomme i blindtarm	128.39	142.50	85.56	110.94
35 <i>Crohn's disease and ulcerative colitis</i> Chrons sygdom og tyktarmsbetændelse med sår	100.29	54.17	64.12	73.60
36 <i>Alcoholic liver disease, unspecified fibrosis and cirrhosis of liver</i> Alkoholisk leversygdom, bindevævsdannelse i lever og skrumpelever	35.22	31.14	15.71	17.62
37 <i>Cholelithiasis and cholecystitis</i> Galdesten og galdeblærebetændelse	277.57	314.81	216.09	265.57
38 <i>Rheumatoid arthritis and other inflammatory polyarthropathies</i> Leddegigt og andre inflammatorisk polyartritter	101.12	477.38	215.98	163.88
39 <i>Arthrosis</i> Slidgigt	231.00	420.86	246.04	223.96
40 <i>Systemic connective tissue disorders</i> Generaliserede bindevævssygdomme	70.68	71.68	79.98	82.53

...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	203.22	244.84	150.29	150.35
42 <i>Cervical and other intervertebral disc disorders</i> Diskusprolaps i halsens ryghvirvler og andre ryghvirvler	159.38	144.61	87.29	45.11
43 <i>Osteoporosis and osteomalacia</i> Osteoporose og osteomalaci	55.97	18.32	17.77	28.63
44 <i>Glomerular, tubulo-interstitial diseases and renal failure</i> Glomerulære sygdomme, tubulointerstitiale nyresygdomme og nyreinsufficiens	147.50	214.94	114.31	150.90
45 <i>Urolithiasis</i> Urinvejssten	76.61	36.28	73.03	52.80
46 <i>Hyperplasia of prostate</i> Forstørret blærehalskirtel	.	.	.	.
47 <i>Salpingitis and oophoritis</i> Betændelse i æggeleder og æggestok	58.91	31.13	26.64	35.73
48 <i>Female genital prolapse</i> Nedsynkning og fremfald af kvindelige kønsdele	118.85	130.88	109.91	120.02
49 <i>Medical abortion</i> Fremkaldt abort	285.29	114.29	23.61	84.22
50 <i>Other pregnancies with abortive outcome</i> Andet svangerskab, der ender med abort	484.20	196.91	278.50	219.37
51 <i>Oedema, proteinuria and hypertensive disorders in pregnancy, childbirth and the puerperium</i> Ødem, proteinuri og hypertension i svangerskab, under fødsel og barselsperiode	46.25	104.76	99.64	71.92
52 <i>Other complications in pregnancy, childbirth and the puerperium</i> Andre komplikationer i svangerskab, under fødsel og barselsperiode	1,456.56	1,208.39	1,161.73	1,372.50
53 <i>Single spontaneous delivery</i> Spontan fødsel (enkeltfødsel)	1,197.19	1,794.94	1,846.81	1,169.76
54 <i>Abdominal and pelvic pain</i> Smarter i mave og underliv	431.00	392.23	242.60	524.55
55 <i>Fracture of skull and facial bones</i> Kraniebrud og brud af ansigtsgnoger	30.11	24.37	17.97	17.46
56 <i>Concussion</i> Commotio cerebri	159.75	39.21	136.94	152.36
57 <i>Fracture of neck, thorax and pelvis</i> Brud af hals, thorax og bækken	76.72	61.77	84.03	116.54
58 <i>Fracture of neck of femur</i> Brud af lår	305.77	191.15	272.50	281.91
59 <i>Burns and corrosions</i> Forbrændinger og ætsninger	12.23	18.36	15.85	11.54
60 <i>Poisoning</i> Forgiftning	179.93	92.02	147.21	157.47
61 <i>Diagnoses not included in the above</i> Diagnoser ikke medtaget ovenfor	11,747.76	11,316.31	7,150.92	8,074.47

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 (new ESP) for causes of death per 100,000 inhabitants. Males

<i>Nordic Abbreviated List</i>	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland
	1996	1993	1993	1995
<i>Cause of death</i>				
1. Tuberculosis	1.15	-	47.75	2.66
2. Other infectious diseases	9.89	-	2.30	4.77
3. Malignant neoplasm of oesophagus	8.81	-	19.07	5.44
4. Malignant neoplasm of stomach	10.16	12.99	14.84	14.43
5. Malignant neoplasm of small and large intestine	21.87	4.89	34.70	10.23
6. Malignant neoplasm of rectum	12.00	8.46	-	7.36
7. Malignant neoplasm of pancreas	10.43	9.25	42.41	12.15
8. Malignant neoplasm of respiratory system	75.97	61.61	119.28	65.09
9. Malignant neoplasm of breast	0.32	-	-	0.11
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	32.78	11.24	-	29.36
14. Neoplasms of lymphatic and haematopoietic tissue	19.00	10.67	3.33	18.53
15. Malignant neoplasms of other and unspecified nature	65.43	77.67	80.73	47.65
16. Benign neoplasms and neoplasms of unspecified nature	4.33	8.63	6.21	3.98
17. Diabetes mellitus	10.26	5.07	-	8.86
18. Other endocrine and metabolic diseases	3.09	6.38	9.57	2.00
19. Diseases of blood and bloodforming organs	3.05	-	15.69	0.69
20. Alcoholic psychosis and alcoholism	8.44	-	9.08	4.02
21. Other mental disorders	7.13	12.10	-	20.04
22. Diseases of the nervous system and sense organs	10.94	16.56	10.94	18.45
23. Rheumatic fever and rheumatic heart disease	0.37	5.07	-	0.98
24. Hypertension	4.63	4.36	-	5.58
25. Ischaemic heart disease	188.26	322.95	248.42	287.56
26. Other heart diseases	54.05	34.02	202.74	37.03
27. Cerebrovascular disease	72.01	82.76	227.09	94.71
28. Other diseases of the circulatory system	31.36	32.77	47.05	22.06
29. Influenza	1.77	3.18	-	0.62
30. Pneumonia	27.66	12.10	47.83	45.99
31. Bronchitis, emphysema and asthma	48.38	20.49	38.01	30.35
32. Other diseases of the respiratory system	5.92	8.39	-	5.28
33. Diseases of oral cavity, oesophagus, stomach and duodenum	8.37	-	-	6.93
34. Cirrhosis of liver	17.13	-	14.06	14.78
35. Other diseases of the digestive system	14.12	15.64	31.38	16.74
36. Nephritis and nephrosis	1.73	-	-	2.18
37. Infection of kidney and calculus of urinary system	0.90	-	15.69	2.11
38. Hyperplasia of prostate	1.27	4.36	32.92	1.46
39. Other diseases of genito-urinary system	3.35	-	9.57	1.77
40. Complications of pregnancy, childbirth and the puerperium	.	.	.	.
41. Diseases of the skin, musculoskeletal system and connective tissue	2.85	4.36	27.07	2.74
42. Congenital malformations	5.22	16.68	4.79	4.15
43. Certain conditions originating in the perinatal period	3.83	-	16.10	2.45
44. Sudden death	12.79	3.75	77.94	2.58
45. Other symptoms and ill-defined causes	87.12	6.92	32.92	1.14
46. Motor vehicle traffic accidents	14.35	20.96	15.69	12.06
47. Accidental poisoning by alcohol	0.52	3.75	-	13.35
48. Accidental falls	15.43	16.60	-	17.92
49. Other accidents	12.26	11.53	52.81	27.04
50. Suicide	22.75	14.77	112.05	42.26
51. Injury causes by accident or purposely inflicted	3.96	10.13	6.53	5.02
52. Homicide and other injury	1.41	-	23.80	4.09
<i>Total deaths, males</i>	30,144	217	217	24,283

ESP = European Standard Population.

Aldersstandardiserede dødsårsagsrater (ny ESP) pr. 100.000 indbyggere. Mænd

<i>Of which Åland</i>	<i>Iceland</i>	<i>Norway</i>	<i>Sweden</i>	Nordisk forkortet liste
1995	1995	1995	1996	Dødsårsag
11.23	0.70	1.45	0.87	1. Tuberkulose
16.87	7.81	5.27	4.87	2. Andre infektionssygdomme
5.62	11.57	4.50	4.31	3. Ondartet svulst i spiserøret
16.14	14.29	13.46	9.66	4. Ondartet svulst i mavesæk
4.90	17.84	19.08	13.76	5. Ondartet svulst i tynd- og tyktarm
-	0.90	12.04	8.01	6. Ondartet svulst i endetarm
22.68	10.43	11.13	11.96	7. Ondartet svulst i bugspytkirtel
28.82	40.28	49.27	33.90	8. Ondartet svulst i åndedrætsorganer og bryr
-	-	0.23	0.14	9. Ondartet svulst i brystkirtel
.	.	.	.	10. Ondartet svulst i livmoderhals
.	.	.	.	11. Ondartet svulst i andre dele af livmoder
.	.	.	.	12. Ondartet svulst i æggestok
39.56	23.94	37.74	35.54	13. Ondartet svulst i prostata
26.12	23.65	18.69	18.25	14. Ondartet svulst i lymfatiske og bloddannende væv
27.91	47.92	51.31	47.48	15. Ondartet svulst i andre eller uspecificerede lokalisationer
4.90	0.67	4.37	4.44	16. Godartede og uspecificerede svulster
-	4.00	9.48	12.80	17. Sukkersyge
6.65	2.95	4.30	4.90	18. Andre indresekretoriske sygdomme og stofskiftesygdomme
-	0.57	1.66	2.26	19. Sygdomme i blod og bloddannende organer
-	-	8.65	4.69	20. Alkoholisk psykose og alkoholisme
28.01	0.90	11.22	14.41	21. Andre mentale lidelser
47.14	18.38	15.34	11.97	22. Sygdomme i nervesystem og sanseorganer
4.90	1.60	1.14	0.76	23. Rheumatisk feber og rheumatiske hjertesygdomme
9.80	6.28	8.27	4.31	24. Hypertensionssygdomme
203.75	211.07	213.91	201.60	25. Iskæmiske hjertesygdomme
43.38	36.89	51.65	47.83	26. Andre hjertesygdomme
33.15	81.03	73.96	63.38	27. Kar læsioner i centralnervesystemet
24.54	15.72	24.87	33.78	28. Andre kredsløbssygdomme
-	3.18	1.29	1.96	29. Influenza
4.90	41.01	45.74	30.11	30. Lungebetændelse
17.17	20.88	31.79	20.31	31. Bronchitis, emfysem og asthma
5.62	7.62	4.61	5.69	32. Andre sygdomme i åndedrætsorganer
4.90	2.30	5.52	4.96	33. Sygdomme i mundhule, spiserør, mavesæk og tolvfingertarm
14.44	0.90	5.84	6.55	34. Levercirrhose
9.80	8.72	11.48	12.55	35. Andre sygdomme i fordøjelsesorganer
12.32	3.36	5.41	4.26	36. Nephritis og nefrose
-	1.59	1.29	1.18	37. Nyrebetændelse og sten i nyre og urinleder
-	1.41	1.65	0.54	38. Prostatahypertrofi
-	2.11	3.30	3.27	39. Andre sygdomme i urin- og kønsorganer
.	.	.	.	40. Komplikationer under svangerskab og fødsel
-	3.34	3.47	2.98	41. Sygdomme i hud, knogler og bindevæv
10.41	7.14	3.38	3.19	42. Medfødte misdannelser
-	5.13	3.28	1.56	43. Visse tilstande med udspring i den perinatale periode
8.62	2.21	21.67	0.68	44. Pludselig død
-	1.41	13.76	8.32	45. Symptomer og mangelfuldt definerede tilstande
-	12.43	9.79	7.27	46. Motorkøretøjsulykker
-	2.57	1.89	1.47	47. Forgiftningsulykker med alkoholer
-	5.25	14.29	8.66	48. Faldulykker
15.46	34.11	14.18	9.69	49. Alle andre ulykker
31.05	17.94	18.87	18.70	50. Selvmord
-	6.93	0.51	6.08	51. Skader forvoldt ved ulykke eller påført med forsæt
-	-	1.27	1.66	52. Drab og anden voldsom død
115	983	23,024	46,954	<i>Antal døde i alt, mænd</i>

APPENDIX 4

Age-adjusted rates (new ESP) for causes of death per 100,000 inhabitants. Females

<i>Nordic Abbreviated List</i>	<i>Denmark</i>	<i>Faroe Islands</i>	<i>Greenland</i>	<i>Finland</i>
<i>Cause of death</i>	1996	1993	1993	1995
1. Tuberculosis	0.51	-	25.77	2.39
2. Other infectious diseases	6.61	-	51.97	4.74
3. Malignant neoplasm of oesophagus	3.36	5.10	6.42	2.80
4. Malignant neoplasm of stomach	6.42	18.93	10.32	10.91
5. Malignant neoplasm of small and large intestine	25.44	18.63	47.96	13.08
6. Malignant neoplasm of rectum	10.00	10.56	13.45	7.01
7. Malignant neoplasm of pancreas	11.94	16.09	56.91	12.29
8. Malignant neoplasm of respiratory system	49.26	15.27	121.98	14.27
9. Malignant neoplasm of breast	47.04	36.15	42.95	29.77
10. Malignant neoplasm of cervix uteri	6.03	28.81	54.29	1.82
11. Malignant neoplasm of other parts of uterus	6.14	-	-	5.50
12. Malignant neoplasm of ovary, fallopian tube and broad ligament	17.32	-	11.34	11.77
13. Malignant neoplasm of prostate	.	.	.	.
14. Neoplasms of lymphatic and haematopoietic tissue	15.81	21.51	22.52	20.04
15. Malignant neoplasms of other and unspecified nature	57.88	55.92	160.08	42.89
16. Benign neoplasms and neoplasms of unspecified nature	6.52	-	32.78	5.98
17. Diabetes mellitus	10.30	3.84	-	11.97
18. Other endocrine and metabolic diseases	3.18	5.10	20.12	1.28
19. Diseases of blood and bloodforming organs	3.82	-	-	0.83
20. Alcoholic psychosis and alcoholism	2.29	-	-	0.74
21. Other mental disorders	11.97	5.10	-	46.22
22. Diseases of the nervous system and sense organs	10.84	14.43	-	20.05
23. Rheumatic fever and rheumatic heart disease	0.69	-	-	1.69
24. Hypertension	5.56	10.56	20.12	7.56
25. Ischaemic heart disease	159.48	213.79	95.36	227.58
26. Other heart diseases	57.27	34.82	221.94	40.97
27. Cerebrovascular disease	98.23	113.91	262.45	134.06
28. Other diseases of the circulatory system	36.41	20.76	-	18.18
29. Influenza	3.56	29.69	-	1.08
30. Pneumonia	36.33	15.29	54.04	45.76
31. Bronchitis, emphysema and asthma	51.11	7.67	105.44	10.14
32. Other diseases of the respiratory system	4.61	8.93	30.53	3.79
33. Diseases of oral cavity, oesophagus, stomach and duodenum	10.96	5.47	6.90	7.35
34. Cirrhosis of liver	8.22	16.62	-	5.26
35. Other diseases of the digestive system	18.48	15.66	49.94	20.61
36. Nephritis and nephrosis	1.76	-	-	2.00
37. Infection of kidney and calculus of urinary system	1.94	-	10.19	8.45
38. Hyperplasia of prostate	.	.	.	.
39. Other diseases of genito-urinary system	3.93	3.84	14.43	3.40
40. Complications of pregnancy, childbirth and the puerperium	0.15	-	3.42	0.04
41. Diseases of the skin, musculoskeletal system and connective tissue	5.28	5.47	-	7.41
42. Congenital malformations	4.45	3.02	2.12	3.51
43. Certain conditions originating in the perinatal period	2.37	-	12.70	1.84
44. Sudden death	10.61	3.02	54.16	1.35
45. Other symptoms and ill-defined causes	106.46	20.39	144.05	1.93
46. Motor vehicle traffic accidents	5.33	5.47	18.33	4.08
47. Accidental poisoning by alcohol	0.32	-	3.42	2.11
48. Accidental falls	22.23	15.66	24.11	15.49
49. Other accidents	4.42	5.86	20.68	7.61
50. Suicide	9.16	4.84	41.97	11.55
51. Injury causes by accident or purposely inflicted	2.48	-	-	2.13
52. Homicide and other injury	0.83	-	10.33	1.88
<i>Total deaths, females</i>	30,568	163	197	25,042
<i>Total deaths, males and females</i>	60,712	380	414	49,325

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

ESP = European Standard Population.

Aldersstandardiserede dødsårsagsrater (ny ESP) pr. 100.000 indbyggere. Kvinder

<i>Of which Åland</i>	<i>Iceland</i>	<i>Norway</i>	<i>Sweden</i>	Nordisk forkortet liste
1995	1995	1995	1996	Dødsårsag
-	0.90	1.10	0.84	1. Tuberkulose
4.70	5.65	7.32	5.83	2. Andre infektionssygdomme
-	4.12	1.19	1.96	3. Ondartet svulst i spiserøret
9.30	9.81	10.21	7.18	4. Ondartet svulst i mavesæk
11.93	22.35	23.12	16.13	5. Ondartet svulst i tynd- og tyktarm
9.40	4.40	10.63	6.58	6. Ondartet svulst i endetarm
18.48	12.61	11.70	13.72	7. Ondartet svulst i bugspytkirtel
9.30	39.36	23.89	23.04	8. Ondartet svulst i åndedrætsorganer og bryd
31.76	61.22	33.30	28.94	9. Ondartet svulst i brystkirtel
4.70	3.86	5.10	2.87	10. Ondartet svulst i livmoderhals
5.61	6.15	5.62	4.98	11. Ondartet svulst i andre dele af livmoder
27.80	13.64	14.72	12.20	12. Ondartet svulst i æggestok
.	.	.	.	13. Ondartet svulst i prostata
46.09	10.94	16.80	16.88	14. Ondartet svulst i lymfatiske og bloddannende væv
30.74	36.45	41.48	48.39	15. Ondartet svulst i andre eller uspecificerede lokalisationer
-	2.86	6.12	6.91	16. Godartede og uspecificerede svulster
6.55	5.06	9.84	12.98	17. Sukkersyge
-	3.45	4.09	3.93	18. Andre indresekretoriske sygdomme og stofskiftesygdomme
-	1.74	2.21	2.96	19. Sygdomme i blod og bloddannende organer
-	-	1.81	1.15	20. Alkoholisk psykose og alkoholisme
75.59	2.69	19.69	28.26	21. Andre mentale lidelser
-	26.05	15.64	11.72	22. Sygdomme i nervesystem og sanseorganer
-	4.93	2.18	1.86	23. Rheumatisk feber og rheumatiske hjertesygdomme
4.70	5.82	8.41	5.93	24. Hypertensionssygdomme
137.46	161.23	149.42	161.73	25. Iskæmiske hjertesygdomme
47.02	51.22	73.13	63.48	26. Andre hjertesygdomme
171.49	104.58	104.24	92.24	27. Kar læsioner i centralnervesystemet
51.72	18.38	18.31	35.61	28. Andre kredsløbssygdomme
-	6.72	2.14	2.83	29. Influenza
14.11	97.70	63.98	34.20	30. Lungebetændelse
-	36.51	23.04	18.18	31. Bronchitis, emfysem og asthma
-	6.01	3.20	5.58	32. Andre sygdomme i åndedrætsorganer
24.17	2.01	5.23	4.53	33. Sygdomme i mundhule, spiserør, mavesæk og tolvfingertarm
-	2.31	3.34	3.23	34. Levercirrhose
23.51	22.10	16.56	16.63	35. Andre sygdomme i fordøjelsesorganer
-	7.06	4.22	4.09	36. Nephritis og nefrose
4.70	3.43	2.07	1.46	37. Nyrebetændelse og sten i nyre og urinleder
.	.	.	.	38. Prostatahypertrofi
-	4.92	4.96	3.87	39. Andre sygdomme i urin- og kønsorganer
-	-	0.19	0.12	40. Komplikationer under svangerskab og fødsel
5.67	1.54	7.26	6.30	41. Sygdomme i hud, knogler og bindevæv
-	8.84	2.67	2.64	42. Medfødte misdannelser
7.47	2.72	1.39	1.55	43. Visse tilstande med udspring i den perinatale periode
7.47	0.90	15.42	0.72	44. Pludselig død
4.70	4.33	19.51	16.03	45. Symptomer og mangelfuldt definerede tilstande
-	7.20	4.37	3.53	46. Motorkøretøjsulykker
-	0.73	0.84	0.32	47. Forgiftningsulykker med alkoholer
-	8.35	17.62	8.88	48. Faldulykker
-	20.51	3.38	4.38	49. Alle andre ulykker
-	4.13	6.27	8.04	50. Selvmord
-	-	0.29	2.89	51. Skader forvoldt ved ulykke eller påført med forsæt
-	-	0.79	0.81	52. Drab og anden voldsom død
144	940	22,158	46,861	<i>Antal døde i alt, kvinder</i>
259	1,923	45,182	93,815	<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.

Denne oversigt over statistikansvarlige i de nordiske lande kan bruges til at søge yderligere oplysninger vedrørende statistikken i denne bog.

Denmark

Statistics Denmark
Sejrøgade 11
DK-2100 Copenhagen Ø
Phone: +45 39 17 39 17
Fax: +45 39 18 48 01

Have responsibility for:

- Population statistics
- Statistics on alcohol consumption
- Statistics on health care economy

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

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

Statens Seruminstitut
Artillerivej 5
DK-2300 Copenhagen S
Phone: +45 32 68 32 68
Fax: +45 44 91 73 73

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

Danish Veterinary and
Food Administration
Mørkhøj Bygade 19
DK-2860 Søborg
Phone: +45 33 95 60 00
Fax: +45 33 95 66 96

Have responsibility for:

- Statistics on food and consumption of fats

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

FURTHER INFORMATION

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

Sjúkrahússtjórin
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

Greenland

Statistics Greenland
P.O. Box 1025
DK-3900 Nuuk
Phone: +299 32 30 00/5560
Fax: +299 32 29 54
E-mail: stat@gs.gh.gl

Have responsibility for:

- Population and vital statistics
- Statistics on health personnel
- Statistics on hospital capacity
- Statistics on health care economy

Chief Medical Officer
P.O. Box 120
DK-3900 Nuuk
Phone: +299 32 30 00/5192
Fax: +299 32 51 30
E-mail: eligoh@greenet.gl

Have responsibility for:

- Statistics on births
- Statistics on abortions
- Statistics on malformations
- Statistics on infectious diseases
- Statistics and information on vaccinations

National Board of Health in Denmark
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

Have responsibility for:

- Statistics on causes of deaths

Københavns Amts Centralapotek
 Marielundsvej 25
 DK-2730 Herlev
 Phone: +45 44 57 77 00
 Fax: +45 44 57 77 09

Have responsibility for:

- Statistics on pharmaceutical products

The Directorate for Health and Research
 P.O. Box 1160
 DK-3900 Nuuk
 Phone: +299 32 30 00/6607
 Fax: +299 32 55 05

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 91
 Website: www.stat.fi

Have responsibility for:

- Population and vital statistics
- Causes-of-Death Register
- Tobacco statistics
- Statistics on road traffic accidents
- Living Condition Surveys
- European Household Panel

STAKES
 P.O. Box 220
 FIN-00531 Helsinki
 Phone: +358 9 396 71
 Fax: +358 9 396 72 052
 Website: www.stakes.fi

Have responsibility for:

- Register of Institutional Care
- Medical Birth Register
- Register of Abortions and Sterilizations
- Register of Congenital Malformations
- Cancer Register
- Register of Visual Impairments
- 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 dental care
- Statistics on IVF-treatments
- Statistics on alcohol and narcotics
- Definitions and classifications in health care

FURTHER INFORMATION

National Public Health Institute
Mannerheimintie 166
FIN-00300 Helsinki
Phone: +358 9 474 41
Fax: +358 9 474 44 08
Website: www.ktl.fi

Have responsibility for:

- Register of Infectious Diseases
- Register of Coronary Heart Disease and Stroke
- Statistics and information on vaccinations
- Survey on health behaviour among adults
- Public Health Report

National Agency for Medicines
Mannerheimintie 166
P.O. Box 55
FIN-00301 Helsinki
Phone: +358 9 473 341
Fax: +358 9 473 342 66
Website: www.nam.fi

Have responsibility for:

- Drug registration and sales licences
- Register on Adverse Drug Reactions
- Statistics on pharmacies

Social Insurance Institute
Nordenskiöldinkatu 12
FIN-00250 Helsinki
Phone: +358 9 434 11
Fax: +358 9 241 23 58
Website: www.kela.fi

Have responsibility for:

- Sickness insurance benefits and allowances, reimbursements for medicine expenses, and disability pensions
- Statistics on health care expenditure

Ministry of Agriculture
Information service
P.O. Box 250
FIN-00171 Helsinki
Phone: +358 9 13421306
Fax: +358 9 13421573
Website: www.mmm.fi/tike

Have responsibility for:

- Statistics on nutrition

Åland

Landskapsstyrelsen/Landskapsläkaren
P.O. Box 60
FIN-22101 Mariehamn
Phone: +358 18 250 00
Fax: +358 18 191 55

Have responsibility for:

- Statistics on infectious diseases
- Statistics on health personnel
- Statistics on hospital capacity
- Information on alcohol consumption
- Statistics on use of tobacco
- Statistics on health care economy

Social Insurance Institute
 Statistics Finland
 STAKES
 National Agency for Medicine
 National Public Health Institute

Have responsibility for:

- See Finland

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:

- Population and vital statistics
- Statistics on causes of deaths
- Statistics on alcohol consumption

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: einar.magnusson@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

FURTHER INFORMATION

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

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

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

FURTHER INFORMATION

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

Have responsibility for:

- Statistics on births

Norwegian Board of Health
P.O. Box 8128 Dep.
N-0032 Oslo
Phone: +47 22 24 90 90
Fax: +47 22 24 95 90

Have responsibility for:

- Statistics on dentists
- Information and statistics on immunization

SINTEF-Unimed
Norwegian Patient Register
N-7034 Trondheim
Phone: +47 73 59 25 90
Fax: +47 73 59 63 61

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

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

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

Have responsibility for:

- Statistics on cancer

National Nutrition Council
P.O. Box 8139 Dep.
N-0033 Oslo
Phone: +47 22 24 90 61
Fax: +47 22 24 90 91

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

Have responsibility for:

- Statistics on physicians

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 the use of tobacco

Sweden

Statistics Sweden
Box 24 300
S-104 51 Stockholm
Phone: +46 8 783 40 00
Fax: +46 8 661 52 61
E-mail: scb@scb.se
Website: www.scb.se

Have responsibility for:

- Population and vital statistics
- Statistics on health care economy

National Board of Health and Welfare
S-106 30 Stockholm
Phone: +46 8 783 30 00
Fax: +46 8 783 33 27
E-mail: socialstyrelsen@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

National Board of Infectious Diseases
S-105 21 Stockholm
Phone: +46 8 735 13 00
Fax: +46 8 735 11 77

Have responsibility for:

- Statistics on infectious diseases
- Statistics and information on vaccinations

National Corporation of
Swedish Pharmacies
S-131 88 Stockholm
Phone: +46 8 466 10 00
Fax: +46 8 466 15 15

Have responsibility for:

- Statistics on drug sales and drug prescribing

FURTHER INFORMATION

- 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
- National Social Security Office
S-103 51 Stockholm
Phone: +46 8 786 90 00
Fax: +46 8 411 27 09
- Have responsibility for:*
- Statistics on health personnel (dentists)
- Federation of Swedish Municipalities
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 Employer's Federation
Box 16386
S-103 27 Stockholm
Phone: + 46 8 700 13 00
Fax: +46 8 10 15 52
E-mail: agv@arbetsgivarverket.se
- Have responsibility for:*
- Statistics on health personnel
- The National Agricultural Administration
S-551 82 Jönköping
Phone: +46 36 15 50 00
Fax: +46 36 71 51 14
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. Forslag 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. Forslag 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. Forslag 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 NOMESKO/APAT-group. NOMESKO, Copenhagen 1979.
11. Health Statistics in the Nordic Countries. 1978. NOMESKO, Stockholm 1980.
12. Osnes, M.: Sammenligning mellom diagnoseklassifikasjoner. ICD-8 Islandsk-dansk-finsk & svensk-norsk (4 siffer) og ICD-9. NOMESKO, Oslo 1980.

13. Sigurðsson, G., et al: Egilsstaðir-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 Besøksorsaker 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.

NOMESCO PUBLICATIONS

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.
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. NOMESCO, 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. NOMESCO, 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. NOMESKO, København 1995.
46. Classification of Surgical Procedures. NOMESCO, Copenhagen 1996.
47. Health Statistics in the Nordic Countries 1994. NOMESCO, Copenhagen 1996.
48. NOMESCO Classification of External Causes of Injuries. 3rd revised edition. NOMESCO, Copenhagen 1997.
49. Health Statistics in the Nordic Countries 1995. NOMESCO, Copenhagen 1997.
50. Health Statistics in the Nordic Countries 1996. NOMESCO, Copenhagen 1998.