

Health Statistics in the Nordic Countries 1995
Helsestatistik for de nordiske lande 1995

Health Statistics in the Nordic Countries 1995

Helsestatistik for de nordiske lande 1995

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

Færøerne Landslæge Høgni Debes Joensen
Sigmundargøta 5
Postmoga 9
FR-110 Tórshavn

Grønland Embedslæge Richard Steele
Embedslægeinstitutionen i Grønland
Postboks 120
DK-3900 Nuuk

Finland Forskare Mika Gissler
STAKES
Postbox 220
FIN-00531 Helsingfors

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 Statistiker Lars Johansson
Landstingsförbundet
Box 70 491
S-107 26 Stockholm

Redaktør Sekretariatsleder Johannes Nielsen
NOMESKO's Sekretariat
Sejrøgade 11
DK-2100 København Ø

In addition, the following specialists have contributed to the publication:

Desuden har følgende specialister bidraget til publikationen:

Tor Bjerkedal, Universitetet i Oslo, Norge

Lorentz M. Irgens, Medisinsk fødselsregister, Bergen, Norge

Anne Kjersti Daltveit, Medisinsk fødselsregister, Bergen, Norge

© Nordisk Medicinalstatistisk Komité
København 1997

Omslag: Kjeld Brandt, Grafisk tegnestue ApS

Tryk: NOTEX – Tryk & Design a-s

ISBN 87-89702-20-4

Contents

Indhold

Preface	Forord	20
SECTION A	SEKTION A	
Health Statistics 1995	Helsestatistik 1995	
Chapter I	Kapitel I	
Organization of health services	Organiseringen af sundheds- væsenet	22
• Introduction	• Indledning	22
• Current and future changes in the health services	• Igangværende og kommende ændringer i sundhedsvæsenet	23
• Organization of and responsibility for the health sector	• Organisering og ansvar for sundhedsvirksomheden	27
• Supervision of the health services	• Tilsyn med sundhedsvæsenet	41
• Financing of the health services	• Finansieringen af sundhedsvæsenet	49
• Charges for health care as at January, 1 1997	• Egenbetaling for sundhedsydelse pr. 1. januar 1997	49
• Consultation with physician	• Lægebesøg	49
• Reimbursement of pharmaceutical products	• Tilskud til lægemidler	54
• Admission to hospital	• Indlæggelse på sygehus	58
• Reimbursement of dental treat- ment	• Tilskud til tandbehandling	60
• Maximum charges	• Maksimal egenbetaling	62
Chapter II	Kapitel II	
Population and fertility	Befolkning og fertilitet	66
• Introduction	• Indledning	66
• Population and population trends	• Befolkning og befolkningsudvikling	66
• Fertility, births, infant mortality, and contraception	• Fertilitet, fødsler, spædbørnsdøde- lighed og prævention	75

CONTENTS

Chapter III	Kapitel III	
Consumption patterns	Forbrugsvaner	86
Chapter IV	Kapitel IV	
Medical treatment, morbidity and accidents	Sygdomsbehandling, sygelighed og ulykker	92
• Introduction	• Indledning	92
• Medical treatment outside of hospitals	• Behandling uden for sygehuse	92
• Medical treatment in hospitals	• Behandling ved sygehuse	99
• Cancer diseases	• Cancersygdomme	126
• Sexually transmitted diseases etc.	• Seksuelt overførte sygdomme m.v.	131
• Accidents	• Ulykker	137
Chapter V	Kapitel V	
Mortality and causes of death	Dødelighed og dødsårsager	141
Chapter VI	Kapitel VI	
Resources	Ressourcer	154
• Introduction	• Indledning	154
• Health care expenditure	• Sundhedsudgifter	154
• Health staff	• Sundhedspersonale	159
• Capacity and services at hospitals	• Kapacitet og ydelser i sygehusvæsenet	167
• Pharmaceutical products	• Lægemidler	177
SECTION B	SEKTION B	
Occurrence and survival of low birthweight births in the Nordic countries 1980-1994	Forekomst og overlevelse av fødte med lav fødselsvekt i de nordiske land 1980-1994	191

SECTION C	SEKTION C	
Appendices	Bilag	
Appendix 1: Obstetric definitions	Bilag 1: Obstetriske definitioner	217
Appendix 2: Hospital related definitions	Bilag 2: Sygehusdefinitioner	219
Appendix 3: Nordic short-list for morbidity	Bilag 3: Nordisk forkortet morbiditetsliste	220
Appendix 4: Nordic short-list for causes of death	Bilag 4: Nordisk forkortet dødsårsagsliste	227
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	232
Bibliography	Bibliografi	236
NOMESCO's Publications	NOMESKO's publikationer	244
<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	–

Index of tables and figures

Tabel- og figurfortegnelse

CHAPTER II

Population, fertility and consumption patterns

Population and population trends

Tables

- 2.1 Mean population 1980-1995
- 2.2 Vital statistics 1980-1995 per 1,000 inhabitants
- 2.3 Average life expectancy 1981-1995

Figures

- 2.1 Mean population by sex and age as percentage of the total population 1995
- 2.2 Mean population 1980 and 1995 distributed by age groups 0-14, 15-64, 65-79 and 80+
- 2.3 Life expectancy for newborn 1900, 1950 and 1995

Fertility, births, infant mortality, and contraception

Tables

- 2.4 Live births and fertility rate 1981-1995

KAPITEL II

Befolkning, fertilitet og forbrugsvaner

Befolkning og befolkningsudvikling

Tabeller

- Middelfolketallet 1980-1995 70
- Befolkningens bevægelser pr. 1.000 indbyggere 1980-1995 72
- Middellevetiden 1981-1995 73

Figurer

- Middelfolketallet efter køn og alder i pct. af hele befolkningen 1995 68
- Middelfolketallet 1980 og 1995 fordelt på aldersgrupperne, 0-14, 15-64, 65-79 og 80+ 71
- Middellevetiden for nyfødte 1900, 1950 og 1995 74

Fertilitet, fødsler, spædbørnsdødelighed og prævention

Tabeller

- Levendefødte og fertilitetsrate 1981-1995 77

INDEX OF TABLES AND FIGURES

2.5	Stillbirths and infant mortality 1981-1995	Dødfødte og dødelighed i første leveår 1981-1995	79
2.6	Stillbirths and deaths during first year of life per 1,000 births 1981-1994, with birthweight 1,000 grams and more, total figures and rates per 1,000 births	Dødfødte og døde i løbet af første leveår med en fødselsvægt på 1.000 gram og mere, i alt og pr. 1.000 fødte 1981-1994	80
2.7	Sales of oral contraceptives per 1,000 females aged 15-44 years 1980-1995	Omsætning af p-piller pr. 1.000 kvinder i alderen 15-44 år 1980-1995	81
2.8	Sales of IUDs per 1,000 females aged 15-44 years 1980-1995	Omsætning af spiraler pr. 1.000 kvinder i alderen 15-44 år 1980-1995	81
2.9	Sterilizations 1980-1995	Sterilisationer 1980-1995	82
2.10	Annual number of induced abortions 1981-1995	Årligt antal fremkaldte aborter 1981-1995	84

Figures

2.4	Total fertility rate 1981-1995	Samlet fertilitetsrate 1981-1995	78
2.5	Infant mortality per 1,000 live births 1981-1995	Dødelighed i første leveår pr. 1.000 levendefødte 1981-1995	78
2.6	Sterilizations per 1,000 males and females age 25-54 1980 and 1995	Sterilisationer pr. 1.000 mænd og kvinder i alderen 25-54 år 1980 og 1995	83
2.7	Abortions per 1,000 live births 1981-1995	Aborter pr. 1.000 levendefødte 1981-1995	85

Figurer

CHAPTER III Consumption patterns

Tables

3.1	Total energy intake (M-joule) from food per capita per day 1980-1995	Det totale energiindtag (M-joule) fra levnedsmidler pr. indbygger pr. dag 1980-1995	87
-----	--	---	----

KAPITEL III Forbrugsvaner

Tabeller

INDEX OF TABLES AND FIGURES

3.2	The percentage of fat of the total energy intake (M-joule) from food per capita per day 1980-1995	Fedts procentvise andel af det totale energiindtag (M-joule) fra levnedsmidler pr. indbygger pr. dag 1980-1995	87
3.3	Total consumption of fats, kilograms per capita 1980-1995	Samlet forbrug af madfedt, kilogram pr. indbygger 1980-1995	88
3.4	Total consumption of fish, kilograms per capita 1980-1995	Samlet forbrug af fisk, kilogram pr. indbygger 1980-1995	88
3.5	Total consumption of meat, kilograms per capita 1980-1995	Samlet forbrug af kød, kilogram pr. indbygger 1980-1995	89
3.6	Total consumption of flour, grain, etc., kilograms per capita 1980-1995	Samlet forbrug af mel, gryn, m.v., kilogram pr. indbygger 1980-1995	89
3.7	Sale of tobacco, kilograms per capita 1980-1995	Salg af tobak, kilogram pr. indbygger 1980-1995	89
3.8	Percentage of non-smokers by sex 1995	Ikke-rygere procentvis efter køn 1995	90
3.9	Sales of alcoholic beverages in litres of 100 per cent pure alcohol per capita aged 15 years or over 1980-1995	Salg af alkoholiske drikke i liter 100 pct. ren alkohol pr. indbygger 15 år og derover 1980-1995	91

Figures

3.1	Sale of tobacco, kilograms per capita 1980-1995	Salg af tobak, kilogram pr. indbygger 1980-1995	90
3.2	Sales of alcoholic beverages in litres of 100 per cent pure alcohol per capita aged 15 years or over 1980-1995	Salg af alkoholiske drikke i liter 100 pct. ren alkohol pr. indbygger 15 år og derover 1980-1995	91

Figurer

CHAPTER IV
**Medical treatment,
morbidity and accidents**

KAPITEL IV
**Sygdomsbehandling,
sygelighed og ulykker**

*Medical treatment
outside of hospitals*

Behandling uden for sygehuse

Tables

Tabeller

4.1	Medical consultations 1995	Lægekonsultationer 1995	94
4.2	Number of individuals receiving home nursing services during the year 1980-1994	Antal personer (1.000) der modtog hjemmesygepleje i løbet af året 1980-1994	94
4.3	Number of households/individuals receiving home help at the end of the year 1995	Antal husstande/personer, der modtog hjemmehjælp i slutningen af året 1995	95
4.4	Number of households/individuals receiving home help at the end of the year 1980-1995	Antal husstande/personer, der modtog hjemmehjælp i slutningen af året 1980-1995	95
4.5	Recommended immunization schedules 1995	–	96
4.5	–	Anbefalede vaccinationsprogrammer 1995	97
4.6	Children under the age of two immunized according to immunization schedules (per cent) 1995	Børn under to år vaccineret i henhold til det anbefalede vaccinationsprogram (pct.) 1995	98

Medical treatment in hospitals

Behandling ved sygehuse

Tables

Tabeller

4.7	Discharges from hospitals by main diagnostic groups, per 1,000 inhabitants 1995	Udskrivninger fra sygehuse efter hoveddiagnosegrupper pr. 1.000 indbyggere 1995	106
4.8	Average length of stay in hospitals by main diagnostic groups 1995	Gennemsnitlig liggetid ved sygehuse efter hoveddiagnosegrupper 1995	108

INDEX OF TABLES AND FIGURES

4.9	Discharges and average length of stay in ordinary hospitals. Tuberculosis 1995	Udskrivninger og gennemsnitlig liggetid ved sygehuse. Tuberkulose 1995	111
4.10	Discharges and average length of stay in hospitals. Malignant neoplasm of breast, females 1995	Udskrivninger og gennemsnitlig liggetid ved sygehuse. Kræft i bryst, kvinder 1995	111
4.11	Discharges and average length of stay in hospitals. Malignant neoplasm of larynx, trachea, bronchus and lung 1995	Udskrivninger og gennemsnitlig liggetid ved sygehuse. Kræft i strubehoved, luftrør, bronkie og lunge 1995	112
4.12	Discharges and average length of stay in hospitals. Malignant melanoma of skin 1995	Udskrivninger og gennemsnitlig liggetid ved sygehuse. Ondartet melanom i hud 1995	113
4.13	Discharges from hospitals. Acute myocardial infarction 1995	Udskrivninger fra sygehuse. Akut hjerteinfarkt 1995	113
4.14	Discharges and average length of stay in hospitals. Cerebrovascular diseases 1995	Udskrivninger og gennemsnitlig liggetid ved sygehuse. Karsygdomme i hjerne 1995	114
4.15	Discharges and average length of stay in hospitals. Asthma 1995	Udskrivninger og gennemsnitlig liggetid ved sygehuse. Astma 1995	115
4.16	Discharges and average length of stay in hospitals. Bronchitis, emphysema and other chronic obstructive pulmonary disease 1995	Udskrivninger og gennemsnitlig liggetid ved sygehuse. Bronkit, emfysem og anden obstruktiv lungesygdom 1995	116
4.17	Discharges and average length of stay in hospitals. Cervical and other intervertebral disc disorders 1995	Udskrivninger og gennemsnitlig liggetid ved sygehuse. Diskusprolaps i halsens ryghvirvler og andre ryghvirvler 1995	116
4.18	Discharges and average length of stay in hospitals. Osteoporosis and osteomalacia, females 1995	Udskrivninger og gennemsnitlig liggetid ved sygehuse. Osteoporose og osteomalaci, kvinder 1995	117
4.19	Discharges and average length of stay in hospitals. Fracture of neck of femur 1995	Udskrivninger og gennemsnitlig liggetid ved sygehuse. Brud af lår 1995	118
4.20	Discharges and average length of stay in hospitals. Alcoholic liver disease, unspecified fibrosis and cirrhosis of liver 1995	Udskrivninger og gennemsnitlig liggetid ved sygehuse. Alkoholisk leversygdom, bindevævsdannelse i lever og skrumpeliver 1995	119

INDEX OF TABLES AND FIGURES

4.21	Fourteen major surgical procedure groups, total numbers 1995	Fjorten store operationsgrupper, i alt 1995	120
4.22	Fourteen major surgical procedure groups, per 100,000 inhabitants 1995	Fjorten store operationsgrupper, pr. 100.000 indbyggere 1995	121
4.23	Surgical procedures in connection with cancer diagnoses, total and per 100,000 inhabitants 1995	Operationer i forbindelse med kræftdiagnoser, i alt og pr. 100.000 indbyggere 1995	122

Figures

4.1	Discharges in total and for three major diagnostic groups, per 1,000 inhabitants 1995	Udskrivninger i alt og for tre hoveddiagnosegrupper, pr. 1.000 indbyggere 1995	110
4.2	Appendectomy 1990-1995. Men aged 0-24 years	Appendektomi 1990-1995. Mænd i alderen 0-24 år	123
4.3	Appendectomy 1990-1995. Women aged 0-24 years	Appendektomi 1990-1995. Kvinder i alderen 0-24 år	123
4.4	Hip replacement 1990-1995. Men aged 30-69 years	Hofteprotese 1990-19975 Mænd i alderen 30-69 år	124
4.5	Hip replacement 1990-1995. Women aged 30-69 years	Hofteprotese 1990-1995. Kvinder i alderen 30-69 år	124
4.6	Gall bladder 1990-1995 Men aged 15-94 years	Galdeblære 1990-1995. Mænd i alderen 15-94 år	125
4.7	Gall bladder 1990-1995. Women aged 15-94 years	Galdeblære 1990-1995. Kvinder i alderen 15-94 år	125

Cancer diseases

Tables

4.24	Age-standardized rates (WSP) for new cases of cancer per 1,000,000 inhabitants 1981-1995. Males	Aldersstandardiserede rater (WSP) for nye tilfælde af cancer pr. 1.000.000 indbyggere 1981-1995. Mænd	128
4.25	Age-standardized rates (WSP) for new cases of cancer per 1,000,000 inhabitants 1981-1995. Females	Aldersstandardiserede rater (WSP) for nye tilfælde af cancer pr. 1.000.000 indbyggere 1981-1995. Kvinder	129

Cancersygdomme

Tabeller

INDEX OF TABLES AND FIGURES

<i>Figures</i>		<i>Figurer</i>	
4.7	New cases for eight different types of cancer 1986-1990. Males	Nye tilfælde af otte forskellige cancer-typer 1986-1990. Mænd	130
4.8	New cases for eight different types of cancer 1986-1990. Females	Nye tilfælde af otte forskellige cancer-typer 1986-1990. Kvinder	130

Sexually transmitted diseases etc.

Seksuelt overførte sygdomme m.v.

<i>Tables</i>		<i>Tabeller</i>	
4.26	Confirmed new cases of HIV 1985-1995	Påviste nye tilfælde af HIV 1985-1995	132
4.27	Notified cases of AIDS, in total and per 100,000 inhabitants 1985-1995	Anmeldte tilfælde af AIDS, i alt og pr. 100.000 indbyggere 1985-1995	133
4.28	Notified cases of gonorrhoea and syphilis per 100,000 inhabitants aged 15 years or over 1995	Anmeldte tilfælde af gonorré og syfilis pr. 100.000 indbyggere 15 år og derover 1995	134
4.29	Diagnosed cases of chlamydia per 100,000 inhabitants 1989-1995	Diagnosticerede tilfælde af chlamydia pr. 100.000 indbyggere 1989-1995	136
4.30	Diagnosed cases of acute hepatitis B, per 100,000 inhabitants by sex 1989-1995	Diagnosticerede tilfælde af akut hepatitis B, pr. 100.000 indbyggere efter køn 1989-1995	136

<i>Figures</i>		<i>Figurer</i>	
4.10	Notified cases of AIDS 1985-1995	Anmeldte tilfælde af AIDS 1985-1995	134
4.11	Notified cases of gonorrhoea per 100,000 inhabitants aged 15 years or over 1980-1995	Anmeldte tilfælde af gonorré pr. 100.000 indbyggere 15 år og derover 1980-1995	135
4.12	Notified cases of syphilis per 100,000 inhabitants aged 15 years or over 1980-1995	Anmeldte tilfælde af syfilis pr. 100.000 indbyggere 15 år og derover 1980-1995	135

Accidents

Tables

- 4.31 Patients discharged after treatment for injuries incurred in accidents, per 100,000 inhabitants, by place of accident 1995
- 4.32 Patients discharged after treatment for injuries incurred in accidents, per 100,000 inhabitants, by sex and age 1995

Ulykker

Tabeller

- Udskrivninger fra sygehuse efter behandling for skader pådraget ved ulykker, pr. 100.000 indbyggere efter ulykkessted 1995 139
- Udskrivninger fra sygehuse efter behandling for skader pådraget ved ulykker, pr. 100.000 indbyggere efter køn og alder 1995 140

CHAPTER V

Mortality and causes of death

Tables

- 5.1 Deaths by sex and age per 100,000 inhabitants 1980-1995
- 5.2 Age-standardized rates (ESP) for the most frequent causes of death
- 5.3 Death rates from malignant neoplasms per 100,000 males by age 1981-1995
- 5.4 Death rates from malignant neoplasms per 100,000 females by age 1981-1995
- 5.5 Death rates from cardiovascular diseases per 100,000 males by age 1981-1995
- 5.6 Death rates from cardiovascular diseases per 100,000 females by age 1981-1995
- 5.7 Deaths caused by AIDS, in total and per 100,000 inhabitants 1981-1995
- 5.8 Suicides per 100,000 inhabitants by sex and age 1981-1995

KAPITEL V

Dødelighed og dødsårsager

Tabeller

- Døde efter køn og alder pr. 100.000 indbyggere 1980-1995 143
- Aldersstandardiserede rater (ESP) for de hyppigste dødsårsager 144
- Dødeligheden af ondartede svulster pr. 100.000 mænd efter alder 1981-1995 145
- Dødeligheden af ondartede svulster pr. 100.000 kvinder efter alder 1981-1995 146
- Dødeligheden af hjerte-karsygdomme pr. 100.000 mænd efter alder 1981-1995 147
- Dødeligheden af hjerte-karsygdomme pr. 100.000 kvinder efter alder 1981-1995 148
- Dødsfald som følge af AIDS, i alt og pr. 100.000 indbyggere 1981-1995 149
- Selv mord pr. 100.000 indbyggere efter køn og alder 1981-1995 151

INDEX OF TABLES AND FIGURES

5.9	Deaths in accidents per 100,000 inhabitants by sex and age 1980-1995	Dødsfald i ulykker pr. 100.000 indbyggere efter køn og alder 1980-1995	152
5.10	Age-standardized rates (ESP) for deaths from road traffic accidents, per 100,000 inhabitants 1985-1995	Aldersstandardiserede rater (ESP) for dødsfald i vejtrafikulykker, pr. 100.000 indbyggere 1980-1995	153

Figures

5.1	Death caused by AIDS 1985-1995	Dødsfald som følge af AIDS 1985-1995	150
5.2	Trends for number of deaths in road traffic accidents 1980-1995	Udviklingen i antallet af dræbte i vejtrafikulykker 1980-1995	153

Figurer

CHAPTER VI

Resources

Health care expenditure

Tables

6.1	Health care expenditure (million KR/FIM) 1994	Udgifter til sundheds- og sygepleje (mio. KR/FIM) 1994	156
6.2	Health care expenditure per capita 1994 and as percentage of GDP 1980-1994	Sundhedsudgifter pr. indbygger i 1994 og i pct. af BNP 1980-1994	157

Figure

6.1	Health care expenditure as percentage of GDP 1980-1994	Udgifter til sundheds- og sygepleje i pct. af BNP 1980-1994	158
-----	--	---	-----

Health staff

Tables

6.3	Active health personnel in total calculated as 'man-years'	Erhvervsaktivt sundhedspersonale i alt omregnet til årsværk	160
-----	--	---	-----

KAPITEL VI

Ressourcer

Sundhedsudgifter

Tabeller

6.1	Udgifter til sundheds- og sygepleje (mio. KR/FIM) 1994	156
6.2	Sundhedsudgifter pr. indbygger i 1994 og i pct. af BNP 1980-1994	157

Figur

6.1	Udgifter til sundheds- og sygepleje i pct. af BNP 1980-1994	158
-----	---	-----

Sundhedspersonale

Tabeller

6.3	Erhvervsaktivt sundhedspersonale i alt omregnet til årsværk	160
-----	---	-----

INDEX OF TABLES AND FIGURES

6.4	Active health personnel employed in hospitals calculated as 'man-years'	Erhvervsaktivt sundhedspersonale ansat ved sygehuse i alt omregnet til årsværk	161
6.5	Active health personnel in total per 100,000 inhabitants calculated as 'man-years'	Erhvervsaktivt sundhedspersonale i alt pr. 100,000 indbyggere omregnet til årsværk	162
6.6	Active health personnel employed in hospitals per 100,000 inhabitants calculated as 'man-years'	Erhvervsaktivt sundhedspersonale ansat ved sygehuse pr. 100,000 indbyggere omregnet til årsværk	163
6.7	Working physicians by specialist group	Erhvervsaktive læger efter beskæftigelsesområde	164
6.8	Home helpers 1995	Hjemmehjælpere 1995	165

Figures

6.2	Inhabitants per working physician 1980-1995	Indbyggere pr. erhvervsaktiv læge 1980-1995	165
6.3	Inhabitants per working dentist 1980-1995	Indbyggere pr. erhvervsaktiv tandlæge 1980-1995	166

Figurer

Capacity and services at hospitals

Tables

6.9	Number of hospitals by number of beds 1995	Sygehuse efter antal sengepladser 1995	169
6.10	Authorized hospital beds by speciality 1995	Normerede sengepladser ved sygehuse efter specialer 1995	171
6.11	Discharges, bed-days and average length of stay at wards in ordinary hospitals and specialized hospitals 1995	Udskrivninger, sengedage og gennemsnitlig liggetid på afdelinger ved almindelige sygehuse og specialsygehuse 1995	172
6.12	Discharges from hospitals by sex and age, per 1,000 inhabitants in the age group 1995	Udskrivninger fra sygehuse efter køn og alder, pr. 1.000 indbyggere i aldersgruppen 1995	173
6.13	Bed-days in hospitals by sex and age, per 1,000 inhabitants in the age group 1995	Sengedage på sygehuse efter køn og alder, pr. 1.000 indbyggere i aldersgruppen 1995	174

Kapacitet og ydelser ved sygehuse

Tabeller

INDEX OF TABLES AND FIGURES

6.14	Beds in nursing and old-age homes, per 100,000 inhabitants 1980-1995	Sengepladser ved pleje- og alderdomshjem, pr. 100.000 indbyggere 1980-1995	175
------	--	--	-----

Figures

6.4	Number of ordinary hospitals by number of beds 1990 and 1995	Antal almindelige sygehuse fordelt efter antal senge 1990 og 1995	170
6.5	Beds in nursing and old-age homes, per 100,000 inhabitants 1980-1995	Sengepladser ved pleje- og alderdomshjem, pr. 100.000 indbyggere 1980-1995	176

Figurer

Pharmaceutical products

Tables

6.15	Insulins and oral blood glucose lowering drugs, DDD per 1,000 inhabitants per day 1986-1995	Insulin og perorale antidiabetika, DDD pr. 1.000 indbyggere pr. dag 1986-1995	182
6.16	Serumlipid-reducing agents, DDD per 1,000 inhabitants per day 1992-1995	Blodlipidregulerende midler, DDD pr. 1.000 indbyggere pr. dag 1992-1995	182
6.17	Cardiac glycosides and vasodilators used in cardiac diseases, DDD per 1,000 inhabitants per day 1990-1995	Hjerteglykosider og koronar-terapeutika, DDD pr. 1.000 indbyggere pr. dag 1990-1995	183
6.18	Diuretics, beta-blocking agents, calcium-channel blockers and ACE inhibitors, DDD per 1,000 inhabitants per day 1990/92-1995	Diuretika, beta-receptorblokerende midler, calcium-blokkere og ACE-hæmmere, DDD pr. 1.000 indbyggere pr. dag 1990/92-1995	184
6.19	Analgesics, DDD per 1,000 inhabitants per day 1990/92-1995	Smertestillende midler, DDD pr. 1.000 indbyggere pr. dag 1990/92-1995	185
6.20	Psycholeptics and psychoanaleptics, DDD per 1,000 inhabitants per day 1986/90-1995	Psykofarmaka og psykoanaleptika, DDD pr. 1.000 indbyggere pr. dag 1986/90-1995	186
6.21	Antiasthmatics, DDD per 1,000 inhabitants per day 1990-1995	Astmamidler, DDD pr. 1.000 indbyggere pr. dag 1990-1995	187
6.22	Antihistamines, DDD per 1,000 inhabitants per day 1990-1995	Antihistaminer, DDD pr. 1.000 indbyggere pr. dag 1990-1995	187

Lægemidler

Tabeller

INDEX OF TABLES AND FIGURES

6.23	General anti-infectives for systemic use, DDD per 1,000 inhabitants per day 1990/92-1995	Midler mod infektionssygdomme (systemiske), DDD pr. 1.000 indbyggere pr. dag 1990/92-1995	188
------	--	---	-----

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 for developing projects of relevance to medical statistics as well as to follow the 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 the incidence of cancer and the consumption of pharmaceutical products have been prepared in collaboration with other Nordic working groups.

Section B, on frequency and survival of low birthweight births in the Nordic countries 1980-1994, has been prepared by the Birth Register in Bergen, Norway.

*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.

Sektion B, om forekomst og overlevelse af børn med lav fødselsvægt i de nordiske lande 1980-1994, er udarbejdet af Fødselsregistret i Bergen, Norge.

*Nordisk Medicinalstatistisk Komité
(NOMESKO)*

SECTION A

Health Statistics 1995
Helsestatistik 1995

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 have well-developed hospital services with advanced specialist treatment.

Specialist medical care 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. Ligeledes er der i alle landene etableret forebyggende bedriftssundhedstjenester og almindelige foranstaltninger til miljøbeskyttelse.

Landene har 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 behandling og lægemidler.

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 1996, it was decided to set up a hospital commission to evaluate the organisation of the Danish hospital service and analyse which factors would influence the long-term development of the hospital service.

The commission submitted its report in January 1997. The report emphasises that more radical reforms, such as the abolition of the counties, or central government taking over the hospital service, would not be a necessary requirement for implementing solutions to the problems with which the hospital service is currently faced.

The committee generally recommends that more initiatives be taken with a view to finding new procedures within patient service, planning of work, financial control, management, etc. The report also contains proposals for creating coherent treatment procedures which focus on the needs of the individual patient. The financial framework management of the hospital service is suggested extended with further incentives to improve efforts without, however, jeopardizing the budget.

Regarding the small hospitals, the conclusion was that they cannot be maintained in their present form. It is, however, emphasised that some of the small hospitals may conveniently be used for

Igangværende og kommende ændringer i sundhedsvæsenet

DANMARK: I forbindelse med finansloven for 1996 blev det besluttet at nedlægge en sygehuskommission til at vurdere organiseringen af det danske sygehusvæsen og analysere de faktorer, der vil påvirke dets langsigtede udvikling.

Kommissionen afgav rapport i januar 1997. Heri understreges det, at mere grundlæggende reformer – som fx nedlæggelse af amterne eller statslig overtagelse af sygehusvæsenet – ikke er en nødvendig forudsætning for at tage fat på løsningen af de problemer og udfordringer, som sygehusvæsenet står overfor.

Kommissionen anbefaler generelt, at der iværksættes flere forsøg med henblik på at prøve nye veje inden for blandt andet patientservice, arbejdstilrettelæggelse, økonomisk styring, ledelse m.v. Desuden indeholder rapporten forslag til, hvordan der kan skabes gode, sammenhængende patientforløb, som sætter den enkelte patients behov i centrum. Den økonomiske rammestyring i sygehusvæsenet foreslås videreudviklet med flere incitamentter til at gøre en ekstra indsats, men uden at budgetsikkerheden sættes over styr.

Om de små sygehuse konkluderes det, at de ikke kan opretholdes i deres nuværende form. Men det påpeges samtidig, at nogle af de små sygehuse med fordel kan anvendes til særlige opgaver. Det kan fx

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

special tasks such as planned surgery, rehabilitation functions, etc. The commission furthermore recommends a development project to address how the options for elderly medical patients may be improved. One of the recommendations proposes more nursing and care schemes in the municipalities as an alternative to hospitalization.

In 1997, the aim is to introduce legislation concerning advertisement of health services. This law would allow health care to be advertised, including treatment methods, waiting lists, and charges.

In January 1996, a new law came into force regarding preventive health measures for children and young people. This law consolidated three different existing laws concerning preventive health measures for children and young people. The purpose of the law is partly to strengthen and improve the efforts made on behalf of the weakest children and young people and partly to improve the preventive health measures for all children and young people. The improvements are to be achieved by strengthening the general health promoting and disease preventing efforts, by creating a better coordination between the various health measures, and by improving the individually targeted efforts.

GREENLAND: Greenland Home Rule took over responsibility for health services from the Danish Government in 1992. The transition has not yet been successfully completed as regards the legal basis of the health system in Greenland, and this issue is being dealt with in an on-going process. A number of Danish laws have undergone changes which have left them invalid in Greenland. The

være til planlagte operationer, genoptræningsfunktioner m.v. Sygehuskommissionen foreslår endvidere, at der iværksættes et udviklingsarbejde med henblik på at forbedre sundhedsvæsenets tilbud til ældre medicinske patienter. Det anbefales blandt andet, at der etableres flere plejetilbud i kommunerne som alternativ til indlæggelse på sygehus.

I 1997 er det hensigten at indføre en lov om reklamering for sundhedsydelse. Loven tillader reklamering for sundhedsmæssig virksomhed, herunder behandlingsmetoder, ventetider og priser.

I januar 1996 trådte en ny lov om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge i kraft. Med denne lov samles tre tidligere love om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge til én lovgivning. Formålet med loven er dels at styrke og forbedre indsatsen over for de svageste stillede børn og unge, dels generelt at forbedre de forebyggende sundhedsordninger for børn og unge. Forbedringerne skal tilvejebringes ved at styrke den generelle sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende indsats og ved at skabe bedre sammenhæng mellem de forskellige sundhedstilbud. Desuden skal den individorienterede indsats styrkes.

GRØNLAND: Overtagelsen af sundhedsvæsenet fra den danske stat i 1992 søges stadig afklaret og konsolideret. Der pågår således en proces, hvor lovgrundlaget for sundhedsvæsenet revideres. Siden afhændelsen er en række love blevet ændret i Danmark, uden at den ændrede lov gælder for Grønland. Dette har skabt et tomrum, som nu skal udbedres. Dataindsamlingen vedrørende sundhedsvæ-

resulting gap is currently being researched and dealt with. Data collection regarding activities in the health system is being strengthened. Recruitment and retention of qualified personnel is being reinforced. The viability of subspecialties is being scrutinized and consolidated. For example, eye-surgery has been located to Greenland, but manning the department has not proved possible. In 1996, a research council for health research in Greenland was set up to get an overview of health research in Greenland, among other activities.

FINLAND: The budgeting procedure of the health care section was reformed when new municipal legislation came into effect on January 1, 1997. Public health sector accountancy is now based on the same principles as in the case in the private sector. The aim of this reform is to increase knowledge about municipal spending and hospital expenditure. It also increases comparability between municipal and hospital data.

NORWAY: There is political consensus that a 30 day examination guarantee be introduced. Patients granted the guarantee will also be informed of a definite waiting period for the treatment. In addition, it has been decided to introduce a treatment guarantee with a maximum waiting period of three months for patients suffering from serious diseases.

It has been decided to introduce task directed financing of the hospitals. Task direction is a combination of block financing and activity-based financing. The financing is based on the DRG-system (Diagnosis Related Groups).

senets virksomhed forbedres. Rekruttering og fastholdelse af kvalificeret personale styrkes. En afvejning af levedygtigheden for de enkelte specialer i Grønland skal færdiggøres. For eksempel har man "hjemtaget" øjenkirurgi, men det har ikke vist sig muligt at bemane afdelingen med en fast stab. Der er i 1996 etableret et grønlandsk sundhedsvidenskabeligt forskningsråd, som blandt andet skal skabe overblik over den sundhedsvidenskabelige forskning i Grønland.

FINLAND: Budgetproceduren for sundhedsvæsenet er ændret i forbindelse med en ny kommunallov, som trådte i kraft den 1. januar 1997. Regnskabsprincipperne i den offentlige sundhedssektor er nu de samme som for den private sektor. Baggrunden for reformen var et ønske om at få en større viden om kommunernes udgifter og udgifterne til hospitaler. Med loven er der blevet større sammenlignelighed mellem de kommunale data og hospitalsdata.

NORGE: Der er politisk enighed om at indføre en undersøgelsesgaranti på 30 dage. Patienter, som tildeles garantien, får også fastsat en ventetid for behandlingen. Som supplement til denne ordning er det blevet besluttet at indføre en behandlingsgaranti for patienter med alvorlige sygdomme med maksimalt 3 måneders ventetid.

Det er blevet besluttet, at indføre en ordning med indsatsstyret finansiering af sygehusene. Indsatsstyring er en kombination af den nuværende rammefinansiering og aktivitetsbaseret finansiering. Finansieringen baseres på DRG-systemet (Diagnose Relaterede Grupper).

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

SWEDEN: On January 1, 1997, a new set of laws concerning the health service came into force.

One of the changes in the health legislation concerns the management of the health service. The reform stipulates that all activity within the health service must be managed by one director (health director). The legislation does not set out which educational background such a person should have, but the health director will only attain executive power concerning diagnostics, care or treatment if he/she has sufficient competence and experience within that particular field. Regarding involuntary psychiatric treatment and enforced isolation, special rules govern the powers of the health director.

Another change is the passage of a new Supervision Act, which makes the National Board of Health and Welfare the supervisory authority for the entire health service with the exception of the military health service. Those who wish to practice health care must register with the National Board of Health and Welfare. The purpose of the new Act is first and foremost to improve patient security. The National Board of Health and Welfare may prohibit health-care providers from carrying out health care activities.

A third change concerns the implementation of a new Patient Injury Act which contains partly rules concerning patients' right to compensation and partly rules about the obligation to take out insurance for those engaged in the practice of health care (patient insurance). Compensation may be payable for both physical and mental damage according to the Patient Injury Act.

SVERIGE: Den 1. januar 1997 trådte et antal nye love om sundhedsvæsenet i kraft.

En af ændringerne i sundhedslovgivningen vedrører ledelsen af sundhedsvæsenet. Reformen indebærer, at al aktivitet inden for sundhedsvæsenet skal ledes af én chef (sundhedsdirektør). Det er ikke fastsat i lovgivningen hvilken uddannelsesmæssig baggrund den pågældende skal have, men sundhedschefen får kun kompetence vedrørende diagnostik, pleje og behandling, hvis den pågældende har tilstrækkelig kompetence og erfaring inden for området. Der gælder særlige regler for sundhedschefens kompetence med hensyn til den psykiatriske tvangsbehandling og tvangsisolering.

En anden ændring er vedtagelsen af en ny tilsynslov, som gør Socialstyrelsen til tilsynsmyndighed for hele sundhedsvæsenet, dog ikke det militære sundhedsvæsen. Udøvere af sundhedsrelateret virksomhed skal registreres i Socialstyrelsen. Formålet med den nye lov er først og fremmest at forbedre patienternes sikkerhed. Socialstyrelsen kan forbyde udbydere af sundhedsydelser at drive sundhedsvirksomhed.

En tredje ændring vedrører indførelsen af en ny patientskadelov, som dels omfatter regler om patienters ret til erstatning, dels regler om pligt til at tegne forsikring for dem, der udøver sundhedsvirksomhed (patientforsikring). Efter patientskadeloven kan der ydes erstatning for både fysiske og psykiske skader.

A new set of rules concerning maximum user charges has also been introduced (cf. the section on charges for health care).

As per January 1, 1997, new legislation was introduced regarding pharmaceutical products. The county councils, for instance, became obliged to set up medicinal committees and to purchase pharmaceutical products for hospitals. From January 1, 1998, the county councils also assume responsibility for the public expenditure on medicines.

Organization of and responsibility for the health sector

DENMARK: Responsibility for the health service is ordered 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 authorities are responsible for hospital service, health insurance and special nursing homes, and the municipalities are responsible for health care, home nursing, nursing homes, and child and school health care.

Counties and municipal authorities 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 accordingly so that the primary contact is always, in principle, with the general practitioner. Only in emergency cases one may, alternatively, turn to the hospitals.

Der er også indført et nyt regelsæt vedrørende maksimal egenbetaling (jf. afsnittet om egenbetaling).

Den 1. januar 1997 trådte der nye love i kraft på lægemiddelområdet. Landstingene har blandt andet fået pligt til at oprette lægemiddelkomiteer, og de skal varetage indkøbet af lægemidler til brug på hospitalerne. Fra den 1. januar 1998 overtager Landstingene også ansvaret for det offentlige udgifter til medicin.

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, 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, 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 organized under the responsibility of county authorities. 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, while health examinations of children are carried out according to agreement with the health insurance schemes (counties).

The immunization programmes are laid down by the Ministry of Health and are carried out by general practitioners, in general 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.

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

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 er knyttet til primærkommunernes sundhedsforvaltning, mens helbredsundersøgelser af børn udføres af de alment praktiserende læger efter overenskomst med sygesikringen (amterne).

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 familierne inden for deres kompetenceområde. Der er som hovedregel ikke offentlige tilskud til præventionsmidler.

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

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

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, among these practising eye and ear specialists.

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.

gere 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 det er amtsrådene, der er den ansvarlige myndighed. Amterne ejer de fleste af sygehusene. Sygehusene 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.

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

Praktiserende speciallæger arbejder for flertallets vedkommende efter aftale med sygesikringen og modtager de fleste af deres patienter efter henvisning fra alment praktiserende læger.

Der er dog visse undtagelser fra denne regel. Det gælder fx øjen- og ørespecialerne i praksissektoren.

De almindelige plejehjem drives af kommunerne, men der findes 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.

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

FAROE ISLANDS: The responsibility for the health care of mothers and infants, immunization, family planning as well as school children and the occupational health service rests with the Government.

In the event of ordinary illness, a general practitioner is contacted.

As a general rule, patients may only consult the special health service such as specialists and hospitals upon referral from a municipal physician, unless they are B-members of the health insurance scheme, in which case they may contact specialists directly.

Each hospital is managed by the hospital director. There are no specialized hospitals.

Nearly all practising specialists are employed by the hospital service.

There are no health centres with wards.

On the Faroe Islands, old-age and nursing homes fall under the social service and are therefore under the supervision of the Social Administration.

Pharmaceutical products are sold in publicly authorized and owned pharmacies.

GREENLAND: The health service in Greenland is the responsibility of the Minister for Health, Environment and Research under the Greenland Home Rule. The Department of Health and Research has the administrative responsibility for the health services. Nursing homes and care of the elderly and disabled are administratively placed under

FÆRØERNE: Ansvar for sundhedstjenesten for mødre og småbørn, vaccinationer, familieplanlægning samt skolelæge- og bedriftssundhedstjenesten påhviler Landsstyret.

Ved almindelig sygdom kontaktes den alment praktiserende læge.

Patienterne kan som hovedregel kun henvende sig til den specialiserede sundhedstjeneste, som fx specialister og sygehuse, efter henvisning fra kommunelægen, med mindre de er B-medlemmer af sygekassen og derfor kan henvende sig direkte til specialister.

Sygehusene administreres af sygehusdirektøren. Der findes ingen specialsygehuse.

Næsten alle praktiserende speciallæger er ansat ved sygehusvæsenet.

Der findes ingen sundhedscentre med sengeafsnit.

På Færøerne hører alderdoms- og plejehjem under socialvæsenet og er derfor under tilsyn af socialforvaltningen.

Lægemidler forhandles gennem offentligt ejede og kontrollerede apoteker.

GRØNLAND: Sundhedsvæsenet i Grønland hører under landsstyreområdet for Sundhed, Miljø og Forskning under Grønlands Hjemmestyre. Direktoratet for Sundhed og Forskning har det forvaltningsmæssige ansvar for sundhedsområdet. Pleje og omsorg for ældre og handicappede påhviler kommunerne og

the municipalities and the Directorate for Social Affairs.

The health service is organised in 16 health districts and one central hospital, Dronning Ingrid's Hospital in Nuuk. In each district, there is a health-care centre from which health service for the population is provided.

Patients can contact the health-care centres free of charge. They are, in principle, open 24 hours a day.

The pattern of contacts varies somewhat from district to district, but functions, in principle, such that the appropriate level of care is provided at all hours. In the remote villages, contact is made with the local health worker, who, according to need, communicates with the district health centre by telephone.

A district health-care centre consists of a number of beds, an operating theatre, an out-patient clinic, X-ray facilities and a laboratory. Here all common diseases are treated much like in a multiphysician 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, e.g. osteosynthesis of certain fractures. In the event of more complicated courses of illness, patients are transferred to the central hospital in Nuuk or to the University Hospital in Copenhagen or to certain special wards in other hospitals in Denmark. Under adverse weather conditions, the centres may have to undertake more complicated surgery. Keeping up a reasonable level of preparedness for such contingencies is a weighty factor in manpower strategies.

Direktoratet for Sociale Anliggender.

Sundhedsvæsenet er organiseret i 16 sundhedsdistrikter og ét landssygehus, Dronning Ingrid's hospital i Nuuk. Der er ét sundhedscenter i hvert distrikt, og herfra udgår sundhedsvæsenets betjening af befolkningen i byer og bygder.

Patienter henvender sig frit til distrikts-sundhedscentre, der i princippet har åbent døgnet rundt.

Henvendelsesmønstret er forskelligt fra distrikt til distrikt, men fungerer i princippet således, at patienterne har adgang til et passende niveau af hjælp 24 timer i døgnet. I bygderne foregår henvendelse til den lokalt udpegede person, der i nødvendigt omfang kommunikerer med sundhedsdistriktet via telefon.

Et distriktssundhedscenter består af et antal senge, operationsstue, ambulatorium og laboratorium. Her behandles alle almindeligt forekommende sygdomme svarende nogenlunde til en større lægepraksis i Danmark, dog med et antal senge til overnattende patienter. På enkelte centre pågår der en del mere eller mindre kompliceret kirurgi, fx fiksering af knoglebrud. Ved mere komplicerede sygdomsforløb overflyttes patienterne til landssygehuset i Nuuk eller Rigshospitalet i København eller enkelte specialafdelinger ved andre sygehuse i Danmark. Under visse vejrforhold bliver centrene nødsaget til at foretage større kirurgiske indgreb. Opretholdelsen af et passende beredskab til at klare disse situationer vejer tungt i bemandingsstrategien.

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

In 10 of the country's largest villages, a health station has been set up and is run by a nurse who, under the supervision of the chief district physician, takes care of the primary health service treatment of the villagers. 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 surgery 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, mostly at the prescription of the chief district physician. In other districts, tasks are executed by the health staff present.

Evacuations of serious cases are common due to the highly dispersed population. The logistics of this requires a sophisticated level of readiness. Telemedicine and transportable treatment functions are being developed to increase the quality of examination in the periphery in order to reduce the need for evacuations to some extent.

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. The school health services are provided by both professional groups.

In each health district, the town has one or several dental clinics staffed by dentists and dental nurses depending on the size of the district or the town. In addition, a number of the districts have employed dental technicians. The town populations are served by the dental clin-

I 10 af landets største bygder er der indrettet sundhedsstationer, der ledes af en sygeplejerske, som under chefdistriktslægens overopsyn varetager den primære sundhedsmæssige betjening af befolkningen. I alle større bygder er der ansat en sundhedsmedhjælper. I tilknytning til sundhedsmedhjælperens tjenestebolig er der i de fleste bygder indrettet et særligt konsultationsværelse og enkelte senge.

I bygder med under 70 indbyggere er der sædvanligvis ansat en medicinaldepotforvalter, der administrerer udlevering af medicin, som oftest efter ordination fra chefdistriktslægen. I de øvrige distrikter løses opgaverne af det tilstedeværende sundhedspersonale.

På grund af den store spredning af befolkningen foregår der ofte evakueringer af svære tilfælde. Logistikken i denne sammenhæng kræver et højt beredskabsniveau. Der pågår en udvikling af telemedicinske og transportable behandlingsfunktioner i Grønland, der kan højne kvaliteten af undersøgelser decentralt for derved at reducere evakueringsbehovet.

Der er normerede stillinger til hjemmesygepleje og sundhedspleje i 13 lægedistrikter. Hjemmesygeplejen og sundhedspleje i de øvrige distrikter varetages af distriktets sygeplejersker og/eller sundhedsmedhjælpere. Under begge former for bemanning foregår skolesundhedstjenesten ud fra distriktet.

I hvert sundhedsdistrikt har byen, afhængigt af distriktets og byens størrelse, én eller flere tandlægeklinikker. Tilsvarende er der ansat én eller flere tandlæger og et antal klinikassistenter og tandplejere. Endvidere er der i en del af distrikterne ansat laboratorietandteknikere. Befolk-

ics, whereas the villagers are served several times a year by a mobile dental service.

The dental care system gives high priority to children and young people with systematic preventive and treatment measures. Due to limited resources, the adult population is given a slightly lower priority.

The overall effort is directed against caries and subsequent conditions, but the services also include some dental surgery, a considerable amount of dentures and, to a lesser degree, orthodontics.

FINLAND: The municipalities are responsible 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 the Treatment of the Mentally Ill Act (1990). In the Public Health Act and its statutes the tasks which fall under the municipal health work are laid down. The municipalities are responsible for:

1. Guidance and preventive health measures, including child health care, educational campaigns, guidance concerning contraceptive measures, general health care examinations and screening.
2. Treatment of illness, including physicians' examinations and care as well as medical rehabilitation and first aid. Treatment of an illness may either be given at the health centres in the form of out-patient treatment, or in a ward, or in the form of home nursing.

ningen i byerne serviceres på tandklinikker, mens bygdebefolkningen betjenes lokalt nogle gange om året ved hjælp af mobilt tandplejeudstyr.

Tandplejen prioriterer børn og unge højt med et systematisk forebyggende og behandlende tilbud. Voksenbefolkningen er af ressourcemæssige årsager tilsvarende noget lavere prioriteret.

Den dominerende arbejdsindsats retter sig mod tandkaries og dennes følgetilstande, men indsatsen omfatter også en del kirurgi, megen protesebehandling og – i mindre omfang – tandregulering.

FINLAND: Kommunerne har ansvaret for sundhedsvæsenet. Kommunernes ansvar er fastlagt i folkesundhedsloven (1972), loven om specialiseret sygdomsbehandling (1989) og loven om behandling af mentalt syge (1990). I Folkesundhedsloven og dennes forordninger fastsættes arbejdsopgaverne for det kommunale folkesundhedsarbejde. Kommunerne har ansvaret for:

1. Rådgivning og sundhedsforebyggelse, hvilket omfatter børns sundhed, oplysningsarbejde, rådgivning angående svangerskabsforebyggelse, almindelig helbreds kontrol og screening.
2. Sygdomsbehandling, hvilket omfatter lægeundersøgelser og pleje samt medicinsk revalidering og førstehjælp. Sygdomsbehandlingen kan enten udføres på helsevårdscentralerne i form af ambulant sygdomsbehandling eller på en sengeafdeling eller som hjemmesygepleje.

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

3. Provision of such services for the mentally ill as can reasonably be given from the health centres.
4. Dental care, which includes information and prevention as well as dental examination and treatment. Dental examination and treatment is first and foremost given to those born in 1956 and later, as well as to war veterans. At the health centres, dental care is also provided for adults, particularly in the rural areas. Dental treatment for adults is otherwise provided by dentists in private practise.
3. Sørge for, at mentalt syge får ydelser, som med rimelighed kan tilbydes i hälsovårdscentralerne.
4. Tandbehandling, som omfatter oplysning og forebyggelse samt undersøgelse og behandling af tænder. Undersøgelse og behandling af tænder gives først og fremmest til personer, der er født i 1956 og senere samt til krigsveteraner. Ved hälsovårdscentralerne gives der, især i landkommunerne, også tandbehandling til voksne. Det meste af tandbehandlingen for voksne udføres af privatpraktiserende tandlæger.

The municipalities must also ensure that transport is available for the ill and that an occupational health service is established. An employer may organise the occupational health service himself or he may enter into an 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 specialised central and regional hospitals are run by federations of municipalities. In mental health care, more and more emphasis is placed on out-patient treatment, and the use of institutions is rapidly decreasing.

Kommunerne skal også organisere sygetransport og sørge for, at der etableres bedriftssundhedstjenester. Arbejdsgiveren kan selv organisere bedriftssundhedstjenesten eller indgå aftale med en hälsovårdscentral eller andre, der arbejder med bedriftssundhedstjeneste.

Det er normalt almenmedicinske læger, der er ansat ved hälsovårdscentralerne. I det offentlige sundhedssystem skal patienterne have en henvisning til en specialist, dog ikke ved pludseligt opståede sygdomme. I de private klinikker er lægerne hovedsageligt specialister. Patienterne behøver ikke en henvisning for at opsøge en specialist. Læger, som arbejder på private klinikker, kan henvise deres patienter til en offentlig klinik eller et hospital.

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

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

In 1995, there were 23,910 beds in health centres, primarily for the treatment of elderly people.

Nursing homes are part of the municipal social service system. Strong efforts are being made to decrease the level of institutionalization in the care for the elderly population.

ÅLAND: The Government of Åland has the overall responsibility for the entire public health service. The role of municipalities within this sector is limited to partial financing of geriatric treatment. Åland's Health and Hospital Service, which is the official name of the organisation, includes both the primary health service and specialist treatment of diseases. The two levels of the organisation function independently, but are subject to a joint politically appointed board with a joint budget.

The previous division into levels of the primary treatment of diseases and the specialized treatment is still found. Thus, the hierarchy of treatment within individual sectors is the same as in Finland.

ICELAND: The Ministry of Health and Social Security is responsible for the overall administration of health affairs. The country is divided into eight medical areas. For each of the areas, the Minister appoints a District Chief Medical Officer for a period of four years. Each medical area has a health council which is responsible for the administration of the area's health affairs on behalf of the Ministry of Health and Social Security, the Director General of Public Health and the local authorities; the health council also prepares proposals and plans concerning the area's health care projects as

I 1995 var der 23.910 senge ved hälsovårdscentralerne, primært til behandling af ældre.

Sygehjemmene er en del af det kommunale sociale servicesystem, men der gøres store bestræbelser for at mindske institutionaliseringen i forbindelse med omsorgen for ældre.

ÅLAND: Ålands landskapsstyrelse har det overordnede ansvar for hele det offentlige sundhedsvæsen. Kommunernes rolle inden for sektoren er begrænset til delvis finansiering af den geriatriske behandling. Ålands hälso- och sjukvård, som er den officielle betegnelse for organisationen, omfatter både det primære sundhedsvæsen og den specialiserede sygdomsbehandling. De to niveauer i organisationen fungerer selvstændigt, men er underlagt en fælles, politisk udpeget styrelse med fælles budgetramme.

Den tidligere niveaudeling af den primære og den specialiserede sygdomsbehandling eksisterer fortsat. 'Behandlingshierarkiet' i de enkelte sektorer er således det samme som i Finland.

ISLAND: Sundheds- og Socialforsikringsministeriet har det overordnede ansvar for sundhedsvæsenet. Landet er ind delt i 8 sundhedsdistrikter. For hvert distrikt udpeger ministeriet en distrikts overlæge for en fire-års periode. Hvert distrikt har et sundhedsråd, som på vegne af ministeriet, medicinaldirektøren og de lokale sundhedsmyndigheder har ansvaret for sundhedsvæsenet i området. Sundhedsrådet udarbejder også forslag og planer for behandling og pleje i området og forslag til organisering af aktiviteterne ved sundhedsinstitutionerne, med henblik på at sikre, at tilbuddene lever op

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

well as proposals concerning the organization of the activities and operation of the area's health institutions to the extent agreed upon by the local authorities.

The primary health service is run from health centres. The health centres are responsible for primary medical treatment and nursing, medical examinations, home nursing, preventive measures such as family planning, care for mothers and children, school health care, immunization, etc. Physiotherapy is given partly at the centres, but mainly by physiotherapists in private practice.

Patients may consult a specialist directly, but treatment in a hospital requires referral from either a physician in the primary health service or a specialist. There are both independent practising specialists and specialists attached to the hospitals. In many cases, the specialists have both an independent practice and hold a position at a hospital.

Some of the health centres outside of Reykjavík are closely linked to the small hospitals. Part of the physicians employed at the health centres are also employed at the hospital. There are no beds at the health centre itself.

The dental treatment is, for the greater part, carried out by dentists in private practice. In Reykjavík, there is a scheme for school dental care, and at some health centres in the rest of Iceland the public authorities have set up clinics which private dentists may use.

Psychiatric treatment takes place in specialist wards at three of the major hospitals. Treatment and occupational homes

til det niveau, som er besluttet af de lokale myndigheder.

Det primære sundhedsvæsen drives fra sundhedscentre. Sundhedscentrene har ansvaret for blandt andet den primære lægebehandling og sygepleje, lægelige undersøgelser, hjemmesygepleje, præventive foranstaltninger såsom familieplanlægning, mødre- og børnepleje, skolesundhedspleje, vaccinationer og lignende. Fysioterapi gives delvis i sundhedscentrene, men hovedsageligt af privatpraktiserende fysioterapeuter.

Patienter kan henvende sig direkte til en specialist, men behandling på et sygehus kræver en henvisning fra enten en læge i det primære sundhedsvæsen eller fra en specialist. Der findes både selvstændigt praktiserende specialister og specialister, der er tilknyttet hospitalerne. I mange tilfælde har specialisterne både selvstændig praksis og ansættelse på et hospital.

Nogle af sundhedscentrene uden for Reykjavík er nært knyttet til små hospitaler. En del af de læger, der er ansat i sundhedscentrene har samtidig ansættelse ved hospitalet. Der er ingen sengepladser på selve sundhedscentrene.

Tandbehandlingen udføres for det meste af privatpraktiserende tandlæger. I Reykjavík findes der en skoletandplejeordning, og på nogle sundhedscentre i det øvrige Island har det offentlige indrettet klinikker, som kan benyttes af privatpraktiserende tandlæger.

Den psykiatriske behandling foregår på specialafdelinger ved tre af de store hospitaler. Der er tilknyttet behandlings- og

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

for psychiatric patients, alcoholics and drug addicts are attached.

Pharmaceutical products are sold through privately owned pharmacies under public supervision.

There is no organised occupational health service, but companies may enter into agreement with a health centre or a private general practitioner to see to the health care in the company. This health service consists of examining complaints from staff or checking absence from work. The occupational health service is financed totally by the company.

Most nursing homes and homes for the elderly function as private institutions. They are run by the municipalities, voluntary organizations, etc. The nursing and old people's homes are partly financed by patient charges. The costs are, however, mainly state financed, either through the pensioner's insurance (old people's homes) or through the health insurance (nursing homes).

Private health care and treatment only exists to a very limited extent.

The Ministry of Education is responsible for the training of health care workers. Specialist training of the physicians mainly takes place abroad.

NORWAY: The Ministry of Health and Social Affairs has the political responsibility for assessment and planning in the health sector. The Ministry awards block grants according to fixed criterias. Certain ear-marked amounts may also be given for special purposes.

beskæftigelseshjem for psykiatriske patienter, alkoholikere og narkomaner.

Lægemidler forhandles gennem privatejede, men offentligt kontrollerede, apoteker.

Der findes ingen organiseret bedriftssundhedstjeneste, men virksomheder kan indgå aftale med et sundhedscenter eller en privatpraktiserende læge om at forestå sundhedstjenesten i virksomheden. Sundhedsydelsen består i at undersøge personalets klager eller at kontrollere fravær fra arbejdet. Bedriftssundhedstjenesten finansieres udelukkende af virksomhederne.

De fleste pleje- og alderdomshjem fungerer som selvejende institutioner. De drives af kommuner, frivillige organisationer og lignende. Pleje- og alderdomshjemmene er delvis finansieret ved egenbetaling. Udgifterne er dog for hovedpartens vedkommende statsligt finansieret, enten gennem pensionsforsikringen (alderdomshjemmene) eller gennem sygeforsikringen (plejehjemmene).

Privat sundheds- og sygdomsbehandling drives kun i et meget begrænset omfang.

Undervisningsministeriet har ansvaret for sundhedsuddannelserne. Lægernes specialistuddannelse foregår stort set i udlandet.

NORGE: Sosial- og helsedepartementet har det politiske ansvar for prioriteringer og planlægning i sundhedssektoren. Departementet tildeler bloktilskud efter faste kriterier. Der kan ligeledes gives øremærkede beløb til særlige formål.

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

The Norwegian Board of Health is subject to instructions from the Ministry, but it is a professionally and administratively independent supervisory authority.

The municipalities have responsibility for the organisation of both preventive measures and diagnosis and treatment at the primary level. The municipalities run nursing homes, home nursing and other schemes for short and long-term nursing and care. They are also responsible for medical rehabilitation and for ensuring that adequate plans are made for occupational health services in local industries as well as in primary industries (farming, fishing, etc.).

The municipalities may fulfil these duties either by employing their own staff or by making agreements with professionals in private practice. If it is found feasible, the municipalities may also themselves take care of occupational therapy, and occupational health services.

Patients who need more advanced examinations or treatment than is offered at the primary level, are referred to specialist treatment in hospitals or university clinics, or the local health services may seek advice and guidance from specialists.

The county councils are responsible for running the hospitals and other specialist health services, medical and radiological laboratories and ambulance services. The county also has responsibility for dental services for people up to 21 years of age, for the mentally disabled and for patients receiving care in nursing homes as well as home nursing schemes.

Statens helsetilsyn er underlagt departementets instruktioner, men er i øvrigt et fagligt og forvaltningsmæssigt uafhængigt tilsynsorgan.

I Norge har kommunerne ansvaret for organiseringen af både det forebyggende og det behandlende sundhedsarbejde på det primære niveau. Kommunerne driver sygehjem, hjemmesygepleje og andre ordninger for kort- og langtidspleje og omsorg. De har desuden ansvaret for revalidering og for, at der udarbejdes en forsvarlig plan for bedriftssundhedstjenesten i den lokale industri og i de primære erhverv (landbrug, fiskeri m.v.).

Kommunerne kan varetage disse forpligtelser ved enten selv at ansætte personale eller ved at indgå aftaler med privatpraktiserende læger og fysioterapeuter. Hvis det skønnes hensigtsmæssigt, kan kommunerne også selv varetage ergoterapi, og bedriftssundhedstjeneste.

Patienter, der har behov for mere specialiserede undersøgelser eller behandling end den, den primære sundhedstjeneste kan forventes at yde, kan henvises til specialister på sygehuse eller universitetsklinikker, eller også kan den kommunale sundhedstjeneste søge råd og vejledning hos specialister.

Fylkeskommunerne (amtskommunerne) har ansvaret for driften af sygehuse og andre specialiserede sundhedsydelser, medicinske laboratorier og ambulance-tjeneste. Fylket har ligeledes ansvaret for tandbehandling til personer op til 21 år, for psykisk udviklingshæmmede og for personer på sygehjem samt for behandlingen i hjemmesygeplejen.

The pharmacies are mainly privately owned, but they are subject to strict public control. A public licence is a prerequisite for operation. Pharmacies are obliged to store or procure such pharmaceuticals, bandages or nursing equipment as may be prescribed.

SWEDEN: The primary health service is run by the county councils and by the municipalities which are independent of the county councils. During a trial period (1992-1996), some municipalities had the main responsibility for the primary health service sector. (In 1996, 5 out of 288 municipalities). The trial period may be prolonged to the end of 1998. Three of the municipalities continue the trial in 1997.

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

School health service, home help, as well as health preventive and environment protective measures all come under the municipalities.

The municipalities have the responsibility for the local nursing homes and part of the home nursing service.

The counties have responsibility for both the open and closed ward psychiatric treatment. There is, however, current change within psychiatry by way of increased collaboration with other agents. Thus, the municipalities have assumed

Apotekervæsenet er hovedsageligt privatejet, men underlagt en streng offentlig kontrol. Der kræves offentlig autorisation for at kunne drive apotek. Apotekerne har pligt til at føre – eventuelt skaffe – de lægemidler, forbindsstoffer og sygeplejeartikler, der forlanges.

SVERIGE: Det primære sundhedsvæsen drives af de landstingsuafhængige kommuner og landstingene (amtskommunerne). I en forsøgsperiode, 1992-1996, var nogle kommuner hovedansvarlige for den primære sundhedstjeneste. (I 1996 var det 5 kommuner ud af 288). Forsøgsperioden forlænges muligvis til udgangen af 1998. Tre af kommunerne fortsætter forsøget i 1997.

Den primære sundhedstjeneste omfatter sundhedscentre med almenmedicinske læger, børne- og mødrecentre, distriktsygepleje, distriktsfysioterapi, arbejds-terapi, sygebehandling i hjemmet og offentlig tandpleje. Det primære sundhedsvæsen har til opgave at arbejde for befolkningens sundhed inden for et geografisk afgrænset område.

Skolesundhedstjeneste og hjemmehjælp hører, ligesom det lokale miljø- og sundhedsforebyggende arbejde, under kommunerne.

Primærkommunerne har ansvaret for de lokale sygehjem og for en del af hjemme-sygeplejen.

Landstingene har ansvaret for såvel den åbne som lukkede psykiatriske behandling. Der er dog en udvikling i gang inden for psykiatrien med et udvidet samarbejde med andre aktører. Således har kommunerne fået forøget deres ansvar

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

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 attached to the individual companies.

Privately produced but publicly financed health care and nursing exists on a limited scale. There are a few places in private nursing homes. About 20 per cent of all medical consultations take place with private practitioners. In addition, there are physiotherapists in private practice. Half of the dentists are private practitioners. The laws concerning fees, etc. to privately practising physicians and physiotherapists govern the conditions for the rights of physicians and physiotherapists to establish private practices, and instruct the county councils to finance them.

The hospitals are run by the county councils and the regionally independent municipalities.

The provincial hospitals comprise both more specialised hospitals covering the whole province and hospitals covering only parts of the province. Medical treatment is provided in most areas of specialization, partly at the hospital wards, partly at the out-patient clinics. Psychiatric treatment, which is often divided into sectors, belongs under the provincial hospital service.

for psykiatriske patienters bolig, støtte og omsorg.

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

Privatproduceret, men offentligt finansieret, sundheds- og sygebehandling udøves i begrænset omfang. Der er enkelte pladser på de private sygehjem. Cirka 20 pct. af alle lægebøger foregår hos privatpraktiserende læger. Herudover findes der privatpraktiserende fysioterapeuter. Halvdelen af tandlægerne er privatpraktiserende. Lovene om vederlag m.v. til privatpraktiserende læger og fysioterapeuter regulerer vilkårene for lægers og fysioterapeuters ret til at etablere sig som private behandlere og pålægger landstingene at finansiere dem.

Sygehusene drives af landstingene (amtskommunerne) og de landstingsuafhængige kommuner.

Lenssygehusene omfatter såvel mere specialiserede sygehuse, der dækker hele lenet, som sygehuse, der dækker dele af lenet. Inden for de fleste specialer foregår sygdomsbehandlingen både ved sygeafdelinger (sluten vård) og i ambulatorier (åben vård). Den psykiatriske behandling er ofte sektoropdelt og hører under lenssygehusvæsenet.

More complicated and specialized treatment is provided by the regional hospital service. The county councils cooperate in six treatment regions, each with at least one regional hospital.

Mere krævende og specialiseret sygdomsbehandling foregår på regionale sygehuse. Landstingene samarbejder om sygdomsbehandling i seks regioner, der hver har mindst ét regionssygehus.

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 advisors and supervisors at all levels and are authorised to take necessary measures either by consultation or by handing over further treatment of a case to central authorities. The institutions are attached to the National Board of Health, professionally as well as financially.

The supervision of medical staff and their professional activity is carried out by the National Board of Health in close collaboration with the local medical offi-

Tilsyn med sundhedsvæsenet

DANMARK: Tilsynet med sundhedsvæsenet er dels baseret på loven om sundhedsvæsenets centralstyrelse, dels på særlovgivning, først og fremmest om de forskellige grupper af medicinsk personale (lægeloven, sygeplejeloven, etc.) 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 fornødne, enten i form af påtale eller ved videregivelse af sagens behandling til de centrale tilsynsmyndigheder. Såvel fagligt som budgetmæssigt er embedslægeinstitutionerne knyttet til Sundhedsstyrelsen.

Tilsynet med det medicinske personale og deres professionelle virksomhed udføres af Sundhedsstyrelsen i tæt samarbejde med de lokale embedslæger. Afgørel-

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

cers. Decisions concerning individuals may in such cases be appealed to the responsible minister or possibly the courts.

Complaints about medical staff, mostly physicians, are handed 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 it is necessary to bring action of supervision concerning specific questions.

FAROE ISLANDS: It is the National Board of Health in Denmark which has the overall supervision of the health care and nursing, and it is the highest advisor to the public authorities in cases which require medical or pharmacological insight, cf. the Centralised Management of the Health Service Act.

The Danish Act concerning the institutions of medical officers, etc. also applies to the Faroe Islands. According to this order, the national medical officer on the Faroe Islands is called the chief medical officer.

ser vedrørende enkeltpersoner kan i sådanne sager indankes for den ansvarlige minister og eventuelt domstolene.

Klager over medicinsk personale, først og fremmest læger, indgives til Patientklagenævnet. Efter forbehandling af sagerne (partshøringer, faglig vurdering m.v.) hos embedslægen træffes den endelige afgørelse af patientklagenævnet.

Tilsynet med sundhedsvæsenets virksomhed udføres primært som et samarbejde mellem de decentrale myndigheder i forbindelse med det lovbestemte planlægningsarbejde om udformning af vejledende retningslinier og i en dialog om 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: Det er Sundhedsstyrelsen i Danmark, der fører det overordnede tilsyn med sundheds- og sygeplejen og er øverste rådgiver for det offentlige i forhold, der kræver lægekyndig eller apotekerkyndig indsigt, jf. loven om sundhedsvæsenets centrale styrelse.

Den danske lov om embedslægeinstitutioner m.v. gælder også på Færøerne. Ifølge denne anordning benævnes den stedlige embedslæge Landslægen på Færøerne.

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

The chief medical officer, who professionally falls under the National Board of Health, is advisor on medical, sanitary, environmental, and social medical matters to both the state authorities, the Government of the Faroe Islands as well as to the local authorities.

On behalf of the National Board of Health, the chief medical officer supervises the activities carried out on the Faroe Islands by medical staff. The chief medical officer assists the legal and police authorities in forensic and similar matters.

GREENLAND: The supervision of the health service is carried out by the Greenland Board of Health, an independent institution under 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 Board supervises the general level of health in Greenland and inspects the performance of medical staff as well as the institutions under the Department of Health, Environment and Research. Other ad hoc advisory functions are carried out in connection with municipal institutions such as nursing homes, etc.

The Board of Health processes patients' complaints regarding health personnel in collaboration with the Danish Patient Complaint Board. The Board of Health also provides assistance to the police and legal authorities.

FINLAND: The nation-wide supervision of the health and social services is primarily carried out through legislation

Landslægen, der i faglig henseende hører under Sundhedsstyrelsen, er rådgiver for de statslige myndigheder, Færøernes landsstyre, Lagtinget og de kommunale myndigheder i lægelige, hygiejniske, miljømæssige og socialmedicinske forhold.

Landslægen fører på Sundhedsstyrelsens vegne tilsyn med den medicinske virksomhed, der udøves på Færøerne. Landslægen yder bistand til rets- og politimyndigheder i retsmedicinske og lignende sager.

GRØNLAND: Tilsynet med sundhedsvæsenet varetages af Embedslægeinstitutionen for Grønland, en sundhedsfagligt uafhængig institution under Grønlands Hjemmestyre.

Embedslægeinstitutionen yder rådgivning og anden bistand i sundhedsfaglige spørgsmål til Landsstyret og andre myndigheder. Embedslægeinstitutionen overvåger sundhedstilstanden på Grønland og fører tilsyn med det medicinske personales virksomhed og med institutionerne under Direktoratet for Sundhed, Miljø og Forskning. Derudover fører Embedslægeinstitutionen i fornødent omfang tilsyn med kommunale institutioner, såsom alderdomshjem o.l.

Embedslægeinstitutionen varetager behandlingen af sundhedsfaglige patientklager i samarbejde med Sundhedsvæsenets Patientklagenævn i Danmark og yder bistand til rets- og politimyndigheder.

FINLAND: Den landsdækkende styring af social- og sundhedsvæsenet varetages primært gennem lovgivningen og de der-

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

and its related statutes. Besides, the Government each year ratifies nation-wide plans for the health and social sector covering the following four years.

The main purpose of these nation-wide plans is to show which services the government regards as most important for the development of the public social and health service in the next four years. The aims and recommendations included in the plans are not binding for the municipalities, since the practical implementation of the plans is decided by the responsible municipal authorities.

The general planning, co-ordination and supervision of the statutory service rest with the Ministry of Social Affairs and Health. Planning, coordination and supervision in the provinces rest with the provincial governments. The chief medical officers and the forensic medical officers act as medical advisors to the Ministry of Social Affairs and Health within the provincial administration.

According to the Act on planning and government grants, a nation-wide body for the protection of patients' rights has been established in connection with the Ministry of Social Affairs and Health. The body may, at the initiative of the Ministry of Social Affairs and Health, assess whether the services of the individual municipalities meet the required standards. If the body finds that the service system of the municipalities is deficient for reasons owing to the municipalities, the body may recommend how and within what time limit the deficiency must be rectified.

til hørende forordninger. Regeringen godkender desuden hvert år de landsdækkende planer for social- og sundhedsområdet for den kommende fireårsperiode.

Hovedformålet med de landsdækkende planer er at udpege de satsningsområder, regeringen i de næste fire år anser for at være væsentlige for udviklingen af den offentlige social- og sundhedsservice. De mål og anvisninger for udviklingen, som opstilles i planerne, er ikke bindende for kommunerne, da implementeringen af dem afgøres af de ansvarlige kommunale myndigheder.

Den generelle planlægning, styring og tilsynet med den lovmæssige service påhviler Social- og hälsovårdsministeriet. Planlægning, styring og tilsyn inden for lenene påhviler länstyrelserne. Embedslægerne og retslægerne fungerer som lægelige rådgivere for Social- og hälsovårdsministeriets regionale administration.

I henhold til planlægnings- og statsandelsloven er der i tilknytning til Social- og hälsovårdsministeriet oprettet et landsdækkende nævn til varetagelse af patientrettigheder (grundskydds-nämnden). Nævnet kan på Social- og hälsovårdsministeriets foranledning vurdere, hvorvidt de enkelte kommuners service lever op til kravene. Hvis nævnet finder, at kommunernes servicesystem er mangelfuldt, og at kommunerne bærer ansvaret herfor, kan nævnet anbefale kommunen, hvordan manglerne skal udbedres og inden for hvilken tidsramme det skal ske.

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

STAKES (the Research and Development Centre for Welfare and Health) is responsible for statistics concerning activities within the health and social services as well as their registers.

The National Board of Medicolegal Affairs is responsible for supervision of the health care staff and make decisions in medicolegal matters.

The National Agency for Medicines supervises manufacture, import and distribution of medicines. It also takes care of standardization and statistics in this field.

The National Product Control Agency for Welfare and Health, controlled by the Ministry of Health and Social Affairs, is assigned with the duties of e.g. supervising the implementation of the Alcohol Act, the Tobacco Act and the Chemical Products Act.

The Institute of Occupational Health executes and promotes studies on the interaction of work and health.

The sixth advisory authority is the National Public Health Institute. Its statutory objective is to improve, investigate and inspect the public state of health. In addition, the institute carries out forensic examinations, routine diagnostic activity and research into the health-related sciences.

ÅLAND: Health legislation is mainly subject to the general legislation of Åland. Exceptions are measures to do with the integrity of the individual, combating of contagious diseases, and forensic examinations. In these areas, Finnish law also applies to Åland.

STAKES (Forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården) har ansvaret for statistik over aktiviteterne i social- og sundhedsvæsenet, såvel som for disses registre.

Rättskyddscentralen för hälsovården er ansvarlig for tilsynet med sundhedspersonale og tager beslutninger vedrørende medicinsk-juridiske spørgsmål.

Läkemedelsverket fører tilsyn med fabrikationen, import og distribution af medicin. Läkemedelsverket arbejder også med standardiseringer og statistik på området.

Produkttillsynscentralen för social- och hälsovården, der er underlagt Social- och hälsovårdsministeriet, har bl.a. til opgave at rådgive ved gennemførelsen af loven om alkohol, loven om tobak og loven om kemiske produkter.

Institutet för arbetshygien gennemfører og støtter studier om samspillet mellem arbejde og sundhed.

Den sjette rådgivende myndighed er Folkhälsoinstitutet. Dets opgave er ifølge loven at fremme, undersøge og udøve tilsyn med befolkningens sundhed. Desuden gennemfører instituttet retsmedicinske undersøgelser, rutinebaseret diagnostisk virksomhed og sundhedsvidenskabelig forskning.

ÅLAND: Sundhedslovgivningen hører hovedsageligt under den ålandske lovgivning. Undtaget fra denne regel er ordninger vedrørende individets integritet, bekæmpelse af smitsomme sygdomme og retsmedicinske undersøgelser. På disse områder gælder finsk lovgivning også for Åland.

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

The supervision of the health service, including all finances, rests with the government and the municipalities jointly. The supervision of the competence of the health staff and their professional activity rests with the Finnish state, with the government acting as local administrative authority. The remaining supervision is organised like in Finland.

ICELAND: The Ministry of Health and Social Security has the overall responsibility for health care.

The daily responsibility for the health sector is decentralised through the management of each individual health centre. The responsible minister appoints the managements which are comprised by three members appointed by the relevant municipalities, one representative for the health care personnel at the centre, as well as a chairperson appointed by the Minister. Each person must be a resident of the area in question. Similar rules apply to the management of the hospitals.

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 the health care institutions, the health care staff, the prescription of pharmaceutical products, the combat of substance abuse, and controls all public health care measures.

The 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.

Tilsynet med sundhedsvæsenet, herunder også med økonomien, påhviler Landskapsstyrelsen. Tilsynet med sundhedspersonalets kompetence og erhvervsudøvelse påhviler den finske stat med Landskapsstyrelsen som lokal forvaltningsmyndighed. Det øvrige tilsyn er organiseret som i Finland.

ISLAND: Sundheds- og socialforsikringsministeriet har det overordnede ansvar for sundhedsvæsenet.

Det daglige ansvar for sundhedscentrene er decentraliseret hos styrelsen for hvert enkelt center. Den ansvarlige minister udpeger styrelserne, som er sammensat af tre medlemmer udnævnt af de berørte kommuner, en repræsentant for sundhedspersonalet i centret, samt en formand udpeget af ministeren. Alle skal være bosat i det pågældende område. Lignende regler gælder for hospitalernes styrelser.

Medicinaldirektøren rådgiver ministeren og regeringen i alle spørgsmål vedrørende sundhed.

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

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

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

The Supervisory Body for Pharmaceutical products supervises pharmacies and the pharmaceutical products.

Lægemiddeltilsynet fører det farmaceutiske tilsyn med apoteker og lægemidler.

The responsibility for the external environment is divided among different Ministries including the Ministry of Health.

Ansvar for det ydre miljø er fordelt på forskellige ministerier, herunder Sundhedsministeriet.

NORWAY: According to the State Supervision of Health Services Act, any person who provides health care is responsible for establishing quality systems to ensure compliance with generally accepted norms and standards, as well as the requirements laid down by laws and regulations.

NORGE: Ifølge lov om statsligt tilsyn med helsetjenesten har enhver, som yder sundhedsservice, pligt til at medvirke ved etablering af systematiske foranstaltninger, der sikrer, at servicen ydes i overensstemmelse med såvel alment anerkendte normer og standarder som med de krav, der er nedfældet i love og forskrifter.

Together with the 19 Regional Medical Officers of Health, the National Board of Health is responsible for overall supervision of health status and health services in the country.

Helsetilsynet skal sammen med de 19 fylkeslæger føre overordnet tilsyn med sundhedstilstanden og sundhedsydelserne i landet.

An important task for the Norwegian Board of Health and the Regional Medical Officers is to assist decision makers at all levels by presenting relevant facts and conditions. The Norwegian Board of Health authorises certain types of health personnel, may apply sanctions, and has the power to revoke authorizations.

Helsetilsynet og fylkeslægerne har som en af deres vigtigste opgaver at tilvejebringe beslutningsgrundlaget for myndigheder på alle niveauer. Helsetilsynet autoriserer visse typer sundhedspersonale og har bemyndigelse til at udøve sanktioner og til at fratage autorisationer.

The Norwegian Board of Health also acts as complaints board for patient complaints and must place emphasis on the legal protection of patients.

Helsetilsynet er ligeledes patientklageinstans og skal være særligt opmærksom på patienternes retssikkerhed.

The Regional Medical Officers have a multi-professional staff of 15-20 and act as the extended arm of the supervisory authority. A number of cases are settled at this level. The Regional Medical Officers also play an important part as regards the collection and analysis of and

Fylkeslægeembedet har en tværfaglig stab på 15-20 personer og udgør Helsetilsynets yderste led. Embedet varetager det løbende tilsyn i fylkerne. En række sager afgøres på dette niveau. Fylkeslægerne har ligeledes en nøglerolle ved indsamling og analyse af informationer,

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

feedback on information concerning the level of health and the health services.

The National Board of Health and the Regional Medical Officers contribute to the development of norms and standards, give advice and guidance on quality development, encourage the development of new methods, carry out external system revisions, including verifications and handling of any non-compliance, as well as collation and communication of observations from all kinds of supervisory activities.

SWEDEN: The Government bears responsibility for the hospital and health services. It lays down the main guidelines for the activities and is in charge of the supervision of them.

The National Board of Health and Welfare is the central supervising authority for the health and hospital services. The Board has six county units. The central supervising authorities within environmental and health protection are, in addition to The National Board of Health and Welfare: The National Environmental Protection Board, The National Board of Occupational Safety and Health, The National Food Administration, The National Institute of Radiation Protection, The Chemical Inspection, the National Drug Inspection, and The Institute for Forensic Medicine. The remaining responsibility for supervision in the counties rests with the provincial governments.

The county councils and the independent municipalities bear the actual responsibility for the health and hospital services.

samt ved tilbagemeldinger om sundhedstilstanden og sundhedsydelse.

Statens helsetilsyn og fylkeslægeembederne skal bidrage til udviklingen af normer og standarder, give råd og vejledning om kvalitetsudvikling, initiere udvikling af nye metoder, udføre ekstern systemrevision, herunder verifikation og behandling af alle uoverensstemmelser, såvel som indsamling og bearbejdning af erfaringer fra alle former for tilsynsvirksomhed.

SVERIGE: Staten er ansvarlig for sundheds- og sygehusvæsenet. Gennem lovgivning fastlægger den rammerne for virksomheden og fører tilsyn hermed.

Socialstyrelsen er statens centrale tilsynsmyndighed for sundheds- og sygehusvæsenet. Styrelsen har seks regionale enheder. De centrale tilsynsmyndigheder inden for miljø- og sundhedsbeskyttelse er, udover Socialstyrelsen: Statens naturvårdsverk (miljøstyrelse), Arbetarskyddsstyrelsen (arbejdstilsyn), Statens livsmedelsverk (levnedsmiddelstyrelse), Statens strålskyddsinstitut, Kemikaliekontrollen, Statens läkemedelsverk (lægemiddeltilsyn) og Rättsmedicinalverket (retsmedicinsk institut). Det øvrige regionale ansvar for tilsyn er placeret hos länsstyrelserne.

Landstingene og de landstingsuafhængige kommuner har det praktiske ansvar for sundheds- og sygehusvæsenet.

The county councils are also responsible for the public dental care (primarily for children and young people).

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 counties only take care of specific matters such as advice and personal support.

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 State, while financing in the other countries mainly consists of county and/or municipal taxes and block grants from the State. In Norway, block grants are ear-marked for specific purposes, among these the health services. In the other countries, the State 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.

Charges for health care as at January 1, 1997

Consultation with physician

DENMARK: Consultations with general practitioners and practising specialists are usually free of charge.

Landstingene har ligeledes ansvaret for den offentlige tandpleje (først og fremmest for børn og unge).

Ifølge loven om støtte og service til visse funktionshæmmede er ansvaret for de psykisk udviklingshæmmede hovedsagelig placeret hos kommunerne. Landstingene har kun ansvar for særlige foranstaltninger, såsom rådgivning og personlig støtte.

Finansiering af sundhedsvæsenet

I de nordiske lande finansieres sundhedsvæsenet hovedsagelig af det offentlige. I Island er det hovedsagelig staten, der bidrager, mens finansieringen i de øvrige lande stammer fra amtskommunale og/eller kommunale skatter samt bloktilskud fra staten. I Norge er bloktilskuddene øremærket 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.

Egenbetaling for sundheds-ydelser pr. 1. januar 1997

Lægebesøg

DANMARK Besøg hos praktiserende læge og praktiserende speciallæge er normalt gratis.

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

FAROE ISLANDS: Consultations with one's own physician and practising specialists are normally free of charge for A-members of the health insurance scheme, whereas B-members pay a small share of the total fee. Out-patient examinations at hospital laboratories and X-ray departments are carried out free of charge.

GREENLAND: All medical consultations are free of charge.

FINLAND: The following charges may be levied in connection with out-patient treatment at the health centres:

1. A fixed annual charge of max. FIM 100, valid for 12 months period from the date of payment at the health centre where payment is made.
2. A fixed sum per visit of max. FIM 50. The charge is only payable at the first three visits at one and the same health centre in the course of one calendar year.

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

Costs for treatment received from private physicians are refunded. 60 per cent of the prices set by the Social Insurance Institution are reimbursed. The price fixed is lower than the actual price payable at the private physicians. Consequently, the real reimbursement percentage becomes lower. 75 per cent of the prices set by the Social Insurance Institution for examinations and treatments are refunded. A fee of FIM 70 is payable by the patient for each consultation.

FÆRØERNE: Besøg hos egen læge og praktiserende speciallæge er normalt gratis for A-medlemmer i sygekassen, mens B-medlemmer selv betaler en mindre del af det samlede honorar. Ambulante undersøgelser på sygehusenes laboratorier og røntgenafdelinger foretages uden egenbetaling.

GRØNLAND: Alle lægebesøg er gratis.

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

1. En fast årlig betaling på højst 100 FIM, gældende for en 12-måneders periode fra den dag betalingen til den pågældende hälsovårdscentral har fundet sted.
2. Et fast beløb pr. besøg på højst 50 FIM. Beløbet skal kun betales for de første tre besøg på én og samme hälsovårdscentral i løbet af et kalenderår.

De ovenfor nævnte betalinger opkræves ikke for personer under 15 år.

Udgifter til behandling hos privatpraktiserende læge refunderes med 60 pct. af den pris, som er fastsat af Folkpensionssanstalten. Den fastsatte takst er lavere end den faktiske pris hos en privatpraktiserende læge. Dette medfører, at den reelle procentuelle refusion er mindre. Udgifter til undersøgelse og behandling refunderes med 75 procent af den takst, som er fastsat af Folkpensionssanstalten. Patienterne skal selv betale 70 FIM for hver undersøgelse og behandling.

For ambulance transport the charge is a maximum of FIM 45 for a single journey.

ÅLAND: The basis for charges within the health service is largely the same as in Finland, but the independent legislation in Åland makes an independent practice of charging fees possible, which is being used. Consultation with a physician in a health centre costs FIM 50. After 7 visits a total cost reduction of FIM 350 for a whole year is offered. Further visits are free of charge. Also other kinds of services not previously covered by the patient charge schemes, e.g. nursing materials within the home nursing sector, are to an increasing degree becoming subject to patient charges. There is, however, a charge ceiling of FIM 1.500 per year. This figure, however, excludes patient charges for hospitalization and dental care. Patient charges for consultation with a private practitioner and reimbursement from the health insurance is the same for Åland and Finland.

ICELAND: Charges for consultation with a general practitioner within normal working hours are ISK 700. The charge is, however, ISK 300 for the following groups: pensioners aged 70 years and older, disabled people, old-age pensioners aged 67-70 years who received anticipatory pension prior to old-age pension, pensioners aged 60-70 years receiving unreduced basic pension, disabled and chronically ill children, and children under 16 years of age.

Outside normal working hours the ordinary charge is ISK 1,100 while the charge for the groups entitled to the reduced rate is ISK 500.

Egenbetaling for ambulancetransport er fastsat til maksimalt 45 FIM for en enkelt tur.

ÅLAND: Grundlaget for egenbetaling i sundhedsvæsenet er som hovedregel det samme som i Finland, men Ålands selvstændige lovgivning åbner mulighed for en selvstændig praksis for egenbetaling, hvilket også udnyttes. Et lægebesøg i et sundhedscenter koster 50 FIM. Efter 7 besøg opnås en udgiftsreduktion på i alt 350 FIM for hele året. Evt. yderligere besøg er uden brugerbetaling. Også andre former for service, der ikke tidligere var omfattet af brugerbetaling, fx plejemateriel inden for hjemmesygeplejen, gøres i stadig større udstrækning til genstand for brugerbetaling. Der er dog indført et afgiftsloft på 1.500 FIM pr. år. I dette beløb indgår dog ikke egenbetaling for indlæggelse på sygehus og egenbetaling for tandpleje. Egenbetalingen for besøg hos privatpraktiserende læge og refusion fra sygeforsikringen er den samme i Åland og Finland.

ISLAND: Egenbetalingen for et lægebesøg hos en almenmedicinsk læge i den normale konsultationstid udgør 700 ISK. For en række grupper er egenbetalingen dog kun 300 ISK. Det gælder pensionister i alderen 70 år og derover, handicappede, alderspensionister i alderen 67-70 år som modtog førtidspension før alderspensionen, pensionister i alderen 60-70 år som modtager fuld grundpension, handicappede og kronisk syge børn samt børn under 16 år.

Uden for den ordinære arbejdstid er egenbetalingen 1.100 ISK, mens egenbetalingen for de grupper, som har ret til reduceret egenbetaling, er 500 ISK.

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

Consultations concerning preventive health care for pregnant women or women with small children, as well as school health care is free of charge.

The charge for home visits within normal working hours is ISK 1,100. The charge is reduced to ISK 400 for the groups of people referred to above. This does, however, not apply for children under 16 years of age who do not receive supplementary care allowance. They pay the full charge.

The ordinary charge for home visits outside of normal working hours is ISK 1,600. For those groups entitled to the reduced rate it is ISK 600.

The charge for consultation with a specialist is: (a) ISK 1,400 plus 40 per cent of the remaining cost in connection with the consultation or (b) ISK 500 plus one third of the remaining 40 per cent of the cost. This reduced charge applies to the same groups as are entitled to paying reduced rates for home visits. The same rates also apply to out-patient treatment in hospitals and out-patient clinics.

Insured people pay ISK 1,000 for each laboratory test (through personal consultation or submitted test material) or X-ray treatment. For groups who are also entitled to reduced charges for home help, the payment is ISK 300.

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

NORWAY: As per January 1, 1997, the day charges for the health services are as

Konsultationer med henblik på sundhedsforebyggelse for gravide kvinder og kvinder med småbørn samt skolesundhedspleje er uden egenbetaling.

Egenbetaling for sygebesøg ved egen læge i den normale arbejdstid er 1.100 ISK. For de grupper, som har ret til reduceret egenbetaling er egenbetalingen 400 ISK. Dette gælder dog ikke for børn under 16 år som ikke modtager plejetilskud. Disse betaler den fulde egenbetaling.

Den ordinære egenbetaling for hjemmebesøg uden for normal arbejdstid er 1.600 ISK. For de grupper, som har ret til reduceret egenbetaling, er den 600 ISK.

Egenbetalingen for besøg hos en speciallæge er: (a) 1.400 ISK samt 40 pct. af resten af udgifterne ved besøget eller (b) 500 ISK plus en tredjedel af de 40 pct., som udgør den resterende udgift for besøget. Den reducerede egenbetaling gælder for de samme grupper som anført under hjemmebesøg. Der gælder de samme takster for ambulans behandling ved sygehuse og i ambulatorier.

Forsikrede betaler 1.000 ISK for hver laboratorieundersøgelse (ved besøg eller indsendt prøve) eller røntgenbehandling. For de grupper, som også er berettiget til reduceret egenbetaling for hjemmehjælp, udgør den 300 ISK.

Egenbetalingen for personer, der har været arbejdsløse uafbrudt i en periode på 6 måneder eller længere, er den samme som for pensionister.

NORGE: Egenbetalingen for sundhedsvesenets dagbehandling er pr. 1. januar

follows: Consultation with general practitioner: NOK 83; consultation with specialist: NOK 118; single consultation in person with physician, psychiatrist or child psychiatrist: NOK 20; home visit by general practitioner: NOK 110; home visit by specialist: NOK 118 and X-ray examination per requisition: NOK 90.

Evening, night and holiday charges for the health services were as per the same date as follows: Consultation with general practitioner: NOK 120; consultation with specialist: NOK 145; single consultation in person with physician, psychiatrist or child psychiatrist: NOK 20; home visit by general practitioner: NOK 145; and home visit by specialist: NOK 155.

The charge for psychotherapy was NOK 118. For children under the age of 18, psychotherapy is free of charge.

For treatment of children under 7 years of age and in case of industrial injury, childbirth and in a few other cases, the national health insurance scheme grants full reimbursement.

SWEDEN: The local authorities set the charges. For consultation with a physician in the primary health service or the family doctor, the charge varies from SEK 60 to SEK 140, while it varies from SEK 100 to SEK 260 for consultation with a specialist (at a hospital or in private practice).

For physiotherapy within both the public and private health services, the charge varies from SEK 50 to SEK 120.

1997 følgende: Konsultation hos almenmedicinsk læge: 83 NOK; konsultation hos speciallæge: 118 NOK; enkelt patientkontakt ved personligt fremmøde hos læge, psykiater eller børnepsykiater: 20 NOK; sygebesøg ved almenmedicinsk læge: 110 NOK; sygebesøg ved speciallæge: 118 NOK og røntgenundersøgelse: 90 NOK pr. rekvisition.

Sundhedsvæsenets takster for behandling i aften- og nattetimerne samt på helligdage var på samme tidspunkt følgende: Konsultation hos almenmedicinsk læge: 120 NOK; konsultation hos specialist: 145 NOK; enkelt patientkontakt ved personligt fremmøde hos læge, psykiater eller børnepsykiater: 20 NOK; sygebesøg ved almenmedicinsk læge: 145 NOK og sygebesøg ved speciallæge: 155 NOK.

Egenbetalingen for psykoterapi var 118 NOK. Børn og unge under 18 år skal ikke betale for psykoterapi.

Folketrygden yder fuld godtgørelse ved behandling af børn under 7 år, samt ved behandling i forbindelse med arbejdsskade, fødsel og i enkelte andre tilfælde.

SVERIGE: De lokale myndigheder fastsætter selv taksterne. For lægebesøg i den primære sundhedstjeneste eller hos huslægen varierer egenbetalingen fra 60 SEK til 140 SEK, mens den varierer fra 100 SEK til 260 SEK ved lægebesøg hos specialist (på sygehus eller hos privat praktiserende læge).

For fysioterapi inden for såvel det offentlige som det private sundhedsvæsen varierer egenbetalingen fra 50 SEK til 120 SEK.

Reimbursement of pharmaceutical products

DENMARK: Pharmaceutical products are divided into the following groups:

1. Pharmaceutical products with no reimbursement from the national health insurance. Individual reimbursement (49.8 per cent or 74.7 per cent) can be obtained by applying through a patient's physician to the National Board of Health.
2. Pharmaceutical products with a reimbursement of 49.8 per cent from the national health insurance scheme. Pharmaceutical products with a certain and valuable therapeutic effect are placed in this group, unless there is a risk of excessive use.
3. Pharmaceutical products with a reimbursement of 74.7 per cent from the national health insurance scheme. Pharmaceutical products are placed in this group if they, in addition to fulfilling the above-mentioned requirements, are used for treatment of well-defined, often potentially lethal diseases and provided the pharmaceutical products cannot be used on less appropriate indications.
4. Insulin preparations are reimbursed by 100 per cent by the national health insurance scheme.
5. For subsidised generic pharmaceutical products a scheme for a fixed cash subsidy is used. This implies that if there is a generic product on the market which costs less, the subsidy from the public health insurance scheme is not longer calculated at a fixed rate

Tilskud til lægemidler

DANMARK: Lægemidler inddeles i følgende grupper:

1. Lægemidler uden tilskud fra den offentlige sygesikring. Individuelt tilskud (49,8 eller 74,7 pct.) kan opnås ved at indsende ansøgning til Sundhedsstyrelsen gennem patientens egen læge.
2. Lægemidler med 49,8 pct. tilskud fra den offentlige sygesikring. I denne gruppe placeres lægemidler med en sikker og værdifuld terapeutisk effekt, med mindre der foreligger risiko for overforbrug.
3. Lægemidler med 74,7 pct. tilskud fra den offentlige sygesikring. I denne gruppe placeres lægemidler, hvis de, ud over at opfylde ovennævnte krav, anvendes til behandling af veldefinerede, ofte livstruende sygdomme. Desuden er det et krav, at lægemidlet ikke umiddelbart kan anvendes på mindre hensigtsmæssige indikationer.
4. Den offentlige sygesikring giver 100 pct. tilskud til insulinpræparater.
5. For tilskudsberettigede synonympræparater anvendes en ordning med fast tilskudsbeløb. Det betyder, at såfremt der på markedet findes synonympræparater, som er billigere, beregnes tilskuddet fra den offentlige sygesikring ikke som en fast andel af lægemidlets

according to the total cost of a pharmaceutical product. Instead, following negotiation with the National Board of Health, the Ministry of Health stipulates a reference price for each group of pharmaceutical products covered by the scheme. The reference price forms the basis of the calculation of the subsidy given.

fulde pris. I stedet fastsætter Sundhedsministeriet, efter forhandling med Sundhedsstyrelsen, en referencpris 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 worked out, covering prices for all pharmaceutical products on the market.

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

FAROE ISLANDS: There is a group of pharmaceutical products without subsidy for which individual subsidy may be obtained following an application made to the National Pharmacist by a patient's physician.

FÆRØERNE: Der findes en gruppe lægemidler uden tilskud, hvortil der kan opnås individuelt tilskud efter indsendelse af ansøgning fra patientens egen læge til landsapotekeren.

Otherwise, the Faroe subsidy scheme regarding pharmaceuticals corresponds largely to the Danish schemes. However, only a 75 per cent subsidy is paid by the health insurance scheme for the use of insulin. For special groups of people, it is possible to obtain subsidies for charges from the social services. On the Faroe Islands, there is no scheme regarding fixed cash subsidy.

I øvrigt svarer den færøske tilskudsordning for lægemidler stort set til den danske. Der ydes dog kun 75 pct. tilskud til insulin fra sygekasserne. Særlige persongrupper har mulighed for at få tilskud fra socialforvaltningen til egenbetalingen. På Færøerne er der ingen ordning med fast kronetilskud.

GREENLAND: Pharmaceutical products are free of charge and distributed through the health service with the exception of non-prescription pharmaceutical products. These may be obtained, from various retail outlets in the districts.

GRØNLAND: Medicin er gratis og distribueres via sundhedsvæsenet, bortset fra håndkøbsmedicin, der forhandles i dagligvarebutikker og kiosker. Håndkøbsmedicin udleveres i varierende grad også fra distrikterne.

FINLAND and ÅLAND: Pharmaceutical products are divided into four groups:

FINLAND og ÅLAND: Lægemidler inddeles i fire grupper:

1. Non-prescription products where the patient pays the full price.

1. Receptfri præparater, hvor patienten betaler fuld pris.

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

- | | |
|--|--|
| <p>2. Pharmaceutical products to be refunded by the health insurance scheme by 50 per cent of the amount exceeding FIM 50.</p> <p>3. Pharmaceutical products refunded by the health insurance scheme by 75 per cent of the amount exceeding FIM 25. This is the case for pharmaceuticals used for treatment of serious long-term diseases.</p> <p>4. Pharmaceutical products refunded by the health insurance scheme by 100 per cent of the amount exceeding FIM 25.</p> | <p>2. Lægemedler, som refunderes af sygeforsikringen med 50 pct. af den del af beløbet, der overstiger 50 FIM.</p> <p>3. Lægemedler, som refunderes af sygeforsikringen med 75 pct. af den del af beløbet, der overstiger 25 FIM. Dette er tilfældet for lægemidler til behandling af langvarige, alvorlig sygdomme.</p> <p>4. Lægemedler, som refunderes af sygeforsikringen med 100 pct. af den del af beløbet, der overstiger 25 FIM.</p> |
|--|--|

As a rule, the health insurance scheme fully reimburses the costs for charges exceeding FIM 3,166.24 in the course of one calendar year.

Som hovedregel gælder, at såfremt egenbetalingen overstiger 3.166,24 FIM i løbet af ét kalenderår, refunderer sygeforsikringen i fuldt omfang de udgifter, der overstiger dette beløb.

ICELAND: Most of the important pharmaceutical products are reimbursed according to a system based on diagnoses and approved preparations.

ISLAND: De fleste vigtige lægemidler refunderes efter et system, der er baseret på diagnoser og godkendte præparater.

Patients pay ISK 800 for a maximum 100 days' prescription plus 40 per cent of the price of the pharmaceutical products up to a total of ISK 3,000. Old age pensioners and disabled people pay the first ISK 250 for every prescription plus 20 per cent of the price of pharmaceutical products up to a total of ISK 800. For some essential pharmaceutical products, patients must pay the first ISK 800 themselves for each prescription plus 24 per cent of the price of the pharmaceutical products up to ISK 1,500. Old-age pensioners and disabled people pay the first ISK 250 for every prescription plus 12 per cent of the price of the pharmaceutical products up to ISK 400.

Patienten betaler 800 ISK for maksimalt 100 dages ordination, plus 40 pct. af lægemidlets pris op til 3.000 ISK. Pensionister og handicappede betaler de første 250 ISK for hver ordination, plus 20 pct. af lægemidlets pris op til 800 ISK. For visse vigtige lægemidler skal patienten selv betale de første 800 ISK for hver ordination, plus 24 pct. af lægemidlets pris op til i alt 1.500 ISK. Pensionister og handicappede betaler de første 250 ISK for hver ordination, plus 12 pct. af lægemidlets pris op til i alt 400 ISK.

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

In special individual cases reimbursement by the health insurance scheme may cover more of the medicine cost than is described above.

There also exists a reference-price system. For generic drugs of the same form, strength and package size, the reimbursement is limited to the maximum reference price calculated from the lowest priced package in each comparison group. The present reference-price list covers about 19 per cent of the registered drugs.

NORWAY: Most of the important pharmaceutical products are reimbursed according to a system based on diagnoses and approved preparations. The patient's charge is 36 per cent of the prescription amount, however, only 12 per cent for children between the ages of 7 and 16 and for old age and disability pensioners, respectively. The charge must not exceed NOK 330 or NOK 110, per prescription. The national health insurance scheme grants full reimbursement in case of recognized industrial injury, for tuberculosis and venereal diseases, and in a few other cases. For children under the age of 7, expenses for pharmaceutical products are fully reimbursed.

SWEDEN: On January 1, a new reduction scheme for prescribed pharmaceutical products was introduced. The reduction is calculated on the basis of the cost of the purchase. For purchases of up to

Nogle lægemidler til behandling af specielle sygdomme, betales fuldt ud af sygeforsikringen. For andre betaler patienten selv det hele.

I specielle, individuelle tilfælde kan sygeforsikringen yde større tilskud til lægemidler end beskrevet ovenfor.

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. 19 pct. af de registrerede lægemidler.

NORGE: De fleste vigtige lægemidler refunderes efter et system baseret på diagnoser og godkendte præparater. Egenbetalingen udgør 36 pct. af receptbeløbet for lægemidler, dog kun 12 pct. for børn mellem 7 og 16 år og for alders- og invalidepensionister. Egenbetalingen må ikke overstige 330 NOK, respektive 110 NOK pr. recept. Folketrygden yder fuld godtgørelse for udgifter til lægemidler i forbindelse med en godkendt erhvervsskade, samt for tuberkulose og veneriske sygdomme og for enkelte andre sygdomme. For børn under 7 år ydes der ligeledes fuld godtgørelse for udgifter til medicinkøb.

SVERIGE: Den 1. januar blev der indført et nyt rabatsystem for lægemidler på recept. Rabatten udregnes i forhold til den pris, lægemidlet købes for. For indkøb op til 400 SEK over en 12-måneders

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

SEK 400 over a 12-month-period, the patient pays the full cost. For exceeding purchases a reduction is granted. For costs between SEK 400 and SEK 1,200 the user charge is 50 per cent; between SEK 1,200 and SEK 2,800 the charge is 25 per cent, and between SEK 2,800 and SEK 3,800 the charge is 10 per cent. The ceiling for costs of pharmaceutical products is reached at SEK 3,800, at which point the patient has paid out SEK 1,300 and is hence entitled to a free medical card for the rest of the period. The rules apply to pharmaceutical products on prescription approved for reduction, inclusive of contraceptive pills and articles used for stomas. Insulin remains free of charge.

Admission to hospital

DENMARK, THE FAROE ISLANDS and GREENLAND: All hospitalization is free of charge.

FINLAND and ÅLAND: Patients pay a charge for admission to a hospital, psychiatric ward or health centre which as per 1 January 1997 was a maximum of FIM 125 per day.

For out-patient treatment at specialised hospitals the maximum charge is FIM 100 per visit (FIM 120 in Åland).

At the health centres, hospitals and related institutions, charges may only be levied for the first seven days of treatment in one calendar year with respect to persons not yet 18 years of age.

For day-time hospitalization and night-time hospitalization the fee is FIM 62 per

periode betaler man selv det hele. For køb derudover gives der rabat. For udgifter mellem 400 SEK og 1.200 SEK er egenbetalingen 50 pct., mellem 1.200 SEK og 2.800 SEK er egenbetalingen 25 pct. For køb mellem 2.800 og 3.800 SEK er egenbetalingen 10 pct. Grænsen for hvornår der skal ydes egenbetaling er 3.800 SEK. Patienten har da selv betalt 1.300 SEK og har derefter ret til et såkaldt frikort i resten af perioden. Reglerne gælder rabatberettigede lægemidler på recept, inklusive P-piller og forbrugsstoffer i forbindelse med stomier. Insulin er fortsat gratis.

Indlæggelse på sygehus

DANMARK, FÆRØERNE og GRØNLAND: Indlæggelse på sygehus er gratis.

FINLAND og ÅLAND: Patienten betaler et beløb for indlæggelse på sygehus, psykiatrisk sygehus eller sundhedscenter som pr. 1. januar 1997 højst kunne udgøre 125 FIM pr. dag.

For ambulat behandling ved de specialiserede sygehuse udgør egenbetalingen højst 100 FIM pr. besøg (på Åland dog 120 FIM).

For personer, som ikke er fyldt 18 år, kan der ved hälsovårdscentralerne, sygehuse og tilhørende institutioner kun opkræves egenbetaling for de første syv behandlingsdage i et kalenderår.

For dagindl ggelse og natindl ggelse er egenbetalingen 62 FIM pr. indl ggelses-

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

bed-day. For out-patient treatment at a specialised hospital the fee is also a max. of FIM 100 per visit.

For persons who are institutionalized on a long-term basis, charges are set in relation to the financial abilities of the person in question. The maximum charge is 80 per cent of the patient's monthly income. The patient must, however, be left at least the amount of the national basic pension for his or hers own use (446 FIM). The charge may also not exceed the actual expenses in connection with the stay.

ICELAND: All expenses in connection with hospitalization are covered by the health insurance scheme.

NORWAY: All hospitalization is free of charge.

The local government is entitled to charge patients in nursing homes in accordance with the regulations that apply to pensioners in old people's homes.

SWEDEN: The charges to be paid by patients do not exceed SEK 80 per day for people engaged in active employment. The payment varies between the different boards of treatment who fix the price between SEK 0 and SEK 80 according to income.

For old-age pensioners, the charges correspond to one third of the pension from the national insurance scheme before tax, but they never exceed SEK 80 per day.

dag. Ved ambulat behandling på de specialiserede sygehuse er egenbetalingen højst 100 FIM pr. besøg.

For personer, som opholder sig på en institution for langtidsbehandling, beregnes egenbetalingen i forhold til personens økonomiske formåen. Den maksimale egenbetaling er 80 pct. af patientens månedsløn. Der skal imidlertid være et beløb tilbage til patientens personlige behov, som svarer til grundpensionen (FIM 446). Egenbetalingen må heller ikke overstige de faktiske udgifter ved opholdet.

ISLAND: Alle udgifter vedrørende indlæggelse på sygehus er dækket af sygeforsikringen.

NORGE: Indlæggelse på sygehus er gratis.

Kommunerne kan opkræve en egenbetaling af patienter på sygehjem på samme måde som for pensionister på alderdomshjem.

SVERIGE: Egenbetalingen udgør højst 80 SEK pr. dag for erhvervsaktive. Betalingen varierer imellem de enkelte behandlingsnævn, som selv fastsætter prisen mellem 0 SEK og 80 SEK, afhængig af indkomsten.

For alderspensionister udgør egenbetalingen en tredjedel af pensionen fra den almindelige pensionsforsikring før skat, dog højst 80 SEK pr. dag.

Reimbursement of dental treatment

DENMARK: The public health insurance scheme subsidises dental treatment. The subsidy lies between 40 and 65 per cent of the fixed user charges, depending on a patient's age and type of treatment. Subsidy is not granted for gold work or prostheses.

In addition to public subsidy, around 1 million Danes are covered by a private insurance scheme which covers both treatments subsidised by the public scheme as well as treatment not covered by the public sector.

For children and young people under the age of 18, there is free municipal dental care, including orthodontics.

For elderly people living in nursing homes or in their own homes with various technical aids, a special dental care service is offered whereby a maximum annual charge of only DKK 300 is maintained.

According to the Social Assistance Act, further subsidy may be granted for dental treatment. The extent of subsidy is decided by the local authorities, and substantial variation occurs. The subsidy is granted on the basis of the urgency and severity of the present situation, its expected duration, and the individual's actual dental condition prior to the need for specific treatment. Normally this subsidy is only granted in the event of emergency dental treatment. Dental, mouth and jaw surgery is carried out at the hospitals and is paid for by the counties.

Tilskud til tandbehandling

DANMARK: Den offentlige sygesikring yder tilskud til tandbehandling. Tilskuddet udgør mellem 40 og 65 pct. af de fastsatte betalingstakster, afhængig af patientens alder og behandlingstype. Der ydes ikke tilskud til guldarbejder og proteser.

Derudover er ca. 1 mio. danskere dækket af en privat forsikringsordning, hvorefter der kan opnås tilskud både til behandlinger, som den offentlige sygesikring ikke yder tilskud til, og til behandlinger, der ikke er dækket af den offentlige sygesikring.

For børn og unge under 18 år er der vederlagsfri kommunal tandpleje, herunder tandregulering.

Ældre personer, der bor på plejehjem eller i eget hjem med mange hjælpeforanstaltninger, tilbydes omsorgstandpleje, for hvilken der maksimalt kan opkræves 300 DKK pr. år.

I henhold til bistanndsloven kan der ydes tilskud til tandbehandling. Omfanget af tilskud besluttet af de lokale myndigheder, og her er der store forskelle. Hjælpen tildeles efter en vurdering af den konkrete trangssituation, varigheden af denne samt personens tandplejemæssige niveau inden behovet for tandbehandling opstod. Sædvanligvis ydes denne bistand kun i tilfælde af akut tandbehandling. Tand-, mund- og kæbekirurgisk behandling udføres på sygehuse og betales af amterne.

FAROE ISLANDS: The health insurance provides subsidies for dental treatment and cover 45 per cent of the dentist's fee for ordinary dental care. For children of school age, there is a scheme for free municipal dental care.

GREENLAND: Preventive treatment, emergency treatment, ordinary treatment of dental diseases and denture treatment are free of charge. As capacity allows, more extensive dental treatment may be obtained.

FINLAND and ÅLAND: Young people under the age of 19 are entitled to dental treatment free of charge.

Charges from war veterans may not be levied for preventive dental work or clinical work in relation to dentures.

For normal dental treatment by private dentists, 19 to 41-year-olds must pay 40 per cent of the cost themselves, but only 10 per cent of the cost for preventive measures. For patients aged 42 years or more, the health insurance scheme offers no reimbursement (with the exception of certain mouth and tooth diseases).

ICELAND: The national health insurance scheme offers reimbursement of dental treatment. With the exception of gold, crowns, bridges and orthodontics, 75 per cent is granted for dental treatment of children aged 15 or thereunder. For the 16-year-olds, 50 per cent reimbursement is granted. 0-50 per cent of the costs of gold, crowns and bridges are reimbursed for children aged 16 and thereunder, cf. special rules in this respect. Orthodontics are not reimbursed. Long-term patients, as well as old-age

FÆRØERNE: Sygekasserne yder tilskud til tandbehandling og dækker 45 pct. af tandlægens honorar til almindelig tandpleje. For børn i den skolepligtige alder gælder en ordning om gratis kommunal tandpleje.

GRØNLAND: Profylaktisk behandling, nødbehandling, almindelig behandling for tandsygdomme og protesebehandling er gratis. I den udstrækning forholdene tillader det, har borgerne ret til videregående tandbehandling.

FINLAND og ÅLAND: Unge under 19 år har ret til vederlagsfri tandbehandling ved hälsovårdscentralerne.

Krigsveteraner kan ikke afkræves egenbetaling for forebyggende tandlægearbejde eller klinisk arbejde i forbindelse med proteser.

For almindelig tandbehandling hos private tandlæger skal 19-41-årige selv betale 40 pct. af udgifterne, men kun 10 pct. af udgifterne til forebyggende behandling. Patienter, der er 42 år og ældre, får ikke tilskud fra sygesikringen (undtaget fra denne regel er dog visse mund- og tandsygdomme).

ISLAND: Sygeforsikringen yder refusion til tandbehandling. Bortset fra guld, kroner, broer og tandregulering ydes der 75 pct. til tandbehandling af børn i alderen 15 år eller derunder. 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 refunderes ikke. Langtidssyge samt alders- og invalidepensionister får ligeledes dækket deres udgifter helt eller delvist. Der kan til denne gruppe ydes 50, 75 eller 100

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

and disability pensioners also have their costs covered in full or partially. For this group 50, 75 or 100 per cent of the expenses for dental treatment may be reimbursed, with the exception of gold, crowns and bridges.

Treatment (including orthodontics) due to congenital malformations, considerable anomalies (e.g. palate cleft), and aplasia, accidents and disease, is paid for according to special rules (from 0 to 100 per cent).

Reimbursement of dental treatment is not available to the rest of the population.

NORWAY: Dental treatment, except for orthodontics, is free of charge for all young people under 19 years of age. This also applies to certain other groups (mentally disabled, elderly, long-term ill, and disabled people).

SWEDEN: For children and young people under the age of 20, dental treatment is free of charge. For persons over the age of 20, reimbursement is granted from the dental treatment insurance scheme according to fixed rates. Patients pay the full amount if the total costs at the end of the treatment do not exceed SEK 700. For costs between SEK 700 and SEK 13.500, patients pay 65 per cent, while patients' share comprises 30 per cent when the costs amount to SEK 13.500 or more.

Maximum charges

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

pct. dækning af udgifterne til tandbehandling, dog ikke til guld, kroner og broer.

For behandling (inkl. ortodonti) af medfødte misdannelser, større anomalier (fx ganespalte), samt for aplasier, ulykker og sygdom, betales der efter særlige regler (fra 0 til 100 pct.).

Der ydes ikke tilskud til tandbehandling for den øvrige del af befolkningen.

NORGE: Tandbehandling, bortset fra tandregulering, er uden egenbetaling for unge under 19 år. Dette gælder også visse andre grupper (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. Såfremt de samlede udgifter ved behandlingens afslutning ikke overstiger 700 SEK, betaler patienten selv det hele. For udgifter mellem 700 SEK og 13.500 SEK betaler patienten selv 65 pct., mens patientens egenandel ved udgifter over 13.500 SEK udgør 30 pct.

Maksimal egenbetaling

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

FINLAND: If the total costs for pharmaceutical products exceed FIM 3,166.24 per year or if travelling costs exceed FIM 900 per year, the Social Security Scheme will reimburse the exceeding costs. If the total costs in connection with illness exceed FIM 4,000 per year, a special tax relief may be granted calculated on the basis of the person's ability to pay taxes.

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, 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, out-patient 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.

FINLAND: Hvis den maksimale egenbetaling for medicin udgør 3.166,24 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 i forbindelse med sygdom overstiger 4.000 FIM pr. år, gives der en særlig skattelettelse, som beregnes i forhold til beskatningsgrundlaget.

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 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 et rabatkort, som indebærer fuld eller delvis refusion for egenbetalingen i resten af året, efter visse regler.

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

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

NORWAY: Under the present scheme, reimbursement is granted for charges that exceed a certain annual amount. The system covers all those insured, both adults and children, who are living permanently or temporarily in the country. Thus a cost ceiling is imposed in connection with the charges for medical care, psychological treatment, necessary pharmaceutical products and transport paid for by the National Insurance Scheme. When the ceiling is reached, patients will receive a card granting them full reimbursement from the National Insurance Scheme for the rest of the year.

The cost ceiling for one of the parents applies to children under the age of 16 as well. As per January 1, 1997, the cost ceiling was NOK 1,290 per year.

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.

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, vil den sikrede få et frikort, som indebærer, at Folketrygden giver fuld refusion for disse udgifter i resten af året.

Børn og unge under 16 år er omfattet af udgiftsloftet hos én af forældrene. Pr. 1. januar 1997 var udgiftsloftet 1.290 NOK pr. år.

SVERIGE: Fra 1. januar 1997 er der indført 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, sammenregnes. 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.

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

For both types of maximum user charge it applies that 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.

For begge former for maksimal egenbetaling gælder det, at hvis én eller begge forældre sammen har flere børn under 18 år, er børnene fritaget for egenbetaling, såfremt lægemiddelindkøbet til dem samlet overstiger det fastlagte maksimum for egenbetaling.

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 eventually 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 caused a reduction in the population size in the Faroe Islands and has contributed

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 medført en reduktion i den færøske befolkning og har været medvirkende til at

to reducing the overall 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.

begrænse den samlede befolkningstilvækst 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.

Figure 2.1 Mean population by sex and age as percentage of the total population 1995
 Middelfolketallet efter køn og alder i pct. af hele befolkningen 1995

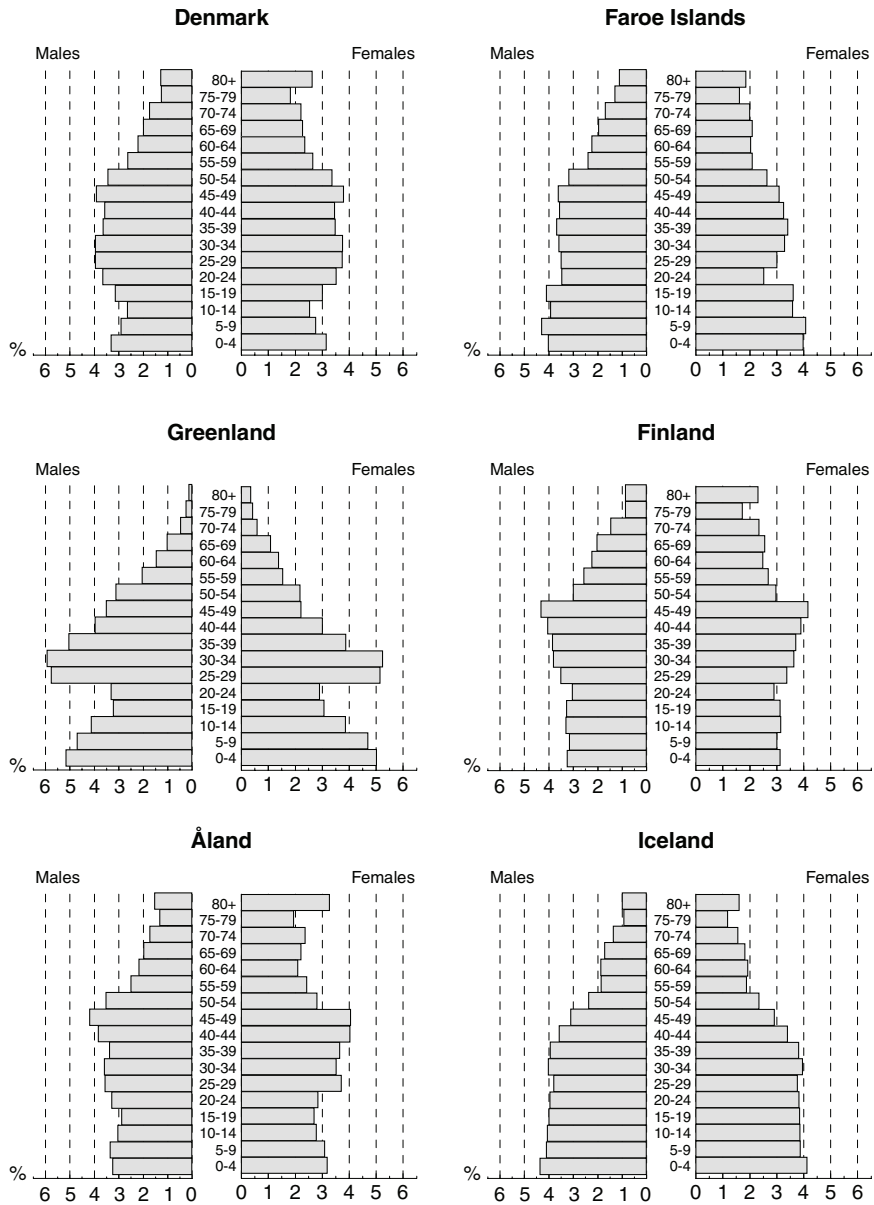
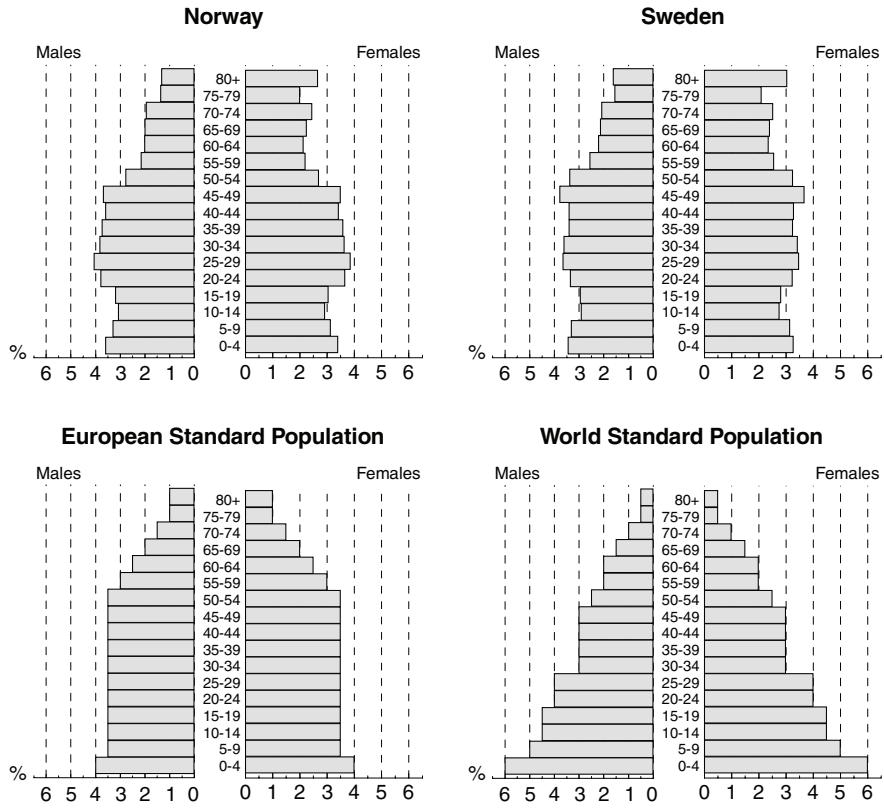


Figure 2.1 ... continued
... fortsat



POPULATION AND FERTILITY

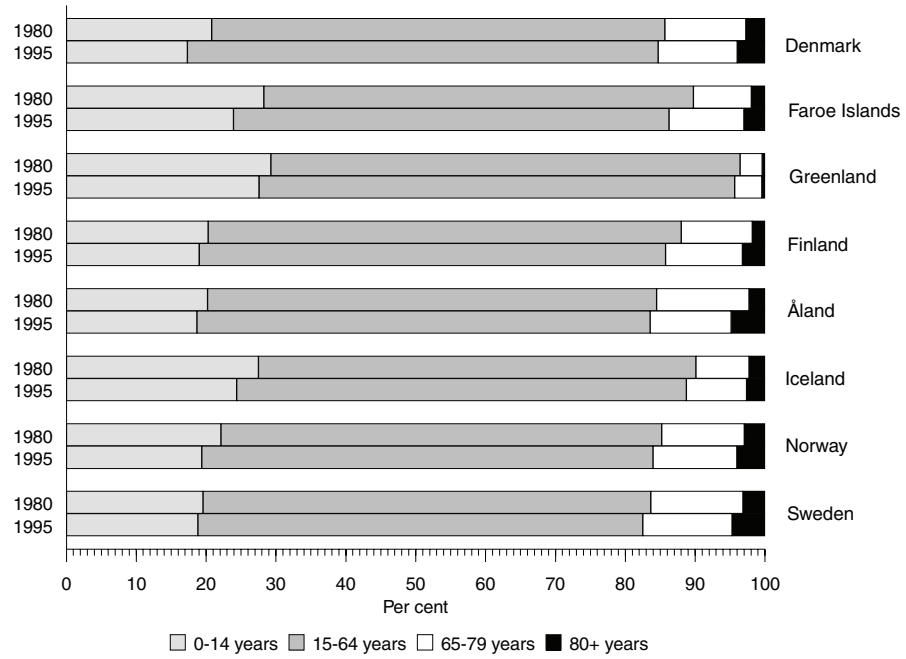
Table 2.1 Mean population 1980-1995
Middelfolketallet 1980-1995

	<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>
<i>(1,000)</i>								
<i>Males</i>								
<i>Mænd</i>								
1980	2,529	23	28	2,315	11	115	2,025	4,118
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
1994	2,568	23	30	2,476	12	133	2,144	4,339
1995	2,580	23	30	2,487	12	134	2,155	4,361
<i>Females</i>								
<i>Kvinder</i>								
1980	2,594	21	23	2,473	12	113	2,061	4,193
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
1994	2,637	21	26	2,612	13	133	2,192	4,442
1995	2,648	21	26	2,621	13	133	2,204	4,466
<i>Males and females</i>								
<i>Mænd og kvinder</i>								
1980	5,123	44	51	4,788	23	228	4,086	8,310
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
1994	5,205	44	56	5,088	25	266	4,336	8,781
1995	5,229	44	56	5,108	25	267	4,359	8,827

Source: *The central statistical bureaus*

Kilde: *De statistiske sentralbureauer*

Figure 2.2 Mean population 1980 and 1995 distributed by age groups 0-14, 15-64, 65-79 and 80+ years
 Middelfolketallet 1980 og 1995 fordelt efter aldersgrupperne 0-14, 15-64, 65-79 og 80+ år



POPULATION AND FERTILITY

Table 2.2 Vital statistics per 1,000 inhabitants 1980-1995
 Befolkningens bevægelser pr. 1.000 indbyggere 1980-1995

	<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>					
1980	11.2	10.9	0.3	0.1	0.3
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
<i>Faroe Islands</i>					
1980	17.1	7.1	9.9	-2.8	7.4
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
<i>Greenland</i>					
1980	20.5	7.6	12.8	..	17.5
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
<i>Finland</i>					
1980	13.2	9.3	3.9	-0.4	3.5
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
<i>Åland</i>					
1980	13.2	10.4	2.8	-1.9	0.9
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
<i>Iceland</i>					
1980	19.8	6.7	13.1	-2.3	10.8
1985	16.0	6.9	9.1	-2.3	6.8
1990	18.7	6.7	12.0	-2.7	9.4
1995	16.0	7.2	8.8	-5.3	5.1
<i>Norway</i>					
1980	12.5	10.1	2.4	1.0	3.3
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
<i>Sweden</i>					
1980	11.7	11.1	0.6	1.2	1.8
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

Source: The central statistical bureaus

Kilde: De statistiske centralbureauer

Table 2.3 Average life expectancy 1981-1995
Middellevetiden 1981-1995

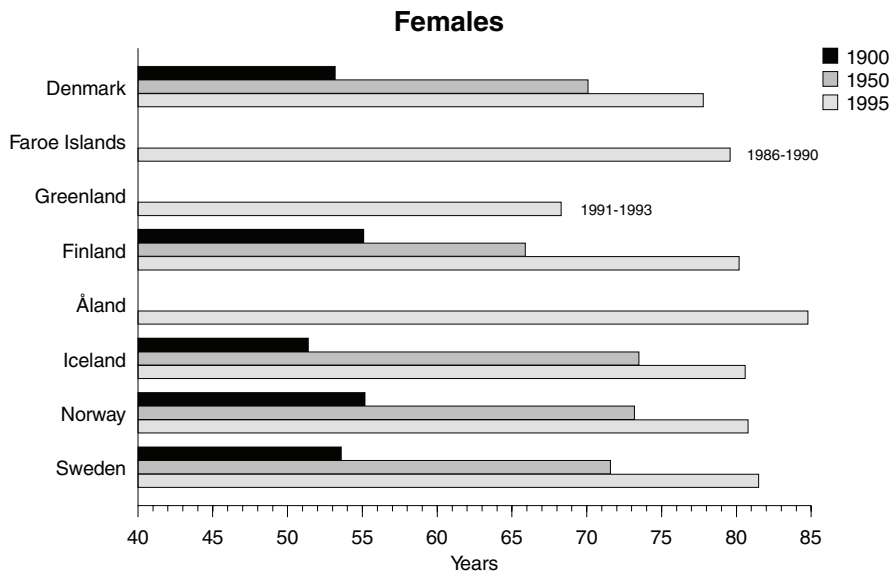
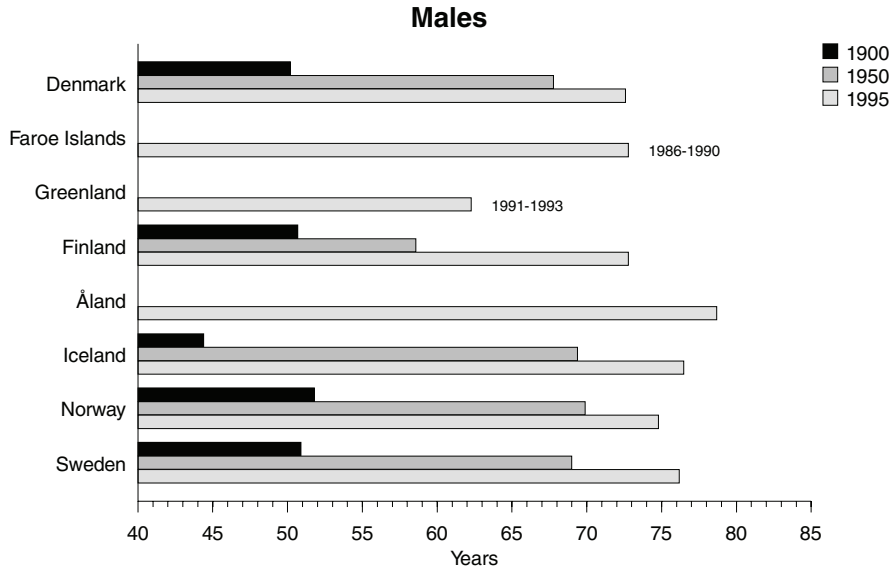
Age	Males Mænd					Females Kvinder				
	0	15	45	65	80	0	15	45	65	80
<i>Denmark</i>										
1981-85	71.5	57.6	29.3	13.8	6.3	77.5	63.3	34.4	17.7	7.9
1986-90	71.9	57.8	29.7	14.1	6.4	77.7	63.4	34.5	17.9	8.1
1994/95	72.6	58.3	30.1	14.2	6.4	77.8	63.4	34.4	17.6	8.2
<i>Faroe Islands</i>										
1981-85	73.3	59.6	31.2	15.0	6.6	79.6	65.7	36.4	18.4	7.8
1986-90	72.8	59.2	30.1	14.5	6.7	79.6	65.5	36.3	18.2	7.7
1991-95	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
<i>Greenland</i>										
1981-85	60.4	48.8	25.2	11.1	4.5	66.3	54.5	27.7	13.2	5.9
1986-90	60.7	48.5	24.6	10.6	4.4	68.4	53.8	28.7	13.7	5.4
1991-93	62.3	49.6	25.5	10.4	4.8	68.3	55.5	28.0	12.6	5.4
<i>Finland</i>										
1981-85	70.1	55.8	28.0	13.1	5.9	78.4	64.1	35.0	17.3	7.4
1986-90	70.7	56.4	28.8	13.6	6.1	78.8	64.4	35.3	17.6	7.5
1995	72.8	58.3	30.4	14.5	6.4	80.2	65.7	36.5	18.6	7.9
<i>Åland</i>										
1981-85	72.9	58.7	30.3	14.2	6.4	80.6	66.5	37.2	19.0	8.1
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>										
1981-85	74.1	59.9	31.8	15.5	7.3	79.9	65.6	36.4	18.7	8.6
1986-90	75.0	60.7	32.5	15.8	7.3	80.1	65.8	36.6	19.1	8.8
1994/95	76.5	62.2	33.7	16.7	7.4	80.6	66.3	36.9	19.4	8.7
<i>Norway</i>										
1981-85	72.7	58.7	30.4	14.4	6.5	79.4	65.3	36.1	18.4	8.0
1986-90	73.1	59.0	30.8	14.5	6.5	79.7	65.5	36.3	18.6	8.1
1995	74.8	60.4	31.9	15.1	6.5	80.8	66.2	37.0	19.1	8.4
<i>Sweden</i>										
1981-85	73.6	59.3	30.9	14.6	6.3	79.5	65.2	36.1	18.4	7.9
1986-90	74.4	60.1	31.7	15.1	6.5	80.2	65.8	36.7	18.9	8.2
1995	76.2	61.7	33.0	16.0	6.9	81.5	66.9	37.6	19.7	8.7

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 1995
 Middellevetiden for nyfødte 1900, 1950 og 1995



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.

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 rather on the same level as the other countries in this respect. Iceland and Sweden tend to have the lowest mortality rate. There is, however, for the period a declining trend in all countries regarding mortality during the first year of life.

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

The sale of coils per 1,000 women in their fertile age varies considerably between the countries.

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

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.

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 Sverige tenderer atter mod at have den laveste dødelighed. Der er dog i perioden registreret en faldende tendens for alle landene 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.

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.

POPULATION AND FERTILITY

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 all 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 concerned to decide whether an abortion is to be performed, while in the Faroe Islands, Finland and Iceland permission is required. Such a permission is given on the basis of social and/or medical criteria.

Except for Iceland, Greenland and Åland, there is a decrease in the total rate of abortions as well as in the number of abortions per 1,000 live births. However, Iceland and Åland still have very low rates. The abortion rates according to age show a somewhat varying pattern.

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

I alle 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 og Island kræves en tilladelse. En sådan gives ud fra sociale og/eller medicinske kriterier.

Med undtagelse af Island, Grønland og Åland kan der spores et fald i såvel den samlede abortrate som for aborter pr. 1.000 levendefødte børn. Både Island og Åland har dog fortsat meget lave rater. De aldersfordelte abortrater udviser et noget varieret mønster.

Table 2.4 Live births and fertility rate 1981-1995
 Levendefødte og fertilitetsrate 1981-1995

	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>									
1981-85	52,424	11.3	82.9	113.4	57.2	16.2	2.4	0.1	1,418
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
<i>Faroe Islands</i>									
1981-85	715	40.2	132.4	144.1	90.3	39.5	9.7	0.5	2,284
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>									
1981-85	1,059	67.3	126.5	120.1	77.1	34.6	10.4	0.6	2,183
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>									
1981-85	64,868	15.7	85.0	122.8	75.3	32.1	6.7	0.4	1,690
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
<i>Åland</i>									
1981-85	279	8.8	81.6	122.1	68.4	26.1	6.5	0.3	1,570
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>									
1981-85	4,204	41.6	130.1	128.2	86.9	38.4	8.1	0.2	2,168
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
<i>Norway</i>									
1981-85	50,660	20.5	99.4	122.6	67.2	22.3	3.9	0.2	1,680
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
<i>Sweden</i>									
1981-85	94,189	12.2	84.3	124.1	76.8	27.0	5.0	0.2	1,648
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

The table covers HFA Statistical Indicator 28.6

Source: The central statistical bureaus

Kilde: De statistiske centraltbureauer

POPULATION AND FERTILITY

Figure 2.4 Total fertility rate 1981-1995
Samlet fertilitetsrate 1981-1995

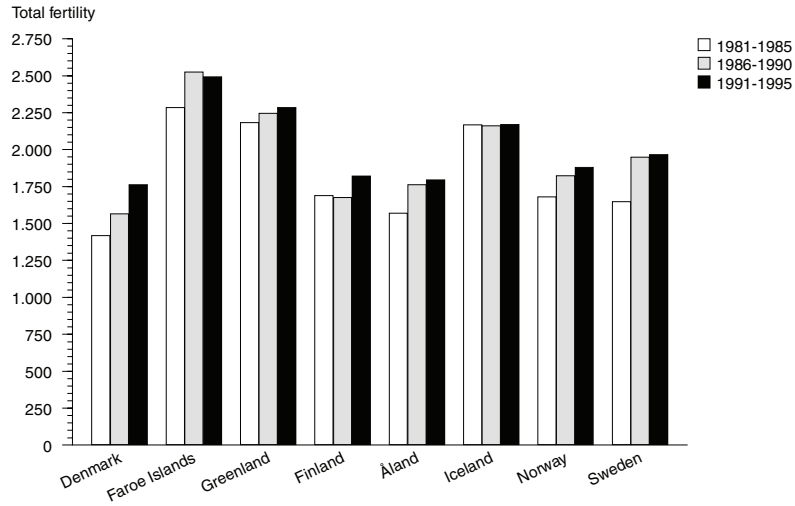


Figure 2.5 Infant mortality per 1,000 live births 1981-1995
Dødelighed i første leveår pr. 1.000 levendefødte 1981-1995

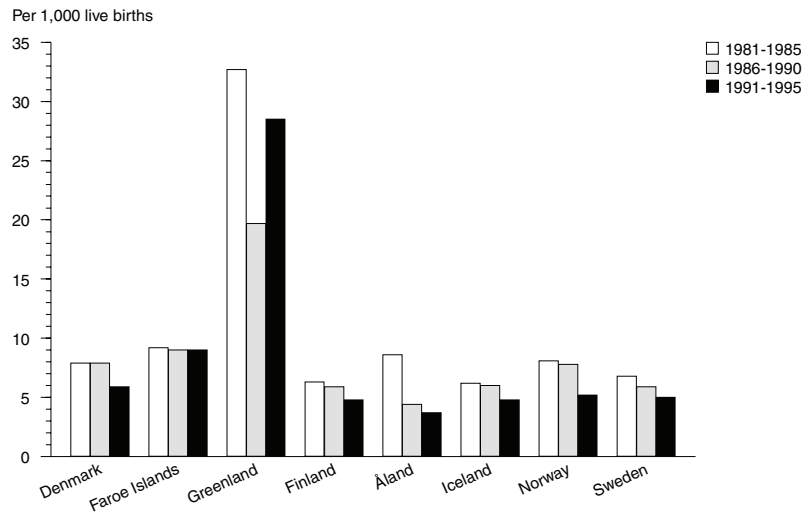


Table 2.5 Stillbirths and infant mortality¹⁾ 1981-1995
 Dødfødte og dødelighed i første leveår¹⁾ 1981-1995

	Number Antal		Per 1,000 births Pr. 1.000 fødte		Deaths per 1,000 live births Døde pr. 1.000 levendefødte			
	Stillbirths Dødfødte	Infant deaths Døde i 1. leveår	Stillbirths Dødfødte	Perinatal deaths Perinatalt døde	First 24 hours Første 24 timer	1-6 days 1-6 dage	7-28 days 7-28 dage	Total under 1 year I alt under 1 år
<i>Denmark</i>								
1981-85	257	414	4.9	8.6	2.1	1.7	1.0	7.9
1986-90	287	467	4.8	8.6	2.2	1.5	0.9	7.9
1991-95	314	403	4.6	7.8	1.9	1.3	0.7	5.9
<i>Faroe Islands</i>								
1981-85	5	7	7.5	13.3	4.7	1.2	0.8	9.2
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>								
1981-85	7	35	6.4	21.8	12.7	2.8	1.5	32.7
1986-90	9	37	9.2	22.8	9.2	4.5	0.9	19.7
1991-95	5	33	4	21.9	12.1	5.8	1.2	28.5
<i>Finland</i>								
1981-85	257	411	3.9	7.5	1.6	1.9	0.8	6.3
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
<i>Åland</i>								
1981-85	1	2	4.3	9.3	0.7	3.6	1.4	8.6
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>								
1981-85	16	26	3.8	6.8	1.3	1.8	1.1	6.2
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
<i>Norway</i>								
1981-85	293	409	5.8	9.5	2.3	1.5	0.8	8.1
1986-90	269	441	4.7	7.9	2.2	1.1	0.9	7.8
1991-95	273	314	4.5	7.5	1.8	1.3	0.5	5.2
<i>Sweden</i>								
1981-85	371	639	3.9	7.5	1.5	2.1	0.8	6.8
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

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: Sundhedsstyrelsen; FI: Hagstova Føroyar; G: Embedslægeinstitutionen; F: Statistikcentralen og STAKES; Å: Statistikcentralen; I: Hagstofa Íslands; N: Statistisk sentralbyrå; S: Statistiska centralbyrån

POPULATION AND FERTILITY

Table 2.6 Stillbirths and deaths during first year of life per 1,000 births 1981-1994, 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 1981-1994¹⁾

	Number Antal		Per 1,000 births Pr. 1.000 fødte	Deaths per 1,000 live births Døde pr. 1.000 levendefødte				
	Stillbirths Dødfødte	Infant deaths Døde i 1. leveår	Stillbirths Dødfødte	First 24 hours Første 24 timer	1-6 days 1-6 dage	7-27 days 7-27 dage	28 days to 1 year 28 dage til 1 år	Total un- der 1 year I alt un- der 1 år
<i>Denmark</i>								
1981	264	345	5.0	1.3	1.4	0.9	2.9	6.5
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
<i>Finland</i>								
1981	238	352	3.7	1.3	1.7	0.6	2.0	5.9
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
<i>Iceland</i>								
1981	19	26	4.4	0.5	1.6	1.2	2.8	6.0
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
<i>Norway</i>								
1981	263	324	5.2	1.4	1.3	0.5	3.2	5.0
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
<i>Sweden</i>								
1981	302	480	3.2	1.1	1.4	0.6	2.0	5.2
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

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 og Hagstofa Íslands; N: Statistisk sentralbyrå og Medisinsk fødselsregister; S: Socialstyrelsen

Table 2.7 Sales of oral contraceptives per 1,000 females aged 15-44 years 1980-1995. DDD per 1,000 women 15-44 years per day
 Omsætning af p-piller pr. 1.000 kvinder i alderen 15-44 år 1980-1995.
 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>
1980	260	..	..	118	..	179	120	254
1985	277	..	..	177	..	194	164	266
1990	269	105	..	222	..	197	171	236
1994	270	231	163	213	277	232	195	288
1995	279	214	143	201	257	202	198	285

Source: D: Sundhedsstyrelsen; FI: Landsapotekarin; G: Embedslægeinstitutionen

Kilde: F & Å: Läkemedelsverket; I: Heilbrigðisráðuneytið; N: Norsk Medisinaldepot;
 S: Apoteksbolaget

Table 2.8 Sales of IUDs per 1,000 females aged 15-44 years 1980-1995
 Omsætning af spiraler pr. 1.000 kvinder i alderen 15-44 år 1980-1995

	<i>Denmark</i>	<i>Faroe Islands</i>	<i>Greenland</i>	<i>Finland</i>	<i>Åland</i>	<i>Iceland</i>	<i>Norway</i>	<i>Sweden¹⁾</i>
1980	60	..	..	..	..	..	115	185
1985	51	..	..	129	..	109	88	199
1990	35	11	..	76	..	85	62	172
1994	26 ²⁾	15	105	56	..	51	57	41
1995	32 ²⁾	..	76	38	–	45	57	27 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

POPULATION AND FERTILITY

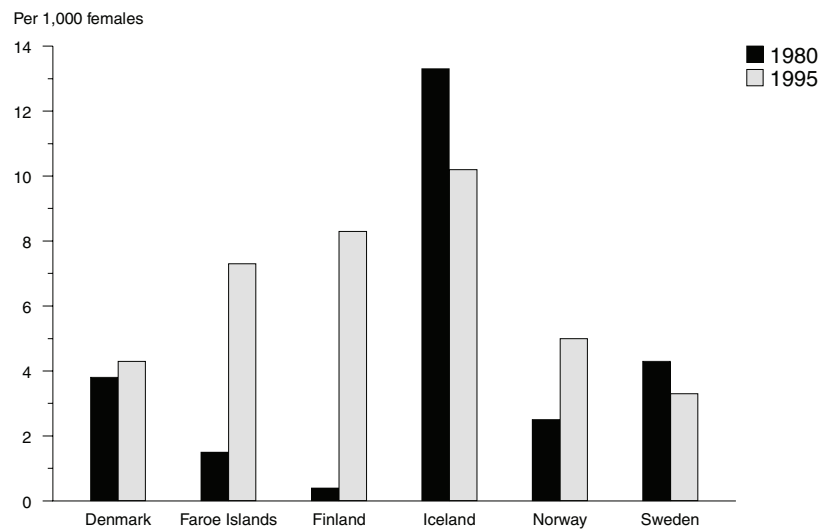
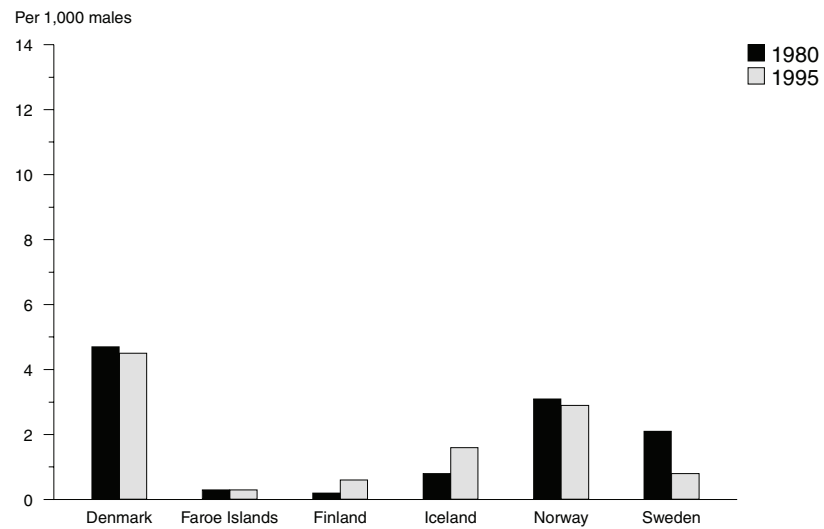
Table 2.9 Sterilizations 1980-1995
Sterilisationer 1980-1995

	<i>Denmark</i>	<i>Faroe Islands</i>	<i>Greenland</i>	<i>Finland</i>	<i>Of which Åland</i>	<i>Iceland</i>	<i>Norway</i>	<i>Sweden</i>
<i>Males</i>								
Mænd								
1980	4,783	..	..	188	–	31	..	3,365
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
<i>Females</i>								
Kvinder								
1980	6,732	..	..	2,747	4	527	..	6,885
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	58	10,554	31	553	4,525	5,919
<i>Total</i>								
I alt								
1980	11,515	..	..	2,935	4	558	..	10,250
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	72	11,354	31	640	7,222	7,426
[1995]								
<i>Per 1,000 of the age Pr. 1.000 i alderen</i>								
<i>Males</i>								
Mænd								
25-34	3.2	0.0	3.0	0.4	0.0	0.8	1.6	0.3
35-44	8.1	0.6	1.0	1.2	0.0	2.8	5.2	1.5
45-54	2.0	1.0	..	0.5	0.0	0.9	1.5	0.6
<i>Females</i>								
Kvinder								
25-34	5.4	6.3	38.0	6.9	3.8	5.2	3.9	2.5
35-44	6.8	14.3	27.0	18.6	10.8	20.1	9.8	7.0
45-54	0.5	0.8	..	2.0	1.8	3.6	0.8	0.6

Source: D: Sundhedsstyrelsen; FI: Landslæknin; G: Embedslægeinstitutionen; F: STAKES;
Kilde: I: Landlæknisembættið; N: Statistisk sentralbyrå; S: Socialstyrelsen

**Figure 2.6 Sterilizations per 1,000 males and females aged 25-54 years
1980 and 1995**

Sterilization pr. 1.000 mænd og kvinder i alderen 25-54 år 1980 og 1995



POPULATION AND FERTILITY

Table 2.10 Number of induced abortions 1981-1995
Antal fremkaldte aborter 1981-1995

	Number of abortions	Abortions per 1,000 females by age							Total abortion rate ¹⁾	Abortions per 1,000 live births
		Aborter pr. 1.000 kvinder i alderen								
	Antal aborter	-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45+	Samlet abortrate ¹⁾	Aborter pr. 1.000 levendefødte
<i>Denmark</i>										
1981-85	21,139	17.5	29.3	23.3	19.0	14.8	7.8	..	559.0	403.2
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>										
1981-85	78	..	..	..	..	..	..	..	..	110.2
1986-90	81	..	..	..	..	..	..	..	..	94.0
1991-95	57	..	..	..	..	..	..	..	..	75.2
<i>Greenland</i>										
1981-85	962	90.8	108.6	82.2	56.1	36.3	11.9	2.2	1,940.0	798.6
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	112.6	119.7	88.9	55.1	27.9	12.2	0.7	2,035.5	821.4
<i>Finland</i>										
1981-85	13,764	17.3	18.7	11.7	11.6	9.4	6.8	1.3	373.0	212.2
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
<i>Åland</i>										
1981-85	64	4.6	19.3	10.7	7.4	11.1	10.8	1.0	325.0	230.0
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>										
1981-85	670	14.6	17.7	13.0	10.7	9.1	3.2 ²⁾	..	357.7	160.1
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
<i>Norway</i>										
1981-85	13,931	21.1	23.5	16.8	13.9	10.9	5.6	0.8	459.0	275.0
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
<i>Sweden</i>										
1981-85	31,701	18.8	26.5	21.1	18.5	15.5	8.2	1.2	548.1	336.9
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

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 40-49 years of age.

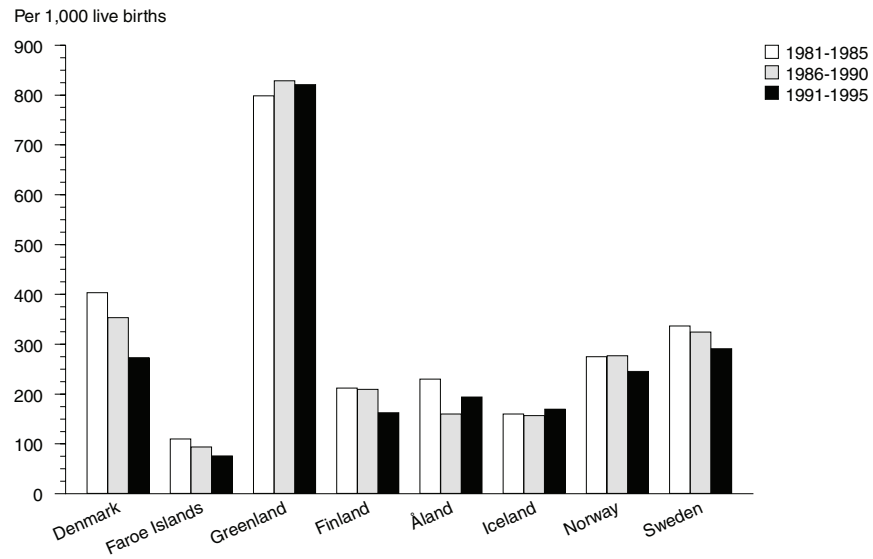
1 Det antal fremkaldte aborter, som 1.000 kvinder ville have fået udført, forudsat de levede til de var 50 år, beregnet ud fra de aldersspecifikke abortrater i observationsåret.

2 40-49-årige.

The table partly covers HFA Statistical Indicator 28.5

Source: D: Danmarks Statistik; FI: Landslæknin; G: Embedslægeinstitutionen; F & Å: STAKES;
Kilde: I: Landlæknisembættið; N: Statistisk sentralbyá og Statens helsetilsyn (1995);
S: Socialstyrelsen

Figure 2.7 Abortions per 1,000 live births 1981-1995
Aborter pr. 1.000 levendefødte 1981-1995



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 mættet fedt.

Kilderne til mættet fedt 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.

Table 3.1 Total energy intake (M-joule) from food per capita per day 1980-1995

Det totale energiindtag (M-joule) fra levnedsmidler pr. indbygger pr. dag 1980-1995

	<i>Denmark</i>	<i>Finland</i>	<i>Iceland</i>	<i>Norway</i>	<i>Sweden</i>
1980	12.8	12.3	..	13.3	12.3
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	12.6	12.3
1995	..	11.5	12.5	12.5	12.1

The table covers HFA Statistical Indicator 16.3

Source: D: Levnedsmiddelstyrelsen; F: Jord- og skogsbruksministeriets informationstjänstcentral;
Kilde: I: Statens Ernæringsråd; N: Statens Ernæringsråd; S: Jordbruksverket

Table 3.2 The percentage of fat of the total energy intake (M-joule) from food per capita per day 1980-1995

Fedts procentvise andel af det totale energiindtag (M-joule) fra levnedsmidler pr. indbygger pr. dag 1980-1995

	<i>Denmark</i>	<i>Finland</i>	<i>Iceland</i>	<i>Norway</i>	<i>Sweden</i>
1980	42	38	..	38	39
1985	40	36	..	37	39
1990	42	35	38	35	37
1994	..	..	38	35	37
1995	..	..	38	35	38

The table covers HFA Statistical Indicator 16.3

Source: See Table 3.1
Kilde: Se tabel 3.1

CONSUMPTION PATTERNS

Table 3.3 Total consumption of fats¹, kilograms per capita 1980-1995
 Samlet forbrug af madfedt¹, kilogram pr. indbygger 1980-1995

	<i>Denmark²⁾</i>	<i>Finland³⁾</i>	<i>Iceland^{4,5)}</i>	<i>Norway⁵⁾</i>	<i>Sweden</i>
1980	30.5	19.5	23.0	26.4	24.4
1985	25.6	19.7	21.5	22.5	24.2
1990	27.2 ⁶⁾	15.2	24.6	19.4	21.5
1994	..	16.4	23.9	18.4	20.0 ⁷⁾
1995	..	16.4	23.8	18.5	21.1 ⁷⁾

- | | |
|---|--|
| 1 Butter margarine, edible tallow and lard, oils. | 1 Smør, margarine, spiselig tælle, svinefedt, spiseolier. |
| 2 Oils and composite products of butter and vegetable oil not included. | 2 Spiseolier samt blandingsprodukter af smør og vegetabilsk olie ikke medregnet. |
| 3 Including butter, margarine and composite products of butter and vegetable oil. | 3 Smør, margarine og blandingsprodukter af smør og vegetabilsk olie. |
| 4 Food supply statistics become more detailed in 1990. | 4 Fødevarerstatistikken er blevet mere detaljeret fra og med 1990. |
| 5 Diet margarine converted into 81 per cent fat. | 5 Letmargarine omregnet til 81 pct. fedt. |
| 6 Including 6.5 kg tallow and lard, some of which may not be used for human food. | 6 Heraf 6,5 kg okse- og svinefedt hvoraf en del muligvis ikke anvendes til menneskeføde. |
| 7 Hereof 4.7 kg diet margarine in 1994, and 5.4 kg in 1995. | 7 Heraf 4,7 kg letmargarine i 1994 og 5,4 kg i 1995. |

Source: See Table 3.1

Kilde: Se tabel 3.1

Table 3.4 Total consumption of fish, kilograms per capita 1980-1995
 Samlet forbrug af fisk, kilogram pr. indbygger 1980-1995

	<i>Denmark¹⁾</i>	<i>Finland</i>	<i>Iceland²⁾</i>	<i>Norway²⁾</i>	<i>Sweden</i>
1980	..	17.4	..	31.0	28.5
1985	..	18.3	..	40.0	27.7
1990	..	19.6	43.2	40.0	30.2
1994	..	16.0	44.9	..	29.6
1995	..	14.0	43.9	..	26.0

- | | |
|--|---|
| 1 No official figures are available for the consumption of fish in Denmark after 1977. | 1 Der findes ikke officielle tal for forbruget af fisk i Danmark efter 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. | 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

Table 3.5 Total consumption of meat, kilograms per capita 1980-1995
Samlet forbrug af kød, kilogram pr. indbygger 1980-1995

	<i>Denmark</i>	<i>Finland</i>	<i>Iceland¹⁾</i>	<i>Norway</i>	<i>Sweden</i>
1980	85.9	66.9	61.5	55.8	63.8
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	60.5	65.5
1995	105.0	65.9	66.3	61.8	68.0

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 1980-1995
Samlet forbrug af mel, gryn m.v., kilogram pr. indbygger 1980-1995

	<i>Denmark</i>	<i>Finland</i>	<i>Iceland</i>	<i>Norway</i>	<i>Sweden</i>
1980	68.9	74.2	..	81.7	63.6
1985	77.2	75.1	..	74.6	66.4
1990	74.4	74.2	64.2	78.5	68.7
1994	76.6	74.0	..	80.5	68.8
1995	85.6	69.6	64.5	80.5	73.6

Source: See Table 3.1
Kilde: Se tabel 3.1

Table 3.7 Sale of tobacco, kilograms per capita 1980-1995
Salg af tobak, kilogram pr. indbygger 1980-1995

	<i>Denmark</i>	<i>Faroe Islands</i>	<i>Greenland</i>	<i>Finland</i>	<i>Iceland</i>	<i>Norway</i>	<i>Sweden</i>
1980	1.42	2.10	3.26	1.70	2.23	1.56	1.61
1985	2.98	2.10	3.34	1.58	2.80	1.36	1.68
1990	3.19	1.60	2.95	1.59	2.20	1.11	1.52
1994	2.94	1.90	2.69	1.33	2.07	0.98	1.40
1995	2.91	1.93	2.09	1.23	2.03	0.88	..

The table covers HFA Statistical Indicator 16.1

Source: The Central Statistical Bureaus
Kilde: De statistiske centralbureauer

CONSUMPTION PATTERNS

Figure 3.1 Sale of tobacco, kilograms per capita 1980-1995
 Salg af tobak, kilogram pr. indbygger 1980-1995

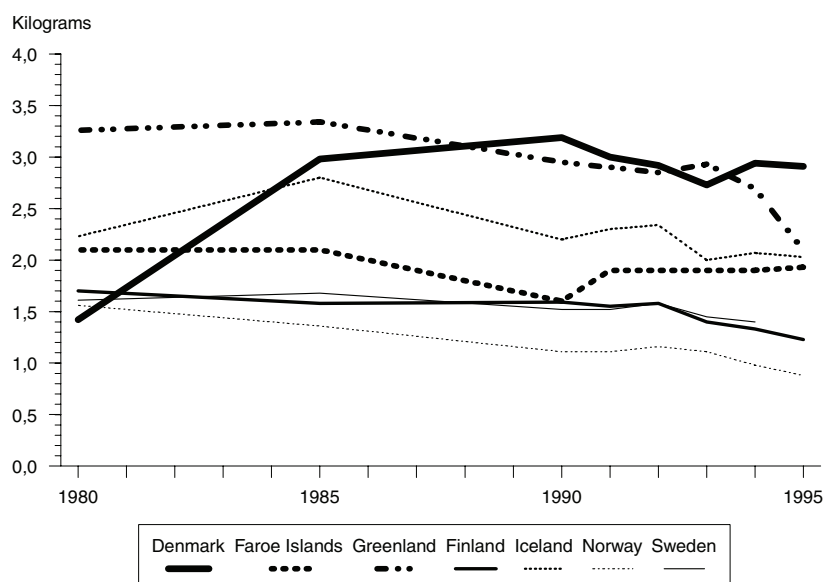


Table 3.8 Percentage of non-smokers by sex 1995
 Ikke-rygere procentvis efter køn 1995

	Denmark	Finland	Iceland ¹⁾	Norway	Sweden ²⁾
<i>Non-smoking males as percentage of men 15 years and above</i>					
Mænd, ikke-rygere, i pct. af mænd 15 år og derover	56	71	68	67	78
<i>Non-smoking females as percentage of females 15 years and above</i>					
Kvinder, ikke-rygere, i pct. af kvinder 15 år og derover	61	81	67	68	76

1 15-79 years, who do not smoke regularly.

2 16-84 years, who do not smoke regularly.

1 15-79-årige, der ikke ryger dagligt.

2 16-84-årige, der ikke ryger dagligt.

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

Kilde: N: Statens Tobaksskaderåd; S: Statistiska centralbyrån

Table 3.9 Sales of alcoholic beverages in litres of 100 per cent pure alcohol per capita aged 15 years or over 1980-1995

Salg af alkoholiske drikke i liter 100 pct. ren alkohol pr. indbygger 15 år og derover 1980-1995

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
1980	11.6	7.4	12.1	7.9	6.9	4.3	5.9	6.8
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	4.9	6.2

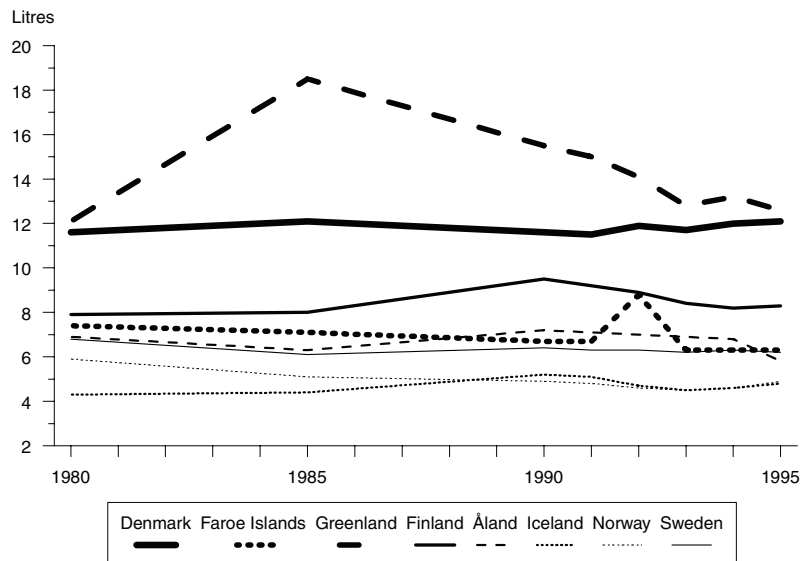
The table covers HFA Statistical Indicator 17.1

Source: D, FI, G & N: *The Central Statistical Bureaus* De statistiske centralbureauer

Kilde: F & Å: STAKES S: Socialstyrelsen (-1993), Alkoholinspektionen (1994-)

Figure 3.2 Sales of alcoholic beverages in litres of 100 per cent pure alcohol per capita aged 15 years or over 1980-1995

Salg af alkoholiske drikke i liter 100 pct. ren alkohol pr. indbygger 15 år og derover 1980-1995



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 extent to which the local health service is integrated in the form of medical treatment,

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 i det primære sundhedsvæsen.

Der er endvidere forskel på i hvor høj grad den lokale sundhedsservice, i form af lægebehandling, sygepleje, fysioterapi,

MEDICAL TREATMENT, MORBIDITY AND ACCIDENTS

nursing, physiotherapy, etc. The same differences are also found for home nursing and home help.

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

Normally, patient visits the physician in his/her practice. But in all countries practice also includes telephone consultations, doctor's visits in the home and treatment in emergency wards.

NOMESCO has initiated trial registration for selected medical practitioners in the Nordic countries. Results will not appear until the next edition, but indications seem to suggest that the differences in statistics concerning the number of medical consultations issue from the extent to which a contact is registered as a consultation with a physician (contact with a physician) or contact with some other kind of health staff (e.g. contact with a nurse). In Denmark, for instance, all contacts are registered as medical consultations with a physician.

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.

m.v., optræder integreret. Lignende forskelle findes også for hjemmesygeplejen og hjemmehjælpen.

Registreringspraksis for lægebesøg er meget forskellig fra land til land.

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

NOMESKO har iværksat et forsøg med registrering i udvalgte lægepraksisser i de nordiske lande. Resultaterne af undersøgelsen vil først foreligge til næste udgave af publikation, men meget tyder på, at forskellene i statistikken vedrørende antal lægebesøg dækker over hvorvidt en kontakt registreres som lægebesøg (kontakt med en læge) eller som kontakt med andet sundhedspersonale (fx kontakt med sygeplejerske). I Danmark registreres for eksempel alle kontakter som lægebesøg.

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⁾ 1995
Lægekonsultationer¹⁾ 1995

	Denmark ²⁾	Finland	Of which Åland	Iceland ²⁾	Sweden ³⁾
<i>Total number of consultations (millions)</i>					
Konsultationer i alt (mill.)	25.0	19.1	0.1	1.2	26.9
<i>of which: heraf:</i>					
<i>Consultations with general practitioners</i>					
Besøg hos alment praktiserende læge i konsultationen	15.7 ⁴⁾	10.0	0.0	0.6	10.9
<i>Consultations with specialist</i>					
Besøg hos specialist	9.3	9.1	0.0	0.6	16.0

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

2 Refers to 1994.

3 Excl. medical consultations in municipalities where experiments with municipal primary health care is carried out. In 1995 this amounted to approx. 250,000 medical consultations in five municipalities.

4 Incl. medical consultations with doctor from emergency service.

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

2 Vedrører 1994.

3 Ekskl. lægebesøg i de kommuner, hvor der pågår forsøg med kommunal primær sundhedstjeneste. I 1995 drejede det sig om ca. 250.000 lægebesøg i fem kommuner.

4 Inkl. konsultationer ved vagtlæge.

Source: D: Sundhedsstyrelsen; F: STAKES; I: Landlæknisembættid; S: Landstingsförbundet og Socialstyrelsen

Table 4.2 Number of individuals (1,000) receiving home nursing services during the year 1980-1994

Antal personer (1.000), der modtog hjemmesygepleje i løbet af året 1980-1994

	Denmark	Faroe Islands	Finland ¹⁾	Iceland	Norway ²⁾
1980	171	..	53	1 ³⁾	35
1985	190	4	75	2	52
1990	237	7	73	2	..
1993	258	9	71	4	73
1994	268	8	71	4	69

1 Per household.

2 By the end of the year.

3 Reykjavik only.

1 Pr. husstand.

2 Ved udgangen af året.

3 Kun Reykjavik.

Source: D: Sundhedsstyrelsen; FI: Landslæknin; F: STAKES; I: Landlæknisembættid; 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 1995

Antal husstande/personer, der modtog hjemmehjælp ved slutningen af året 1995

	<i>Denmark</i>	<i>Faroe Islands</i>	<i>Finland</i>	<i>Iceland</i>	<i>Norway</i>	<i>Sweden</i>
<i>Number of elderly people receiving home help</i>						
Antal ældre med hjemmehjælp	160,685	1,158	87,418	5,694	95,506	184,116
<i>Per 1,000 elderly aged 65 years or over</i>						
Pr. 1.000 ældre i alderen 65 år og derover	201.4 ¹⁾	193.0	138.2	187.3	153.6 ¹⁾	116.0
<i>Other families receiving home help</i>						
Andre familier med hjemmehjælp	29,116	5	47,878	1,406	18,469	19,290

1 67 years or over.

1 67 år og derover.

Source: D: Danmarks Statistik; FI: Landslæknin; F: STAKES; 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 1980-1995

Antal husstande/personer (1.000), der modtog hjemmehjælp ved slutningen af året 1980-1995

	<i>Denmark</i>	<i>Faroe Islands</i>	<i>Finland</i>	<i>Iceland¹⁾</i>	<i>Norway</i>	<i>Sweden²⁾</i>
1980	160	1	168	..	..	348
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

1 Households (1990-1994), individuals (1995). 1 Husholdninger (1990-1994), personer (1995).

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

Kilde: N: Statistisk sentralbyrå; S: Statistiska centralbyrån

MEDICAL TREATMENT, MORBIDITY AND ACCIDENTS

Table 4.5 Recommended immunization schedules as at January 1, 1997

	<i>Denmark</i>	<i>Finland</i>	<i>Iceland</i>	<i>Norway</i>	<i>Sweden</i>
BCG	–	< 7 days (HBV risk groups only)	–	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 10 months	3, 5 and 12 months
Tetanus	3, 5 and 12 months, 5 years	3, 4, 5 and 20-24 months, 11-13 years	3, 4, 6 and 14 months, 5-6 years	3, 5 and 10 months, 11 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 10 months, 11 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 24 months + 6, 11 and 16-18 years	IPV: 6, 7 and 14 months + 3½, 9 and 14 years	IPV: 6, 8 and 16 months, 7 and 14 years	IPV: 3, 5 and 12 months, 6 years
MMR	15 months, 12 years	14-18 months and 5-6 years	18 months and 9 years	15 months and 12 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 10 months	3, 5 and 12 months

IPV = Inactivated polio vaccine
 OPV = Oral polio vaccine
 HBV = Hepatitis B Virus

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: National Public Health Institute; 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 4.5 Anbefalede vaccinationsprogrammer pr. 1. januar 1997

	<i>Danmark</i>	<i>Finland</i>	<i>Island</i>	<i>Norge</i>	<i>Sverige</i>
Tuberkulose	–	< 7 dage (kun HBV-risikogrupper)	–	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 10 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 10 måneder, 11 år	3, 5 og 12 måneder, 10 år
Difteri	3, 5 og 12 måneder	3, 4, 5 og 20-24 måneder, 11-13 år	3, 4, 6 og 14 måneder + 5-6 år	3, 5 og 10 måneder, 11 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 24 måneder + 6, 11 og 16-18 år	IPV: 6, 7 og 14 måneder + 3½, 9 og 14 år	IPV: 6, 8 og 16 måneder, 7 og 14 år	IPV: 3, 5 og 12 måneder, 6 år
MMR	15 måneder, 12 år	14-18 måneder og 5-6 år	18 måneder og 9 år	15 måneder og 12 år	18 måneder og 12 år
Røde hunde, alene	Kvinder i den fertile alder	–	Seronegative piger: 12 år	Seronegative kvinder i den fertile alder	–
Mæslinger, alene	–	–	–	–	–
Haemophilus influenzae b	3, 5 og 12 måneder	4, 6 og 14-18 måneder	3, 4, 6 og 14 måneder	3, 5 og 10 måneder	3, 5 og 12 måneder

IPV = Inaktiveret polio vaccine
OPV = Oral poliovaccine
HBV = Hepatitis B virus

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, MORBIDITY AND ACCIDENTS

Table 4.6 Children under the age of two immunized according to immunization schedules (per cent) 1995

Børn under to år vaccineret i henhold til det anbefalede vaccinationsprogram (pct.) 1995

	<i>Denmark</i>	<i>Finland¹⁾</i>	<i>Iceland</i>	<i>Norway²⁾</i>	<i>Sweden</i>
<i>BCG</i>					
Tuberkulose	–	100	–	..	13
<i>Pertussis</i>					
Kighoste	90	100	99	98	47
<i>Tetanus</i>					
Stivkrampe	98	100	99	99	99
<i>Diphtheria</i>					
Difteri	98	100	99	98	99
<i>Polio</i>					
Polio	98	100	99	93	99
<i>Rubella</i>					
Røde hunde	88 ²⁾	98	99 ²⁾	92	97 ³⁾
<i>Measles</i>					
Mæslinger	88 ²⁾	98	99 ²⁾	92	97 ³⁾

1 Refers to 1994.

2 Figures are calculated for 14 counties and comprise 60 per cent of the population.

3 Combined vaccine against measles, mumps and rubella (MMR vaccine).

1 Vedrører 1994.

2 Tallene er beregnet for 14 amter og omfatter 60 pct. af befolkningen.

3 Kombineret vaccine mod mæslinger, fåresyge og røde hunde (MMR-vaccine).

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

Kilde: N: Statens helsetilsyn; S: Smittskyddsinstitutet

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), with traumas and poisoning (being relatively high in all countries) reaching the same level in some countries.

For all the countries these diseases are followed by admission for 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.

With a view to the average length of stays in hospitals for the same major groups, mental disorders have the highest rates, followed by conditions occurring during the perinatal period.

The Tables 4.9-4.20 are a more detailed excerpt from the Nordic morbidity list providing 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.

In recent years, a rising number of incidents of tuberculosis have been seen. Finland has both the longest average admission and the largest number of discharges, followed by Denmark. Norway has the lowest number of discharges, but a somewhat longer average length of stay

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) hvor traumer og forgiftninger (som er relativt høje i alle landene) i nogle af landene er på samme niveau.

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

Ser man på den gennemsnitlige liggetid for de samme grupper, udgør de psykiske lidelser de længste indlæggelsesperioder efterfulgt af sygdomme i perinatalperioden.

Tabellerne 4.9-4.20 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.

Der har i de seneste år været et stigende antal tilfælde af tuberkulose. Finland har den længste gennemsnitlige liggetid og det største antal udskrivninger. Dernæst kommer Danmark. Norge har det færreste antal udskrivninger, men til gengæld en noget længere gennemsnitlig liggetid

MEDICAL TREATMENT, MORBIDITY AND ACCIDENTS

than Sweden which has the second-lowest number of discharges.

Breast cancer seems to strain the health service most in Finland and Denmark and least in Sweden and Norway.

Discharges for cancer of the larynx, trachea, bronchus, and lung per 100,000 inhabitants are significantly higher for men in Finland and Denmark than in Norway and Sweden. The number of discharges lies significantly higher for Danish women than in the other Nordic countries. Norway has the longest average length of stay.

As regards malignant melanoma of the skin, Sweden has the lowest number of discharges and the second shortest length of stay. In this case, differences in outpatient treatment may be of significance.

Sweden and Norway have the highest rates for acute myocardial infarction, both regarding men and women.

The occurrence of cerebrovascular diseases varies substantially between the countries, both regarding men and women. The number of discharges is highest in Finland and Sweden and somewhat lower in Denmark and Norway.

Asthma also seems most prevalent in Finland, measured in terms of discharges. This applies to all age groups but most markedly among the elderly. The level is largely the same in all five countries.

Bronchitis, emphysema, etc. seem most widespread in Denmark, followed by Finland. Sweden has both the lowest

and i Sverige, som har det næstlaveste antal udskrivninger.

Brystkræft synes at belaste sundhedsvæsenet mest i Finland og Danmark og mindst i Sverige og Norge.

Udskrivninger for kræft i strubehoved, luftrør, bronkie og lunge ligger betydeligt højere for mænd i Finland og Danmark end i Norge og Sverige, målt pr. 100.000 indbyggere. Antallet af udskrivninger for danske kvinder ligger betydeligt højere end i de andre nordiske lande. Norge har den længste gennemsnitlige liggetid.

Sverige har det færreste antal udskrivninger og den næstkorteste gennemsnitlige liggetid, når det drejer sig om ondartet melanom i hud. Her kan forskelle i ambulans behandling spille en rolle.

Sverige og Norge har de højeste rater for akut hjerteinfarkt, både for mænd og kvinder.

Der er markante forskelle landene imellem, med hensyn til forekomsten af kar-sygdomme i hjernen. Det gælder både for mænd og kvinder. Finland og Sverige har det fleste antal udskrivninger, mens det er noget lavere i Danmark og Norge.

Astma synes ligeledes hyppigst at forekomme i Finland, målt på antallet af udskrivninger. Dette gælder for alle aldersgrupper, men mest markant hos de ældre. Niveauet er stort set ens i alle fem lande.

Bronchitis, emfysem m.v. synes mest udbredt i Danmark, efterfulgt af Finland. Sverige har både det laveste antal ud-

MEDICAL TREATMENT, MORBIDITY AND ACCIDENTS

number of discharges and the shortest average length of stay.

There are very marked differences between the countries for slipped disc, which must be assumed to issue from differences in treatment practice.

For osteoporosis and osteomalacia in women, the highest number of discharges is found among Danish women, followed by Sweden and Norway. The picture is, however, not unequivocal.

The number of discharges for fractured thigh shows a somewhat more homogeneous picture between the countries, as 36-40 per cent of the discharges are men and 64-60 per cent of the discharges are women. The average length of stay is significantly higher in Finland than in the other countries. Norway has the shortest length of stay.

Denmark has the highest discharge rates for alcoholic liver disease for both men and women, followed by Finland with Norway being lowest, however, with a somewhat longer average length of stay than in the other countries.

Tables 4.21 and 4.23 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, even within the same country, and the comparisons contain a number of potential sources of error which may be differences in classifications, differences in the

skrivninger og den korteste gennemsnitlige liggetid.

Der er meget markante forskelle landene imellem for diskusprolaps, hvilket antagelig primært skyldes forskelle i behandlingspraksis.

For osteoporose og osteomalaci hos kvinder findes det højeste antal udskrivninger blandt danske kvinder, efterfulgt af Sverige og Norge. Billedet er dog ikke entydigt.

Antallet af udskrivninger for lårbensbrud udviser et noget mere ensartet billede mellem landene, idet 36-40 procent af udskrivningerne er mænd og 64-60 procent af udskrivningerne er kvinder. Den gennemsnitlige liggetid er markant højere i Finland end i de andre lande. Norge har den korteste liggetid.

Danmark har de højeste udskrivningsrater for alkoholisk leversygdom, for både mænd og kvinder, efterfulgt af Finland. Norge ligger lavest, dog med en lidt længere gennemsnitlig liggetid end i de andre lande.

Tabellerne 4.21 og 4.23 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 – selv inden for det enkelte land – og indeholder en række potentielle fejlkilder, som kan være: Forskelle i klassifikationer, forskelle i datakvaliteten i registrene, for-

MEDICAL TREATMENT, MORBIDITY AND ACCIDENTS

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 (especially in connection with the introduction of a new classification), and variations from one country to another in the way of counting operations at the hospitals.

Taking these considerations into account, the following comments can be made to the tables.

Coronary bypass operations are most frequent in Finland and least so in Denmark, where Denmark is unique in relation to the other Nordic countries with a low frequency of operation. The basic data show that in Denmark the fewest coronary bypass operations are performed on the oldest part of the population.

Percutane coronary angioplastics (PTCA) was previously considered to be the cause only of variations in the rates of coronary bypass. The rates for PTCA show that this operation is performed frequently in Norway, whereas the differences between the other Nordic countries is small. It does not seem as if the low rates for coronary bypass in Denmark can be explained by a high number of PTCA. PTCA is a relatively new technique with relatively new operation codes.

Operations on the thyroid gland are carried out somewhat more often in Finland than in the other Nordic countries. As regards the scope of kidney transplants, there is very little difference between the countries.

skellig brug af koder for samme type indgreb, både mellem sygehusene og mellem landene, ufuldstændig brug af koder (især når en ny klassifikation tages i brug) og forskelle fra land til land i måden hvorpå operationer ved sygehuse tælles.

Med disse forbehold in mente er der følgende kommentarer til tabellerne.

Koronare bypass-operationer udføres hyppigst i Finland og mindst i Danmark. Det er særligt Danmark som skiller sig ud i forhold til de øvrige nordiske lande med en lav operationsaktivitet. De basale data viser, at der i Danmark udføres færrest bypass-operationer på den ældste del af befolkningen.

Perkutan koronar angioplastik (PTCA) har tidligere kun været anset for at være en årsag til variationerne i raterne for koronar bypass. Raterne for PTCA viser, at dette indgreb udføres oftest i Norge, mens forskellene mellem de øvrige nordiske lande er små. Det ser ikke ud til, at de lave rater for koronar bypass i Danmark kan forklares ud fra et højt antal PTCA. PTCA er en relativt ny teknik med relativt nye operationskoder.

Operationer på skjoldbruskkirtlen udføres noget oftere i Finland end i de øvrige nordiske lande. Når det gælder omfanget af nyretransplantationer er der meget små variationer landene imellem.

Hysterectomy is performed more often in Finland than in the other Nordic countries. A comparison of the rates between Finland and Norway reveals that the Finnish rates are almost twice as high as the Norwegian rates. It seems that there is here substantial difference in practice between Finland on the one hand and the other Nordic countries on the other. Hysterectomy due to cancer diagnosis varies to a lesser degree, and here it is Finland which has the lowest rates.

Transurethral removal of the prostate (TURP) is performed most often in Norway and rarest in Denmark. Open prostate operations are carried out most often in Finland, but also this kind of operation is least prevalent in Denmark. As regards prostate operations with the diagnosis of cancer, there are also substantial differences between the countries Norway has the highest frequency, Denmark and Finland the lowest. But there are significant differences regarding the choice of method of operation. Thus open operations are rarely performed in Denmark.

Hip replacement operations are most frequently carried out in Norway and Sweden, and least so in Finland. This is, however, an operation which gives reasons to assume that the differences reflect differences in medical practice and indication limits.

Breast operations are divided into removal of the breast (mastectomy) and breast preserving surgery (resection) and whether they are performed with or without cancer diagnosis. As regards mastectomy, this is most often carried out in Denmark and least so in Sweden.

Fjernelse af livmoderen sker hyppigere i Finland end i de øvrige nordiske lande. Ved en sammenligning af raterne mellem Finland og Norge ses det, at de finske rater er næsten dobbelt så høje som de norske. Der forekommer her at være stor forskel i praksis mellem Finland på den ene side og de andre nordiske lande på den anden. Fjernelse af livmoderen på baggrund af cancerdiagnose varierer i mindre grad, her er det Finland som har de laveste rater.

Transurethral fjernelse af prostata (TURP) udføres oftest i Norge og sjældnest i Danmark. Åbne prostataoperationer udføres oftest i Finland, men også for denne form for prostataoperationer er forekomsten lavest i Danmark. For prostataoperationer med diagnosen cancer er der store forskelle mellem landene. Norge har den højeste frekvens, Danmark og Finland den laveste. Men der er store forskelle i valg af operationsmetode. Således forekommer de åbne operationer næsten ikke i Danmark.

Hofteproteseoperationer udføres oftest i Norge og Sverige og mindst i Finland. Dette er dog en operation, hvor der er grund til at formode, at forskellene afspejler forskelle i medicinsk praksis og indikationsgrænse.

Brystoperationer er opdelt i fjernelse af bryst (mastektomi) og brystbevarende kirurgi (resektion) og med hensyn til hvorvidt operationen sker med eller uden cancerdiagnose. Mastektomi udføres oftest i Danmark og sjældnest i Sverige. I alle de nordiske lande er det sjældent at

MEDICAL TREATMENT, MORBIDITY AND ACCIDENTS

In all Nordic countries, it is rare for this operations to be carried on other than cancer patients. The differences between the countries may reflect differences in breast cancer incidence, but the variations may also be due to differing choice of intervention. Breast preserving cancer operations are most often carried out in Sweden and least so in Finland and Norway. In Denmark, Finland and Norway around half of the surgical interventions are performed in connection with cancer resections. Sweden is singled out with a much lower frequency of operation for patients without cancer.

Appendix operations (appendectomy) are performed twice as frequently in Finland as in Norway and Sweden. Denmark is situated in between. The difference are probably owing to different medical practice between the countries.

Disc operations are carried out much more frequently in Finland than in Denmark and Sweden, with Norway lying in the middle. These differences also indicate differences in medical practice (cf. Table 4.17).

Removal of the gall bladder (cholecystectomy) is an operation most frequently carried out in Finland followed by Sweden. The frequency is somewhat lower in Denmark and Norway. In recent years, practice has changed to carrying out the intervention laparoscopically.

denne type operation udføres på andre end cancerpatienter. Forskellene mellem landene kan være et udtryk for forskelle i incidensen af mammacancer, men kan også være et udtryk for forskelligt valg af indgreb. Brystbevarende canceroperationer udføres oftest i Sverige og sjældnest i Finland og Norge. I Danmark, Finland og Norge sker cirka halvdelen af indgrebene i forbindelse med cancerresektioner. Sverige skiller sig ud med langt lavere operationshyppighed for patienter, der ikke har cancer.

Blindtarmsoperationer (appendektomi) udføres dobbelt så hyppigt i Finland som i Norge og Sverige. Danmark indtager en mellemposition. Forskellene skyldes formentlig forskellig medicinsk praksis landene imellem.

Rygoperationer (diskusprolaps) udføres langt oftere i Finland end i Danmark og Sverige, mens Norge indtager en mellemposition. Disse forskelle indikerer også forskelle i medicinsk praksis (jf. tabel 4.17).

Fjernelse af galdeblære (cholecystektomi) er en operation, som oftest udføres i Finland, efterfulgt af Sverige. Frekvensen er noget lavere i Danmark og Norge. I de seneste år er man gået over til at udføre indgrebet laparoskopisk.

MEDICAL TREATMENT, MORBIDITY AND ACCIDENTS

Caesarean section as way of giving birth seems to be most common in Finland and least common in Norway and Sweden, although the difference between the countries is here smaller than in the case of other operations.

Figures 4.2-4.7 for appendectomy, hip replacement and gall bladder operations, during 1990-1995, broken down by sex and selected age groups show a rather steady development throughout the period.

Overall, both the tables regarding discharges and average length of stay, as well as the tables concerning surgical operations, provide a picture of the kind of activities in the hospitals which is also determined by differences in morbidity in the Nordic countries. But to a large extent, the differences furthermore reflect differences in medical practice between the countries.

Kejsersnit som fødselsmetode ser ud til at være mest almindelig i Finland og forekommer mindst i Norge og Sverige. Men forskellene mellem landene er her meget lavere end ved andre operationer.

Figureerne 4.2-4.7 for blindtarmsoperationer, hofteproteser og galdeblæreoperationer 1990-95 fordelt efter køn og udvalgte aldersgrupper, viser en rimelig stabil udvikling i perioden.

Sammenfattende giver såvel tabellerne om udskrivninger og gennemsnitlig liggetid som tabellerne om de enkelte operationstyper et billede af arten af aktiviteter ved sygehusene, der formentlig igen hænger sammen med forskelle i sygeligheden i de nordiske lande. Men et stykke hen ad vejen afspejler forskellene også forskelle i medicinsk praksis i landene.

MEDICAL TREATMENT, MORBIDITY AND ACCIDENTS

Table 4.7 Discharges from hospitals* by main diagnostic groups, per 1,000 inhabitants 1995

	<i>Denmark</i>	<i>Finland¹⁾</i>	<i>Åland¹⁾</i>
Infectious and parasitic diseases	4.5	5.5	11.3
Neoplasms	21.9	20.2	22.5
Endocrine, nutritional and metabolic diseases	4.3	4.1	5.8
Diseases of blood and bloodforming organs	1.7	1.5	1.3
Mental disorders	2.5	2.2	2.8
Diseases of the nervous system and sense organs	7.9	15.8	16.8
Diseases of the circulatory system	22.8	29.0	36.3
Diseases of the respiratory system	14.9	18.2	25.0
Diseases of the digestive system	16.4	16.2	23.4
Diseases of the genito-urinary system	11.2	12.1	16.2
Diseases of the skin and subcutaneous tissue	2.5	2.9	3.0
Diseases of the musculo-skeletal system and connective tissue	11.0	17.9	20.8
Congenital malformations	2.0	2.3	1.8
Certain conditions originating in the perinatal period	1.7	1.4	3.3
Symptoms and ill-defined conditions	10.3	11.5	16.3
Traumas and poisonings	19.3	17.4	23.5
Patients without symptoms or diseases	16.3	4.0	3.9
Total	190.1	200.5	253.1
Of which hospitalization during pregnancy and childbirth	18.9	18.0	19.3

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

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

2 Refers to 1994.

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

Source: The in-patient registers

F: STAKES; I: The Ministry of Health and Social Security

MEDICAL TREATMENT, MORBIDITY AND ACCIDENTS

**Udskrivninger fra sygehuse* efterhoveddiagnosegrupper, Tabel 4.7
pr. 1.000 indbyggere 1995**

<i>Iceland²⁾</i>	<i>Norway³⁾</i>	<i>Sweden</i>	
4.3	3.0	4.6	Infektions- og parasitære sygdomme
15.9	17.8	18.1	Svulster
3.7	2.2	4.2	Endokrine, ernærings- og stofskiftesygdomme
1.2	0.9	1.3	Sygdomme i blod og bloddannende organer
2.7	..	1.9	Psykiske lidelser
7.6	6.1	5.9	Sygdomme i nervesystem og sansorganer
21.7	21.9	29.0	Sygdomme i kredsløbsorganer
15.1	11.6	12.6	Sygdomme i åndedrætsorganer
13.5	10.1	13.6	Sygdomme i fordøjelsesorganer
16.7	8.1	9.3	Sygdomme i urin- og kønsorganer
3.4	1.2	1.5	Sygdomme i hud og underhud
12.3	9.6	8.5	Sygdomme i knogler, bevægelsessystem og bindevæv
2.7	2.2	1.7	Medfødte misdannelser
1.4	1.7	1.5	Visse årsager til sygdomme i perinatalperioden
9.0	9.4	15.2	Symptomer og mangelfuldt definerede tilstande
14.6	15.6	17.1	Traumer og forgiftninger
9.3	5.5	6.4	Patienter uden symptomer eller sygdomme
178.3	145.4	167.1	I alt
23.3	17.0	28.4	Heraf indlæggelser under graviditet og fødsel

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

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

2 Vedrører 1994.

3 Opgørelsen vedrører udskrivninger fra sygehuse, ikke afsluttede behandlingsophold ved afdelinger.

Kilde: Landspatientregistrene

F: STAKES; I: Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið

MEDICAL TREATMENT, MORBIDITY AND ACCIDENTS

Table 4.8 Average length of stay in hospitals* by main diagnostic groups 1995

	<i>Denmark</i>	<i>Finland¹⁾</i>	<i>Åland¹⁾</i>
Infectious and parasitic diseases	5.9	6.5	4.5
Neoplasms	7.2	6.1	7.5
Endocrine, nutritional and metabolic diseases	8.2	7.2	6.4
Diseases of blood and bloodforming organs	6.4	5.6	7.8
Mental disorders	8.3	22.4	4.3
Diseases of the nervous system and sense organs	5.5	3.6	4.2
Diseases of the circulatory system	8.9	7.8	8.1
Diseases of the respiratory system	5.7	4.8	3.8
Diseases of the digestive system	5.4	4.7	5.6
Diseases of the genito-urinary system	4.2	4.0	4.2
Diseases of the skin and subcutaneous tissue	7.2	6.2	4.7
Diseases of the musculo-skeletal system and connective tissue	8.7	5.1	5.5
Congenital malformations	5.0	4.5	5.9
Certain conditions originating in the perinatal period	10.3	10.1	3.6
Symptoms and ill-defined conditions	3.7	3.4	3.0
Traumas and poisonings	7.1	6.1	5.2
Patients without symptoms or diseases	4.3	1.9	2.3
Total	6.1	5.5	5.3
Of which hospitalization during pregnancy and childbirth	3.5	4.0	4.1

* Definition, see Table 4.7

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

2 Refers to 1994.

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

Source: See Table 4.7

MEDICAL TREATMENT, MORBIDITY AND ACCIDENTS

**Gennemsnitlig liggetid ved sygehuse* efter Tabel 4.8
hoveddiagnosegrupper 1995**

<i>Iceland²⁾</i>	<i>Norway³⁾</i>	<i>Sweden</i>	
4.5	6.3	5.3	Infektions- og parasitære sygdomme
8.3	8.9	7.7	Svulster
5.9	7.2	7.2	Endokrine, ernærings- og stofskiftesygdomme
6.5	5.8	5.8	Sygdomme i blod og bloddannende organer
11.4	..	17.4	Psykiske lidelser
6.4	5.6	6.1	Sygdomme i nervesystem og sansorganer
8.3	8.1	7.7	Sygdomme i kredsløbsorganer
6.6	6.1	5.0	Sygdomme i åndedrætsorganer
5.8	6.1	5.0	Sygdomme i fordøjelsesorganer
4.6	5.1	4.5	Sygdomme i urin- og kønsorganer
8.3	10.5	8.5	Sygdomme i hud og underhud
6.3	8.9	7.6	Sygdomme i knogler, bevægelsessystem og bindevæv
8.4	5.7	4.9	Medfødte misdannelser
11.9	11.1	11.3	Visse årsager til sygdomme i perinatalperioden
4.9	3.7	3.0	Symptomer og mangelfuldt definerede tilstande
5.6	6.6	6.4	Traumer og forgiftninger
5.0	4.5	5.5	Patienter uden symptomer eller sygdomme
6.3	6.7	6.1	I alt
4.6	4.6	3.6	Heraf indlæggelser under graviditet og fødsel

* Definition, se tabel 4.7

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

2 Vedrører 1994.

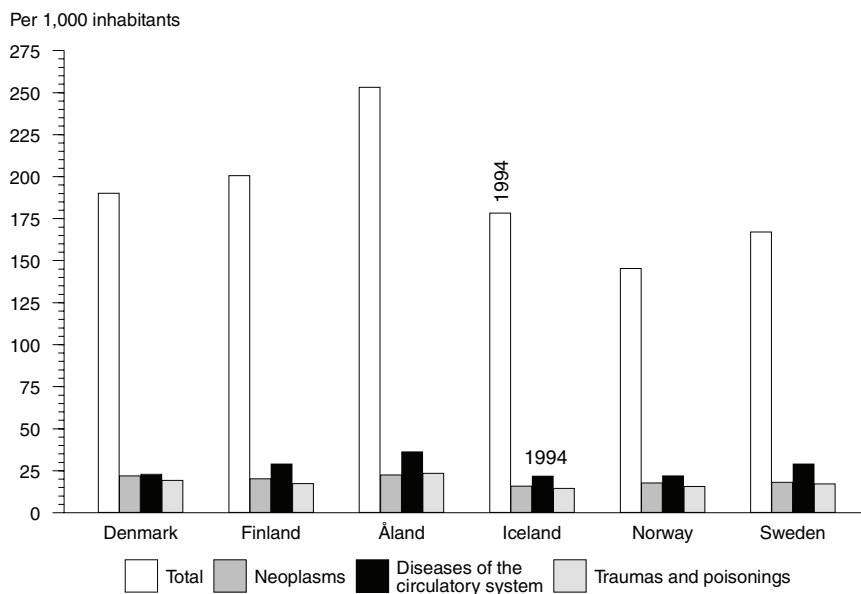
3 Opgørelsen vedrører udskrivninger fra sygehuse, ikke afsluttede behandlingsophold ved afdelinger.

Kilde: Se tabel 4.7

MEDICAL TREATMENT, MORBIDITY AND ACCIDENTS

Figure 4.1 Discharges in total and for three major diagnostic groups, per 1,000 inhabitants 1995

Udskrivninger i alt og for tre hoveddiagnosegrupper, pr. 1.000 indbyggere 1995



MEDICAL TREATMENT, MORBIDITY AND ACCIDENTS

Table 4.9 Discharges and average length of stay in hospitals*. Tuberculosis 1995

Udskrivninger og gennemsnitlig liggetid ved sygehuse*. Tuberkulose 1995

		<i>Denmark</i>	<i>Finland</i>	<i>Iceland</i>	<i>Norway</i>	<i>Sweden</i>
<i>Discharges</i>	Udskrivninger					
<i>Total</i>	I alt	790	2,070	..	252	765
<i>Per 100,000 of the age</i>						
Pr. 100.000 i alderen						
		15	10	..	3	6
		12	45	..	4	6
		22	166	..	19	23
<i>Total</i>	I alt	17	47	..	7	9
<i>Average length of stay</i>						
Gennemsnitlig liggetid						
<i>Total</i>						
I alt		13.5	14.6	..	16.1	12.1

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 4.10 Discharges and average length of stay in hospitals*. Malignant neoplasm of breast, females 1995

Udskrivninger og gennemsnitlig liggetid ved sygehuse*. Kræft i bryst, kvinder 1995

		<i>Denmark</i>	<i>Finland</i>	<i>Iceland</i>	<i>Norway</i>	<i>Sweden</i>
<i>Discharges</i>	Udskrivninger					
<i>Total</i>	I alt	10,766	8,726	..	6,901	14,636
<i>Per 100,000 females of the age</i>						
Pr. 100.000 kvinder i alderen						
		1	-	..	0	1
		171	191	..	182	152
		887	701	..	660	685
		812	629	..	671	651
<i>Total</i>	I alt	407	333	..	314	329
<i>Average length of stay</i>						
Gennemsnitlig liggetid						
<i>Total, females</i>						
I alt, kvinder		6.7	5.9	..	8.2	5.8

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 4.11 Discharges and average length of stay in hospitals*. Malignant neoplasm of larynx, trachea, bronchus and lung 1995

Udskrivninger og gennemsnitlig liggetid ved sygehuse*. Kræft i strubehoved, luftrør, bronkie og lunge 1995

		<i>Denmark</i>	<i>Finland</i>	<i>Iceland</i>	<i>Norway</i>	<i>Sweden</i>
<i>Discharges</i>	Udskrivninger					
<i>Males</i>	Mænd					
<i>Total</i>	I alt	6,725	6,077	..	3,990	6,759
<i>Per 100,000 males of the age</i>						
<i>Pr. 100.000 mænd i alderen</i>						
		0	1	..	0	0
		23	22	..	16	13
		430	356	..	285	214
		1,151	1,376	..	890	671
<i>Total</i>	I alt	261	244	..	186	156
<i>Females</i>	Kvinder					
<i>Total</i>	I alt	4,214	1,487	..	1,986	3,898
<i>Per 100,000 females of the age</i>						
<i>Pr. 100.000 kvinder i alderen</i>						
		0	0	..	0	0
		24	7	..	18	9
		324	94	..	183	160
		420	184	..	254	242
<i>Total</i>	I alt	159	57	..	90	88
<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	7.5	..	12.1	9.5

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 4.12 Discharges and average length of stay in hospitals*. Malignant melanoma of skin 1995

Udskrivninger og gennemsnitlig liggetid ved sygehuse*. Ondartet melanom i hud 1995

		Denmark	Finland	Iceland	Norway	Sweden
<i>Discharges</i>	Udskrivninger					
<i>Total</i>	I alt	1,267	1,215	..	1,307	1,503
<i>Per 100,000 of the age</i>						
Pr. 100.000 i alderen						
		1	1	..	2	0
		4	1	..	1	1
		26	27	..	34	16
		63	62	..	77	50
<i>Total</i>	I alt	24	24	..	30	17
<i>Average length of stay</i>						
Gennemsnitlig liggetid						
<i>Total</i>						
I alt		7.9	5.7	..	8.0	7.2

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

Table 4.13 Discharges from hospitals*. Acute myocardial infarction 1995

Udskrivninger fra sygehuse*. Akut hjerteinfarkt 1995

		Denmark	Finland	Iceland	Norway	Sweden
<i>Discharges</i>	Udskrivninger					
<i>Males</i>	Mænd					
<i>Total</i>	I alt	7,525	6,938	..	8,252	17,219
<i>Per 100,000 males of the age</i>						
Pr. 100.000 mænd i alderen						
		18	20	..	25	16
		412	402	..	560	450
		1,395	1,540	..	1,839	1,863
<i>Total</i>	I alt	292	279	..	384	397
<i>Females</i>	Kvinder					
<i>Total</i>	I alt	4,241	5,001	..	4,668	10,492
<i>Per 100,000 females of the age</i>						
Pr. 100.000 kvinder i alderen						
		6	3	..	3	4
		127	98	..	140	122
		714	948	..	980	1,032
<i>Total</i>	I alt	160	191	..	212	236

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 4.14 Discharges and average length of stay in hospitals*. Cerebro-vascular diseases 1995
 Udskrivninger og gennemsnitlig liggetid ved sygehuse*. Karsygdomme i hjerne 1995

		<i>Denmark</i>	<i>Finland</i>	<i>Iceland</i>	<i>Norway</i>	<i>Sweden</i>
<i>Discharges</i>	Udskrivninger					
<i>Males</i>	Mænd					
<i>Total</i>	I alt	11,219	11,047		7,454	22,829
<i>Per 100,000 males of the age</i>						
Pr. 100.000 mænd i alderen						
0-44		34	46	..	33	30
45-64		525	618	..	368	438
65-79		1,969	2,281	..	1,583	2,219
80+		3,190	3,108	..	2,828	4,380
<i>Total</i>	I alt	435	444	..	347	526
<i>Females</i>	Kvinder					
<i>Total</i>	I alt	10,308	10,412		7,107	21,695
<i>Per 100,000 females of the age</i>						
Pr. 100.000 kvinder i alderen						
0-44		37	36	..	30	28
45-64		313	335	..	236	274
65+		1,296	1,414	..	1,032	1,472
80+		2,507	2,486	..	2,274	3,424
<i>Total</i>	I alt	389	397	..	323	488
<i>Average length of stay</i>						
Gennemsnitlig liggetid						
<i>Total</i>						
I alt		20.3	17.0	..	15.2	15.1

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 4.15 Discharges and average length of stay in hospitals*. Asthma 1995

Udskrivninger og gennemsnitlig liggetid ved sygehuse*. Astma 1995

		<i>Denmark</i>	<i>Finland</i>	<i>Iceland</i>	<i>Norway</i>	<i>Sweden</i>
<i>Discharges</i>	Udskrivninger					
<i>Total</i>	I alt	7,581	16,161	..	6,353	12,581
<i>Per 100,000 of the age</i>						
Pr. 100.000 i alderen						
		635	1,374	..	709	715
		173	224	..	163	85
		70	145	..	60	41
		87	190	..	75	64
		220	526	..	168	198
		154	601	..	206	160
<i>Total</i>	I alt	145	316	..	146	143
<i>Average length of stay</i>						
Gennemsnitlig liggetid						
<i>Total</i>						
I alt		4.6	4.5	..	5.4	3.7

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 4.16 Discharges and average length of stay in hospitals*. Bronchitis, emphysema and other chronic obstructive pulmonary disease 1995

Udskrivninger og gennemsnitlig liggetid ved sygehuse*. Bronkit, emfysem og anden obstruktiv lungesygdom 1995

		<i>Denmark</i>	<i>Finland</i>	<i>Iceland</i>	<i>Norway</i>	<i>Sweden</i>
<i>Discharges</i>	Udskrivninger					
<i>Total</i>	I alt	17,165	11,603	..	8,914	16,252
<i>Per 100,000 of the age</i>						
Pr. 100.000 i alderen						
		91	46	..	22	75
		2	4	..	1	3
		3	8	..	5	3
		163	95	..	92	70
		1,554	1,223	..	937	701
		1,502	1,176	..	1,018	267
<i>Total</i>	I alt	328	227	..	205	185
<i>Average length of stay</i>						
Gennemsnitlig liggetid						
<i>Total</i>						
I alt		8.3	7.3	..	9.6	7.4

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 4.17 Discharges and average length of stay in hospitals*. Cervical and other intervertebral disc disorders 1995

Udskrivninger og gennemsnitlig liggetid ved sygehuse*. Diskuprolaps i halsens ryghvirvler og andre ryghvirvler 1995

		<i>Denmark</i>	<i>Finland</i>	<i>Iceland</i>	<i>Norway</i>	<i>Sweden</i>
<i>Discharges</i>	Udskrivninger					
<i>Total</i>	I alt	10,516	11,296	..	4,798	4,737
<i>Per 100,000 of the age</i>						
Pr. 100.000 i alderen						
		17	27	..	15	7
		291	318	..	196	93
		359	394	..	193	88
		143	149	..	39	31
<i>Total</i>	I alt	201	221	..	110	54
<i>Average length of stay</i>						
Gennemsnitlig liggetid						
<i>Total</i>						
I alt		9.2	4.6	..	8.0	6.8

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 4.18 Discharges and average length of stay in hospitals*. Osteoporosis and osteomalacia, females 1995

Udskrivninger og gennemsnitlig liggetid ved sygehuse*. Osteoporose og osteomalaci, kvinder 1995

		<i>Denmark</i>	<i>Finland</i>	<i>Iceland</i>	<i>Norway</i>	<i>Sweden</i>
<i>Discharges</i>	Udskrivninger					
<i>Females</i>	Kvinder					
<i>Total</i>	I alt	1,591	484	..	493	1,872
<i>Per 100,000 females of the age</i>						
<i>Pr. 100.000 kvinder i alderen</i>						
		2	2	..	1	1
		20	12	..	8	11
		157	48	..	60	87
		377	124	..	140	248
		516	130	..	170	345
<i>Total</i>	I alt	60	18	..	22	42
<i>Average length of stay</i>						
<i>Gennemsnitlig liggetid</i>						
<i>Total</i>						
I alt		16.8	12.1	..	11.8	12.3

*The table includes ICD-9: 268.2, 733.0-733.1 and ICD-10: M80-M83 Source: * Definition, see Table 4.7*
*Tabellen omfatter ICD-9: 268.2, 733.0-733.1 og ICD-10: M80-M83 Kilde: * Definition, se tabel 4.7*

MEDICAL TREATMENT, MORBIDITY AND ACCIDENTS

Table 4.19 Discharges and average length of stay in hospitals*. Fracture of neck of femur 1995

Udskrivninger og gennemsnitlig liggetid ved sygehuse*. Brud af lår 1995

		<i>Denmark</i>	<i>Finland</i>	<i>Iceland</i>	<i>Norway</i>	<i>Sweden</i>
<i>Discharges</i>	Udskrivninger					
<i>Males</i>	Mænd					
<i>Total</i>	I alt	3,600	2,042	..	2,686	6,622
<i>Per 100,000 males of the age</i>						
Pr. 100.000 mænd i alderen						
		13	12	..	11	7
		76	66	..	64	64
		365	269	..	318	332
		884	596	..	837	878
		2,370	1,546	..	2,074	2,390
<i>Total</i>	I alt	140	82	..	125	153
<i>Females</i>	Kvinder					
<i>Total</i>	I alt	9,617	5,606	..	7,539	16,864
<i>Per 100,000 females of the age</i>						
Pr. 100.000 kvinder i alderen						
		5	4	..	5	3
		92	48	..	99	74
		713	385	..	635	512
		1,725	1,087	..	1,625	1,553
		4,089	2,803	..	3,729	4,161
<i>Total</i>	I alt	363	214	..	343	380
<i>Average length of stay</i>						
Gennemsnitlig liggetid						
<i>Total, males and females</i>						
I alt, mænd og kvinder						
		17.0	13.7	..	11.9	14.1

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 4.20 Discharges and average length of stay in hospitals*. Alcoholic liver disease, unspecified fibrosis and cirrhosis of liver 1995
 Udskrivninger og gennemsnitlig liggetid ved sygehuse*. Alkoholisk leversygdom, bindevævsdannelse i lever og skrumpeliver 1995

		<i>Denmark</i>	<i>Finland</i>	<i>Iceland</i>	<i>Norway</i>	<i>Sweden</i>
<i>Discharges</i>	Udskrivninger					
<i>Males</i>	Mænd					
<i>Total</i>	I alt	1,670	1,427	..	422	1,412
<i>Per 100,000 males of the age</i>						
Pr. 100.000 mænd i alderen						
0-44		24	24	..	8	10
45-64		156	128	..	46	68
65+		86	90	..	35	68
<i>Total</i>	I alt	65	57	..	20	33
<i>Females</i>	Kvinder					
<i>Total</i>	I alt	1,110	1,018	..	338	982
<i>Per 100,000 females of the age</i>						
Pr. 100.000 kvinder i alderen						
0-44		16	16	..	6	8
45-64		97	85	..	33	40
65+		53	53	..	26	42
<i>Total</i>	I alt	42	39	..	15	22
<i>Average length of stay</i>						
Gennemsnitlig liggetid						
<i>Total, males and females</i>						
I alt, mænd og kvinder		9.3	7.6	..	10.1	8.5
<i>The table includes ICD-9: 571.0-571.6, 571.9 and ICD-10: 571.0-571.6, 571.9</i>				<i>Source: *Definition, see Table 4.7</i>		
<i>Tabellen omfatter ICD-9: 571.0-571.6, 571.9 og ICD-10: 571.0-571.6, 571.9</i>				<i>Kilde: * Definition, se tabel 4.7</i>		

MEDICAL TREATMENT, MORBIDITY AND ACCIDENTS

Table 4.21 Fourteen major surgical procedure groups, total numbers 1995
Fjorten store operationsgrupper, i alt 1995

	<i>Denmark</i>	<i>Finland</i>	<i>Iceland</i>	<i>Norway</i>	<i>Sweden</i>
[032] <i>Coronary bypass operations, excl. PTCA</i> Bypass operationer af koronarkar, ekskl. PTCA	2,113	4,411	..	3,089	6,982
<i>Dilatation of coronary artery (PTCA)</i> Perkutan koronar angioplastik (PTCA)	1,560	1,433	..	2,999	3,092
[008+ <i>Operations on thyreoidea</i> 009] Thyreoideaoperationer	1,362	2,116	..	1,085	2,616
[077] <i>Kidney transplant</i> Nyretransplantation	146	156	..	189	289
‡) <i>Hysterectomy</i> Hysterektomi	5,981	9,931	..	4,334	9,889
‡) <i>Prostatectomy TURP</i> Prostatektomi TURP	3,397	4,215	..	5,089	9,676
‡) <i>Prostatectomy, open</i> Prostatektomi, åben	140	1,236	..	338	625
‡) <i>Total hip replacement</i> Total hoftedeledsplastik	6,262	4,420	..	5,793	11,965
‡) <i>Mastectomy (women)</i> Ablatio mammae, (kvinder)	2,487	20,60	..	1,694	2,966
‡) <i>Partial excision of mammary gland (women)</i> Resektion af mammae (kvinder)	2,551	1,597	..	916	3,650
‡) <i>Appendectomy</i> Appendektomi	7,875	10,533	..	5,131	10,483
‡) <i>Disc operations</i> Disk-operationer	2,505	4,122	..	2,769	4,029
[067+ <i>Cholecystectomy</i> 068] Kolecystektomi	3,897	6,818	..	2,911	10,352
[099] <i>Caesarean section</i> Kejsersnit	8,720	9,456	..	7,006	11,427

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 4.22 Fourteen major surgical procedure groups, per 100,000 inhabitants 1995

Fjorten store operationsgrupper, pr. 100.000 indbyggere 1995

	<i>Denmark</i>	<i>Finland</i>	<i>Iceland</i>	<i>Norway</i>	<i>Sweden</i>
[032] <i>Coronary bypass operations, excl. PTCA</i> Bypass operationer af koronarkar, ekskl. PTCA	40	86	..	71	79
<i>Dilatation of coronary artery (PTCA)</i> Perkutan koronar angioplastik (PTCA)	30	28	..	69	35
[008+ <i>Operations on thyroidea</i> 009] Thyroideaoperationer	26	41	..	25	30
[077] <i>Kidney transplant</i> Nyretransplantation	3	3	..	4	3
‡) <i>Hysterectomy</i> ¹⁾ Hysterektomi ¹⁾	226	379	..	197	221
‡) <i>Prostatectomy TURP</i> ²⁾ Prostatektomi TURP ²⁾	132	170	..	236	222
‡) <i>Prostatectomy, open</i> ²⁾ Prostatektomi, åben ²⁾	5	50	..	16	14
‡) <i>Total hip replacement</i> Total hofteledsplastik	120	87	..	133	136
‡) <i>Mastectomy</i> ¹⁾ Ablatio mammae ¹⁾	94	79	..	77	66
‡) <i>Partial excision of mammary gland</i> ¹⁾ Resektion af mammae ¹⁾	96	61	..	42	82
‡) <i>Appendectomy</i> Appendektomi	151	206	..	118	119
‡) <i>Disc operations</i> Disk-operationer	48	81	..	64	46
[067+ <i>Cholecystectomy</i> 068] Kolecystektomi	75	133	..	67	117
[099] <i>Caesarean section</i> ³⁾ Kejsersnit ³⁾	125	151	..	116	114

Symbols: See Table 4.21

Symbolforklaring: Se tabel 4.21

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 4.23 Surgical procedures in connection with cancer diagnoses, total and per 100,000 inhabitants 1995

Operationer i forbindelse med kræftdiagnoser, i alt og pr. 100.000 indbyggere 1995

	Denmark	Finland	Iceland	Norway	Sweden
<i>Total I alt</i>					
‡) <i>Hysterectomy</i> Hysterektomi (ICD-9: 180-184; ICD-10: C51-58)	1,204	814	..	876	1,963
‡) <i>Prostatectomy, TURP</i> Prostatektomi, TURP (ICD-9: 185; ICD-10: C61)	770	427	..	1,244	1,997
‡) <i>Prostatectomy, open</i> Prostatektomi, åben (ICD-9: 185; ICD-10: C61)	12	396	..	118	353
‡) <i>Mastectomy</i> Ablatio mammae (ICD-9: 174; ICD-10: C50)	2,433	1,912	..	1,579	2,767
‡) <i>Partial excision of mammary gland</i> Resektion af mammae (ICD-9: 174; ICD-10: C50)	1,263	762	..	539	2,715
<i>Per 100,000 inhabitants</i> Pr. 100.000 indbyggere					
‡) <i>Hysterectomy¹⁾</i> Hysterektomi ¹⁾ (ICD-9: 180-184; ICD-10: C51-58)	45	31	..	40	44
‡) <i>Prostatectomy, TURP²⁾</i> Prostatektomi, TURP ²⁾ (ICD-9: 185; ICD-10: C61)	30	17	..	58	46
‡) <i>Prostatectomy, open²⁾</i> Prostatektomi, åben ²⁾ (ICD-9: 185; ICD-10: C61)	0	16	..	5	8
‡) <i>Mastectomy¹⁾</i> Ablatio mammae ¹⁾ (ICD-9: 174; ICD-10: C50)	92	73	..	72	62
‡) <i>Partial excision of mammary gland¹⁾</i> Resektion af mammae ¹⁾ (ICD-9: 174; ICD-10: C50)	48	29	..	24	61

Symbols: See Table 4.21

Symbolforklaring: Se tabel 4.21

1 Per 100,000 females.

1 Pr. 100.000 kvinder.

2 Per 100,000 males.

2 Pr. 100.000 mænd.

Source: See Table 4.21

Kilde: Se tabel 4.21

Figure 4.2 Appendectomy 1990-1995. Men aged 0-24 years
 Appendektomi 1990-1995. Mænd i alderen 0-24 år

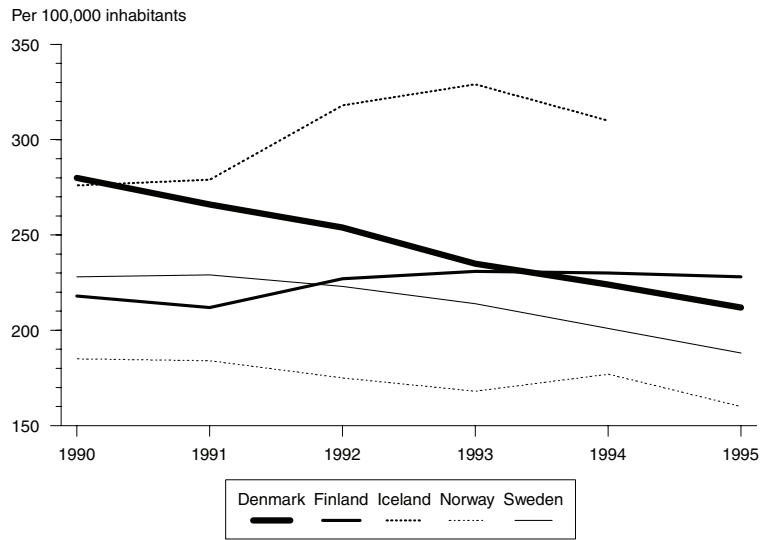
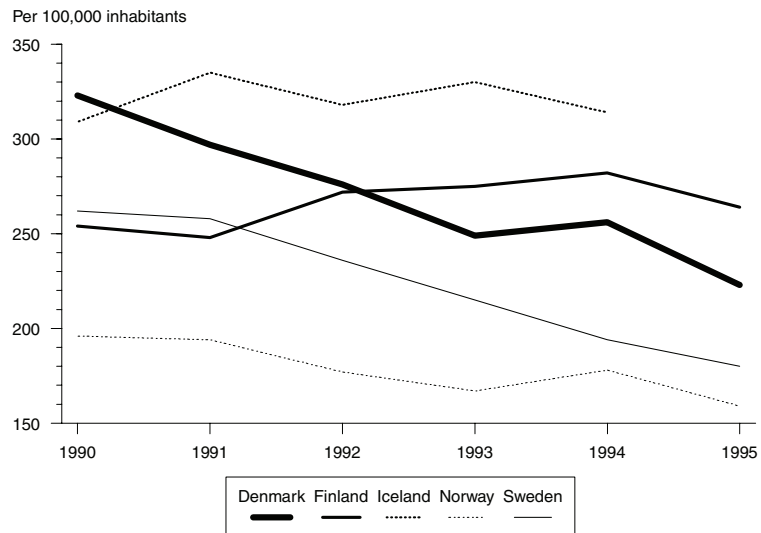


Figure 4.3 Appendectomy 1990-1995. Women aged 0-24 years
 Appendektomi 1990-1995. Kvinder i alderen 0-24 år



MEDICAL TREATMENT, MORBIDITY AND ACCIDENTS

Figure 4.4 Hip replacement 1990-1995. Men aged 30-69 years
 Hofteprotese 1990-1995. Mænd i alderen 30-69 år

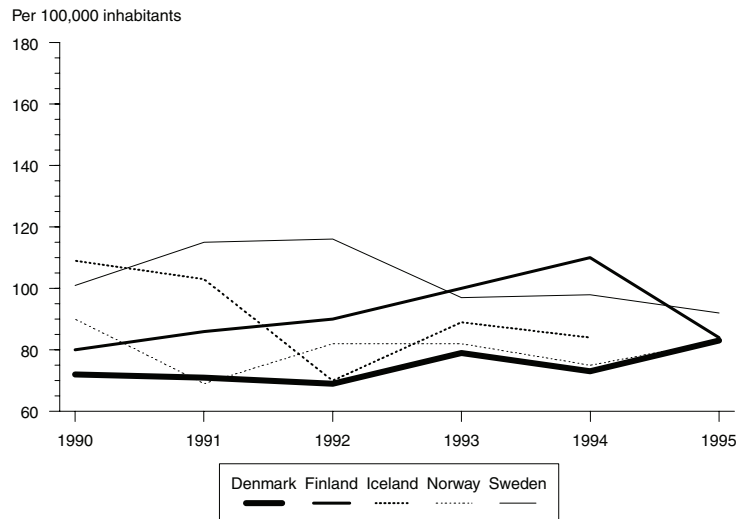


Figure 4.5 Hip replacement 1990-1995. Women aged 30-69 years
 Hofteprotese 1990-1995. Kvinder i alderen 30-69 år

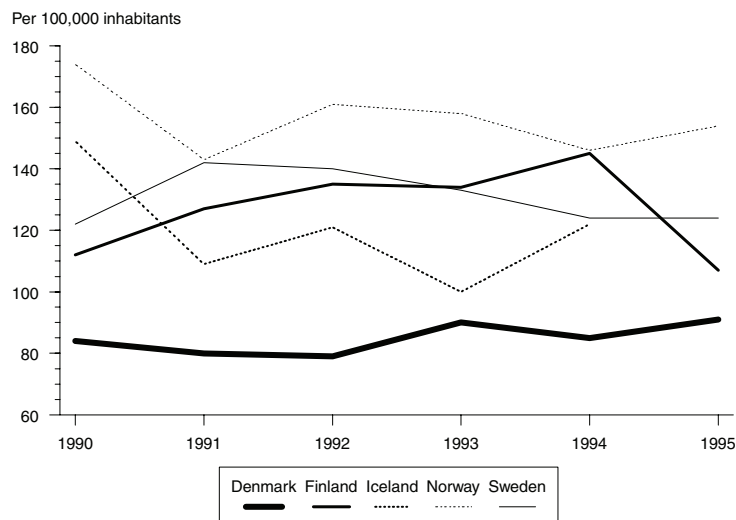


Figure 4.6 Gall bladder 1990-1995. Men aged 15-94 years
 Galdeblære 1990-1995. Mænd i alderen 15-94 år

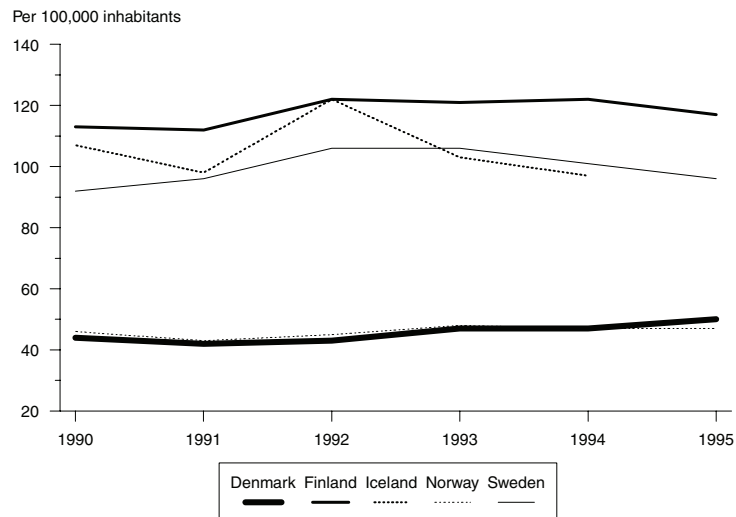
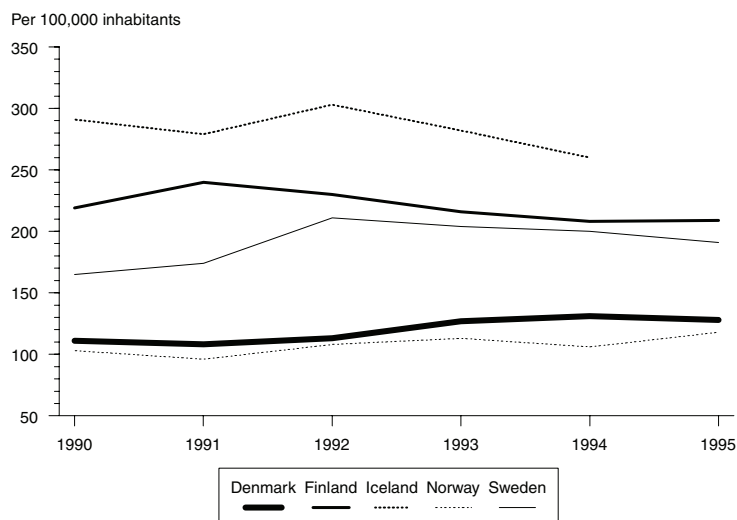


Figure 4.7 Gall bladder 1990-1995. Women aged 15-94 years
 Galdeblære 1990-1995. Kvinder i alderen 15-94 år



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 befolkningsbase-rede 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 of the Faroe Islands, 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, Færøerne, 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 4.24 Age-standardized rates (WSP) for new cases of cancer per 1,000,000 inhabitants 1981-1995. Males

Aldersstandardiserede rater (WSP) for nye tilfælde af cancer pr. 1.000.000 indbyggere 1981-1995. 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>									
1981-85	3,186	83	295	266	135	217	606	68	57
1986-90	3,329	91	317	284	105	224	567	86	56
1991-93	3,371	94	307	287	84	228	522	94	52
<i>Greenland</i>									
1981-85	2,118	28	37	67	61	212	583	14	–
1986-90	2,754	25	56	114	115	141	614	–	–
<i>Finland</i>									
1981-85	2,718	17	369	143	222	127	703	61	88
1986-90	2,590	23	389	152	183	126	558	78	78
1994	2,709	24	568	162	146	141	473	81	56
<i>Åland</i>									
1981-85	2,830	32	598	177	221	137	434	84	78
1986-90	2,761	30	570	241	189	182	401	118	79
1990-94	3,018	63	714	178	104	140	483	108	–
<i>Iceland</i>									
1981-85	2,658	30	469	191	300	192	340	41	51
1986-90	2,807	52	592	199	227	217	355	30	50
1991-95	2,728	68	689	207	174	175	319	41	20
<i>Norway</i>									
1981-85	2,571	65	438	189	169	201	337	98	44
1986-90	2,688	71	456	202	146	221	362	129	47
1993	2,879	80	568	202	125	234	378	135	40
<i>Sweden</i>									
1981-85	2,494	37	477	169	138	174	270	88	38
1986-90	2,543	44	532	175	112	171	252	104	48
1991-94	2,666	46	595	186	98	176	251	110	43

Numbers refers 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: F & Å: The Cancer Registry I: Icelandic Cancer Register; S: Socialstyrelsen, The Cancer Registry

MEDICAL TREATMENT, MORBIDITY AND ACCIDENTS

Table 4.25 Age-standardized rates (WSP) for new cases of cancer per 1,000,000 inhabitants 1981-1995. Females

Aldersstandardiserede rater (WSP) for nye tilfælde af cancer pr.
1.000.000 indbyggere 1981-1995. 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> (0-14 year-olds) Leukæmi (0-14-årige)
<i>Denmark</i>									
1981-85	2,856	673	171	70	62	206	211	93	36
1986-90	3,074	732	157	78	53	211	256	113	50
1991-93	3,232	796	138	81	42	206	269	123	52
<i>Greenland</i>									
1981-85	2,329	205	431	12	144	200	322	–	67
1986-90	2,529	337	404	9	89	92	519	–	–
<i>Finland</i>									
1981-85	1,981	512	49	28	121	110	79	60	55
1986-90	2,127	643	37	31	102	115	79	66	50
1994	2,254	721	37	35	81	121	89	58	63
<i>Åland</i>									
1981-85	1,950	471	28	26	96	108	61	126	269
1986-90	2,226	642	109	15	58	61	86	72	–
1990-94	2,859	771	101	80	131	98	90	70	–
<i>Iceland</i>									
1981-85	2,465	669	155	57	117	141	234	63	26
1986-90	2,682	822	86	65	100	163	262	65	64
1991-95	2,723	739	86	47	83	143	297	86	27
<i>Norway</i>									
1981-85	2,179	532	140	50	84	188	88	123	43
1986-90	2,257	558	122	52	71	196	118	153	42
1993	2,435	608	132	49	56	212	155	170	27
<i>Sweden</i>									
1981-85	2,261	612	95	47	69	158	90	88	39
1986-90	2,539	690	81	48	58	159	102	114	50
1991-94	2,500	741	78	49	47	164	128	110	27

Numbers refers 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: F & Å: The Cancer Registry I: Icelandic Cancer Register; S: Socialstyrelsen, The Cancer Registry

MEDICAL TREATMENT, MORBIDITY AND ACCIDENTS

Figure 4.8 New cases for eight different types of cancer 1991-1995. Males
 Nye tilfælde af otte forskellige cancertyper 1991-1995. Mænd

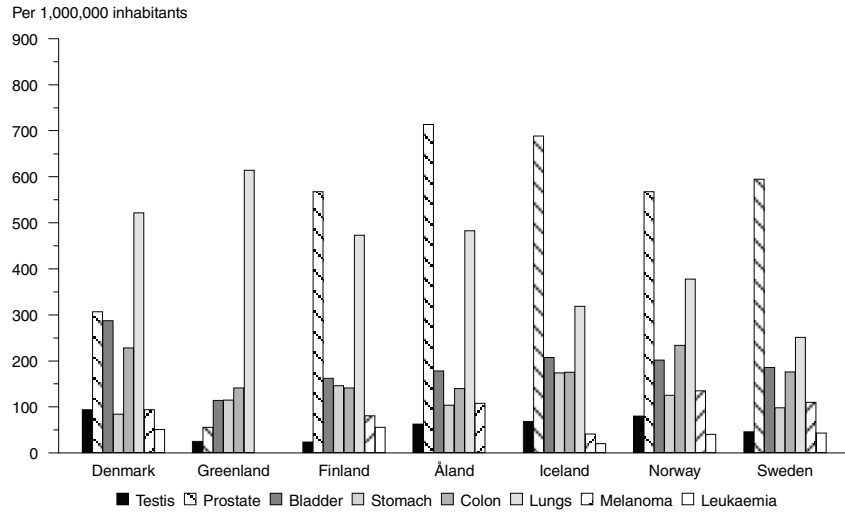
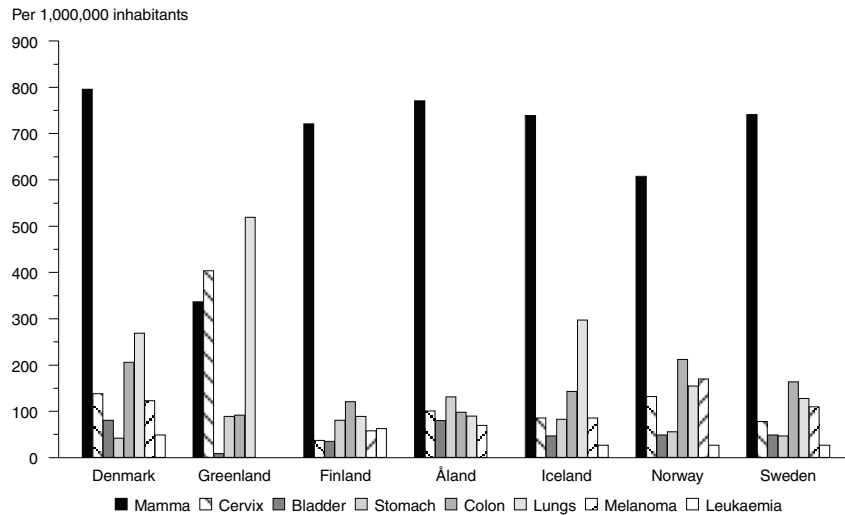


Figure 4.9 New cases for eight different types of cancer 1991-1995. Females
 Nye tilfælde af otte forskellige cancertyper 1991-1995. Kvinder



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. It is difficult to provide clear reasons for these differences, apart from traditions in the socio-demographic behavioural patterns.

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. The registered incidence differs significantly from one country to another. There is no uniform policy regarding surveys and this can probably explain many of the differences.

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. Det er vanskeligt at sige noget sikkert om årsagerne til dette, bortset fra traditioner i det socio-demografiske adfærdsmønster.

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. Den registrerede forekomst adskiller sig betydeligt fra land til land. Der er ingen ensartet politik med hensyn til undersøgelser, og mange af forskellene kan formentlig forklares hermed.

MEDICAL TREATMENT, MORBIDITY AND ACCIDENTS

Table 4.26 Confirmed new cases of HIV 1985-1995
Påviste nye tilfælde af HIV 1985-1995

	<i>Denmark</i>	<i>Faroe Islands</i>	<i>Greenland</i>	<i>Finland</i>	<i>Of which Åland</i>	<i>Iceland</i>	<i>Norway</i>	<i>Sweden</i>
<i>Males</i>								
<i>Mænd</i>								
1985	..	–	1	36	–	16	177	263
1986	..	2	2	59	–	11	145	861
1987	..	2	4	46	–	4	149	329
1988	..	1	5	43	1	10	111	242
1989	..	1	1	39	–	5	106	232
1990	109 ¹⁾	2	4	76	1	5	70	252
1991	258	–	7	47	–	8	109	213
1992	290	–	–	72	–	10	63	241
1993	249	3	1	46	2	2	87	256
1994	204	1	5	55	1	6	70	190
1995	223	–	8	45	3	3	74	172
<i>Females</i>								
<i>Kvinder</i>								
1985	..	–	–	2	–	2	33	68
1986	..	–	–	6	–	2	50	106
1987	..	1	–	11	–	1	44	68
1988	..	–	2	6	–	2	37	66
1989	..	–	1	6	–	1	28	70
1990	30 ¹⁾	1	3	13	–	–	20	82
1991	69	–	5	10	–	2	31	116
1992	88	–	4	21	–	1	43	109
1993	79	1	1	16	–	1	26	127
1994	94	–	2	14	–	2	23	69
1995	80	–	6	27	–	2	31	75
<i>Total</i>								
<i>I alt</i>								
1985	..	–	1	38	–	18	210	331
1986	..	2	2	65	–	13	195	967
1987	..	3	4	57	–	5	193	397
1988	..	1	7	49	1	12	148	308
1989	..	1	2	45	–	6	134	302
1990	139 ¹⁾	3	7	89	1	5	90	334
1991	327	–	12	57	–	10	140	329
1992	379	–	4	93	–	11	106	350
1993	328	4	2	62	2	3	113	383
1994	298	1	7	69	1	8	93	259
1995	303	–	14	72	3	5	105	247

1 As from 1 August 1990.

1 Fra 1. august 1990.

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

MEDICAL TREATMENT, MORBIDITY AND ACCIDENTS

**Table 4.27 Notified cases of AIDS, in total and per 100,000 inhabitants
1985-1995**

Anmeldte tilfælde af AIDS, i alt og pr. 100.000 indbyggere 1985-1995

	<i>Denmark</i>	<i>Faroe Islands</i>	<i>Greenland</i>	<i>Finland¹⁾</i>	<i>Åland</i>	<i>Iceland</i>	<i>Norway</i>	<i>Sweden</i>
<i>Number</i>								
<i>Antal</i>								
1985	38	–	..	4	..	1	11	42
1986	69	–	..	7	..	3	17	48
1987	100	–	..	7	..	1	35	69
1988	126	–	1	17	1	5	30	97
1989	175	1	1	21	–	3	45	121
1990	199	2	1	17	–	3	53	131
1991	207	1	2	27	–	6	62	137
1992	208	–	3	22	–	3	52	127
1993	237	–	3	25	–	7	62	176
1994	234	1	3	43	1	3	73	180
1995	214	2	1	41	3	3	65	198
<i>Per 100,000 inhabitants</i>								
<i>Pr. 100.000 indbyggere</i>								
1985	0.7	–	..	0.1	–	0.4	0.3	0.5
1986	1.3	–	..	0.1	–	1.2	0.4	0.6
1987	2.0	–	..	0.1	–	0.4	0.8	0.8
1988	2.5	–	1.8	0.3	4.2	2.0	0.7	1.2
1989	3.4	2.1	1.8	0.4	–	1.2	1.1	1.4
1990	3.8	4.2	1.8	0.3	–	1.2	1.2	1.5
1991	4.0	2.1	3.6	0.5	–	2.3	1.4	1.6
1992	4.0	–	5.4	0.4	–	1.1	1.2	1.5
1993	4.6	–	5.4	0.5	–	2.7	1.4	2.0
1994	4.5	2.2	5.4	0.9	4.0	1.1	1.7	2.1
1995	4.1	4.6	1.8	0.8	11.9	1.1	1.5	2.2

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;

Kilde: F: Folkhälsoinstitutet; Å: Landskapsläkaren; I: Landlæknisembættið;

N: Statens Institutt for Folkehelse; S: Smittskyddsinstitutet

MEDICAL TREATMENT, MORBIDITY AND ACCIDENTS

Figure 4.10 Notified cases of AIDS 1985-1995
Anmeldte tilfælde af AIDS 1985-1995

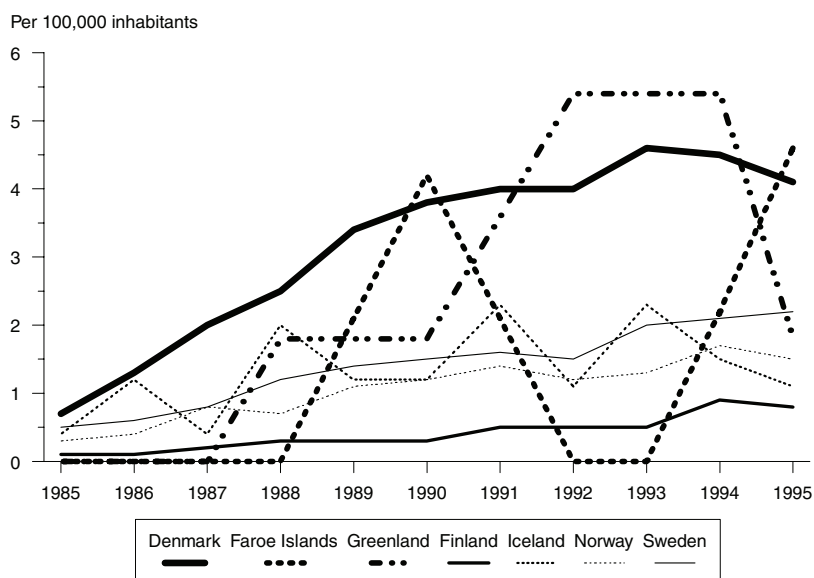


Table 4.28 Notified cases of gonorrhoea and syphilis per 100,000 inhabitants aged 15 years or over 1995
Anmeldte tilfælde af gonorré og syfilis pr. 100.000 indbyggere 15 år og derover 1995

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
<i>Gonorrhoea</i> Gonorré	3.2	2.3	706.2	6.5	3.7	0.5	5.0	3.4
<i>Syphilis</i> Syfilis	0.9	0.0	14.9	2.4	—	1.0	0.2	0.7

The table partly covers HFA Statistical Indicator 4.3

Source: See Table 4.27
Kilde: Se tabel 4.27

Figure 4.11 Notified cases of gonorrhoea per 100,000 inhabitants aged 15 years or over 1980-1995

Anmeldte tilfælde af gonorré pr. 100.000 indbyggere 15 år og derover 1980-1995

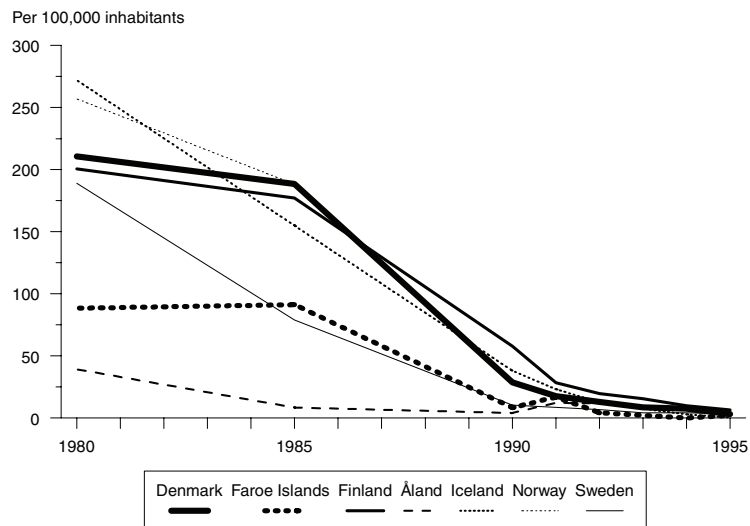
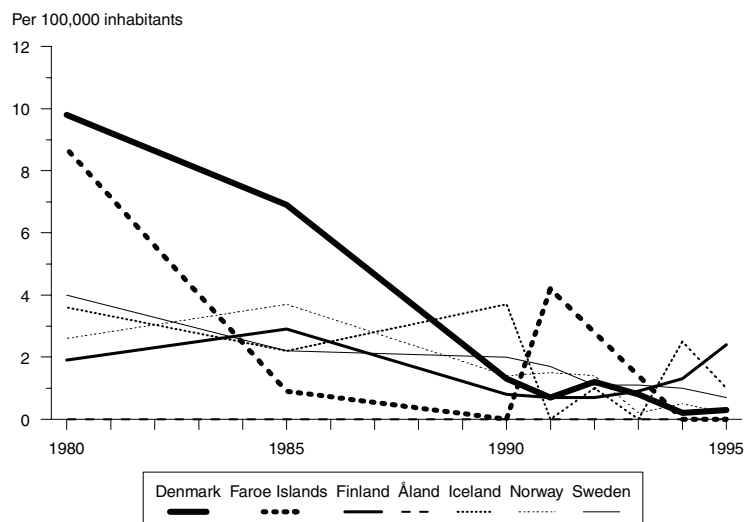


Figure 4.12 Notified cases of syphilis per 100,000 inhabitants aged 15 years or over 1980-1995

Anmeldte tilfælde af syfilis pr. 100.000 indbyggere 15 år og derover 1980-1995



MEDICAL TREATMENT, MORBIDITY AND ACCIDENTS

Table 4.29 Diagnosed cases of chlamydia per 100,000 inhabitants 1989-1995
 Diagnosticerede tilfælde af chlamydia pr. 100.000 indbyggere 1989-1995

	<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>
1989	..	..	..	262	323	360	288	345
1990	200	82	..	252	374	299	285	313
1993	223	65	..	198	139	405	213	172
1994	267	63	..	166	171	461	206	155
1995	248	67	2,510 ¹⁾	151	250	398	215	156

1 Based upon surveys in Nuuk.

1 Baseret på undersøgelser i Nuuk.

Source: See Table 4.27

Kilde: Se tabel 4.27

Table 4.30 Diagnosed cases of acute hepatitis B per 100,000 inhabitants by sex 1989-1995

Diagnosticerede tilfælde af akut hepatitis B pr. 100.000 indbyggere efter køn 1989-1995

	<i>Denmark</i>		<i>Faroe Islands</i>		<i>Greenland</i>	<i>Finland¹⁾</i>	<i>Åland</i>	<i>Iceland</i>		<i>Norway</i>		<i>Sweden</i>	
	M	F	M	F	M+F	M+F	M+F	M	F	M	F	M	F
1989	..	..	-	-	..	..	..	18.9	3.2	..	..	3.9	2.3
1990	2.7	1.3	-	-	..	4.0	-	39.1	17.3	1.8	1.3	3.7	2.3
1993	2.8	1.3	-	-	3.6	4.2	19.9	6.8	2.3	1.7	0.8	3.4	1.5
1994	3.1	1.3	-	-	3.6	4.0	-	6.7	3.7	1.3	0.6	4.1	2.0
1995	2.8	1.4	-	-	..	2.2	3.9	1.5	5.3	3.4	1.2	4.6	2.1

1 Both acute and chronic.

1 Både akutte og kroniske.

Source: See Table 4.27

Kilde: Se tabel 4.27

Accidents

Patients hospitalized as a consequence of accidents take up a substantial part of the capacity at the hospitals. There is thus a growing realisation that the statistics concerning both illness and deaths following accidents should be improved.

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 description of the circumstances of all accidents is a prerequisite for the planning of any prevention of accidents.

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.

In general, the rate of hospitalization is higher for men than for women in the age groups below 65 years. For persons

Ulykker

Patienter indlagt på grund af ulykker udnytter en væsentlig del af kapaciteten ved sygehuse. Der er således en voksende erkendelse af, at statistikken vedrørende såvel sygelighed som død efter ulykker bør forbedres.

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.

Beskrivelsen af ulykkesomstændigheder er forudsætningen for planlægning af ulykkesforebyggelse.

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 opdelte 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.

Generelt er indlæggelsesrater efter ulykker højere for mænd end for kvinder i aldersgrupper under 65 år. For personer i

MEDICAL TREATMENT, MORBIDITY AND ACCIDENTS

above 65 years, the opposite is the case, with rates of hospitalization being higher for women than for men. Generally, the rates of hospitalization are highest for the oldest section of the population (65 years and above).

alderen 65 år og derover ses omvendt, at indlæggelsesraterne er højere for kvinder end for mænd. Generelt er indlæggelsesraterne højest hos den ældste del af befolkningen (65 år og derover).

MEDICAL TREATMENT, MORBIDITY AND ACCIDENTS

Table 4.31 Patients discharged after treatment for injuries incurred in accidents, per 100,000 inhabitants, by place of accident 1995

Udskrivninger fra sygehuse efter behandling for skader pådraget ved ulykker, pr. 100.000 indbyggere efter ulykkessted 1995

	<i>Denmark</i>	<i>Finland</i>	<i>Iceland¹⁾</i>	<i>Norway²⁾</i>	<i>Sweden</i>
<i>Place of occurrence</i>					
<i>Sted</i>					
<i>Transport area</i>					
Transportområde	266	190	..	231	..
<i>Residential area</i>					
Boligområde	506	486	..	366	..
<i>Industrial and workshop area</i>					
Produktions- og værkstedsområde	45	44	..	25	..
<i>Retail, commercial and service area</i>					
Butiks-, handels- og liberalt erhvervsområde	17	13	..	10	..
<i>School, public premises and institutional area</i>					
Skole-, offentligt administrations- og institutionsområde	63	84	..	87	..
<i>Sports area</i>					
Idræts- og sportsområde	83	72	..	86	..
<i>Amusement, entertainment and park areas</i>					
Forlystelses- og parkområde	26	30	..	17	..
<i>Open countryside</i>					
Fri natur	50	38	..	34	..
<i>Sea, lake and river</i>					
Hav- og søområde	8	5	..	9	..
<i>Place, other and unspecified</i>					
Sted, andet og uspecificeret eller uoplyst	132	788	..	151	..
<i>Total</i>					
I alt	1,196	1,749	1,730	1,016	1,895

1 Refers to 1989.

2 The figures originate from a register of injuries covering four municipalities (7.3 per cent of the population).

1 Vedrører 1989.

2 Data stammer fra et skadesregister, der dækker fire bykommuner (7,3 pct. af befolkningen).

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; I: Landlæknisembættið; N: Statens institutt for folkehelse; S: Socialstyrelsen

MEDICAL TREATMENT, MORBIDITY AND ACCIDENTS

Table 4.32 Patients discharged after treatment for injuries incurred in accidents, per 100,000 inhabitants, by sex and age 1995

Udskrivninger fra sygehuse efter behandling for skader pådraget ved ulykker, pr. 100.000 indbyggere efter køn og alder 1995

	<i>Denmark</i>		<i>Finland</i>		<i>Iceland¹⁾</i>		<i>Norway</i>		<i>Sweden</i>	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
0-14	1,037	754	908	612	1,232	964	1,137	682	1,247	886
15-24	1,675	826	2,196	857	2,400	1,279	1,116	521	1,599	864
25-64	1,054	640	1,820	1,089	1,778	1,278	757	504	1,316	971
65+	1,768	3,394	3,732	4,742	2,913	4,746	1,809	3,266	4,251	6,331
<i>Total</i>										
I alt	1,226	1,166	1,892	1,614	1,851	1,608	1,009	1,022	1,777	2,011

1 Refers to 1989.

1 Vedrører 1989.

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

Kilde: Committee. Copenhagen 1990

Other countries: ICD-9: E800-E949

See Table 4.31

Se tabel 4.31

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 multifarious, 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 noticed when making comparisons.

The overall mortality rate for men in the age group 25 to 64 has been decreasing in all countries.

Denmark has 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.

On the other hand, with the exception of Greenland, Finland and Åland have the highest rates of death caused by suicides. The lowest rates for death caused by suicide are found on the Faroe Islands and in 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.

Dødeligheden har i alle landene været faldende blandt mænd i aldersgruppen 25-64 år.

Danmark har den højeste dødelighed af kræft i de nordiske lande. Der er ikke nogen entydig udvikling i kræftdødeligheden for Danmark, Norge og Island, selv om 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.

Til gengæld har Finland og Åland høje selvmordsrater, som kun overgås af Grønland. De laveste selvmordsrater findes på Færøerne og i Island.

MORTALITY AND CAUSES OF DEATH

Table 5.1 Deaths by sex and age per 100,000 inhabitants 1980-1995
Døde efter køn og alder pr. 100.000 indbyggere 1980-1995

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>													
	1980	1,194	993	920	739	33	22	103	43	598	370	6,902	4,804
	1985	1,112	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
	1994	1,181	1,155	627	489	22	20	72	28	503	325	6,837	5,450
	1995	1,204	1,199	557	447	24	17	74	30	498	335	7,094	5,714
<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
	1994	871	733	2,138	2,467	71	113	630	184	736	351	8,849	9,734
	1995	942	795	1,805	3,610	111	100	493	240	814	430	9,746	8,188
<i>Finland</i>													
	1980	1,031	838	845	683	33	20	113	33	676	266	7,095	4,618
	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
	1994	949	936	501	424	18	16	104	31	525	214	5,977	4,687
	1995	977	955	431	355	21	16	93	26	530	218	6,263	4,752
<i>Åland</i>													
	1980	1,055	1,129	2,817	-	136	-	173	64	647	386	6,196	5,836
	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
	1994	1,076	1,002	-	-	-	-	63	-	477	198	6,083	4,641
	1995	929	1,125	649	1,242	88	-	64	-	415	196	5,012	5,299
<i>Iceland</i>													
	1980	761	586	1,624	973	38	47	129	39	548	267	5,291	4,082
	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
	1994	674	617	393	279	16	17	80	15	281	205	5,186	4,153
	1995	733	705	717	488	38	47	85	29	298	203	5,493	4,702
<i>Norway</i>													
	1980	1,117	909	900	706	38	19	115	35	557	260	6,380	4,574
	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
	1994	1,042	999	582	459	20	21	73	30	364	207	6,166	4,762
	1995	1,068	1,006	491	314	22	16	86	30	361	200	6,393	4,858
<i>Sweden</i>													
	1980	1,210	1,001	812	572	27	22	81	33	535	282	6,360	4,634
	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
	1994	1,108	1,024	476	390	17	11	53	22	342	206	5,670	4,437
	1995	1,088	1,042	453	349	15	11	52	26	347	208	5,942	4,631

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

<i>Cause of death</i> ¹⁾ Dødsårsag ¹⁾	<i>Per 100,000 inhabitants</i> Pr. 100.000 indbyggere							
	<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>
	1995	1993	1993	1995	1995	1994	1994	1995
[23-28] <i>Cardiovascular diseases, total</i> Hjerte-karsygdomme, i alt								
<i>Males</i> Mænd	455.8	497.5	750.4	464.2	331.6	361.3	378.8	380.3
<i>Females</i> Kvinder	244.2	246.3	369.0	258.3	238.5	207.4	214.0	216.3
[3-15] <i>Cancer, total</i> Cancer, i alt								
<i>Males</i> Mænd	273.2	205.5	299.8	218.1	183.6	179.9	227.0	189.3
<i>Females</i> Kvinder	209.0	155.2	431.0	129.5	155.5	166.1	153.6	142.2
[46-52] <i>Accidents, suicide and self-inflicted injury, total</i> Ulykker, selvmord og villet egenskade, i alt								
<i>Males</i> Mænd	73.9	79.2	205.8	123.3	49.4	56.7	58.9	57.2
<i>Females</i> Kvinder	37.6	21.3	109.9	37.1	0.0	15.7	25.4	23.6
[1-52] <i>All causes of death</i> Alle dødsårsager								
<i>Males</i> Mænd	1,047.8	936.1	1,747.5	1,021.0	773.9	739.9	888.1	802.5
<i>Females</i> Kvinder	700.2	551.6	1,353.5	563.2	511.6	518.3	541.0	503.9

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

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

ESP = European Standard Population

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 1981-1995

Dødeligheden af ondartede svulster pr. 100.000 mænd efter alder 1981-1995

		Denmark	Faroe Islands	Greenland ¹⁾	Finland	Åland	Iceland ²⁾	Norway ²⁾	Sweden
<i>Age</i>	<i>Alder</i>								
0-14	1981-85	6.8	..	..	5.9	–	2.5	5.1	5.0
	1986-90	3.5	..	8.5	3.4	–	3.7	4.9	3.8
	1991-95	4.4	..	0.0	3.4	–	–	2.8	3.4
15-34	1981-85	12.7	..	..	10.2	22.6	11.4	10.0	8.1
	1986-90	11.0	..	9.9	8.0	5.8	12.1	8.5	7.7
	1991-95	8.4	..	21.4	7.3	–	4.7	7.1	7.9
35-44	1981-85	39.8	..	..	33.8	54.6	33.5	34.6	31.9
	1986-90	41.7	..	45.9	32.1	39.9	36.3	33.5	28.6
	1991-95	37.0	..	62.7	28.4	52.4	60.4	28.6	26.5
45-54	1981-85	160.2	..	..	137.4	116.0	150.6	130.2	114.4
	1986-90	155.8	..	193.4	122.1	85.6	110.9	124.2	103.0
	1991-95	145.7	..	263.7	110.0	103.7	93.2	131.1	98.6
55-64	1981-85	549.5	..	..	502.7	440.1	338.9	408.7	362.5
	1986-90	548.1	..	861.3	451.6	341.1	374.5	421.4	352.0
	1991-95	514.3	..	818.8	392.5	278.7	276.9	405.6	339.1
65-74	1981-85	1,265.9	..	..	1,187.6	964.1	986.4	1,000.9	874.0
	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	..	2,591.6	1,025.1	1,014.6	716.0	1,001.0	887.7
75+	1981-85	2,418.2	..	..	2,278.9	2,398.3	1,952.8	2,058.8	1,913.7
	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	..	3,840.5	2,151.0	1,696.6	2,142.3	2,196.6	1,871.7

1 1991-1995 = 1990-1994.

2 1991-1995 = 1994.

1 1991-1995 = 1990-1994.

2 1991-1995 = 1994.

The table covers HFA Statistical Indicator 10.1

Source: The national registers for causes of death. ICD-8: 140-209, ICD-9: 140-208

Kilde: De nationale dødsårsagsregistre. ICD-8: 140-209, ICD-9: 140-208

MORTALITY AND CAUSES OF DEATH

Table 5.4 Death rates from malignant neoplasms per 100,000 females by age 1981-1995

Dødeligheden af ondartede svulster pr. 100.000 kvinder efter alder 1981-1995

		Denmark	Faroe Islands	Greenland ¹⁾	Finland	Åland	Iceland ²⁾	Norway ²⁾	Sweden
<i>Age</i>	<i>Alder</i>								
0-14	1981-85	5.2	..	..	4.1	9.5	3.1	3.8	3.6
	1986-90	3.7	..	8.5	3.2	–	3.2	3.4	3.4
	1991-95	3.7	..	0.0	2.7	7.5	–	2.4	2.9
15-34	1981-85	10.5	..	..	8.2	22.7	10.5	8.9	8.8
	1986-90	9.3	..	9.9	8.4	5.8	6.3	7.6	7.2
	1991-95	8.4	..	21.4	6.7	5.0	4.8	7.3	7.0
35-44	1981-85	56.3	..	..	38.9	25.8	54.9	51.1	43.4
	1986-90	59.0	..	45.9	37.6	54.0	55.0	48.7	46.5
	1991-95	57.0	..	62.7	36.7	42.3	52.7	51.0	40.1
45-54	1981-85	211.2	..	..	113.6	161.6	129.0	139.6	142.1
	1986-90	201.0	..	193.4	116.9	118.3	176.2	145.3	133.0
	1991-95	188.8	..	263.7	114.3	108.6	214.6	145.2	126.2
55-64	1981-85	460.3	..	..	271.9	96.3	327.2	329.3	318.5
	1986-90	488.5	..	861.3	263.3	360.6	420.6	332.7	309.5
	1991-95	476.9	..	818.8	252.8	270.5	366.7	329.1	307.6
65-74	1981-85	757.7	..	..	549.0	534.2	708.7	558.1	578.8
	1986-90	804.9	..	2,125.1	539.5	580.3	644.3	572.7	580.3
	1991-95	872.6	..	2,591.6	524.7	426.4	644.9	621.4	595.0
75+	1981-85	1,411.7	..	..	1,171.0	1,210.8	1,272.7	1,112.6	1,119.9
	1986-90	1,379.1	..	2,376.6	1,146.0	1,151.8	1,177.7	1,138.6	1,084.4
	1991-95	1,411.2	..	3,840.5	1,106.1	1,105.0	1,153.8	1,153.0	1,063.7

1 1991-1995 = 1990-1994.

2 1991-1995 = 1994.

1 1991-1995 = 1990-1994.

2 1991-1995 = 1994.

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 1981-1995

Dødeligheden af hjerte-karsygdomme pr. 100.000 mænd efter alder 1981-1995

		Denmark	Faroe Islands	Greenland ¹⁾	Finland	Åland	Iceland ²⁾	Norway ²⁾	Sweden
<i>Age</i>	<i>Alder</i>								
0-34	1981-85	3.7	..	..	7.8	..	5.0	3.5	4.3
	1986-90	3.2	..	8.4	5.9	..	1.9	3.7	4.0
	1991-95	3.0	..	16.3	5.0	2.9	5.2	4.5	3.7
35-44	1981-85	41.8	..	..	83.2	..	48.1	45.2	36.2
	1986-90	40.7	..	75.2	75.6	..	25.7	35.7	30.4
	1991-95	31.9	..	69.6	63.2	26.2	20.1	31.4	29.7
45-54	1981-85	224.7	..	..	372.8	..	218.5	233.6	191.0
	1986-90	177.6	..	255.8	292.0	..	163.6	190.5	147.9
	1991-95	127.3	..	227.4	209.8	188.5	114.7	118.4	115.0
55-64	1981-85	731.2	..	..	1,075.5	..	736.7	732.9	685.9
	1986-90	652.8	..	640.1	909.4	..	541.2	687.3	583.1
	1991-95	522.7	..	871.1	709.2	528.1	405.4	467.4	466.8
65-74	1981-85	1,970.6	..	..	2,672.4	..	1,840.0	1,988.2	2,055.6
	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	..	2,278.8	1,926.2	1,388.4	1,370.2	1,548.2	1,485.2
75+	1981-85	6,273.6	..	..	6,518.8	..	5,153.9	5,804.2	6,657.0
	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	..	11,964.5	5,893.4	4,120.2	5,090.4	4,968.7	5,636.5

1 1991-1995 = 1990-1994.

2 1991-1995 = 1994.

1 1991-1995 = 1990-1994.

2 1991-1995 = 1994.

Source: The national registers for causes of death. ICD-8: 390-458, ICD-9: 390-459

Kilde: De nationale dødsårsagsregistre. ICD-8: 390-458, ICD-9: 390-459

MORTALITY AND CAUSES OF DEATH

Table 5.6 Death rates from cardiovascular diseases per 100,000 females by age 1981-1995

Dødeligheden af hjerte-karsygdomme pr. 100.000 kvinder efter alder 1981-1995

		Denmark	Faroe Islands	Greenland ¹⁾	Finland	Åland	Iceland ²⁾	Norway ²⁾	Sweden
<i>Age</i>	<i>Alder</i>								
0-34	1981-85	2.4	..	..	2.6	..	2.9	1.9	2.1
	1986-90	2.2	..	7.1	3.0	..	1.9	1.7	2.2
	1991-95	2.5	..	7.9	2.7	-	-	2.6	2.0
35-44	1981-85	16.7	..	..	21.7	..	7.6	10.1	14.7
	1986-90	15.8	..	63.8	18.9	..	8.7	13.2	12.8
	1991-95	15.7	..	75.4	15.8	25.4	15.8	8.6	11.4
45-54	1981-85	77.8	..	..	71.9	..	47.9	50.6	49.1
	1986-90	61.3	..	163.6	61.0	..	41.8	43.4	42.8
	1991-95	44.9	..	138.0	46.4	21.7	14.8	40.0	37.5
55-64	1981-85	244.7	..	..	287.0	..	196.7	198.4	197.8
	1986-90	234.5	..	300.7	254.3	..	177.5	193.7	172.6
	1991-95	208.0	..	601.1	178.5	90.2	193.0	150.2	149.5
65-74	1981-85	915.5	..	..	1,250.1	..	755.9	864.2	897.5
	1986-90	820.1	..	1,351.7	1,086.3	..	669.6	778.4	741.3
	1991-95	774.4	..	1,552.2	845.3	454.9	577.0	634.1	629.6
75+	1981-85	4,799.3	..	..	5,265.1	..	4,162.6	4,505.5	5,169.8
	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	..	8,384.6	4,912.3	3,854.6	3,909.3	3,978.5	4,464.4

1 1991-1995 = 1990-1994.

2 1991-1995 = 1994.

1 1991-1995 = 1990-1994.

2 1991-1995 = 1994.

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
1985-1995**
Dødsfald som følge af AIDS, i alt og pr. 100.000 indbyggere
1985-1995

	<i>Denmark</i>	<i>Faroe Islands</i>	<i>Greenland</i>	<i>Finland¹⁾</i>	<i>Åland</i>	<i>Iceland</i>	<i>Norway</i>	<i>Sweden</i>
<i>Number</i>								
<i>Antal</i>								
1985	27	–	..	3	–	1	9	32
1986	48	–	..	6	–	–	12	26
1987	50	–	..	5	–	2	22	41
1988	61	–	1	11	–	2	23	42
1989	101	–	–	5	–	–	27	82
1990	147	1	1	15	1	5	38	87
1991	174	1	1	23	–	1	40	99
1992	195	–	1	17	–	2	56	61
1993	227	–	2	24	–	8	72	88
1994	235	1	3	25	–	5	54	79
1995	255	1	3	33	1	3	55	128
<i>Per 100,000 inhabitants</i>								
<i>Pr. 100.000 indbyggere</i>								
1985	0.5	–	..	0.1	–	0.4	0.2	0.4
1986	0.9	–	..	0.1	–	–	0.3	0.3
1987	1.0	–	..	0.1	–	0.8	0.5	0.5
1988	1.2	–	1.8	0.2	–	0.8	0.5	0.5
1989	2.0	–	–	0.1	–	–	0.6	1.0
1990	2.9	2.1	1.8	0.3	4.1	2.0	0.9	1.0
1991	3.4	2.1	1.8	0.5	–	0.4	0.9	1.2
1992	3.8	–	1.8	0.3	–	0.8	1.3	0.7
1993	4.4	–	3.6	0.5	–	3.0	1.7	1.0
1994	4.5	2.3	5.4	0.5	–	1.9	1.3	0.9
1995	4.9	2.3	5.4	0.6	4.0	1.1	1.3	1.5

1 Excluding foreigners.

1 Eksklusive udlændinge.

Note: Figures for notified cases of AIDS,
please see Chapter IV, Table 4.14.

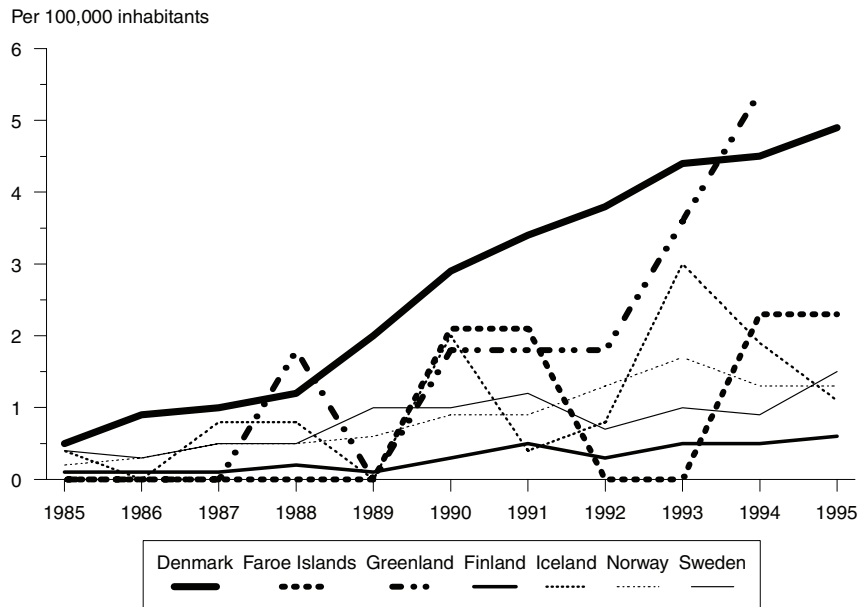
Anm.: Vedr. opgørelser over anmeldte tilfælde af
AIDS henvises til Kapitel IV, tabel 4.14.

Source: D: Sundhedsstyrelsen; FI: Landslæknin; G: Embedslægeinstitutionen;

Kilde: F & Å: Statistikcentralen; I: Landlæknisembættið; N: Statens Institutt for Folkehelse;
S: Smittskyddsinstittet

MORTALITY AND CAUSES OF DEATH

Figure 5.1 Deaths caused by AIDS 1985-1995
Dødsfald som følge af AIDS 1985-1995



MORTALITY AND CAUSES OF DEATH

Table 5.8 Suicides per 100,000 inhabitants by sex and age 1980-1995
Selvmord pr. 100.000 indbyggere efter køn og alder 1980-1995

	Total	Males				Females			
	I alt	10-19	20-24	25-64	65+	10-19	20-24	25-64	65+
<i>Denmark</i>									
1980	31.6	4.0	25.8	59.7	67.4	2.6	11.0	32.3	32.4
1985	27.8	6.5	22.1	45.7	67.3	2.4	11.3	28.5	29.7
1990	24.1	4.9	20.2	41.3	58.9	1.2	5.7	19.8	31.0
1995	20.1	5.3	16.7	29.1	48.9	0.7	3.3	12.5	24.6
<i>Faroe Islands</i>									
1980	7.8	–	33.2	11.5	9.3	–	12.6	6.6	–
1985	13.6	9.2	10.0	28.4	16.3	–	–	10.2	–
1990	12.6	24.4	–	25.1	–	–	–	–	32.3
1993	8.7	–	–	16.9	38.5	–	–	9.6	–
<i>Greenland</i>									
1992	109.0	162.6	458.3	164.7	111.1	27.2	45.5	23.1	–
1993	83.2	175.8	233.2	117.4	100.4	53.3	51.4	74.5	–
1994	117.5	298.7	443.4	151.9	98.3	52.9	110.9	7.4	–
<i>Finland¹⁾</i>									
1980	25.7	11.8	53.3	56.4	61.5	3.9	11.2	13.0	18.0
1985	24.6	14.4	47.6	54.1	54.4	4.1	7.0	14.0	9.8
1990	30.3	20.6	60.3	63.9	64.2	2.6	15.8	16.7	13.7
1995	27.2	13.1	48.9	58.5	53.3	1.9	13.5	16.7	11.3
<i>Åland¹⁾</i>									
1980	–	–	–	33.9	73.7	–	–	35.9	–
1985	17.0	–	–	16.4	135.3	–	–	16.9	–
1990	16.3	–	–	46.9	–	–	–	–	40.9
1995	15.9	–	–	44.5	60.4	–	–	–	–
<i>Iceland</i>									
1980	10.5	4.5	9.0	23.9	–	–	9.6	12.3	24.2
1985	13.3	9.3	44.4	24.9	36.7	–	–	12.9	–
1990	15.7	23.2	47.1	33.9	33.1	4.9	–	6.7	–
1994	9.4	9.2	28.3	19.9	22.7	4.8	–	1.6	12.3
<i>Norway</i>									
1980	12.4	8.1	26.5	24.1	25.0	1.0	5.3	10.3	7.5
1985	14.1	9.3	27.8	28.5	22.3	2.5	11.0	10.7	6.3
1990	15.5	10.4	27.1	33.0	33.0	4.6	4.3	10.3	11.1
1994	12.2	11.7	22.8	22.6	19.8	3.1	4.4	9.1	9.6
<i>Sweden</i>									
1980	19.4	1.8	28.2	37.1	42.7	1.1	7.4	16.3	13.2
1985	18.2	2.5	19.6	32.8	39.7	1.6	9.9	14.4	17.3
1990	17.2	5.0	20.9	28.8	45.7	2.5	6.1	13.7	14.5
1995	15.3	5.8	16.2	27.4	35.1	2.0	6.6	11.5	14.2

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

Kilde: De nationale dødsårsagsregistre. ICD-8: E950-E959, ICD-9: E950-E959

G: Embedslægeinstitutionen

MORTALITY AND CAUSES OF DEATH
**Table 5.9 Deaths in accidents per 100,000 inhabitants by sex and age
1980-1995**

 Dødsfald i ulykker pr. 100.000 indbyggere efter køn og alder
1980-1995

	Total	Males		Mænd		Females		Kvinder	
	I alt	0-14	15-24	25-64	65+	0-14	15-24	25-64	65+
<i>Denmark</i>									
1980	37.0	13.4	54.5	30.4	128.0	6.5	18.1	12.6	136.7
1985	37.4	13.7	52.6	38.9	158.3	7.8	10.4	13.4	169.8
1990	44.1	10.7	34.5	32.6	183.1	6.3	11.0	11.5	177.9
1995	47.1	7.3	42.7	33.2	200.0	3.4	8.5	12.8	196.9
<i>Faroe Islands</i>									
1981-85	32.6	36.6	95.6	38.8	51.1	7.2	16.2	4.2	62.2
1986-90	45.0	23.4	110.3	61.3	117.6	10.8	42.2	5.9	68.2
1993	39.1	–	82.4	42.1	192.5	–	–	9.6	123.5
<i>Greenland</i>									
1992	79.3	66.2	95.2	105.9	444.4	41.2	78.9	38.5	166.7
1994	41.5	49.8	–	70.1	393.3	–	–	29.6	75.6
1995	61.0	24.4	54.1	132.8	187.4	25.8	61.6	14.6	72.5
<i>Finland</i>									
1980	44.5	13.1	40.1	77.3	177.7	7.0	8.6	13.6	99.7
1985	47.4	13.6	37.6	74.4	186.7	5.4	8.1	15.8	122.8
1990	56.5	11.2	53.9	86.7	210.1	5.7	18.5	18.2	133.3
1995	51.8	7.0	33.2	81.7	194.2	3.6	7.4	16.3	125.5
<i>Åland</i>									
1980	48.5	83.5	62.6	16.9	294.8	46.1	–	–	91.8
1985	42.4	46.5	–	81.8	203.0	–	–	–	43.2
1990	36.9	–	58.7	–	249.7	–	61.6	–	122.6
1995	7.9	–	–	29.7	–	–	–	–	–
<i>Iceland</i>									
1980	48.6	28.0	106.2	77.7	188.2	–	–	10.3	120.9
1985	27.3	18.5	54.6	44.5	55.0	3.2	18.9	3.7	73.5
1990	33.4	24.6	60.6	48.5	82.7	3.2	14.5	11.6	86.6
1994	24.8	8.9	33.1	39.8	83.4	9.4	4.9	9.4	55.5
<i>Norway</i>									
1980	51.0	17.9	68.0	60.8	164.3	5.2	12.2	9.0	178.0
1985	49.4	13.2	54.0	49.2	178.7	8.1	11.3	13.1	165.1
1990	46.0	12.1	43.4	42.2	172.5	8.7	10.0	13.6	150.1
1994	38.2	7.7	30.9	29.5	171.5	6.8	7.8	6.8	143.2
<i>Sweden</i>									
1980	40.9	10.7	36.9	40.3	143.3	7.2	9.5	11.1	138.7
1985	33.2	6.8	37.9	32.7	115.8	3.8	10.4	9.0	98.5
1990	33.8	5.7	35.1	31.2	124.3	4.3	12.4	8.4	99.4
1995	27.4	4.9	21.0	24.3	110.5	3.4	6.0	6.7	87.0

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

Kilde: De nationale dødsårsagsregistre. ICD-8: E800-E949, ICD-9: E800-E949

Table 5.10 Age-standardized rates (ESP) for deaths from road traffic accidents, per 100,000 inhabitants 1980-1995

Aldersstandardiserede rater (ESP) for dødsfald i vejtrafikulykker, pr. 100.000 indbyggere 1980-1995

	<i>Denmark</i>	<i>Finland</i>	<i>Åland</i>	<i>Iceland</i>	<i>Norway</i>	<i>Sweden</i>
1980	12.7	10.9	22.0	8.4	8.1	9.9
1985	14.0	10.2	8.5	9.7	9.2	9.0
1990	10.8	12.3	20.5	9.8	7.4	8.2
1994	9.5	9.0	6.0	3.7	6.2	5.2
1995	10.2	7.5	0.0	..	..	5.3

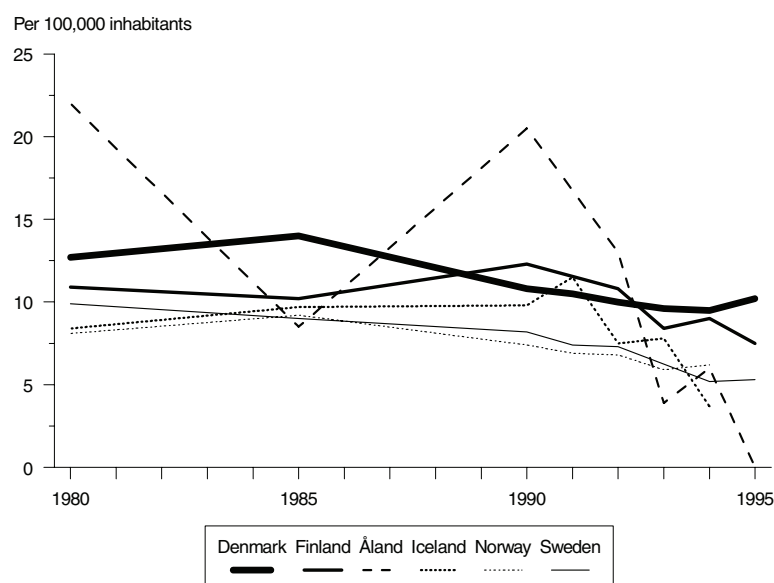
The table covers HFA Statistical Indicator 11.2

ESP = European Standard Population

Source: *The national registers for causes of death. ICD-8: E810-E819, ICD-9: E810-E819*

Kilde: *De nationale dødsårsagsregistre. ICD-8: E810-E819, ICD-9: E810-E819*

Figure 5.2 Trends for number of deaths in road traffic accidents 1980-1995
Udviklingen i antallet af dræbte i vejtrafikulykker 1980-1995



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). In the beginning of the 1960's, the hospital expenditures amounted to around 4 per cent of the GDP whereas today they are much higher.

The reduction of the Swedish rates after 1990 are among other things due to the fact that the care for the elderly and disabled was transferred 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

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). I begyndelsen af 1960'erne udgjorde sygehusudgifterne ca. 4 pct. af BNP, mens de i dag i alle nordiske lande ligger væsentligt højere.

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

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.

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.

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.

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.

RESOURCES
Table 6.1 Health care expenditure (million KR/FIM) 1994

Udgifter til sundheds- og sygepleje (mio. KR/FIM) 1994

	<i>Denmark</i>	<i>Faroe Islands</i>	<i>Greenland</i>	<i>Finland</i>	<i>Åland</i>	<i>Iceland</i>	<i>Norway¹⁾</i>	<i>Sweden</i>
	DKK	DKK	DKK	FIM	FIM	ISK	NOK	SEK
<i>Public consumption</i> Offentligt konsum	48,071	450	525	30,630	203	28,312	47,799	73,154
<i>Hospital care</i> Sygehusvæsenet	34,848	305	340	13,074	104	20,099	34,159	54,866
<i>General medical and health care</i> Almindelig sundhedstjeneste	11,112	134	148	16,446	93	7,612	12,730	13,899
<i>Dental care</i> Tandpleje	2,111	11	37	1,110	6	602	910	4,389
<i>Private consumption</i> Privat konsum	10,162	40	..	10,174	..	5,656	15,150	18,895
<i>Total consumption</i> Samlet konsum	58,233	490	525	40,804	203	33,968	62,949	92,049
<i>Investments</i> Investeringer	2,509	30	35	1,069	4	1,349	3,439	3,917
<i>Total health care expenditure</i> Samlede udgifter til sundheds- og sygepleje	60,742	520	560	41,873	207	35,318	66,388	112,085

1 Refers to 1993.

1 Vedrører 1993.

The table covers HFA Statistical Indicator 34.1

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

**Table 6.2 Health care expenditure per capita and as percentage of GDP
1980-1994**

Udgifter til sundheds- og sygepleje pr. indbygger og i pct. af BNP
1980-1994

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway ¹⁾	Sweden
<i>Total expenditure per capita KR/FIM</i>								
Samlede udgifter pr. indbygger KR/FIM	11,670	11,005	10,075	8,229	8,237	132,770	15,309	12,765
<i>Total expenditure per capita in PPP-DKK</i>								
Samlede udgifter pr. indbygger i KKP-DKK	11,670	11,005	10,075	11,257	11,268	13,903	14,511	11,387
<i>GDP (million KR/FIM)</i>								
BNP (mio. KR/FIM)	928,597	4,857	..	509,064	3,241	433,242	823,339	1,524,767
<i>Expenditure as percentage of GDP</i>								
Udgifter i pct. af BNP								
1980	6.8	..	..	6.5	4.2	6.2	7.0	9.5 ²⁾
1985	6.2	..	9.5	7.3	5.0	7.3	6.7	8.9 ²⁾
1990	5.7	8.2	8.8	8.0	5.6	8.0	7.7	8.6
1993	6.7	10.3	9.1	8.7	6.7	8.3	8.1	7.6
1994	6.5	10.7	8.8	8.2	6.3	8.1	..	7.4

1 Refers to 1993.

2 Incl. of care for the mentally disabled.

1 Vedrører 1993.

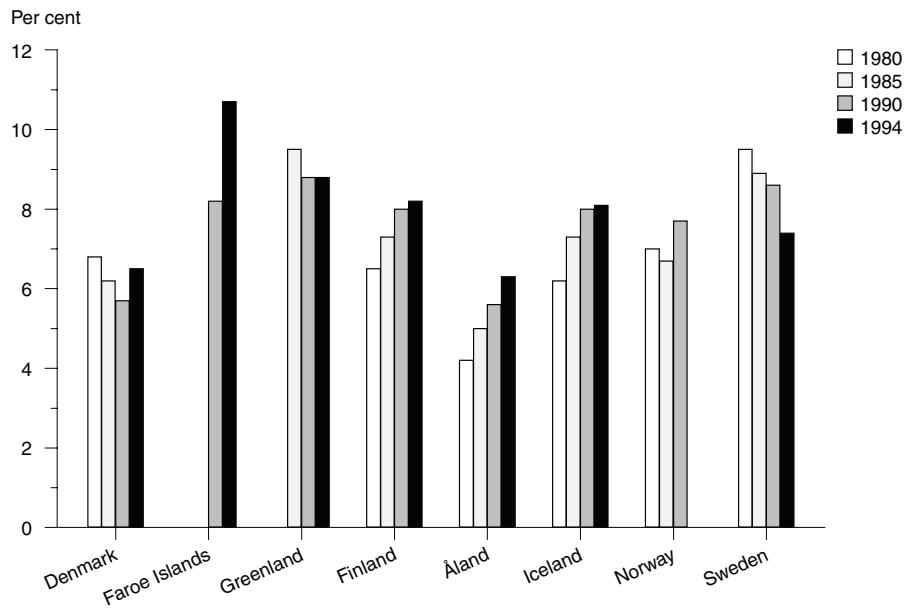
2 Inkl. forsorg for psykisk udviklingshæmmede.

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 sentralbyrå; S: Statistiska centralbyrån

See Table 6.1
Se tabel 6.1

Figure 6.1 Health care expenditure as percentage of GDP 1980-1994
 Udgifter til sundheds- og sygepleje i pct. af BNP 1980-1994



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 cases 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.

There are significant differences in the staff load, both in total and within the individual categories of staff, between the countries.

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 land indeholder tallene også oplysninger om antallet af uddannede inden for de respektive personalekategorier.

For at give et mere præcist billede af personaleforbruget til sundhedsydelser, er der foretaget en omregning af antal læger, sygeplejersker, sygehjælpere, jordemødre og fysioterapeuter til årsværk. Beregningen viser dels årsværk i alt, dels antal årsværk for ansatte ved sygehuse. Som kildegrundlag til dette er der hovedsagelig anvendt de offentlige lønregnskaber.

Der er betydelige forskelle i personaleforbruget, både totalt set og inden for de enkelte personalekategorier mellem landene.

RESOURCES

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

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland ¹⁾	Åland	Iceland	Norway ²⁾	Sweden
	1994	1995	1995	1995	1995	1994	1995	1995
<i>Physicians</i>								
Læger	15,102 ³⁾	91	68	14,141	56	797	10,208	23,695
<i>Dentists</i>								
Tandlæger	4,579	39	25	4,761	20	273	3,640	8,043
<i>Qualified nurses</i>								
Sygeplejersker	36,925	386	182	59,506	211	1,579	36,601	72,414
<i>Qualified auxiliary nurses</i>								
Sygehjælper	36,730	..	216	36,382	134	1,032	33,791	63,110
<i>Midwives</i>								
Jordemødre	1,038	19	11	3,975	7	146	1,192	.. ⁵⁾
<i>Physiotherapists</i>								
Fysioterapeuter	4,500 ⁴⁾	27	8	8,135	17	218	4,401	7,155
<i>Total</i>								
I alt	98,874	562	510	126,900	444	4,045	89,833	174,417

1 Registered health personal up to the age of 62.

1 Registreret sundhedspersonale indtil 62-års alderen.

2 Comprises the municipal and regional health services (excl. dentists).

2 Omfatter den kommunale og amtskommunale sundhedsservice (ekskl. tandlæger).

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

3 Antal læger med en hovedbeskæftigelse på over 18½ time pr. uge.

4 Estimated figure.

4 Skønnet tal.

5 Incl. under ‘Qualified nurses’.

5 Inkluderet under ‘Sygeplejersker’.

The table covers HFA Statistical Indicators 27.3

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

Kilde: Å: Landskapstyrelsen; I: Landlæknisembættið; N: Statistisk sentralbyrå og Statens helsetilsyn; S: Landstingsförbundet, Svenska Kommunförbundet, Statens Arbetsgivarverk og Riksförsäkringsverket

Table 6.4 Active health personnel employed in hospitals calculated as 'man-years'
Erhvervsaktivt sundhedspersonale ansat ved sygehuse omregnet til årsværk

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland ¹⁾	Of which Åland	Iceland ²⁾	Norway	Sweden
	1994	1995	1995	1995	1995	1994	1995	1995
<i>Physicians</i>								
Læger	9,193	63	68	5,950	35	518	6,052	..
<i>Dentists</i>								
Tandlæger	47	1	25	41	–	...	..	..
<i>Qualified nurses</i>								
Sygeplejersker	25,883	250	182	..	146	1,015	20,032	..
<i>Qualified auxiliary nurses</i>								
Sygehjælpere	13,967	48	216	..	70	609	6,994	..
<i>Midwives</i>								
Jordemødre	176	19	11	..	6	88	991	..
<i>Physiotherapists</i>								
Fysioterapeuter	1,626	16	8	..	6	61	861	..
<i>Total</i>								
I alt	50,892	397	510	..	277	2,291	34,930	..

1 Based on information from The Finnish Society for Physicians and The Finnish Society for Dentists.

2 Hospital staff comprises only hospitals with specialities.

1 Baseret på oplysninger fra det finske lægeforbund og det finske tandlægeforbund.

2 Ansatte ved sygehuse omfatter kun sygehuse med specialer.

The table covers HFA Statistical Indicators 27.3

Source: See Table 6.3

Kilde: Se tabel 6.3

RESOURCES

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

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland ¹⁾	Åland	Iceland	Norway ²⁾	Sweden
	1994	1995	1995	1995	1995	1994	1995	1995
<i>Physicians</i>								
Læger	290 ³⁾	210	121	276	222	299	234	268
<i>Dentists</i>								
Tandlæger	88	90	50	93	79	102	84	91
<i>Qualified nurses</i>								
Sygeplejersker	709	890	327	1,162	837	591	840	819
<i>Qualified auxiliary nurses</i>								
Sygehjælpere	706	..	388	711	532	387	775	714
<i>Midwives</i>								
Jordemødre	20	44	20	77	28	55	27	.. ⁵⁾
<i>Physiotherapists</i>								
Fysioterapeuter	86 ⁴⁾	62	14	158	67	82	101	81
<i>Total</i>								
I alt	1,899	1,290	914	2,477	1,762	1,515	2,061	1,974

1 Registered health personal up to the age of 62.

2 Comprises the municipal and regional health services (excl. dentists).

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

4 Estimated figure.

5 Incl. under 'Qualified nurses'.

1 Registreret sundhedspersonale indtil 62-års alderen.

2 Omfatter den kommunale og amtskommunale sundhedsservice (ekskl. tandlæger).

3 Antal læger med en hovedbeskæftigelse på over 18½ time pr. uge.

4 Skønnet tal.

5 Inkluderet under 'Sygeplejersker'.

The table covers HFA Statistical Indicators 27.3

Source: See Table 6.3

Kilde: Se tabel 6.3

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

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

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland ¹⁾	Åland	Iceland ²⁾	Norway	Sweden
	1994	1995	1995	1995	1995	1994	1995	1995
<i>Physicians</i>								
Læger	177	146	121	116	139	194	139	..
<i>Dentists</i>								
Tandlæger	1	2	50	1	–	..	..	..
<i>Qualified nurses</i>								
Sygeplejersker	497	581	327	..	579	380	460	..
<i>Qualified auxiliary nurses</i>								
Sygehjælpere	268	111	388	..	278	228	160	..
<i>Midwives</i>								
Jordemødre	3	45	20	..	24	33	23	..
<i>Physiotherapists</i>								
Fysioterapeuter	31	38	14	..	24	23	20	..
<i>Total</i>								
I alt	978	924	914	..	1,099	858	801	..

1 Based on information from The Finnish Society for Physicians and The Finnish Society for Dentists.

2 Hospital staff comprises only hospitals with specialities.

1 Baseret på oplysninger fra det finske lægeforbund og det finske tandlægeforbund.

2 Ansatte ved sygehuse omfatter kun sygehuse med specialer.

The table covers HFA Statistical Indicators 27.3

Source: See Table 6.3

Kilde: Se tabel 6.3

RESOURCES

Table 6.7 Working physicians by specialist group
Erhvervsaktive læger efter beskæftigelsesområde

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland ²⁾	Of which Åland	Iceland	Norway ³⁾	Sweden ⁴⁾
	1994 ¹⁾	1995	1995	1995	1995	1994	1995	1995
<i>Physicians, total</i>								
Læger i alt	15,102	91	67	13,410	56	797	12,581	27,000
<i>of which: heraf:</i>								
<i>Hospital health service</i>								
Sygehuse	8,889	63	65	6,180	35	522	6,623	17,000
<i>Non-hospital health service</i>								
Sundhedsvæsen uden for sygehuse	4,615	28	–	7,230	21	225	4,035	8,300
<i>of which: heraf:</i>								
<i>General practitioners</i>								
Alment praktiserende læger	3,729	26	–	2,255	18	170	3,331	4,800
<i>Practising specialists</i>								
Praktiserende speciallæger	886	1	–	2,510	2	55	704	2,000
<i>Administrative medicine</i>								
Administrativ medicin	220	1	2	530	1	16	472	..
<i>Medical research, education, etc.</i>								
Medicinsk forskning, undervisning m.m.	809	–	–	1,260	–	34	577	500
<i>Other medical work</i>								
Andet medicinsk arbejde	569	–	–	675	–	..	874	1,200

1 Number of physicians whose main occupation is more than 18½ hours per week. 1 Antal læger med en hovedbeskæftigelse på over 18½ time pr. uge.

2 Member of the Finnish Medical Association. 2 Medlemmer af Finska Läkarförbundet.

3 Members of the Norwegian Medical Association as per 14 June 1995. 3 Medlemmer af Norsk Legerforening pr. 14. juni 1995.

4 Members of the Swedish Medical Association as per 1 January 1996. 4 Medlemmer af Sveriges Läkarförbund pr. 1. januar 1996.

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

Kilde: F: STAKES; Å: Landskapsläkaren; I: Landlæknisembættið; N: Norsk Legerforening;

S: Sveriges Läkarförbund

Table 6.8 Home helpers 1995
Hjemmehjælpere 1995

	Denmark ¹⁾	Faroe Islands	Finland ²⁾	Iceland ³⁾	Norway	Sweden
<i>Number of home helpers (estimated 'man-years')</i>						
Antal hjemmehjælpere (årsværk)	32,400	222	..	591	10,223	..
<i>Full-time employed</i>						
Fuldtidsansatte	23,200	–	13,340	332	3,222	..
<i>Part-time employed</i>						
Deltidsansatte	15,200	334	..	1,231	20,510	..

1 Refers to 1994. Estimated figures for the whole year.

2 Monthly salaried staff employed with the municipalities.

3 As per December 1995.

1 Vedrører 1994. Skønnet antal for hele året.

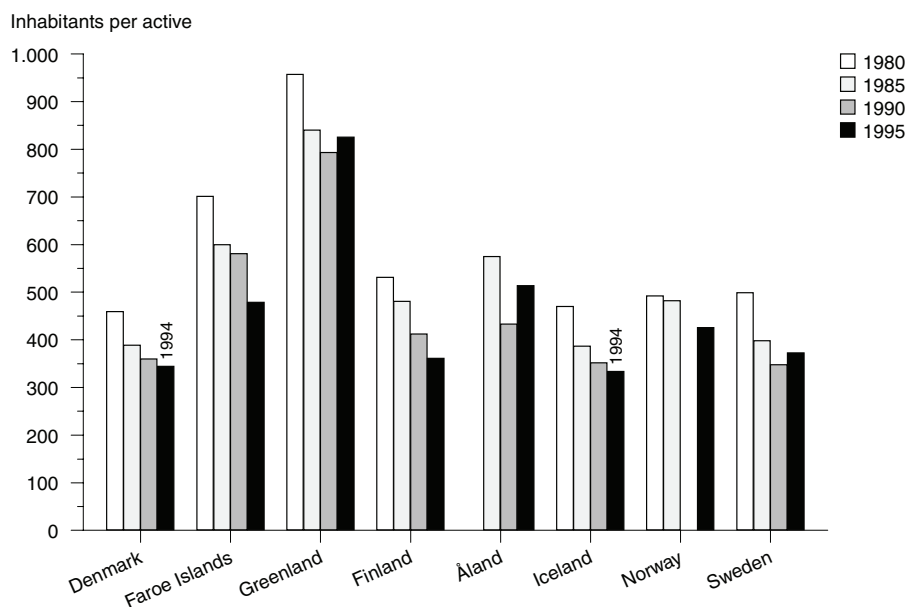
2 Månedslønnet personale ansat i kommunerne.

3 Pr. december 1995.

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

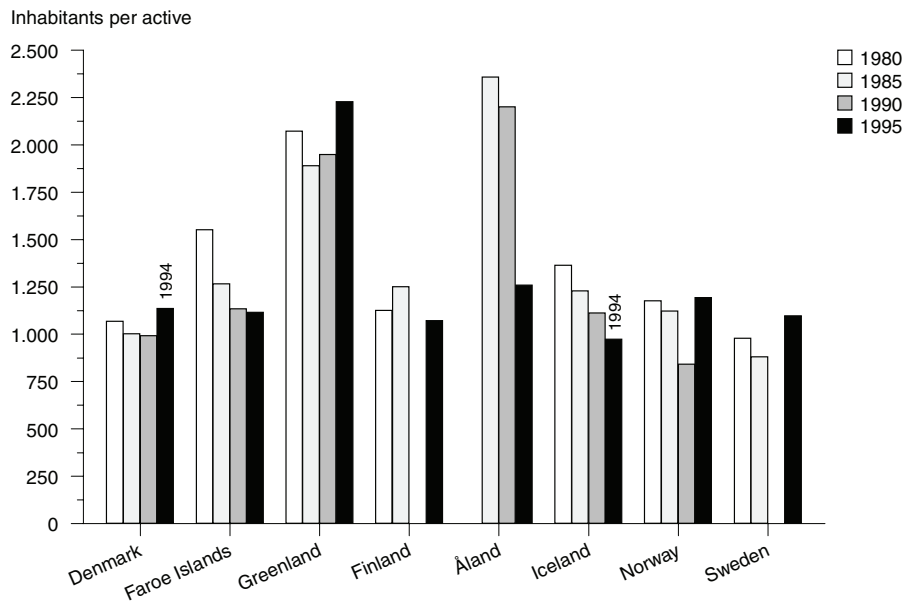
Kilde: N: Statistisk sentralbyrå; S: Statistiska centralbyrån

Figure 6.2 Inhabitants per working physician 1980-1995
Indbyggere pr. erhvervsaktiv læge 1980-1995



RESOURCES

Figure 6.3 Inhabitants per working dentist 1980-1995
Indbyggere pr. erhvervsaktiv tandlæge 1980-1995



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 and Sweden 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 as well 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 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 og Sverige 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.

RESOURCES

The section on 'Specialized hospitals' includes hospitals which only have one speciality within somatic treatment.

Psychiatric hospitals are hospitals which only treat psychiatric patients. The section for 'Other hospitals' includes hospitals with geriatric and psychiatric nursing and/or long-term treatment at health centres with mixed medical and surgical wards.

The nursing beds at the hospitals are divided into medical, surgical, psychiatric and other. It is clear that above all Finland and Iceland, under the section of 'Other', include activities not included by the other countries.

The tables which include information about discharges and average length of stay apply to admitted patients in ordinary and specialist hospitals. This delimitation has been introduced to enhance comparability between the countries.

The trend is for the number of treatment places and the average length of stay to be reduced at the medical wards in the ordinary hospitals. Within surgery there is also a reduction in the number of completed operations which is partly due to a switch to day surgery. Day surgery has been included 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.

Under rubrikken 'Specialsygehuse', er der opregnet sygehuse, som kun har et enkelt speciale inden for den somatiske behandling.

Psykiatriske sygehuse er sygehuse, som kun behandler psykiatriske patienter. Rubrikken 'Andre sygehuse' omfatter sygehuse med geriatrisk og psykiatrisk pleje og/eller langtidsbehandling ved helsecentre med blandede medicinske og kirurgiske afdelinger.

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

Tabellerne over udskrivninger og gennemsnitlig liggetid omfatter indlagte patienter ved almindelige sygehuse og specialsygehuse. Denne afgrænsning er foretaget for at fremme sammenligneligheden mellem landene.

Tendensen er, at antallet af behandlingspladser og den gennemsnitlige liggetid reduceres ved de medicinske afdelinger på de almindelige sygehuse. Inden for kirurgien er der sket en reduktion i antallet af gennemførte operationer, hvilket bl.a. skyldes overgangen til dagkirurgi. Dagkirurgi er medtaget sammen med den ambulante behandling. Inden for den psykiatriske behandling har der været en udvikling hen imod mere ambulante behandlingsformer, hvorfor antallet af indlagte psykiatriske patienter er blevet reduceret.

Table 6.9 Number of hospitals by number of beds 1995
 Sygehuse efter antal sengepladser 1995

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden ¹⁾
<i>Ordinary hospitals</i>								
Almindelige sygehuse								
-199	33	3	1	39	1	4	44	35
200-499	22	–	–	18	–	1	18	31
500-799	3	–	–	6	–	1	3	18
800+	10	–	–	5	–	–	4	11
Total I alt	68	3	1	68	1	6	69	95
<i>Specialized hospitals</i>								
Specialsygehuse								
-199	13	–	–	12	–	–	8	9
200-499	1	–	–	2	–	–	1	–
500-799	–	–	–	0	–	–	–	–
800+	–	–	–	0	–	–	–	–
Total I alt	14	–	–	14	–	–	9	9
<i>Psychiatric hospitals</i>								
Psykiatriske sygehuse								
-199	11	–	–	50	1	–	18	4
200-499	1	–	–	10	–	–	1	2
500-799	1	–	–	1	–	–	–	–
800+	–	–	–	–	–	–	–	–
Total I alt	13	–	–	61	1	–	19	6
<i>Other hospitals</i>								
Andre sygehuse								
-199	–	–	16	278	1	19	9	3
200-499	–	–	–	10	–	–	–	–
500-799	–	–	–	–	–	–	–	–
800+	–	–	–	–	–	–	–	–
Total I alt	–	–	16	288	1	19	9	3
<i>Hospitals, total</i>								
Sygehuse, i alt	95	3	17	416	3	25	106	113

Note: Ordinary hospitals are hospitals which mainly treat patients with somatic diseases. Specialized hospitals are hospitals with only one speciality. Psychiatric hospitals are hospitals which only treat patients with psychiatric disorders (excl. of psychiatric nursing homes). Other hospitals include hospitals providing long-term medical care as well as hospitals which cannot be categorized in the above, e.g. the Finnish health centres.

Anmærkning: Ved almindelige sygehuse forstås sygehuse, som overvejende behandler somatiske patienter. Specialsygehuse er sygehuse med kun ét speciale. Til psykiatriske sygehuse henregnes sygehuse, der udelukkende behandler psykiatriske patienter (dog ekskl. psykiatriske plejehjem). Andre sygehuse omfatter langtidsmedicinske sygehuse og sygehuse, der ikke kan kategoriseres i ovenstående, fx de finske helsevårdscentraler.

1 Hospitals with beds for both psychiatric and geriatric care are included under "Other hospitals".

1 Sygehuse med sengepladser til både psykiatrisk og geriatrisk behandling er medtaget under "Andre sygehuse".

Source: D: Sundhedsstyrelsen; FI: Sjúkrahústjórin; G: Embedslægeinstitutionen; F: STAKES;
 Kilde: Å: Landskapsläkaren; I: Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið; N: Statistisk sentralbyrå;
 S: Landstingsförbundet

RESOURCES

Figure 6.4 Number of ordinary hospitals by number of beds 1990 and 1995
 Antal almindelige sygehuse fordelt efter antal senge 1990 og 1995

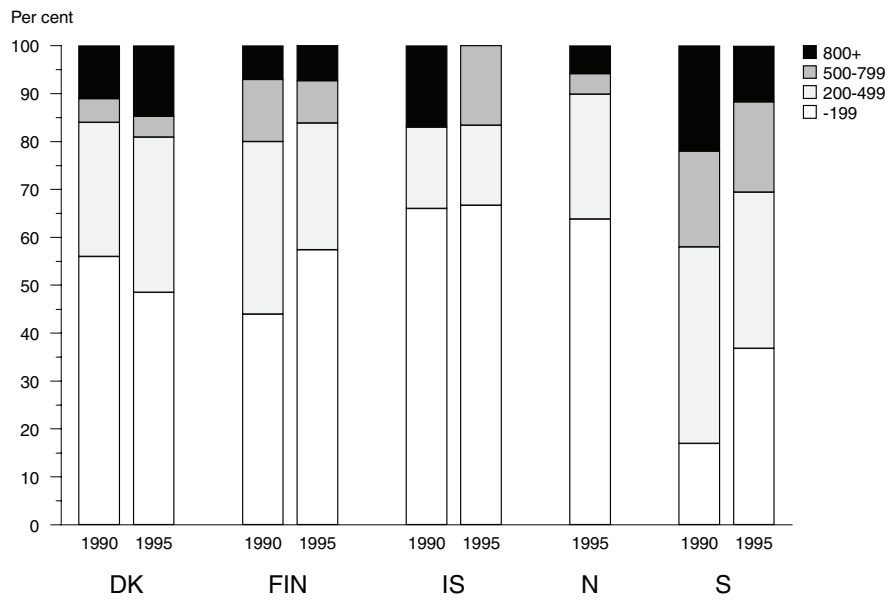


Table 6.10 Authorized hospital beds by speciality 1995
 Normerede sengepladser ved sygehuse efter specialer 1995

	Denmark	Faroe Islands	Greenland ¹⁾	Finland ²⁾	Åland	Iceland ³⁾	Norway	Sweden
<i>Number</i> Antal								
<i>Medicine</i> Medicin	12,025	135	36	9,706	70	586	6,667	21,832
<i>Surgery</i> Kirurgi	9,496	74	54	7,803	46	417	6,953	11,771
<i>Psychiatry</i> Psykiatri	4,246	64	18	6,629	35	315	3,031	7,052
<i>Other</i> Andet	–	–	284	22,159	98	1,114	904	–
<i>Total</i> I alt	25,767	273	392	47,297	249	2,432	17,565	40,655
<i>Beds per 100,000 inhabitants</i> Sengepladser pr. 100.000 indbyggere								
<i>Medicine</i> Medicin	229	314	65	190	278	157	153	247
<i>Surgery</i> Kirurgi	181	172	97	153	183	156	160	133
<i>Psychiatry</i> Psykiatri	81	149	32	130	139	118	70	80
<i>Other</i> Andet	–	–	510	455	389	479	21	–
<i>Total</i> I alt	491	635	703	929	988	910	403	460

1 Refers to 1994.

2 "Other" mainly consists of beds in health centres.

3 Calculated from bed-days and a 90 per cent occupational rate. "Other" consists of beds for rehabilitation, beds in mixed medicine and surgery wards, and long-term care in hospitals.

1 Vedrører 1994.

2 "Andre" omfatter hovedsagelig senge ved sundhedscentrene.

3 Beregnet på basis af sengedage og en belægningsprocent på 90. "Andet" omfatter sengepladser til genoptræning, senge i blandede medicinske og kirurgiske afdelinger og langtidspleje på 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 og Landstingsförbundet

RESOURCES

Table 6.11 Discharges, bed-days and average length of stay at wards in ordinary hospitals and specialized hospitals 1995

Udskrivninger, sengedage og gennemsnitlig liggetid på afdelinger ved almindelige sygehuse og specialsygehuse 1995

		Denmark ¹⁾	Faroe Islands	Finland ²⁾	Åland	Iceland ³⁾	Norway	Sweden
<i>Discharges per 1,000 inhabitants</i>								
Udskrivninger pr. 1.000 indbyggere								
<i>Medicine</i>	Medicin	89	116	87	128	93	78	87
<i>Surgery</i>	Kirurgi	101	91	107	91	88	81	81
<i>Psychiatry</i>	Psykiatri	4	8	9	8	7	5	9
<i>Total</i>	I alt	194	215	202	228	195	163	177
<i>Bed-days per 1,000 inhabitants</i>								
Sengedage pr. 1.000 indbyggere								
<i>Medicine</i>	Medicin	690	980	634	777	636	481	735
<i>Surgery</i>	Kirurgi	488	365	442	416	433	436	466
<i>Psychiatry</i>	Psykiatri	129	444	468	438	381	229	318
<i>Total</i>	I alt	1,307	1,789	1,544	1,632	1,786	1,146	1,519
<i>Average length of stay</i>								
Gennemsnitlig liggetid								
<i>Medicine</i>	Medicin	8	9	7	6	7	6	7
<i>Surgery</i>	Kirurgi	5	5	4	5	5	5	5
<i>Psychiatry</i>	Psykiatri	32	56	54	52	52	50	36
<i>Total</i>	I alt	7	9	8	7	9	7	8

1 Incl. somatic patients admitted in health centres.

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.

1 Inkl. somatiske patienter indlagt på h lsv rdscentraler.

2 Inkl. patienter, der har været indlagt ved små sygehuse i mindre end 90 dage. I sumtotalerne medregnes rehabilitering, 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

Table 6.12 Discharges from hospitals* by sex and age, per 1,000 inhabitants in the age group 1995

Udskrivninger fra sygehuse* efter køn og alder, pr. 1.000 indbyggere i aldersgruppen 1995

	Denmark	Faroe Islands	Finland	Åland	Iceland ^{1,2)}	Norway	Sweden
<i>Age</i> Alder							
<i>Males</i> Mænd							
0-14	129	116	140	235	106	96	95
15-44	85	73	96	100	71	63	62
45-64	172	164	210	212	175	142	145
65-69	340	247	417	411	385	282	311
70-74	446	334	548	576	476	363	416
75-79	532	419	671	729	659	441	508
80+	622	381	708	737	828	506	637
<i>Total</i> I alt	163	136	182	221	146	129	147
<i>Females</i> Kvinder							
0-14	98	95	107	181	92	73	77
15-44	211	194	188	223	214	153	152
45-64	169	137	201	244	199	133	138
65-69	278	210	304	367	302	215	238
70-74	334	292	399	487	402	264	315
75-79	396	322	495	564	500	329	389
80+	504	294	541	669	629	388	500
<i>Total</i> I alt	212	171	218	281	211	161	178

1 Refers to 1994.

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

1 Vedrører 1994.

2 Afdelinger ved specialiserede sygehuse ekskl. psykiatri, genoptræning, geriatri og sygepleje + små hospitaler, dog kun udskrivninger ved indlæggelsestider på mindre end 90 dage.

Source: * Definition, see Table 4.7

Kilde: * Definition, se tabel 4.7

D, FI, G, Å, I and N: See Table 6.9

D, FI, G, Å, I og N: Se tabel 6.9

S: Socialstyrelsen

RESOURCES

Table 6.13 Bed-days in hospitals* by sex and age, per 1,000 inhabitants in the age group 1995

Sengedage på sygehuse* efter køn og alder, pr. 1.000 indbyggere i aldersgruppen 1995

	Denmark	Faroe Islands	Finland	Åland	Iceland ¹⁻²⁾	Norway	Sweden
<i>Age</i> Alder							
<i>Males</i> Mænd							
0-14	462	247	435	600	530	418	429
15-44	353	747	351	353	260	298	281
45-64	1,022	1,734	1,080	1,081	1,019	913	867
65-69	2,445	2,766	2,643	3,089	2,910	2,226	2,163
70-74	3,509	3,468	3,983	4,700	4,135	3,003	3,073
75-79	4,620	6,336	5,460	4,765	5,983	3,849	3,903
80+	6,027	6,495	6,485	5,637	8,938	4,449	5,022
<i>Total</i> I alt	990	1,389	957	1,132	936	849	922
<i>Females</i> Kvinder							
0-14	378	184	347	492	475	339	360
15-44	911	1,119	665	827	859	710	677
45-64	1,001	1,225	925	1,221	1,131	909	838
65-69	2,252	1,630	1,884	2,420	2,394	1,838	1,724
70-74	3,092	2,445	2,900	3,567	3,835	2,419	2,435
75-79	4,073	6,687	4,115	4,656	5,771	3,195	3,148
80+	6,092	7,986	6,953	6,113	7,711	3,895	4,185
<i>Total</i> I alt	1,322	1,481	1,234	1,540	1,298	1,081	1,110

1 Refers to 1994.

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

1 Vedrører 1994.

2 Afdelinger ved specialiserede sygehuse ekskl. psykiatri, genoptræning, geriatri og sygepleje + små hospitaler, dog kun udskrivninger ved indlæggelsestider på mindre end 90 dage.

Source: * Definition, see Table 4.7

Kilde: * Definition, se tabel 4.7

D, FI, G, Å, I and N: See Table 6.9

D, FI, G, Å, I og N: Se tabel 6.9

S: Socialstyrelsen

**Table 6.14 Beds in nursing and old-age homes, per 100,000 inhabitants
1980-1995**

Sengepladser ved pleje- og alderdomshjem, pr. 100.000 indbyggere
1980-1995

	<i>Denmark</i>	<i>Faroe Islands</i>	<i>Finland</i>	<i>Åland</i>	<i>Iceland¹⁾</i>	<i>Norway</i>	<i>Sweden²⁾</i>
1980	975	203	852	..	764	1,133	1,293
1985	986	342	889	816	845	1,229	1,283
1990	921	445	885	1,069	924	1,168	1,012
1994	..	523	768	984	959	1,034	..
1995	..	539	762	..	965	1,008	..

1 Nursing care beds in hospitals are not included. In 1995 they are equivalent to 197 beds per 100,000 inhabitants.

2 The figures for 1980-1990 are excl. of psychiatric nursing homes. From 1993 nursing homes and old-age homes are included in the notion of special accommodation and cannot be separated from this.

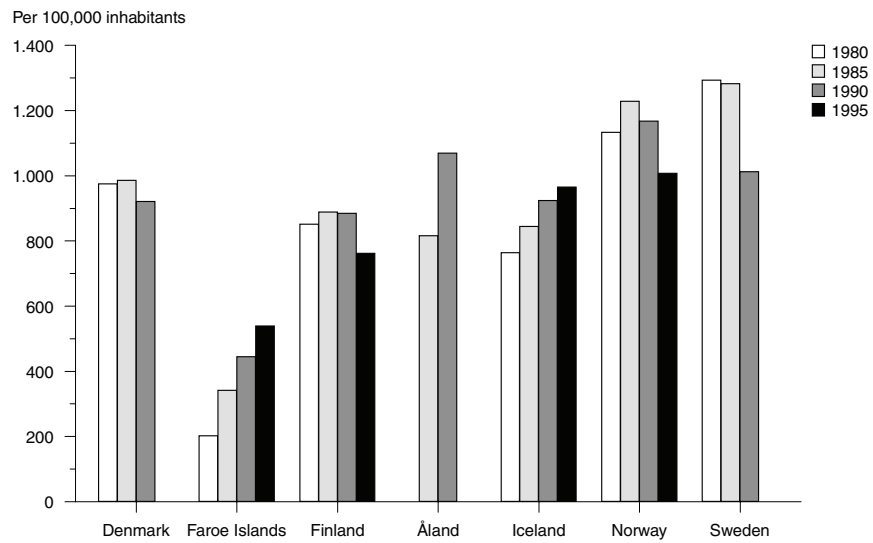
1 Ekskl. plejepladser i hospitaler. I 1995 svarede de til 197 senge pr. 100.000 indbyggere.

2 Tallene for 1980-90 er ekskl. psykiatriske sygehjem. Herefter indgår sygehjem og alderdomshjem i begrebet særlige boliger og kan ikke opgøres særskilt herfra.

Source: D: Danmarks Statistik; FI: Landslæknin; F: STAKES; Å: Ålands statistik- og utredningsbyrå;
Kilde: I: Landlæknisembættið og Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið; N: Statistisk sentralbyrå; S: Landstingsförbundet, Socialstyrelsen og Statistiska centralbyrån

RESOURCES

**Figure 6.5 Beds in nursing and old-age homes, per 100,000 inhabitants
1980-1995**
Sengepladser ved pleje- og alderdomshjem, pr. 100.000 indbyggere
1980-1995



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.

B04: 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 lægemeddelstatistik 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.

B04: 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.

RESOURCES

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 (C08) such as calcium antagonists and ACE inhibitors. The total use has not changed much, but there is a shift towards less use of diuretics and betablockers and more use of other antihypertensives. This has led to a marked increase in costs.

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 (C08), såsom kalciumantagonister og ACE-hæmmere. Det samlede forbrug har ikke ændret sig meget, 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 Iceland and Norway have the lowest. The prescription of narcotic analgesics is limited in all the 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 discrepancy in the level of use is decreasing, but 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) is slightly decreasing in all 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 Island og 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. Forskellene i niveauet for anvendelsen af psykofarmaka mindskes, men anvendelsesmønstret 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) er svagt faldende i alle lande, mens brugen af antidepressiva (N06A) er stigende. Dette skyldes hovedsagelig de nye antidepressiva såsom serotonin re-uptake inhibitorer (SSRI).

RESOURCES

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 50 per cent, sulfonamids and trimethoprim 11 per cent, macrolides and lincosamides 11 per cent and others 3 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 infektions- sygdomme (systemiske)

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

Tetracykliner, bredspektrede penicilliner og beta-lactam udgør 50 pct., sulfonamid og trimethoprim 11 pct., makroliner 11 pct. og andre præparater 3 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-

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.

RESOURCES

Table 6.15 Insulins and oral blood glucose lowering drugs, DDD per 1,000 inhabitants per day 1986-1995

Insulin og perorale antidiabetika, DDD pr. 1.000 indbyggere pr. dag 1986-1995

	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
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

1 Hospital sales not included.

1 Ekskl. salg til hospitaler.

Source: Nordiska läkemedelsnämnden (Nordic Council on Medicines): *Nordic Statistics on Medicines*.

Kilde: D: *Medicinbrug i Danmark* og Sundhedsstyrelsen, Lægemiddelafdelingen; FI: Landsapotekarin; G: Københavns Amt, Centralapoteket; F: Läkemedelsverket; I: *Notkun lyfja* og Sundheds- og Socialforsikringsministeriet; N: *Legemiddelforbruget i Norge* og Norsk Medisinaldepot; S: *Svensk läkemedelsstatistik* og Apoteksbolaget AB

Table 6.16 Serumlipid-reducing agents, DDD per 1,000 inhabitants per day 1992-1995

Blodlipidregulerende midler, DDD pr. 1.000 indbyggere pr. dag 1992-1995

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
B04								
<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

1 Hospital sales not included.

1 Ekskl. salg til hospitaler.

Source: See Table 6.15

Kilde: Se tabel 6.15

Table 6.17 Cardiac glycosides and vasodilators used in cardiac diseases, DDD per 1,000 inhabitants per day 1990-1995

Hjerteglykosider og koronar-terapeutika, DDD pr. 1.000 indbyggere pr. dag 1990-1995

	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
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

1 Hospital sales not included.

1 Ekskl. salg til hospitaler.

Source: See Table 6.15

Kilde: Se tabel 6.15

RESOURCES

Table 6.18 Diuretics, beta-blocking agents, calcium-channel blockers and ACE inhibitors, DDD per 1,000 inhabitants per day 1990/92-1995

Diuretika, beta-receptorblokerende midler, calcium-blokkere og ACE-hæmmere, DDD pr. 1.000 indbyggere pr. dag 1990/92-1995

	Denmark ¹⁾	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
C03								
<i>Diuretics</i>								
Diuretika								
1990	105.2	71.2	..	63.9	..	49.7	41.0	85.3
1995	102.0	90.6	27.4	62.6	34.5	56.8	41.9	83.2
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
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
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	27.8	35.7	30.1

1 Hospital sales not included.

1 Ekskl. salg til hospitaler.

Source: See Table 6.15

Kilde: Se tabel 6.15

Table 6.19 Analgesics, DDD per 1,000 inhabitants per day 1990/92-1995
Smertestillende midler, DDD pr. 1.000 indbyggere pr. dag 1990/92-1995

	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
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
N02B								
<i>Other analgesics and antipyretics</i>								
Andre analgetika og antipyretika								
1992	79.2	50.7	..	22.5	..	32.7	36.2	52.7
1995	61.7	41.2	30.7	18.1	25.9	31.5	25.7	42.5

1 Hospital sales not included.

1 Ekskl. salg til hospitaler.

Source: See Table 6.15

Kilde: Se tabel 6.15

RESOURCES

Table 6.20 Psycholeptics and psychoanaleptics, DDD per 1,000 inhabitants per day 1986/90-1995

Psykofarmaka og psykoanaleptika, DDD pr. 1.000 indbyggere pr. dag 1986/90-1995

	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
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
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
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
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
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

1 Hospital sales not included.

1 Ekskl. salg til hospitaler.

Source: See Table 6.15

Kilde: Se tabel 6.15

Table 6.21 Antiasthmatics, DDD per 1,000 inhabitants per day 1990-1995
Astmamidler, DDD pr. 1.000 indbyggere pr. dag 1990-1995

	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	..	19.1	22.1	26.8
1995	26.1	14.6	10.0	15.6	15.4	20.4	26.1	29.0
R03B								
<i>Other anti-asthmatics, inhalants</i>								
Andre astmamidler til inhalation								
1990	8.5	2.1	..	14.3	..	10.0	11.1	12.1
1995	19.6	8.4	5.8	20.7	21.3	18.7	23.7	28.7
R03C+R03D								
<i>Systemic anti-asthmatics</i>								
Astmamidler til systemisk brug								
1990	17.4	7.0	..	11.8	..	9.1	10.1	12.1
1995	12.5	4.6	6.1	6.8	8.1	5.1	7.1	6.5

1 Hospital sales not included.

1 Ekskl. salg til hospitaler.

Source: See Table 6.15

Kilde: Se tabel 6.15

Table 6.22 Antihistamines, DDD per 1,000 inhabitants per day 1990-1995
Anithistaminer, DDD pr. 1.000 indbyggere pr. dag 1990-1995

	Denmark ¹⁾	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
R06								
<i>Antihistamines for systemic use</i>								
Antihistaminer til systemisk brug								
1990	8.0	10.1	..	8.2	..	15.1	22.1	15.0
1995	10.7	11.0	2.7	12.5	12.2	19.4	32.8	20.0

1 Hospital sales not included.

1 Ekskl. salg til hospitaler.

Source: See Table 6.15

Kilde: Se tabel 6.15

RESOURCES
Table 6.23 General anti-infectives for systemic use, DDD per 1,000 inhabitants per day 1990/92-1995

Midler mod infektionssygdomme (systemiske), DDD pr. 1.000 indbyggere pr. dag 1990/92-1995

	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	..	23.6	14.0	16.9
1995	12.7	15.8	18.4	21.3	17.4	20.7	15.6	17.3
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
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
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
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

... continued
... fortsættes

Table 6.23 ... continued
... fortsat

	Denmark ¹⁾	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
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
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
J01F								
<i>Macrolides and lincosamides</i>								
Makrolider og lincosamider								
1990	1.8	3.4	..	2.6	..	2.6	1.3	1.7
1995	2.1	2.2	2.2	2.0	0.8	1.5	1.6	1.3

1 Hospital sales not included.

1 Ekskl. salg til hospitaler.

Source: See Table 6.15

Kilde: Se tabel 6.15

SECTION B

Occurrence and survival of low
birthweight births in the
Nordic countries 1980-1994

Forekomst og overlevelse av fødte
med lav fødselsvekt i de
nordiske land 1980-1994

TOR BJERKEDAL, LORENTZ M. IRGENS & ANNE KJERSTI DALTVEIT

Occurrence and survival of low birthweight births in the Nordic Countries, 1980-1994

Forekomst og overlevelse av fødte med lav fødselsvekt i de nordiske land, 1980-1994

Background

A detailed analysis of births and perinatal- and infant mortality was published in 1993 by AFSTAT (Ad hoc working party for Medical Birth Statistics), a working party under NOMESCO (Nordic Medical Statistical Committee) (1).

The main findings comprised higher occurrence of low birthweight (less than 2,500 grams) in Denmark than in other Nordic countries and an increasing occurrence from 1980 onwards of low birthweight in Sweden and particularly in Norway. In all countries, the mortality rates decreased continuously. However, Denmark and Norway had a 30 percent higher infant mortality compared to Finland, Iceland and Sweden. Even the stillbirth rate was higher in Denmark and Norway than in the other Nordic countries. In 1990 perinatal mortality rate for births with birthweight 1,000 grams and more was 6.4 per 1,000 in Denmark, 5.8 in Norway, 5.0 in Sweden and Finland and 4.0 in Iceland.

Bakgrunn

En detaljert analyse av fødte og perinatal- og spedbarndødelighet ble publisert i 1993 av AFSTAT (Ad hoc arbeidsgruppe for medisinsk fødselsregistrering), en arbeidsgruppe under NOMESCO (Nordisk Medicinalstatistisk Komité) (1).

I hovedsak ble det funnet en høyere forekomst av fødte med lav fødselsvekt (under 2.500 gram) i Danmark enn i de øvrige nordiske land, og en økende forekomst fra 1980 av i Sverige og spesielt i Norge. I alle land avtok dødelighetsratene kontinuerlig. Danmark og Norge hadde imidlertid, en 30 prosent høyere spedbarnsdødelighet enn Finland, Island og Sverige. Også dødfødselsraten var høyere i Danmark og Norge enn i de øvrige nordiske land. I 1990 var den perinatale dødelighetsraten for fødte med fødselsvekt 1.000 gram og mer 6,4 per 1.000 i Danmark, 5,8 i Norge, 5,0 i Sverige og Finland og 4,0 i Island.

The present analysis focuses on the occurrence and survival of low birthweight births. It is well known that the survival of low birthweight infants has improved greatly in recent years in all Nordic countries. A comparison of this development and present status is presented here. A main concern is the health of the surviving low birthweight infants and some data on this subject is presented as well.

Material and methods

AFSTAT was discontinued in 1993. However, the members saw important future challenges in the co-operation between nordic medical birth registries and founded, the same year, the Joint Committee of the Nordic Medical Birth Registries (NOMBIR). Through this co-operation, data were made available for the present analysis. Birthweight specific follow-up data for post-neonatal mortality were not available from Finland. From Denmark these data were not available for 1994. The other data from Finland include Åland. Data from Greenland and Faroe Island are not included in the study.

The birthweight distributions are different in the Nordic countries. To compare perinatal mortality, the rates were adjusted by the direct method of standardisation, using all births in Denmark, Finland, Norway and Sweden 1980-94 as the standard population.

I foreliggende analyse fokuseres det på forekomst og overlevelse av fødte med lav fødselsvekt. Det er vel kjent at overlevelsen av fødte med lav fødselsvekt er vesentlig forbedret i de senere år i alle de nordiske land. En sammenligning av den utvikling som har skjedd i de ulike land og status per 1992-94 er tema for denne artikkel. Et hovedanliggende er helsen blant de mange flere fødte som overlever nå enn tidligere, og noen data om dette vil også bli presentert.

Materiale og metode

AFSTAT ble nedlagt i 1993. Medlemmene av gruppen så imidlertid viktige fremtidige utfordringer i et samarbeid mellom de nordiske medisinske fødselsregistre, og grunnla, samme år "The association of the Nordic Medical Birth Registries" (NOMBIR). Gjennom samarbeid i denne gruppen er data gjort tilgjengelig for den foreliggende analysen. Fødselsvektspesifikke oppfølgingsdata over postneonatale dødsfall var ikke tilgjengelige fra Finland. For Danmark mangler slike data for 1994. De øvrige data for Finland omfatter også Åland. Data fra Grønland og Færøyene inngår ikke i studien.

Fordelingene av fødselsvekter er forskjellige i de nordiske land. For å sammenligne perinatal dødelighet er ratene også justert ved bruk av den direkte metode for standardisering og med fødselsvekt for alle fødte 1980-94 i Danmark, Finland, Norge og Sverige, som standard.

Occurrence of low birthweight Forekomst av lav fødselsvekt

The percentage of births, 1980-1994, with low birthweight (less than 2,500 grams) is highest in Denmark, 5.53, which is close to one percent higher than 4.43 in Sweden, and the 4.63 in Norway. In Finland, covering the period 1987-94, the occurrence of low birth weight was 3.93 percent and in Iceland the percentage is even lower, 3.65 (Table 1). Some uncertainty as to the validity of these estimates is introduced by births with unknown birthweight. In Finland, birthweight is not recorded for 1.72 percent, against 0.01 percent in Iceland, 0.40 percent in Sweden, 0.31 percent in Denmark and 0.12 percent in Norway. Taking into account that most births with unknown birthweight, probably are low birthweight births, it would not seem warranted to conclude that the frequency of low birthweight is particularly low in Finland.

In Norway, the percent of low birthweight births is significantly increasing while the opposite happens in Denmark. Also, in Iceland, Norway and Finland there is a higher proportion of births weighing less than 1,000 grams than in the other Nordic countries (Figure 1). Part of this "excess" of very low birthweight births may be a consequence of differences in registration practices. In Norway, medical registration of births includes all livebirths and all dead fetuses delivered after 16 weeks of gestation. In Iceland the lower limit for registration of stillbirths is 22 weeks. In Finland, the lower limit was 28 weeks up to 1986 when it was changed to 22 weeks. In Denmark and Sweden the lower limit is 28 weeks. The lower limits give an "excess" of stillbirths with birthweights less

Andelen av fødte, 1980-1994, med lav fødselsvekt (mindre enn 2.500 gram) er høyest i Danmark, 5,53 prosent, som er nær en prosent høyere enn andelene i Sverige, 4,53 prosent, og i Norge 4,63 prosent (Tabell 1). I Finland, var andelen blant fødte i årene 1987-94, 3,93 prosent og i Island var prosenten den laveste, 3,65. Det knytter seg noen usikkerhet til disse estimater siden andelen av fødte uten oppgitt fødselsvekt varierer mellom landene. I Finland er fødselsvekten ikke registrert for 1,72 prosent av de fødte mot 0,01 prosent i Island, 0,40 prosent i Sverige, 0,31 prosent i Danmark og 0,12 i Norge. Tatt i betraktning at de fleste fødte med ukjent vekt har lav fødselsvekt er det neppe riktig å trekke den konklusjon at forekomsten av lav fødselsvekt er spesielt lav i Finland.

I Norge er andelen av fødte med lav fødselsvekt økende med årene, mens det motsatte er tilfelle i Danmark. I Island, Norge og Finland kan det i tillegg konstateres at det er en høyere andel av fødte som veier under 1.000 gram enn i Danmark og Sverige. (Figur 1). Dette "overskuddet" av fødte med særlig lave fødselsvekter kan delvis skyldes forskjeller i registreringspraksis. I Norge omfatter medisinsk registrering av fødsel alle fostre fødte med liv uansett svangerskapslengde og alle døde fostre etter 16. svangerskapsuke. I Island er nedre grense for registrering av dødfødte 22 uker. I Finland var den nedre grense 28 uker frem til 1986 da den ble endret til 22 uker. I Danmark og Sverige er den nedre grense 28 uker. Denne forskjell i nedre grense gir sannsynligvis et "overskudd" i Fin-

OCCURRENCE AND SURVIVAL OF LOW BIRTHWEIGHT BIRTHS

than 1,000 grams, even after exclusion of stillbirths with gestational age less than 28 weeks, and an effect is seen also on the registration of livebirths with very low birthweight (2).

land, Island og Norge av dødfødte med fødselsvekt under 1.000 gram selv etter å ha ekskludert dødfødte med gestasjonsalder under 28 uker. Det kan også observeres et overskudd av levende fødte med fødselsvekt under 1.000 gram (2).

Proportions of stillbirths, neonatal- and postneonatal deaths, and 1-year survivors by birthweight

The development with respect to one-year survival by birthweight is pictured in Figure 2a for Denmark, 2b for Norway and 2c for Sweden. Corresponding data could not be given for Finland (including Åland), Faroe Islands, Greenland and Iceland.

In *Denmark* the greatest improvement in survival is seen for births weighing 500-999 grams; from 30.0 percent in 1980-82 to 55.9 percent in 1992-93, i.e. an increase of 86 percent. This increase is mainly a consequence of a reduction in neonatal deaths.

Births weighing 1,000-1,499 grams have experienced an increase in survival of about 15 percent, which also is caused, to a great extent, by a reduction in neonatal deaths.

The increase in survival of births weighing 1,500-1,999 grams and 2,000-2,499 grams is moderate, being about 3 and 1.5 percent respectively. These increases are a result of slight decreases both with respect to stillbirths and neonatal deaths, as well as postneonatal deaths. Although the percentages are small, the total number of births in these weightgroups are high

Andelen av dødfødte, neonatalt døde, postneonatalt døde og overlevende ved ett års alder etter fødselsvekt

Utviklingen med hensyn til overlevende ved ett-års-alder er vist i figur 2 a for Danmark, 2b for Norge og 2c for Sverige. Tilsvarende data var ikke tilgjengelig fra Finland (herunder Åland), Færøerne, Grønland og Island.

I *Danmark* har den største forbedringen i ett-års-overlevelse skjedd for fødte med fødselsvekt 500-999 gram; fra 30,0 prosent i 1980-82 til 55,9 prosent i 1992-93. Dette utgjør en økning i overlevelse på 86 prosent. Økningen skyldes i hovedsak en reduksjon i neonatalt døde.

For fødte med fødselsvekt 1.000-1.499 gram er det en økning i ett-års-overlevelse på omkring 15 prosent. Også denne økningen skyldes for en stor del reduksjon i neonatalt døde.

Økningen i overlevelse for fødte med fødselsvekt 1.500-1.999 gram og 2.000-2.499 gram er moderat, henholdsvis ca. 3 og 1,5 prosent. Disse økninger kan tilskrives små reduksjoner av såvel dødfødte og neonatalt døde som postneonatalt døde. Selv om prosentene er små er det totale antall fødte i disse vektgrupper tilstrekkelig store til at endog små prosenter

enough for small percentage increases to represent significant numbers of "extra" one-year-survivors; for 1992-93 approximately 47 among those weighing 1,500-1,999 grams and about 63 among those weighing 2,000-2,499 grams. In the weightgroup 2,500 grams or more (not shown in figure) survival to one year of age increased from 99.39 percent to 99.48 percent. This increase appears to be caused, solely, by a decrease in postneonatal deaths.

Summing up the increases in one-year survivors in the various birthweight groups, the number of "extra" one-year survivors in 1992-93 total 407, i.e. 3.0 per 1,000 births.

In Norway improvements in survival are somewhat larger in all weightgroups compared to Denmark. However, the situation in Norway in 1980-82 was less favourable than in Denmark, thus providing more room for improvements. In the weightgroup 500-999 grams the decrease in stillbirths (58 percent) is particularly pronounced, which together with a 30 percent decrease in neonatal deaths bring the one-year survival to increase by 115 percent; from 24.2 in 1980-82 to 52.1 in 1992-94. This results in about 170 "extra" one-year-survivors.

This pattern of a pronounced reduction in stillbirths and an almost equally high reduction in neonatal deaths is observed also in the other weightgroups. In the weightgroup 2,500 grams and more (not shown in figure 2b) the one-year-survival increased from 99.28 percent to 99.59 percent, an increase caused by small reductions in stillbirths, neonatal- and postneonatal deaths.

utgjør et signifikant antall "ekstra" overlevende ved ett-års alder; for 1992-93 er antallet ca 47 blant dem som veide 1.500-1.999 gram og ca 63 blant dem som veide 2.000-2.499 gram. Blant fødte som veide 2.500 gram og mer (ikke vist i figuren) er overlevelse ved ett-års-alder øket fra 99,39 prosent til 99,48. Denne økningen synes utelukkende å skyldes en reduksjon i postneonatale dødsfall.

Summeres alle "ekstra" overlevende ved ett-års alder fra de forskjellige fødselsvektgrupper blir totalen 407, og det utgjør 3,0 per 1.000 av alle fødte i 1992-93.

I Norge er bedringen i overlevelse ved ett-års alder noe større i alle vektgrupper sammenlignet med Danmark. Situasjonen i Norge var imidlertid i 1980-82 ikke så god som i Danmark, slik at det var større rom for forbedringer. I vektgruppen 500-999 gram har det skjedd en særlig stor reduksjon av dødfødsler (58 prosent), som sammen med en reduksjon av neonatalt døde på 30 prosent fører til at bedringen i ett-års-overlevelsen blir 115 prosent; fra 24,2 prosent i 1980-82 til 50,1 prosent i 1992-94. Dette gir ca 170 "ekstra" overlevende ved ett-års-alder.

Dette mønster med særlig stor reduksjon av dødfødte og en betydelig reduksjon i neonatalt døde finnes også i de andre vektgrupper. I vektgruppen 2.500 gram og mer er overlevelsen til ett-års alder øket fra 99,28 prosent til 99,59 prosent. Denne økningen skyldes små reduksjoner i dødfødte, neonatalt døde og postneonatalt døde. Selv om reduksjonene er små fører de allikevel til ca 530 ekstra ett-åringer.

OCCURRENCE AND SURVIVAL OF LOW BIRTHWEIGHT BIRTHS

These reductions together result in about 530 “extra” one-year survivors. Altogether a total of 1152 “extra” one-year survivors is the result of the increases in one-year survival in the various birth-weight groups. This total represents 6.4 per 1,000 births in 1992-94, more than twice of what is the case in Denmark and Sweden.

In *Sweden* the weightgroup 500-999 grams have experienced an increase in one-year survival of 63 percent, the lowest compared to Denmark and Norway. This weightgroup in Sweden had the highest percentage of one-year survivors in 1980-82 and Sweden is still in the lead in 1992-94. The improvement in survival is caused by almost equal relative reductions in stillbirths, neonatal- and postneonatal deaths, summing up to about 230 “extra” one-year survivors. The pattern of almost equal relative reductions in stillbirths, neonatal- and postneonatal deaths is generally observed also in the other weightgroups, shown in Figure 2c.

In the weightgroup 2,500 gram or more (not shown in figure 2c) one-year survival increased slightly, from 99.49 percent in 1980-82 to 99.60 percent in 1992-94. This small increase represents close to 360 “extra” one-year survivors. The total number of “extra” one-year survivors is 1042 in Sweden, which is 3.0 per 1,000 births in 1992-94.

I alt har reduksjonen i andeler av dødfødte, neonatalt døde og postneonatalt døde resultert i 1152 “ekstra” ett-åringer blant fødte i 1992-94. Det utgjør 6,4 per 1.000 fødte i alt, mer enn det dobbelte av hva som var tilfelle i Danmark og Sverige.

I *Sverige* er økningen i overlevelse for fødte med fødselsvekt 500-999 gram 63 prosent, den laveste sammenlignet med Danmark og Norge. Vektgruppen hadde imidlertid den høyeste overlevelse til ett-års-alder i 1980-82 og Sverige er fortsatt best i 1992-94. Økningen i overlevelsen for fødte i Sverige med fødselsvekt 500-999 gram skyldes nesten like store prosentvise reduksjoner i dødfødte, neonatalt døde og postneonatalt døde. I alt betyr disse reduksjoner ca 230 ekstra overlevende til ett-års-alder. Dette mønster med nesten like store prosentvise reduksjoner i dødfødte, neonatalt døde og postneonatalt døde kan også observeres i de øvrige vektgrupper som er vist i figur 2c.

Blant fødte med fødselsvekt 2.500 gram og mer (ikke vist i figur 2c) er det skjedd en økning i ett-års overlevelsen fra 99,49 prosent i 1980-82 til 99,60 prosent i 1992-94. Denne lille økningen representerer nær 360 “ekstra” ett-åringer. Det totale antall “ekstra” ett-åringer er 1042 og det er 3,0 per 1.000 fødte i alt i 1992-94, det samme som i Danmark i 1992-93.

Comparisons of one-year survival of low birthweight births in 1992-94 in Denmark, Iceland, Norway and Sweden

Figure 3 shows that somewhat more births in 1992-94 weighing 500-999 grams survived in Sweden than in Denmark and Norway. In Iceland, the proportion of stillbirths in this weight group is larger than in the other Nordic countries. The better survival in Sweden is caused, in particular, by a lower percentage of stillbirths than in Denmark and Norway, and compared to Norway also by a lower percentage of neonatal deaths. There are small differences in the proportions of postneonatal deaths.

Births weighing 1,000-1,499 grams and 1,500-1,999 grams are surviving most often in Iceland, almost to the same extent in Norway and Sweden, while the situation in Denmark is less favourable with a few percents. Births weighing 2,000-2,499 grams have similar one-year survival in all three countries.

The one-year survival of births weighing 2,500 grams or more is 99.48 percent in Denmark, 99.59 in Norway and 99.60 in Sweden. The slightly lower percentage in Denmark is caused by higher percentages of stillbirths, neonatal- and postneonatal deaths. However, differences between the countries are very small. (No available data for Iceland for births weighing 2,500 grams or more).

Morbidity among low birthweight infants

An increasing survival of low birthweight births raises the question of morbidity

Sammenligning av ett-års overlevelse blant fødte med lav fødselsvekt i 1992-94 i Danmark, Island, Norge og Sverige

Figur 3 viser at overlevelse til ett-år av fødte i 1992-94 som veide 500-999 gram var noe bedre i Sverige enn i Danmark og Norge. Island har den laveste overlevelse til 1-års alder. Det er en konsekvens av en særlig høy andel dødfødte. Den bedre overlevelse for fødte i Sverige skyldes i særlig grad en lavere andel av dødfødte enn i Danmark og Norge, og sammenlignet med Norge også en lavere andel av neonatalt døde. Forskjellene i andelene av postneonatalt døde er små.

Fødte som veide 1.000-1.499 gram og 1.500-1.999 gram overlever best i Island, omtrent i samme omfang i Norge og Sverige, mens situasjonen i Danmark er mindre gunstig med et par prosent. Overlevelsen til ett-år er så godt som den samme i alle tre land for fødte som veide 2.000-2.499 gram.

Ett-års overlevelsen for fødte som veide 2.500 gram og mer var 99,48 i Danmark, 99,59 i Norge og 99,60 i Sverige. Den noe lavere prosenten i Danmark er forårsaket av noe høyere prosenter med dødfødte, neonatalt døde og postneonatalt død. Forskjellene mellom landene er imidlertid meget små. (Data mangler fra Island for fødte med fødselsvekt 2.500 gram og mer).

Sykelighet blant barn med lav fødselsvekt

Øket overlevelse blant fødte med lav fødselsvekt reiser spørsmålet om øket fore-

OCCURRENCE AND SURVIVAL OF LOW BIRTHWEIGHT BIRTHS

among the “extra” survivors. Since these “extra” survivors cannot be identified explicitly we must compare the prevalence rates of disorders among the few that survived earlier against the rates among the greater numbers that survive to day.

Special publications on the subject known to members of NOMBIR were requested. From Sweden it was reported on a conference held in Stockholm, November 1989, on Infants with extremely low birthweight (3). One of the conclusions at this conference was that the prevalence rates of neurological disorders (CP, etc.) appear to be unchanged. Moreover, it was recommended that systematic, national follow-up studies of extremely low birthweight infants should be initiated. Results of such studies are announced to be forthcoming (4).

In Norway, low birthweight births during the years 1967-87 have been followed up with respect to use of basic grants and attendance benefits at the age of seven years, i.e. during the years 1974-94. This study was made possible by the linkage of the Medical Birth Registry with the registries of the National Insurance Service concerning basic grants and attendance benefits. These cash benefits are offered in cases of chronic diseases and are intended to compensate for extra expenses and need for extra home care. When compensations are given, the disease in questions is registered as well as the cash amount.

Compared to infants weighing 2,500 gram and more, low birthweight infants have a significantly increased use of basic grants and attendance benefits (Table 2)

komst av sykdom og funksjonshemming blant de “ekstra” overlevende. Siden disse ekstra overlevende ikke kan identifiseres direkte må vi sammenligne prevalensen av sykdom og funksjonshemming blant de få som overlevet tidligere med det større antall som overlever i dag.

Medlemmene av NOMBIR ble derfor anmodet om å oppgi resultater av studier av denne type. Fra Sverige ble det rapportert om en konferanse avholdt i Stockholm i november 1989 om “Barn med ekstremt låg fødselsvekt” (3). En av konklusjonene ved denne konferansen var at prevalensraten av nevrologiske lidelser (bl.a. CP) syntes å være uforandret, men med flere overlevende betyr det også et større antall av barn med CP. I tillegg ble det anbefalt å starte systematiske, nasjonale oppfølgingsstudier av barn med ekstremt lav fødselsvekt. Resultater fra slike studier vil snart foreligge (4).

I Norge er barn med lav fødselsvekt, født i årene 1967-87, fulgt opp med hensyn til forekomst av grunn-/hjelpestønad ved syv-års alderen, dvs. i årene 1974-94. Undersøkelsen er gjort mulig ved en kobling av Medisinsk fødselsregister og Rikstrygdeverkets registreringer av grunn-/ hjelpestønad. Disse stønader gis etter lov om Folketrygd ved varige sykdommer som krever ekstra utgifter og ekstra pleie og tilsyn i hjemmet. Når stønaden gis blir sykdommen som ligger til grunn registrert også.

Sammenlignet med barn som veide 2.500 gram og mer ved fødsel, er det blant barn med lav fødselsvekt signifikant høyere forekomst av grunn- og hjelpe-

For seven-year-olds weighing 500-999 grams at birth the increase is more than 15 times. Even for seven-year-olds with birthweights 2,000-2,499 grams the use of basic grants/attendance benefit is more than doubled. The groups with the highest gradient with respect to birthweight is diseases of the eye, with a rate ratio of 155 for those with birthweight 500-999 grams vs 2,500 gram pluss. Also cerebral palsy had a high gradient with respect to birthweight.

Of births in the year 1967-78 with birthweight 500-1,499 gram, 23.2 percent (n= 1,712 survived to the age of seven years. The percentage for births with the same birthweight in 1979-87 was 44.0 (n=1,939), i.e. an improvement in survival of 90 percent. The increase in prevalence of basic grant/attendance benefit, irrespective of cause, was 40 percent. The cause, diseases of the eye, which was especially frequent among very low birthweight infants, is reduced to about one half. Basic grant/attendance benefit because of neurological disorders, including CP are increased by eight percent (not significant) and for CP with only two percent.

The reason for the overall increase of 40 percent in prevalence of basic grant/attendance benefit is mainly a close to ten times increase of lungdiseases, especially asthma. However, the gradient with respect to birthweight in lungdiseases is not particularly high, suggesting other reasons for the increase than the improvement in survival of low birthweight infants.

stønad (tabell 2). Ved syv-års-alder er forekomsten mer enn 15 ganger høyere for barn med fødselsvekt 500-999 gram enn for barn som veide 2.500 gram og mer ved fødsel. Selv for syv-åringer med fødselsvekt 2.000-2.499 gram var forekomsten av grunn-/hjelpstønad mer enn doblet. Øyesykdommer/blindhet ga den høyeste overhyppighet av grunn-/hjelpstønad blant syv-åringer med lav fødselsvekt med en relativ rate på 155 for dem som veide 500-999 gram ved fødsel. Også cerebral parese ga en høy relativ rate i denne fødselsvektgruppen.

Blant fødte i årene 1967-78 med fødselsvekt 500-1.499 gram overlevet 23,2 prosent (n=1.712) til syv-års-alder. Overlevelsen for fødte med samme fødselsvekt i årene 1979-87 var 44,0 prosent (n=1.939). Dette utgjør en bedring i overlevelsen på 90 prosent. Økningen i forekomst av grunn-/hjelpstønad uansett årsak var 40 prosent. Forekomst av grunn-/hjelpstønad p.g.a øyesykdommer/blindhet, som var særlig hyppig blant barn med lav fødselsvekt, er redusert til det halve. Stønader begrunnet i nevrologiske lidelser, inklusive CP, er øket med åtte prosent (ikke statistisk signifikant), og for CP alene med to prosent.

Årsaken til økningen i grunn-/hjelpstønad uansett årsak på 40 prosent, er hovedsakelig lungelidelser, særlig astma, som har øket nær ti ganger fra 1974-85 til 1986-94. Lungelidelser har imidlertid ikke særlig høy overhyppighet blant barn med lav fødselsvekt og det kan tyde på at det er andre årsaker til økningen i grunn-/hjelpstønad pga disse lidelser enn bedringen i overlevelsen av fødte med lav fødselsvekt.

Discussions

In the Nordic countries, differences exist both with respect to frequency of low birthweight births and distributions of birthweights less than 2,500 grams. In Finland, Iceland and Norway an excess of very low birthweights (less than 1,000 grams) is observed and in Denmark there is an especially high percentage of births with birthweights 2,000-2,499 grams. These differences affect the perinatal mortality rate which is often used internationally as an indicator of quality of prenatal care as well as obstetric and neonatal services. The inherent effect on a Nordic comparison of perinatal mortality for the years 1992-94 is considerable (Table 4).

From ranking last when considering crude rates, Denmark moves up to third place after Iceland and Sweden when comparisons are based on birthweight-standardised rates. However, these rates are not directly comparable since births with short gestational age are included to a varying degree in the different countries. When comparisons are based on births with birthweights 1,000 grams and more Iceland is ranking first and Denmark is last with a more than 50 percent higher perinatal mortality.

Measures to be used as indicators in order of obtain a "fair" comparison are a question for discussion. A reasonable conclusion might be that comparisons should be based on birthweight specific perinatal mortality rates. Then the questions arises how to group birthweights? Rates based on 500-gram-groupings are given in Table 5. Sweden has the lowest perinatal mortality of births with birthweight 2,500 grams and more. For births

Diskusjon

I de nordiske land er det forskjeller både med hensyn til hyppigheten av fødte med lav fødselsvekt og fordeling av fødselsvekter under 2.500 gram. I Finland, Island og Norge er det en overhyppighet av fødte med ekstra lave fødselsvekter (mindre enn 1.000 gram) og i Danmark er det en spesielt høy hyppighet av fødte med fødselsvekt 2.000-2.499 gram. Disse forskjeller påvirker den perinatale dødelighetsraten som ofte brukes internasjonalt som indikator for kvalitet på svangerskapsomsorg og fødselshjelp. Effekten på en nordisk sammenligning av perinatal dødelighet for årene 1992-94 er betydelig (tabell 4).

Fra å være dårligst når sammenligningen baserer seg på observerte rater, blir Danmark tredje best, etter Island og Sverige, når fødselsvekt-standardiserte rater legges til grunn. Imidlertid vil også standardiserte rater beregnet på denne måten gi usammenlignbare resultater fordi fødsler med kort svangerskapsvarighet taes med i ulik grad i de forskjellige land. Hvis sammenligningen baseres på fødte med fødselsvekt 1.000 gram og mer blir Island best og Danmark sist med mer enn 50 prosent høyere perinatal dødelighet.

Mål som kan brukes for å oppnå en "rimelig" sammenligning er et åpent spørsmål. En rimelig konklusjon kan være å basere sammenligningen på fødselsvekt-spesifikke perinatale dødelighetsrater. Da blir spørsmålet hvilken gruppering av fødselsvektene som skal benyttes. Rater basert på 500-grams grupper er vist i tabell 5. Sverige har den laveste perinatale dødelighet for fødte med fødselsvekt 2.500 gram og mer. For

with birthweights 1,000-1,499 grams, Iceland has the lowest rate, and Denmark and Finland the highest. Denmark and Finland have the highest rate also for births weighing 1,500-1,999 grams.

In Denmark, Norway and Sweden one-year-survival improved during the years 1980-1994 in all birthweight groups, particularly in the lower weightgroups. The relative importance of reductions in stillbirths, neonatal deaths and postneonatal deaths vary between countries, however. In Norway, reduction in stillbirths were most important. In Denmark reduction in neonatal deaths was particularly pronounced, while in Sweden reductions were of the same magnitude for stillbirths and neonatal deaths. Reductions in postneonatal deaths reflect, mainly, the situation with respect to sudden infant death syndrome (5). The reasons for the differences in relative magnitude of reductions in stillbirths and neonatal deaths are less obvious. Differences in definitions of stillbirth and livebirth cannot be excluded. On the other hand one would like to think that it is a result of, in Norway emphasis on perinatal care (6, 7), and in Denmark improvements in surveillance of the newborn. Whatever the reasons may be, there is room for further improvements in Denmark and Norway when compared with Sweden. Also, it would seem that the one-year survival can be improved even more in all the Nordic countries. Up to now this has been achieved with no "extra" morbidity among the survivors, as far as the present evidence goes.

fødte med fødselsvekt 1.000-1.499 har Island den laveste raten og Danmark og Finland den høyeste. Danmark og Finland har også den høyeste raten for fødte med fødselsvekt 1.500-1.999 gram.

I Danmark, Norge og Sverige er ett-års overlevelsen bedret i årene 1980-94 i alle vektgrupper, særlig i de lavere vektgruppene. Den relative betydning av reduksjonene i dødfødte, neonatalt døde og postneonatalt døde varierer imidlertid mellom landene. I Norge er reduksjonen i dødfødte viktigst. I Danmark er reduksjonen i neonatalt døde størst, mens det i Sverige er en reduksjon av nesten samme omfang av både dødfødte og neonatalt døde. Reduksjonen i postneonatalt døde reflekterer i hovedsak situasjonen med hensyn til krybbedød (5). Årsaken til forskjeller i den relative betydning av reduksjonene i dødfødte og neonatalt fødte er mindre åpenbar. Forskjeller i definisjoner av dødfødt og levendefødt kan ikke utelukkes. På den annen side er det fristende å tenke seg at forskjellen er et resultat av at man i Norge har lagt særlig vekt på å bedre svangerskapskontrollen (6, 7) og at man i Danmark særlig har bedret nyfødtoomsorgen. Hva enn årsaken er, er det klart rom for ytterligere forbedringer i Danmark og Norge sett i forhold til Sverige. Det synes også som det kan være rom for forbedringer i ett-års overlevelse i alle de nordiske land. Hittil har dette vært oppnådd uten øket sykkelighet blant de "ekstra" som overlever etter det vi nå har grunnlag for å anta.

OCCURRENCE AND SURVIVAL OF LOW BIRTHWEIGHT BIRTHS

Table 1 Occurrence of low birthweight births by year of birth in the Nordic countries 1980-1994

Country	Births	Distribution according to birthweight (g)										
		-499	500-999	1,000-1,499	1,500-1,999	2,000-2,499	< 2,500		2,500+		N.S.	
Year	Total	N	N	N	N	N	N	%	N	%	N	%
<i>Denmark</i>												
1980-82	163,843	2	333	1,075	1,943	6,030	9,383	5.73	153,880	93.92	580	0.35
1983-85	157,106	10	387	994	2,010	5,685	9,086	5.78	147,854	94.11	166	0.11
1986-88	171,199	17	448	1,087	2,057	5,942	9,551	5.58	161,430	94.29	218	0.13
1989-91	190,041	33	562	1,152	2,073	6,363	10,183	5.36	179,191	94.29	667	0.35
1992-94	205,718	43	553	1,244	2,418	6,660	10,918	5.31	193,646	94.13	1,154	0.56
1980-94	887,907	105	2,283	5,552	10,501	30,680	49,121	5.53	836,001	94.16	2,785	0.31
<i>Finland</i>												
1987-88	124,463	127	494	522	943	2,735	4,821	3.87	117,435	94.36	2,207	1.77
1989-91	196,769	110	690	857	1,563	4,335	7,555	3.84	185,315	94.18	3,899	1.98
1992-94	198,909	134	710	849	1,722	4,652	8,067	4.06	188,006	94.52	2,836	1.42
1987-94	520,141	371	1,894	2,228	4,228	11,722	20,443	3.93	490,756	94.35	8,942	1.72
<i>Iceland</i>												
1980-82	13,160	5	37	42	95	300	479	3.64	12,681	96.36	1	0.01
1983-85	12,218	6	55	48	101	257	467	3.82	11,751	96.18	0	0.00
1986-88	12,618	6	41	63	96	237	443	3.51	12,175	96.49	2	0.02
1989-91	13,747	11	47	40	100	260	458	3.33	13,289	96.67	0	0.00
1992-94	13,553	7	51	63	125	291	537	3.96	13,016	96.04	0	0.00
1980-94	65,296	35	231	256	517	1,345	2,384	3.65	62,912	96.35	3	0.01
<i>Norway</i>												
1980-82	153,577	52	372	763	1,358	3,922	6,467	4.21	146,847	95.62	263	0.17
1983-85	151,653	48	439	773	1,502	4,067	6,829	4.50	144,537	95.31	287	0.19
1986-88	164,619	60	486	932	1,689	4,535	7,702	4.68	156,740	95.21	177	0.11
1989-91	181,367	102	636	1,064	1,989	5,038	8,829	4.87	172,421	95.07	117	0.06
1992-94	179,917	110	611	1,001	1,891	5,034	8,647	4.81	171,112	95.10	158	0.09
1980-94	831,133	372	2,544	4,533	8,429	22,596	38,474	4.63	791,657	95.25	1,002	0.12
<i>Sweden</i>												
1980-82	282,524	29	549	1,258	2,498	7,892	12,226	4.33	269,216	95.29	1,082	0.38
1983-85	282,113	15	573	1,326	2,681	7,872	12,467	4.42	266,503	94.47	3,143	1.11
1986-88	316,945	25	771	1,684	3,161	9,149	14,790	4.67	301,808	95.22	347	0.11
1989-91	361,328	37	896	1,851	3,467	10,171	16,422	4.54	344,308	95.29	598	0.17
1992-94	350,985	44	996	1,821	3,296	9,582	15,739	4.48	334,041	95.18	1,205	0.34
1980-94	1,593,895	150	3,785	7,940	15,103	44,666	71,644	4.49	1,515,876	95.11	6,375	0.40

OCCURRENCE AND SURVIVAL OF LOW BIRTHWEIGHT BIRTHS

Table 2 Rate ratio (RR) of prevalence rates of basic grant/attendance benefit (BG/AB) at the age of seven (1974-94) among children with birthweight <2500 grams compared to those with birthweight 2500 grams or more by cause in Norway 1974-1994

Cause of BG/AB	<i>Weightgroups (grams)</i>				
	500 -999	1,000 -1,499	1,500 -1,999	2,000 -2,499	2,500+
	N=498	N=3,153	N=9,381	N=30,499	N=1,120,636
	RR	RR	RR	RR	RR (per 1,000)
1 Mental disorders	11.5 *	4.2 *	3.8 *	2.9 *	1.0 (1.75)
<i>Of which:</i>					
1.1 Mental retardation	8.5 *	4.3 *	4.2 *	3.4 *	1.0 (1.18)
2 Neurological disorders	53.0 *	36.9 *	13.6 *	3.5 *	1.0 (1.62)
<i>Of which:</i>					
2.1 Cerebral palsy	94.2 *	67.6 *	22.5 *	4.9 *	1.0 (0.81)
3 Diseases of eye, blindness	155.2 *	50.5 *	4.4 *	4.0 *	1.0 (0.22)
4 Diseases of ear, deafness	14.7 *	9.3 *	3.5 *	2.8 *	1.0 (0.82)
5 Lungdiseases	2.6	5.0 *	2.0 *	1.3	1.0 (1.52)
6 Congenital malformations	6.7 *	4.9 *	3.7 *	3.8 *	1.0 (1.81)
<i>Of which:</i>					
6.1 Down syndrome	..	2.7 *	2.9 *	3.9 *	1.0 (0.70)
7 Symptomes, ill defined diseases	10.2 *	2.4 *	2.7 *	1.8 *	1.0 (0.79)
8 Other diseases	36.8 *	7.2 *	4.1 *	1.8 *	1.0 (4.49)
9 Not recorded	10.3 *	6.9 *	4.2 *	1.5	1.0 (0.78)
Total	15.6 *	8.5 *	3.9 *	2.2 *	1.0 (13.80)

* Significant at 5 per cent (Chi-square test).

(.) Observed rates.

OCCURRENCE AND SURVIVAL OF LOW BIRTHWEIGHT BIRTHS

Table 3 Prevalence of basic grant/attendance benefit (BG/AB) in Norway among seven-year-olds in 1974-85 and 1986-94 who were weighing 500-1,499 grams at birth, 1967-85

Cause of BG/AB	1974-85 N=1,712		1986-94 N=1,939		Rate 1986-94 in per cent of rate 1974-1985
	Number with BG/AB	Per 1,000	Number with BG/AB	Per 1,000	
1 Mental disorders	12	7.01	21	10.83	154
<i>Of which:</i>					
1.1 Mental retardation	11	6.43	10	5.16	80
2 Neurological disorders	104	60.75	127	65.50	108
<i>Of which:</i>					
2.1 Cerebral palsy	98	57.24	113	58.28	102
3 Diseases of eye, blindness	33	19.28	19	9.80	51 *
4 Diseases of ear, deafness	14	8.18	16	8.25	101
5 Lungdiseases	2	1.17	24	12.38	1060 *
6 Congenital malformations	6	3.50	28	14.44	412 *
<i>Of which:</i>					
6.1 Down syndrome	2	1.17	4	2.06	177
7 Symptomes, ill-defined diseases	4	2.34	6	3.09	132
8 Other diseases	7	4.08	32	16.50	
9 Not recorded	2	1.17	19	9.80	838 *
Total	184	107.48	292	150.59	140 *

* Significant at 5 per cent (Chi-square test).

OCCURRENCE AND SURVIVAL OF LOW BIRTHWEIGHT BIRTHS

Table 4 Perinatal mortality rates in the Nordic countries 1992-94, based on different criteria and the corresponding ranking

	Denmark		Finland		Iceland		Norway		Sweden	
	Rate	Rank	Rate	Rank	Rate	Rank	Rate	Rank	Rate	Rank
<i>Criteria for perinatal mortality rates</i>										
Crude rates (1)	7.84	5	6.82	4	6.42	2	6.66	3	5.62	1
Standardised rates (1,2)	6.66	3	7.21	5	6.03	2	6.87	4	5.88	1
Births with birthweight 1,000 grams and more	6.32	5	4.27	2	4.15	1	4.57	4	4.41	3

(1) Rates based on all births registered, irrespective of gestational age.

(2) Birthweight distribution of total births included in Table 1 is used as "standard population".

Table 5 Birthweight specific perinatal mortality¹⁾ rates in the Nordic countries, 1992-94

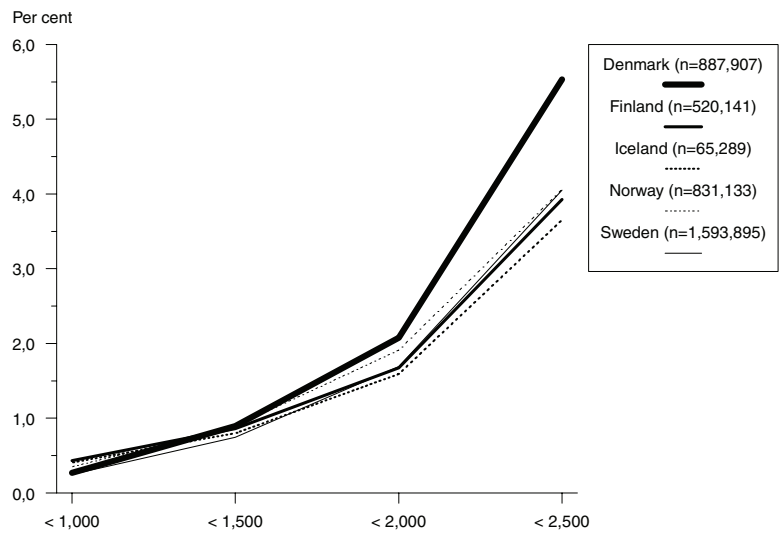
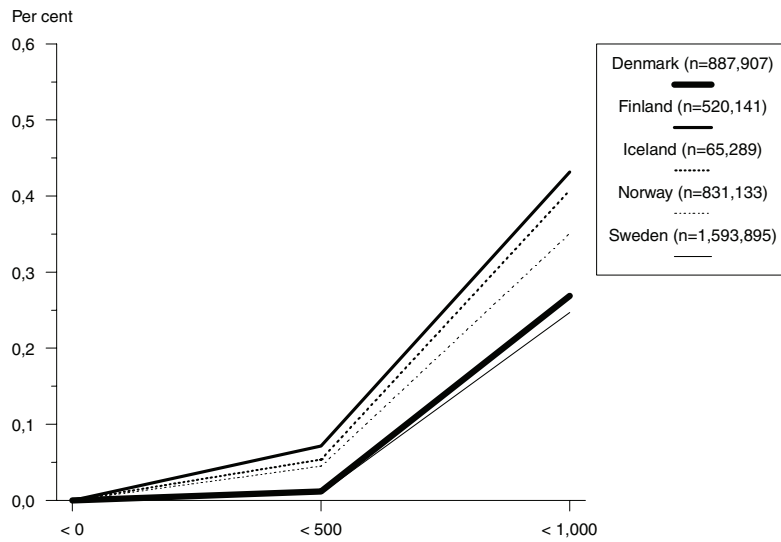
	<i>Denmark²⁾</i>		<i>Finland</i>		<i>Iceland</i>		<i>Norway</i>		<i>Sweden</i>	
	N= 135,742		N=198,909		N=13,553		N=179,917		N=350,985	
	Perinatal deaths		Perinatal deaths		Perinatal deaths		Perinatal deaths		Perinatal deaths	
	N	Per 1,000	N	Per 1,000	N	Per 1,000	N	Per 1,000	N	Per 1,000
<i>Birthweight, grams</i>										
< 500	25	961.54	127	947.96	7	1,000.00	98	890.91	31	704.55
500-999	139	378.75	382	538.03	24	470.59	249	407.53	307	308.23
1000-1499	159	189.51	153	180.02	5	79.37	134	133.87	252	138.39
1500-1999	151	93.96	158	91.75	8	64.00	118	62.40	183	55.52
2000-2499	124	27.90	128	27.52	5	17.18	110	21.85	269	28.07
2500+	417	3.26	394	2.96	38	2.92	456	2.67	835	2.50
Not recorded	49	69.1	15	5.29	0	0.00	33	208.86	94	78.01
Total	1,064	7.84	1,357	6.82	87	6.42	1,198	6.66	1,973	5.62

1 The categories below 1,000 grams are not comparable between the countries, see Table 4.

2 1992-1993.

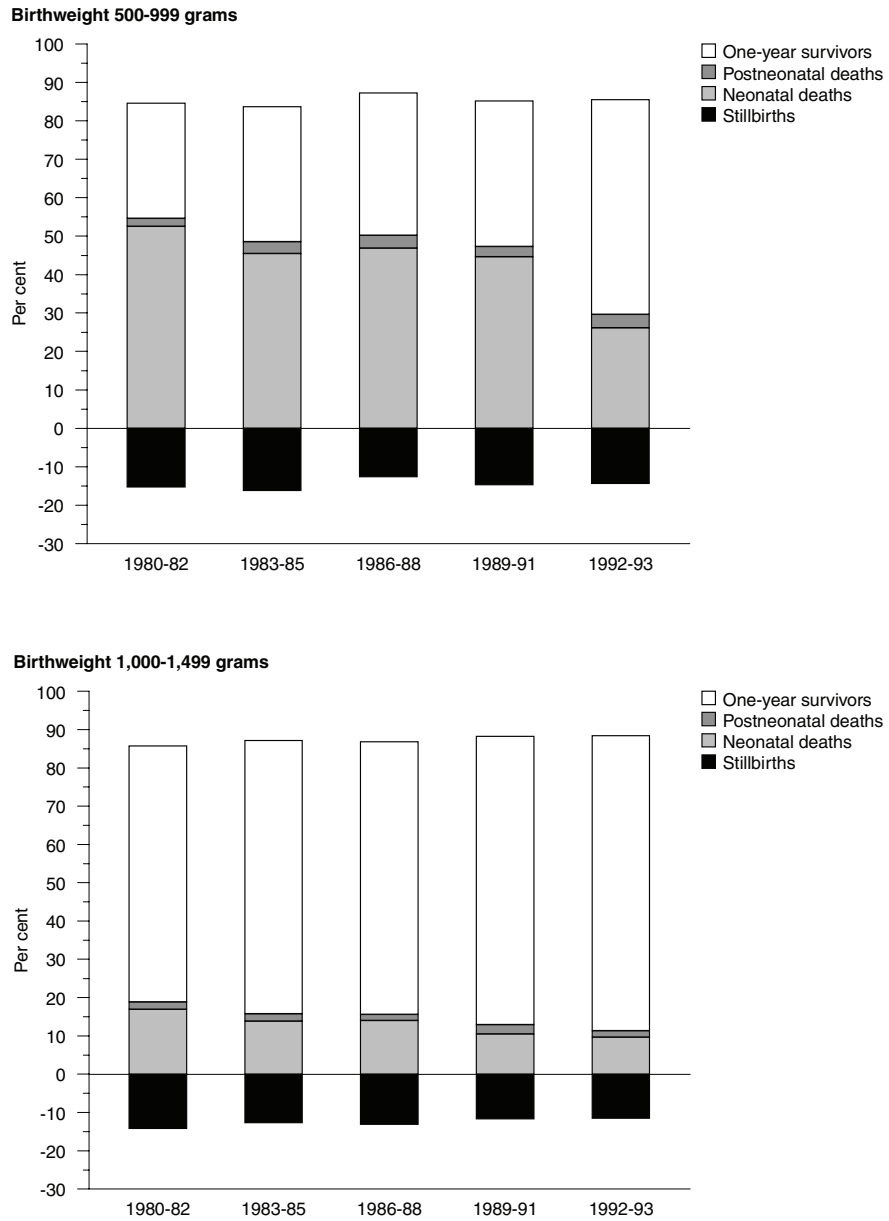
OCCURRENCE AND SURVIVAL OF LOW BIRTHWEIGHT BIRTHS

Figure 1 Cumulated distributions of births with birthweight less than 2,500 grams in the Nordic countries 1980-1994 (Finland 1987-1994)



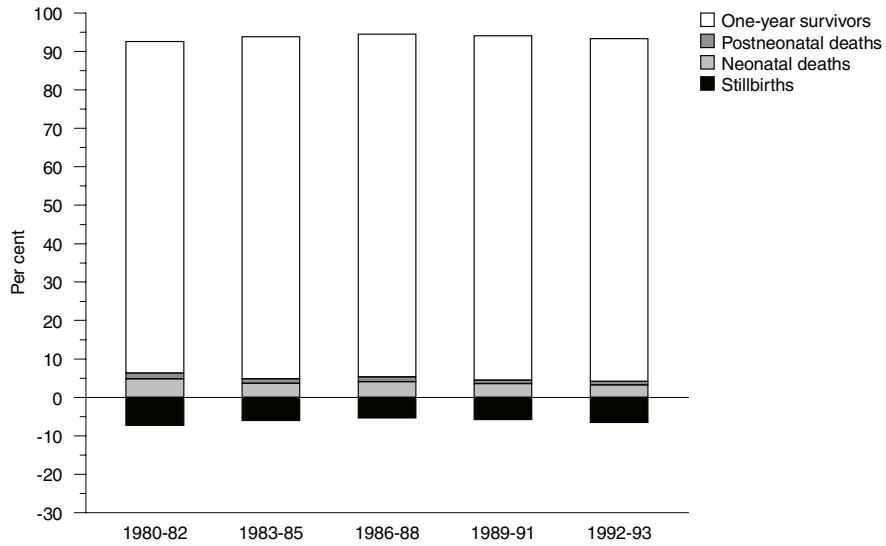
OCCURRENCE AND SURVIVAL OF LOW BIRTHWEIGHT BIRTHS

Figure 2a Proportions of stillbirths, neonatal births, postneonatal deaths and one-year survivors by birthweight and year of birth in Denmark 1980-1993

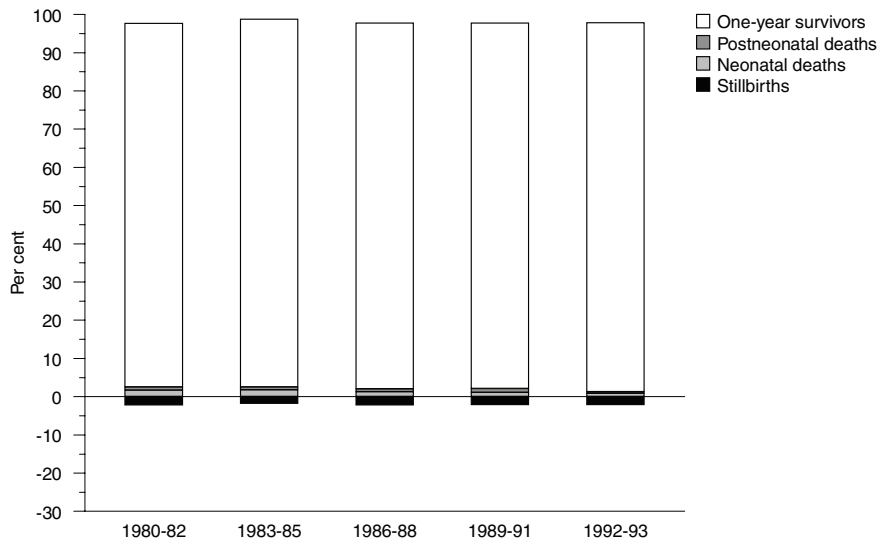


OCCURRENCE AND SURVIVAL OF LOW BIRTHWEIGHT BIRTHS

Birthweight 1,500-1,999 grams

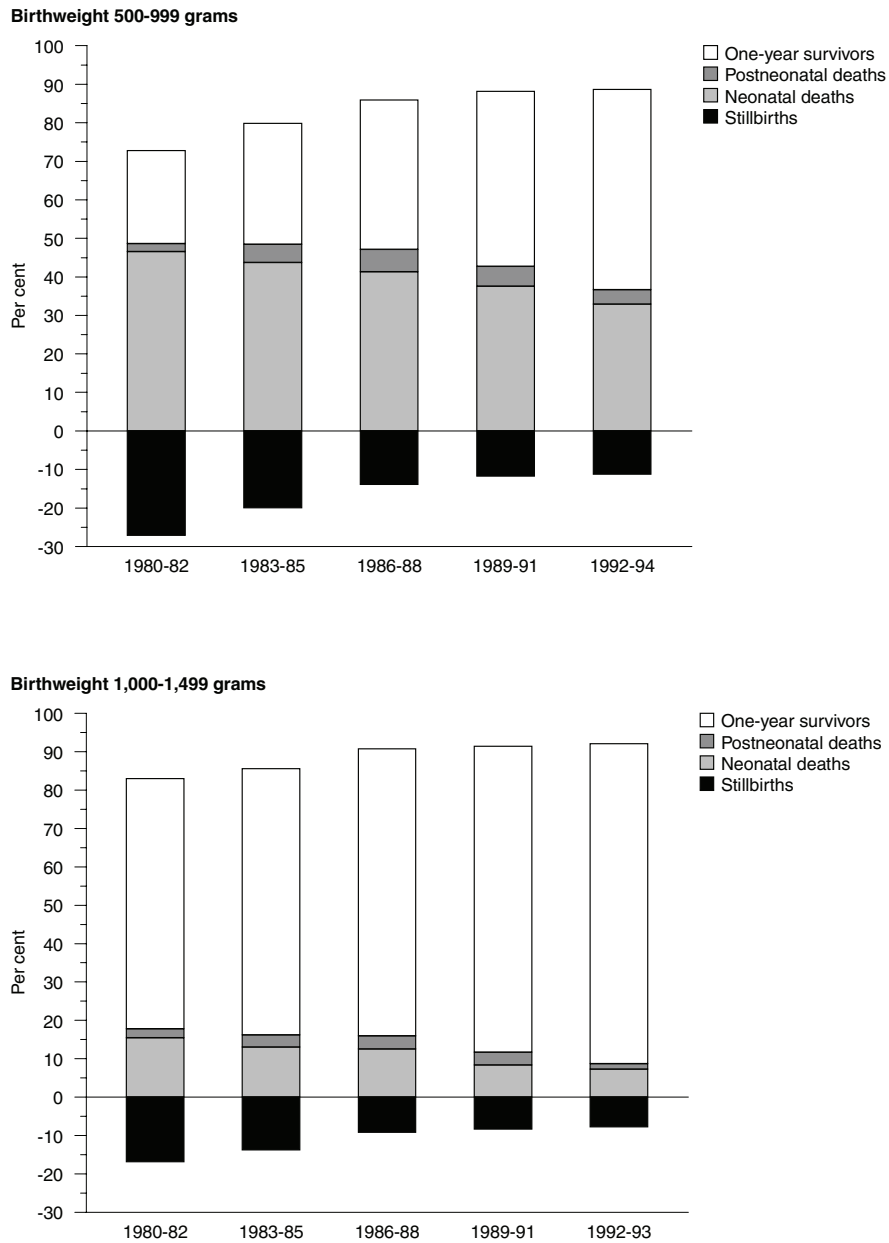


Birthweight 2,000-2,499 grams



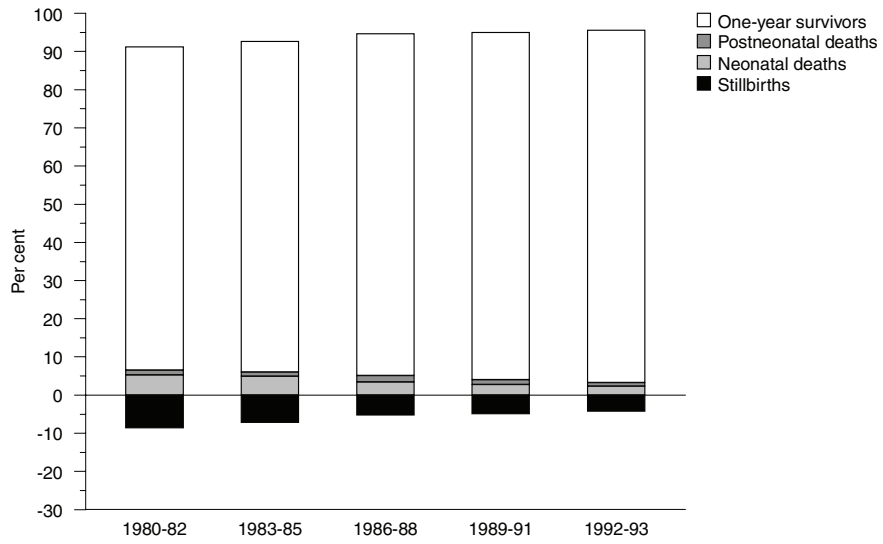
OCURRENCE AND SURVIVAL OF LOW BIRTHWEIGHT BIRTHS

Figure 2b Proportions of stillbirths, neonatal births, postneonatal deaths and one-year survivors by birthweight and year of birth in Norway 1980-1994

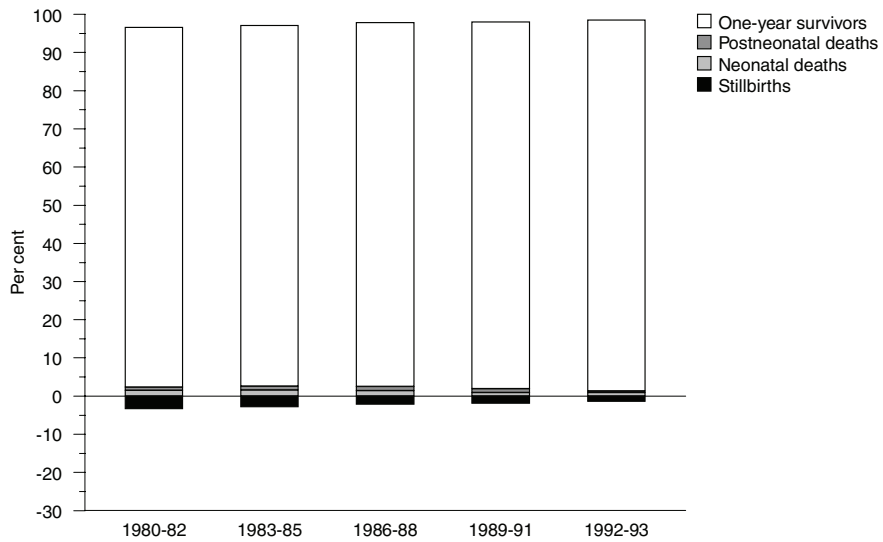


OCCURRENCE AND SURVIVAL OF LOW BIRTHWEIGHT BIRTHS

Birthweight 1,500-1,999 grams

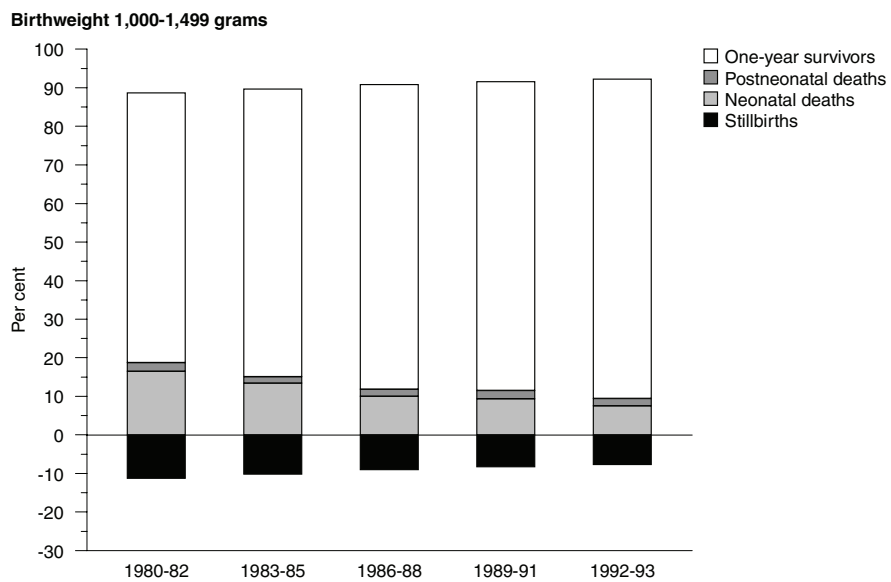
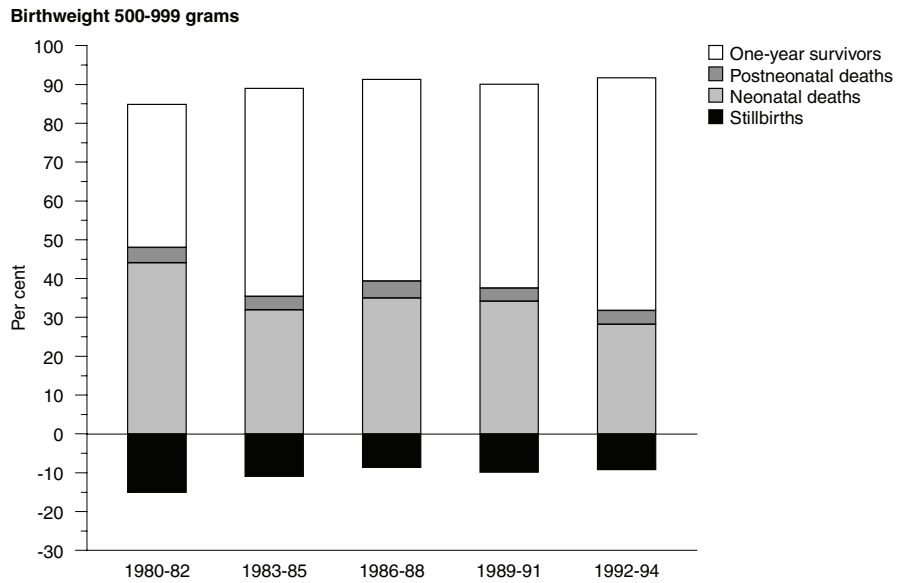


Birthweight 2,000-2,499 grams



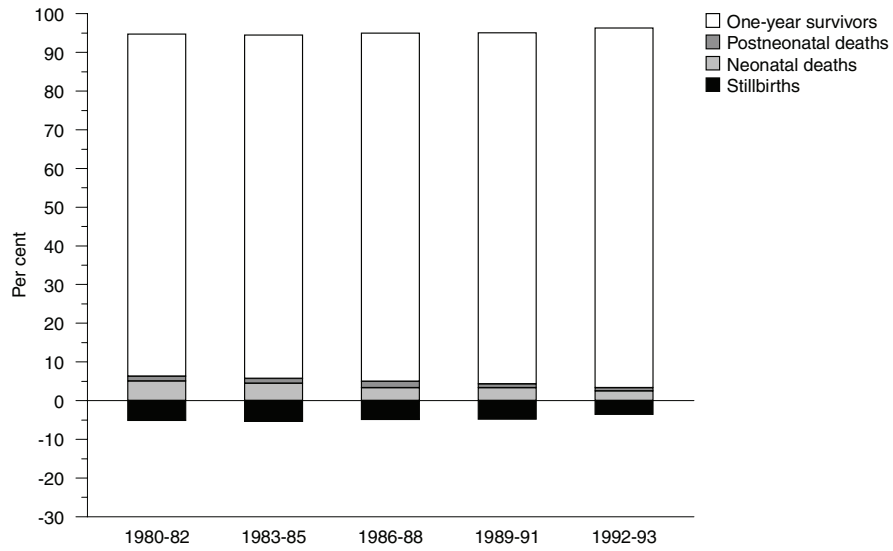
OCCURRENCE AND SURVIVAL OF LOW BIRTHWEIGHT BIRTHS

Figure 2c Proportions of stillbirths, neonatal births, postneonatal deaths and one-year survivors by birthweight and year of birth in Sweden 1980-1994



OCCURRENCE AND SURVIVAL OF LOW BIRTHWEIGHT BIRTHS

Birthweight 1,500-1,999 grams



Birthweight 2,000-2,499 grams

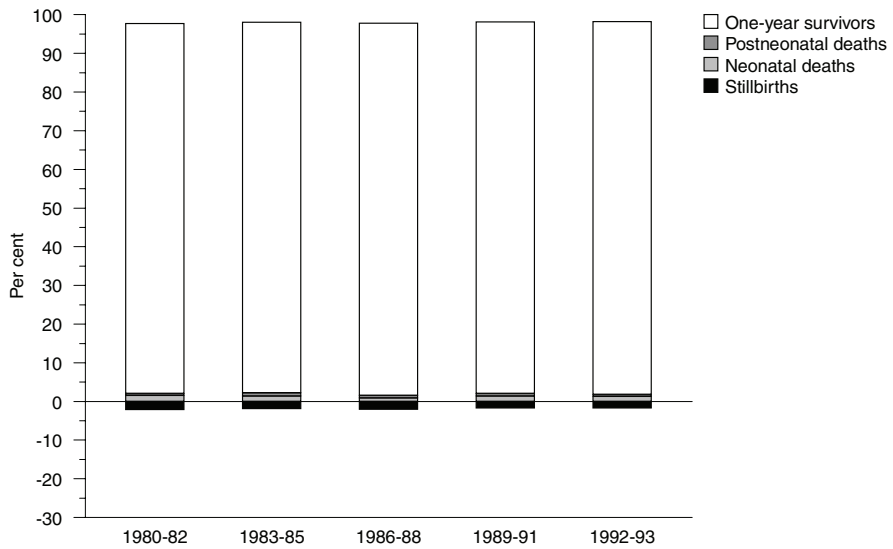
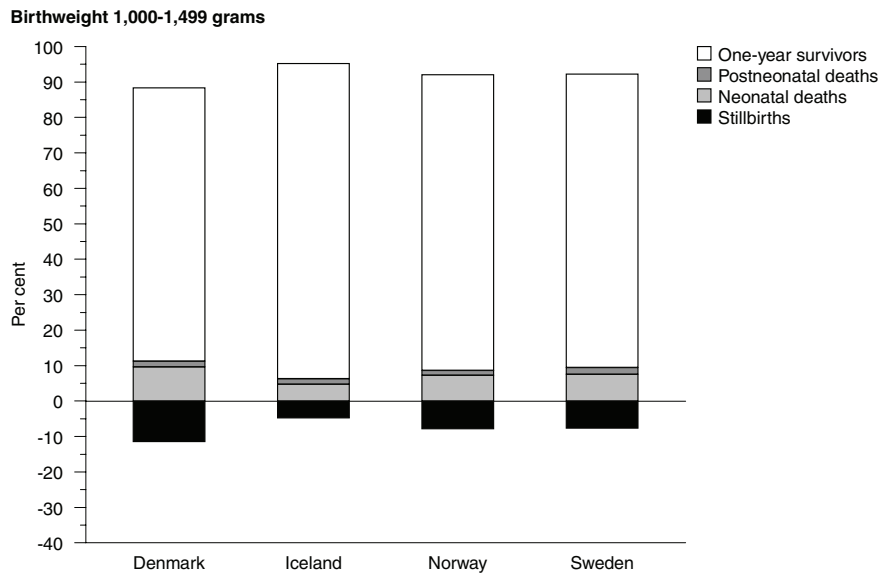
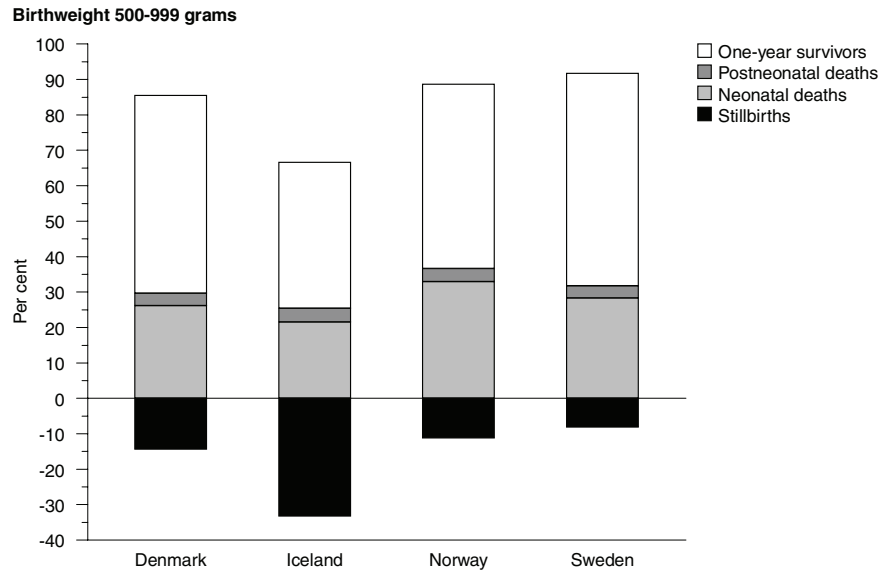
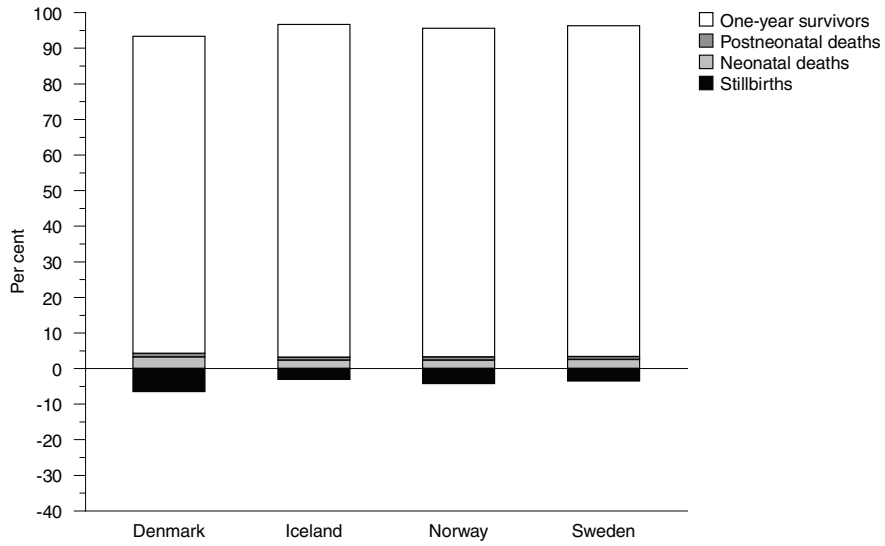


Figure 3 Proportions of stillbirths, neonatal deaths, postneonatal deaths and one-year survivors according to birthweight in Denmark (1992-1993), and in Iceland, Norway and Sweden (1992-1994)

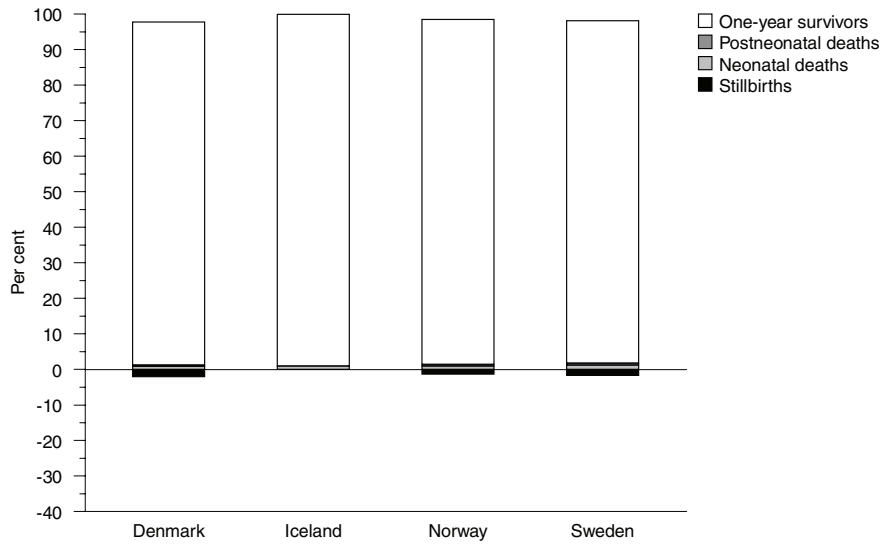


OCCURRENCE AND SURVIVAL OF LOW BIRTHWEIGHT BIRTHS

Birthweight 1,500-1,999 grams



Birthweight 2,000-2,499 grams



Acknowledgements

The authors thank Hedda Bille, Mika Gissler, Reynir T. Geirsson and Max Köster of the Medical Birth Registries of Denmark, Finland, Iceland and Sweden respectively, for submitting the material on which this publication is based. Special thanks to Anne Grethe Ihlen for preparing this manuscript.

References

Referencer

- 1 NOMESKO. Births and Infants Mortality in the Nordic countries. København 1993 (NOMESKO, 1993).
- 2 Bjerkedal T; Knudsen LB. Registration of stillbirth in the Nordic countries. In: Births in the Nordic Countries-Registration of the outcome of Pregnancy 1979-1983. NOMESCO Report no. 25, Reykjavik 1987.
- 3 Sosialstyrelsen. Barn med ekstremt låg födelsesvikt. Konferens november 1989 anordnad av Sosialstyrelsens medicinska råd for perinatologi. Dnr. 5200-406/89, Februari 1990.
- 4 Finnström O, Olausson PO, Sedin G, et al. The Swedish national prospective study on extremely low birth weight (ELBW) infants. Incidence, mortality, and morbidity and survival in relation to level of care. To be published Acta Paediatrica, May 1997.
- 5 Wennergren G, Alm B, Øyen N et al. The Decline in SIDS incidence in Scandinavia and its relation to risk intervention campaigns.
- 6 Norges Offentlige utredninger NOU 1984: 17. Perinatal omsorg i Norge. Helsearbeid blant svangre og fødende kvinner samt nyfødte barn. Universitetsforlaget, Oslo, Bergen, Tromsø, 1984.
- 7 Veileder i svangerskapsomsorg for kommunehelsetjenesten. Veiledningsserie 5-95, Statens Helsetilsyn, Oslo.

SECTION C

Appendices
Bilag

Appendix 1

Obstetric definitions

Live birth

Live birth is defined as a foetus which after the complete extraction from the mother shows evidence of life, irrespective of birthweight and duration of pregnancy.

Stillbirth

A foetus born after 28 weeks of gestation and showing no evidence of life.

Perinatal deaths

Late fetal deaths and live born dying during the first week of life.

Infant deaths

Live born dying during the first year of life.

Total fertility rate

The total number of liveborn children per 1,000 females surviving the whole child-bearing period, calculated from the age specific fertility rates of the year of observation.

Perinatal mortality

Late fetal deaths + deaths during 1st week per 1,000 births (live born and stillborn).

Infant mortality

Deaths during first year per 1,000 live births.

Obstetriske definitioner

Levendefødte

Som levendefødte regnes fostre, der viser tegn på liv, efter at de er fuldstændig adskilt fra moderen, uden hensyntagen til fødselsvægt og svangerskabets varighed.

Dødfødte

Som dødfødte regnes fostre, der er født efter 28 ugers svangerskab, og som ikke viser tegn på liv.

Perinatalt døde

Dødfødte, samt levendefødte, der dør i løbet af første leveuge.

Spædbarnsdød

Levendefødte, der dør i løbet af første leveår.

Samlet fertilitetsrate

Det samlede antal levendefødte børn, som 1.000 kvinder vil føde, hvis de gennemlever hele den fødedygtige alder, beregnet ud fra de aldersspecifikke fertilitetsrater i observationsåret.

Perinatal dødelighed

Dødfødte og døde i løbet af første leveuge pr. 1.000 fødte (levendefødte og dødfødte).

Spædbarnsdødelighed

Døde i løbet af første leveår pr. 1.000 levendefødte.

APPENDIX 1

Standard stillbirth rate

The number of stillborn infants with a birthweight of at least 1,000 grams per 1,000 births with a birthweight of at least 1,000 grams.

Induced abortion

Dependent on the legislation in each country. As a rule, termination of pregnancy can be authorized on request during the first 12 weeks of pregnancy (Sweden up to 18 weeks).

Total abortion rate

The number of legal abortions performed on 1,000 females given their survival up to the age of 50, calculated from the age specific abortion rates of the year of observation.

Standardiseret dødfødselshyppighed

Antal dødfødte med en fødselsvægt på mindst 1.000 gram pr. 1.000 fødte med en fødselsvægt på mindst 1.000 gram.

Fremkaldt abort

Afhængig af hvert lands lovgivning. Som hovedregel gælder retten til abort de første 12 uger af graviditeten (i Sverige op til 18 uger).

Samlet abortrate

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

Appendix 2

Hospital related definitions

Out-patient clinic

Section without permanent beds for treatment and with no staff for patient monitoring.

Bed

One bed in a 24-hour section for treatment of a patient. (In Finland, Norway and Sweden this does not include technical treatment, i.e. treatment requiring special personnel and equipment for intensive monitoring, incl. couveuses).

Bed-day

24 hours, in which a 24-hour patient has received treatment.

Bed-duration

Number of bed-days for a 24-hour patient, the date of admission, but not the date of discharge is included; at least 24 hours.

Average bed-duration

The total number of bed-duration for patients who have been discharged within a given period, divided by the number of discharges in the period.

Discharge

Conclusion of treatment of a patient at a 24-hour or part-time section.

Sygehusdefinitioner

Ambulatorium

Afsnit, der er uden faste behandlingspladser, og hvortil der ikke er normeret personale til overvågning af patienter.

Sengeplads

En behandlingsplads for en patient i et heldøgnsafsnit. (I Finland, Norge og Sverige omfatter dette ikke tekniske behandlingspladser, dvs. behandling, der kræver særlig bemanning og intensiv overvågning, inkl. kuvøser).

Sengedag

Et døgn, hvori en heldøgnspatient har modtaget behandling.

Liggetid

Antal sengedage for en heldøgnspatient, idet indlæggelsesdatoen, men ikke udskrivningsdatoen medregnes; dog mindst én dag.

Gennemsnitlig liggetid

Summen af liggetiderne for patienter, der er udskrevet inden for en given periode, divideret med antallet af udskrivinger i perioden.

Udskrivning

Afslutning af behandling af patient på et hel- eller deldøgnsafsnit.

Appendix 3

The Nordic Short-list with codes from ICD-9 and ICD-10 for morbidity which forms the basis for the tables in this appendix may be obtained from the NOMESCO Secretariat.

Nordisk forkortet morbiditetsliste med koder fra ICD-9 og ICD-10, der danner grundlaget for tabellerne i dette bilag, kan fås ved henvendelse til NOMESCO's sekretariat.

Age-adjusted rates (ESP) for discharges from ordinary and specialized hospitals per 100,000 inhabitants 1995. Males

Aldersstandardiserede rater (ESP) for udskrivninger fra almindelige og specialiserede sygehuse pr. 100.000 indbyggere 1995. Mænd

	<i>Denmark</i>	<i>Finland</i>	<i>Norway</i>	<i>Sweden</i>
1. <i>Tuberculosis</i> Tuberkulose	16.61	47.29	6.47	7.32
2. <i>Viral hepatitis</i> Viral leverbetændelse	16.55	13.11	7.12	17.94
3. <i>Human immunodeficiency virus (HIV) disease</i> Human immunodefekt virus (HIV) sygdom	54.30	8.76	8.53	10.41
4. <i>Malignant neoplasm of oesophagus</i> Kræft i spiserør	44.43	18.73	19.98	20.97
5. <i>Malignant neoplasm of stomach</i> Kræft i mavesæk	35.83	51.98	45.02	34.24
6. <i>Malignant neoplasm of colon and rectum</i> Kræft i tyktarm og endetarm	147.01	114.81	167.48	113.89
7. <i>Malignant neoplasm of pancreas</i> Kræft i bugspytkirtel	29.14	30.96	29.77	31.78
8. <i>Malignant neoplasm of larynx, trachea, bronchus and lung</i> Kræft i strubehoved, luftrør, bronkie og lunge	248.58	252.25	178.74	134.22
9. <i>Malignant melanoma of skin</i> Ondartet melanom i hud	22.23	29.22	32.56	16.48
10. <i>Malignant neoplasm of breast</i> Kræft i bryst	2.14	1.20	2.47	.
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	169.52	196.42	215.44	211.57
15. <i>Malignant neoplasm of testis</i> Kræft i testikel	49.01	22.78	33.11	18.44
16. <i>Malignant neoplasm of bladder</i> Kræft i urinblære	188.21	152.27	129.02	121.75
17. <i>Leiomyoma of uterus</i> Fibrom i livmoder	.	.	.	.
18. <i>Thyrotoxicosis</i> Tyreotoksikose	7.37	4.53	3.46	6.37
19. <i>Diabetes mellitus</i> Sukkersyge	223.36	270.72	120.15	215.38
20. <i>Organic mental disorders</i> Organiske psykiske lidelser	29.76	18.63	16.07	66.23

...continued
...fortsættes

APPENDIX 3

	Denmark	Finland	Norway	Sweden
21. <i>Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use</i> Psykkiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller andre psykoaktive stoffer	213.55	128.04	101.75	505.35
22. <i>Schizophrenia, delusional and mood disorders</i> Skizofreni, paranoide psykoser og affektive sindslidelser	14.43	23.42	17.03	284.95
23. <i>Parkinson's disease</i> Rystelammelse	19.69	43.27	5.40	29.66
24. <i>Alzheimer's disease</i> Alzheimers sygdom	1.22	4.17	0.23	1.35
25. <i>Multiple sclerosis</i> Dissemineret sklerose	17.48	18.50	19.11	13.62
26. <i>Epilepsy</i> Epilepsi	121.46	116.20	78.71	108.14
27. <i>Acute myocardial infarction</i> Akut hjerteinfarkt	269.48	290.04	358.72	318.88
28. <i>Other ischaemic heart disease</i> Anden iskæmisk hjertesygdom	608.48	1.027.10	834.09	700.85
29. <i>Cerebrovascular diseases</i> Karsygdomme i hjerne	395.64	459.42	311.55	408.20
30. <i>Pneumonia</i> Lungebetændelse	368.88	383.16	319.72	309.56
31. <i>Bronchitis, emphysema and other chronic obstructive pulmonary disease</i> Bronkit, emfysem og anden obstruktiv lungesygdom	282.92	345.34	203.16	155.28
32. <i>Asthma</i> Astma	155.04	357.63	154.29	137.17
33. <i>Gastric and duodenal ulcer</i> Mavesår og duodenalsår	145.92	96.65	77.24	85.15
34. <i>Diseases of appendix</i> Sygdomme i blindtarm	142.76	185.15	112.93	134.10
35. <i>Crohn's disease and ulcerative colitis</i> Chrons sygdom og tyktarmsbetændelse med sår	67.27	62.13	55.43	70.98
36. <i>Alcoholic liver disease, unspecified fibrosis and cirrhosis of liver</i> Alkoholisk leversygdom, bindevævsdannelse i lever og skrumpeliver	63.61	56.15	20.14	31.21
37. <i>Cholelithiasis and cholecystitis</i> Galdesten og galdeblærebetændelse	100.92	177.95	106.76	137.15
38. <i>Rheumatoid arthritis and other inflammatory polyarthropathies</i> Leddegigt og andre inflammatorisk polyartritter	56.51	151.19	86.25	72.17
39. <i>Arthrosis</i> Slidgigt	149.58	248.08	132.43	132.94
40. <i>Systemic connective tissue disorders</i> Generaliserede bindevævssygdomme	29.08	25.98	36.98	35.42

...continued
... fortsættes

APPENDIX 3

	<i>Denmark</i>	<i>Finland</i>	<i>Norway</i>	<i>Sweden</i>
41. <i>Dorsopathies excl. intervertebral disc disorders</i> Rygsygdomme og ryglidelser ekskl. diskusprolaps	165.66	202.39	158.54	123.76
42. <i>Cervical and other intervertebral disc disorders</i> Diskusprolaps i halsens ryghvirvler og andre ryghvirvler	205.85	233.84	127.62	59.03
43. <i>Osteoporosis and osteomalacia</i> Osteoporose og osteomalaci	7.06	4.64	3.64	6.99
44. <i>Glomerular, tubulo-interstitial diseases and renal failure</i> Glomerulære sygdomme, tubulointerstitiale nyresygdomme og nyreinsufficiens	141.40	173.85	107.46	155.47
45. <i>Urolithiasis</i> Urinvejssten	148.85	93.08	145.99	114.47
46. <i>Hyperplasia of prostate</i> Forstørret blærehalskirtel	187.03	308.88	191.12	160.57
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> Smerter i mave og underliv	217.14	229.35	144.97	331.57
55. <i>Fracture of skull and facial bones</i> Kraniebrud og brud af ansigtsknogler	85.09	65.78	58.47	46.41
56. <i>Concussion</i> Commotio cerebri	232.53	60.30	208.48	237.18
57. <i>Fracture of neck, thorax and pelvis</i> Brud af hals, thorax og bækken	80.27	80.24	90.30	92.80
58. <i>Fracture of neck of femur</i> Brud af lår	117.95	86.16	103.09	107.08
59. <i>Burns and corrosions</i> Forbrændinger og ætsninger	26.93	40.06	40.33	28.28
60. <i>Poisoning</i> Forgiftning	152.63	104.47	109.38	115.77
61. <i>Diagnoses not included in the above</i> Diagnoser ikke medtaget ovenfor	11,438.84	11,114.17	7,169.14	8,100.30

APPENDIX 3
Age-adjusted rates (ESP) for discharges from ordinary and specialized hospitals per 100,000 inhabitants 1995. Females

Aldersstandardiserede rater (ESP) for udskrivninger fra almindelige og specialiserede sygehuse pr. 100.000 indbyggere 1995. Kvinder

	<i>Denmark</i>	<i>Finland</i>	<i>Norway</i>	<i>Sweden</i>
1. <i>Tuberculosis</i> Tuberkulose	11,93	26,02	3,56	7,49
2. <i>Viral hepatitis</i> Viral leverbetændelse	11,82	12,95	3,49	13,81
3. <i>Human immunodeficiency virus (HIV) disease</i> Human immunodefekt virus (HIV) sygdom	14,27	1,35	2,34	4,53
4. <i>Malignant neoplasm of oesophagus</i> Kræft i spiserør	11,22	7,77	7,03	6,23
5. <i>Malignant neoplasm of stomach</i> Kræft i mavesæk	14,74	30,80	24,22	19,70
6. <i>Malignant neoplasm of colon and rectum</i> Kræft i tyktarm og endetarm	122,18	85,55	136,08	93,86
7. <i>Malignant neoplasm of pancreas</i> Kræft i bugspytkirtel	24,85	21,11	24,90	29,32
8. <i>Malignant neoplasm of larynx, trachea, bronchus and lung</i> Kræft i strubehoved, luftrør, bronkie og lunge	142,61	47,29	83,58	71,33
9. <i>Malignant melanoma of skin</i> Ondartet melanom i hud	21,62	16,31	25,34	12,60
10. <i>Malignant neoplasm of breast</i> Kræft i bryst	372,27	301,57	295,40	289,35
11. <i>Malignant neoplasm of cervix uteri</i> Kræft i livmoderhals	86,37	24,40	75,18	42,91
12. <i>Malignant neoplasm of other and unspecified parts of uterus</i> Kræft i anden og uspecificeret del af livmoder	46,43	65,80	67,34	72,99
13. <i>Malignant neoplasm of ovary</i> Kræft i æggestok	169,99	191,77	79,32	133,45
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	45,58	29,06	30,28	30,23
17. <i>Leiomyoma of uterus</i> Fibrom i livmoder	132,79	244,28	128,43	120,41
18. <i>Thyrotoxicosis</i> Tyreotoksikose	32,19	17,79	15,03	24,42
19. <i>Diabetes mellitus</i> Sukkersyge	167,99	210,06	97,58	173,96
20. <i>Organic mental disorders</i> Organiske psykiske lidelser	23,76	21,63	12,72	51,99

...continued
...fortsættes

APPENDIX 3

	Denmark	Finland	Norway	Sweden
21. <i>Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use</i> Psykkiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller andre psykoaktive stoffer	97,01	34,30	25,43	137,53
22. <i>Schizophrenia, delusional and mood disorders</i> Skizofreni, paranoide psykoser og affektive sindslidelser	23,92	36,14	23,16	332,54
23. <i>Parkinson's disease</i> Rystelammelse	12,76	27,85	5,35	20,06
24. <i>Alzheimer's disease</i> Alzheimers sygdom	0,97	3,94	0,23	1,56
25. <i>Multiple sclerosis</i> Dissemineret sklerose	30,15	37,18	32,15	25,96
26. <i>Epilepsy</i> Epilepsi	108,77	100,02	71,84	85,72
27. <i>Acute myocardial infarction</i> Akut hjerteinfarkt	107,46	121,36	134,07	128,09
28. <i>Other ischaemic heart disease</i> Anden iskæmisk hjertesygdom	249,42	433,47	304,86	305,14
29. <i>Cerebrovascular diseases</i> Karsygdomme i hjerne	262,30	279,06	209,83	274,43
30. <i>Pneumonia</i> Lungebetændelse	279,03	203,77	216,53	221,26
31. <i>Bronchitis, emphysema and other chronic obstructive pulmonary disease</i> Bronkit, emfysem og anden obstruktiv lungesygdom	270,91	97,79	140,07	116,59
32. <i>Asthma</i> Astma	151,33	292,96	144,32	135,58
33. <i>Gastric and duodenal ulcer</i> Mavesår og duodenalsår	109,70	58,15	47,40	48,82
34. <i>Diseases of appendix</i> Sygdomme i blindtarm	132,91	161,30	92,29	116,56
35. <i>Crohn's disease and ulcerative colitis</i> Chrons sygdom og tyktarmsbetændelse med sår	92,90	54,40	58,26	72,97
36. <i>Alcoholic liver disease, unspecified fibrosis and cirrhosis of liver</i> Alkoholisk leversygdom, bindevævsdannelse i lever og skrumpelever	40,21	36,58	15,17	20,09
37. <i>Cholelithiasis and cholecystitis</i> Galdesten og galdeblærebetændelse	207,06	284,74	191,95	230,04
38. <i>Rheumatoid arthritis and other inflammatory polyarthropathies</i> Leddegigt og andre inflammatorisk polyartritter	96,25	377,24	202,58	150,61
39. <i>Arthrosis</i> Slidgigt	191,05	341,13	212,87	164,39
40. <i>Systemic connective tissue disorders</i> Generaliserede bindevævssygdomme	62,56	64,48	77,29	77,22

...continued
... fortsættes

APPENDIX 3

	Denmark	Finland	Norway	Sweden
41. <i>Dorsopathies excl. intervertebral disc disorders</i> Rygsygdomme og ryglidelser ekskl. diskusprolaps	181,47	213,88	154,46	139,57
42. <i>Cervical and other intervertebral disc disorders</i> Diskusprolaps i halsens ryghvirvler og andre ryghvirvler	181,24	187,53	97,89	48,07
43. <i>Osteoporosis and osteomalacia</i> Osteoporose og osteomalaci	34,44	12,38	13,06	20,56
44. <i>Glomerular, tubulo-interstitial diseases and renal failure</i> Glomerulære sygdomme, tubulointerstitiale nyresygdomme og nyreinsufficiens	128,12	191,95	101,58	145,82
45. <i>Urolithiasis</i> Urinvejssten	70,43	33,86	75,65	57,36
46. <i>Hyperplasia of prostate</i> Forstørret blærehalskirtel	.	.	0,15	.
47. <i>Salpingitis and oophoritis</i> Betændelse i æggeleder og æggestok	59,41	35,80	28,63	40,50
48. <i>Female genital prolapse</i> Nedsynkning og fremfald af kvindelige kønsdele	93,08	104,26	96,40	104,01
49. <i>Medical abortion</i> Fremkaldt abort	302,66	266,35	25,65	76,53
50. <i>Other pregnancies with abortive outcome</i> Andet svangerskab, der ender med abort	487,89	338,85	297,14	231,62
51. <i>Oedema, proteinuria and hypertensive disorders in pregnancy, childbirth and the puerperium</i> Ødem, proteinuri og hypertension i svangerskab, under fødsel og barselsperiode	60,11	105,11	87,23	79,15
52. <i>Other complications in pregnancy, childbirth and the puerperium</i> Andre komplikationer i svangerskab, under fødsel og barselsperiode	1.204,95	1.166,27	1.123,64	1.376,71
53. <i>Single spontaneous delivery</i> Spontan fødsel (enkeltfødsel)	1.571,89	1.727,55	1.738,56	1.230,92
54. <i>Abdominal and pelvic pain</i> Smerter i mave og underliv	405,60	369,48	230,89	531,66
55. <i>Fracture of skull and facial bones</i> Kraniebrud og brud af ansigtsknogler	29,75	22,04	19,12	16,89
56. <i>Concussion</i> Commotio cerebri	161,05	47,33	132,55	157,01
57. <i>Fracture of neck, thorax and pelvis</i> Brud af hals, thorax og bækken	63,70	52,59	59,65	85,23
58. <i>Fracture of neck of femur</i> Brud af lår	190,92	118,26	178,16	167,26
59. <i>Burns and corrosions</i> Forbrændinger og ætsninger	11,35	17,45	17,94	12,78
60. <i>Poisoning</i> Forgiftning	187,71	101,03	136,50	159,62
61. <i>Diagnoses not included in the above</i> Diagnoser ikke medtaget ovenfor	11.481,64	9.571,25	6.589,20	7.515,75

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.

Nordisk 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 NOMESCO's sekretariat.

APPENDIX 4
Age-adjusted rates (ESP) for causes of death per 100,000 inhabitants. Males

<i>Nordic Abbreviated List</i>	<i>Denmark</i>	<i>Faroe Islands</i>	<i>Greenland</i>	<i>Finland</i>
	1995	1993	1993	1995
<i>Cause of death</i>				
1. Tuberculosis	0.76	–	46.44	2.80
2. Other infectious diseases	13.22	–	2.77	4.99
3. Malignant neoplasm of oesophagus	7.97	–	20.19	5.72
4. Malignant neoplasm of stomach	9.68	13.60	15.92	14.95
5. Malignant neoplasm of small and large intestine	23.96	4.72	35.73	10.60
6. Malignant neoplasm of rectum	12.60	9.63	–	7.65
7. Malignant neoplasm of pancreas	11.56	8.64	43.16	12.67
8. Malignant neoplasm of respiratory system	81.90	62.98	118.75	67.56
9. Malignant neoplasm of breast	0.18	–	–	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	33.78	12.42	–	30.32
14. Neoplasms of lymphatic and haematopoietic tissue	20.98	12.64	3.30	19.23
15. Malignant neoplasms of other and unspecified nature	70.56	80.87	82.97	49.28
16. Benign neoplasms and neoplasms of unspecified nature	5.91	9.69	6.20	4.08
17. Diabetes mellitus	13.17	5.05	–	9.22
18. Other endocrine and metabolic diseases	2.89	7.74	11.72	2.10
19. Diseases of blood and bloodforming organs	2.69	–	14.08	0.72
20. Alcoholic psychosis and alcoholism	7.07	–	9.37	4.23
21. Other mental disorders	9.88	12.79	–	20.64
22. Diseases of the nervous system and sense organs	13.19	17.07	11.16	18.99
23. Rheumatic fever and rheumatic heart disease	0.72	5.05	–	1.02
24. Hypertension	5.02	3.91	–	5.85
25. Ischaemic heart disease	221.08	331.66	252.09	298.04
26. Other heart diseases	57.75	35.65	214.67	38.60
27. Cerebrovascular disease	135.88	87.07	237.13	97.90
28. Other diseases of the circulatory system	35.33	34.18	46.51	22.77
29. Influenza	1.90	3.89	–	0.66
30. Pneumonia	26.68	12.79	52.45	47.84
31. Bronchitis, emphysema and asthma	55.84	21.06	39.58	31.33
32. Other diseases of the respiratory system	5.64	8.18	–	5.46
33. Diseases of oral cavity, oesophagus, stomach and duodenum	9.68	–	–	7.17
34. Cirrhosis of liver	21.60	–	14.96	15.76
35. Other diseases of the digestive system	17.21	16.09	28.17	17.36
36. Nephritis and nephrosis	2.11	–	–	2.24
37. Infection of kidney and calculus of urinary system	1.20	–	14.08	2.22
38. Hyperplasia of prostate	1.47	3.91	36.41	1.50
39. Other diseases of genito-urinary system	3.92	–	11.72	1.84
40. Complications of pregnancy, childbirth and the puerperium	.	.	.	.
41. Diseases of the skin, musculoskeletal system and connective tissue	3.22	3.91	29.07	2.82
42. Congenital malformations	5.33	19.00	4.19	4.57
43. Certain conditions originating in the perinatal period	4.59	–	19.38	2.93
44. Sudden death	26.30	4.37	83.08	2.76
45. Other symptoms and ill-defined causes	49.68	8.26	36.41	1.21
46. Motor vehicle traffic accidents	14.16	19.27	14.08	11.90
47. Accidental poisoning by alcohol	0.65	4.37	–	14.08
48. Accidental falls	16.97	16.57	–	18.77
49. Other accidents	13.72	13.01	54.85	27.71
50. Suicide	22.75	15.89	105.71	41.81
51. Injury causes by accident or purposely inflicted	4.07	10.10	7.03	5.03
52. Homicide and other injury	1.55	–	24.14	4.02
<i>Total deaths, males</i>	31,064	217	217	24,283

ESP = European Standard Population.

Aldersstandardiserede dødsårsagsrater (ESP) pr. 100.000 indbyggere. Mænd

<i>Of which Åland</i>	<i>Iceland</i>	<i>Norway</i>	<i>Sweden</i>	Nordisk forkortet liste
1995	1994	1994	1995	Dødsårsag
13.76	2.32	1.61	1.05	1. Tuberkulose
17.99	1.35	5.51	5.07	2. Andre infektionssygdomme
6.88	7.80	4.14	3.74	3. Ondartet svulst i spiserøret
18.94	16.04	14.83	10.07	4. Ondartet svulst i mavesæk
5.18	12.39	19.77	14.13	5. Ondartet svulst i tynd- og tyktarm
-	6.49	12.37	8.18	6. Ondartet svulst i endetarm
24.42	13.09	11.48	11.18	7. Ondartet svulst i bugspytkirtel
30.31	39.05	51.19	36.12	8. Ondartet svulst i åndedrætsorganer og bryr
-	-	0.14	0.16	9. Ondartet svulst i brystkirtel
.	.	.	.	10. Ondartet svulst i livmoderhals
.	.	.	.	11. Ondartet svulst i andre dele af livmoder
.	.	.	.	12. Ondartet svulst i æggestok
38.64	24.35	39.65	36.28	13. Ondartet svulst i prostata
29.25	-	18.19	19.28	14. Ondartet svulst i lymfatiske og bloddannende væv
30.02	68.52	55.25	50.16	15. Ondartet svulst i andre eller uspecificerede lokalisationer
5.18	0.82	5.87	4.09	16. Godartede og uspecificerede svulster
-	2.83	10.32	13.34	17. Sukkersyge
5.97	3.52	4.16	5.56	18. Andre indresekretoriske sygdomme og stofskiftesygdomme
-	0.75	1.11	2.62	19. Sygdomme i blod og bloddannende organer
-	2.40	10.00	5.88	20. Alkoholisk psykose og alkoholisme
27.48	2.48	10.76	13.53	21. Andre mentale lidelser
47.17	14.21	14.66	12.14	22. Sygdomme i nervesystem og sanseorganer
5.18	0.83	1.07	0.85	23. Rheumatisk feber og rheumatiske hjertesygdomme
10.36	3.24	7.14	4.67	24. Hypertensionssygdomme
214.54	233.03	217.84	224.38	25. Iskæmiske hjertesygdomme
44.70	39.65	50.89	49.76	26. Andre hjertesygdomme
31.11	65.64	76.93	66.66	27. Karlæsioner i centralnervesystemet
25.70	18.92	24.96	33.94	28. Andre kredsløbssygdomme
-	0.75	1.40	0.72	29. Influenza
5.18	44.13	41.74	29.60	30. Lungebetændelse
18.03	18.60	29.96	20.69	31. Bronchitis, emfysem og asthma
6.88	4.22	4.27	6.00	32. Andre sygdomme i åndedrætsorganer
5.18	5.62	5.05	5.99	33. Sygdomme i mundhule, spiserør, mavesæk og tolvfingertarm
16.15	-	5.90	7.49	34. Levercirrhose
10.36	11.11	11.48	12.09	35. Andre sygdomme i fordøjelsesorganer
12.59	4.75	4.58	4.84	36. Nephritis og nefrose
-	-	1.42	0.91	37. Nyrebetændelse og sten i nyre og urinleder
-	-	1.43	1.00	38. Prostatahypertrofi
-	-	2.88	4.00	39. Andre sygdomme i urin- og kønsorganer
.	.	.	.	40. Komplikationer under svangerskab og fødsel
-	-	3.28	2.89	41. Sygdomme i hud, knogler og bindevæv
9.63	4.51	4.80	3.98	42. Medfødte misdannelser
0.00	3.39	4.05	2.53	43. Visse tilstande med udspring i den perinatale periode
7.73	2.53	25.26	1.40	44. Pludselig død
-	3.84	11.87	8.32	45. Symptomer og mangelfuldt definerede tilstande
-	5.78	9.03	7.36	46. Motorkøretøjsulykker
-	0.67	1.86	1.21	47. Forgiftningsulykker med alkoholer
-	7.01	15.04	8.59	48. Faldulykker
17.42	23.89	14.03	10.88	49. Alle andre ulykker
31.96	16.38	17.34	20.27	50. Selvmord
-	2.98	0.83	7.53	51. Skader forvoldt ved ulykke eller påført med forsæt
-	-	0.79	1.31	52. Drab og anden voldsom død
115	899	22,358	47,428	<i>Antal døde i alt, mænd</i>

APPENDIX 4

Age-adjusted rates (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>
	1995	1993	1993	1995
<i>Cause of death</i>				
1. Tuberculosis	0.54	–	21.79	1.57
2. Other infectious diseases	5.41	–	34.32	3.46
3. Malignant neoplasm of oesophagus	2.91	2.62	6.90	1.85
4. Malignant neoplasm of stomach	4.86	14.63	9.74	7.60
5. Malignant neoplasm of small and large intestine	17.73	14.77	35.76	9.32
6. Malignant neoplasm of rectum	7.08	5.72	14.79	5.00
7. Malignant neoplasm of pancreas	9.90	11.09	43.65	8.76
8. Malignant neoplasm of respiratory system	42.04	12.82	96.89	11.13
9. Malignant neoplasm of breast	42.56	27.70	41.32	24.97
10. Malignant neoplasm of cervix uteri	5.13	26.91	41.81	1.37
11. Malignant neoplasm of other parts of uterus	5.69	–	–	3.88
12. Malignant neoplasm of ovary, fallopian tube and broad ligament	13.08	–	10.98	9.72
13. Malignant neoplasm of prostate	.	.	.	.
14. Neoplasms of lymphatic and haematopoietic tissue	14.63	13.70	21.24	14.66
15. Malignant neoplasms of other and unspecified nature	43.40	46.27	114.78	31.21
16. Benign neoplasms and neoplasms of unspecified nature	4.34	–	21.66	3.95
17. Diabetes mellitus	9.61	3.39	–	7.98
18. Other endocrine and metabolic diseases	3.43	2.62	10.36	1.06
19. Diseases of blood and bloodforming organs	1.72	–	–	0.55
20. Alcoholic psychosis and alcoholism	2.02	–	–	0.73
21. Other mental disorders	9.48	2.62	–	24.78
22. Diseases of the nervous system and sense organs	8.81	10.25	–	14.06
23. Rheumatic fever and rheumatic heart disease	1.28	–	–	1.11
24. Hypertension	4.37	5.72	10.36	4.38
25. Ischaemic heart disease	114.42	133.52	58.26	136.57
26. Other heart diseases	38.84	20.75	125.34	25.05
27. Cerebrovascular disease	59.87	75.31	175.03	80.16
28. Other diseases of the circulatory system	25.45	10.97	–	11.08
29. Influenza	1.53	16.98	–	0.60
30. Pneumonia	19.40	7.87	33.35	25.72
31. Bronchitis, emphysema and asthma	36.47	6.79	86.81	7.10
32. Other diseases of the respiratory system	3.41	6.02	22.51	2.49
33. Diseases of oral cavity, oesophagus, stomach and duodenum	8.45	3.09	6.31	4.54
34. Cirrhosis of liver	10.46	14.83	–	4.72
35. Other diseases of the digestive system	13.85	8.34	33.78	12.21
36. Nephritis and nephrosis	1.34	–	–	1.48
37. Infection of kidney and calculus of urinary system	1.53	–	9.01	4.83
38. Hyperplasia of prostate	.	.	.	.
39. Other diseases of genito-urinary system	1.87	3.39	8.16	1.97
40. Complications of pregnancy, childbirth and the puerperium	0.27	–	3.43	0.04
41. Diseases of the skin, musculoskeletal system and connective tissue	3.92	3.09	–	5.25
42. Congenital malformations	4.76	4.01	2.81	4.02
43. Certain conditions originating in the perinatal period	3.05	–	16.88	2.44
44. Sudden death	17.94	4.01	33.80	1.48
45. Other symptoms and ill-defined causes	35.70	10.50	91.73	1.18
46. Motor vehicle traffic accidents	6.32	3.09	16.41	3.75
47. Accidental poisoning by alcohol	0.51	–	3.43	2.19
48. Accidental falls	13.34	8.34	15.61	9.34
49. Other accidents	4.76	5.36	21.45	6.42
50. Suicide	9.75	4.48	41.92	11.38
51. Injury causes by accident or purposely inflicted	2.12	–	–	2.11
52. Homicide and other injury	0.82	–	11.11	1.95
<i>Total deaths, females</i>	31,751	163	197	25,042
<i>Total deaths, males and females</i>	62,815	380	414	49,325

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

ESP = European Standard Population.

Aldersstandardiserede dødsårsagsrater (ESP) pr. 100.000 indbyggere. Kvinder

<i>Of which Åland</i>	<i>Iceland</i>	<i>Norway</i>	<i>Sweden</i>	Nordisk forkortet liste
1995	1994	1994	1995	Dødsårsag
–	0.47	0.72	0.72	1. Tuberkulose
2.42	3.14	3.88	3.76	2. Andre infektionssygdomme
–	4.34	1.23	1.26	3. Ondartet svulst i spiserøret
7.16	7.03	7.28	5.02	4. Ondartet svulst i mavesæk
6.51	10.90	15.45	11.54	5. Ondartet svulst i tynd- og tyktarm
4.84	2.52	6.46	4.94	6. Ondartet svulst i endetarm
19.28	8.75	8.70	10.37	7. Ondartet svulst i bugspytkirtel
7.16	41.99	20.18	18.70	8. Ondartet svulst i åndedrætsorganer og bryd
27.23	32.09	28.62	24.76	9. Ondartet svulst i brystkirtel
2.42	3.52	4.68	2.54	10. Ondartet svulst i livmoderhals
6.84	2.13	4.13	3.88	11. Ondartet svulst i andre dele af livmoder
26.28	12.70	11.46	11.15	12. Ondartet svulst i æggestok
.	.	.	.	13. Ondartet svulst i prostata
31.54	–	12.31	12.91	14. Ondartet svulst i lymfatiske og bloddannende væv
16.20	44.46	33.13	35.12	15. Ondartet svulst i andre eller uspecificerede lokalisationer
–	1.18	4.04	3.77	16. Godartede og uspecificerede svulster
6.88	2.95	6.95	8.83	17. Sukkersyge
–	0.47	2.51	3.12	18. Andre indresekretoriske sygdomme og stofskiftesygdomme
–	1.37	0.94	1.96	19. Sygdomme i blod og bloddannende organer
–	–	1.88	1.03	20. Alkoholisk psykose og alkoholisme
39.66	0.94	10.46	14.97	21. Andre mentale lidelser
–	14.50	10.02	8.45	22. Sygdomme i nervesystem og sansorganer
–	0.64	1.83	1.51	23. Rheumatisk feber og rheumatiske hjertesygdomme
2.42	4.18	4.51	3.43	24. Hypertensionssygdomme
78.17	110.26	94.01	100.79	25. Iskæmiske hjertesygdomme
24.21	28.55	38.03	36.73	26. Andre hjertesygdomme
107.07	57.09	64.80	53.57	27. Karælæsioner i centralnervesystemet
26.63	6.66	10.82	20.22	28. Andre kredsløbssygdomme
–	0.94	1.27	0.69	29. Influenza
7.26	37.46	31.90	17.94	30. Lungebetændelse
–	25.32	13.90	12.57	31. Bronchitis, emfysem og asthma
–	7.30	2.56	3.78	32. Andre sygdomme i åndedrætsorganer
19.63	2.12	3.44	3.23	33. Sygdomme i mundhule, spiserør, mavesæk og tolvfingertarm
–	1.57	3.60	4.03	34. Levercirrhose
12.11	10.16	10.72	9.75	35. Andre sygdomme i fordøjelsesorganer
–	5.07	2.18	2.33	36. Nephritis og nefrose
2.42	–	1.44	0.60	37. Nyrebetændelse og sten i nyre og urinleder
.	.	.	.	38. Prostatahypertrofi
–	–	2.32	2.16	39. Andre sygdomme i urin- og kønsorganer
–	–	–	0.09	40. Komplikationer under svangerskab og fødsel
5.02	2.85	4.83	4.19	41. Sygdomme i hud, knogler og bindevæv
–	3.98	3.73	3.21	42. Medfødte misdannelser
9.93	–	3.31	2.00	43. Visse tilstande med udspring i den perinatale periode
9.93	2.11	10.51	0.70	44. Pludselig død
2.42	0.94	10.92	7.99	45. Symptomer og mangelfuldt definerede tilstande
–	1.63	3.56	3.25	46. Motorkøretøjsulykker
–	1.87	0.67	0.37	47. Forgiftningsulykker med alkoholer
–	4.15	9.94	5.03	48. Faldulykker
–	5.12	3.38	3.28	49. Alle andre ulykker
–	2.91	6.84	8.38	50. Selvmord
–	–	0.26	2.59	51. Skader forvoldt ved ulykke eller påført med forsæt
–	–	0.72	0.68	52. Drab og anden voldsom død
144	818	21,718	46,213	<i>Antal døde i alt, kvinder</i>
259	1,717	44,076	93,641	<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> Geriatri	+	+	-	+	+
<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	-	+	+	+	+

Bibliography

Statistics and literature on demography and health related subjects issued in the Nordic countries in 1995.

DANMARK

*Udgivet af Danmarks Statistik**Social sikring og retsvæsen*

1996:4 Sygesikringsstatistik 1994

1996:23 Sygesikringsstatistik 1995

1997:1 Sygehusbenyttelse 1995

Socialstatistik

1996:6 Hjemmehjælp 1995

1996:13 Hjemmehjælp 1996

Samferdsel og turisme

1996:30 Færdselsuheld 4. kvrt. 1995

1996:40 Færdselsuheld 1. kvrt. 1996

1997:7 Færdselsuheld Januar 1997 (foreløbig opgørelse) Udgivet af Sundhedsstyrelsen

Sundhedsstatistikken

1996:1 Virksomheden ved sygehuse 1994

1996:2 Lægetællingen 1994

Bibliografi

Statistik og litteratur om demografi og sundhedsforhold udgivet i de nordiske lande i 1995.

1996:3 Personale og økonomistatistik for sygehusvæsenet samt aktivitetsstatistik for tværgående afdelinger 1994

1996:4 Kommunale Sundhedsordninger, Småbørnssundhedsplejen 1994 og 1995, Hjemmesygeplejen 1994 og 1995

Cancer Incidence in Denmark 1993

Udgivet af Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen

Anette Mose Hansen & Martin Udsen: Sundhedsplejen og småbørnsfamilierne – en brugerundersøgelse

FÆRØERNE

Udgivet af Landslægen

Årsberetning 1996

Udgivet af Rigsombudsmanden

Beretning 1996

Udgivet af Hagstova Føroya

Árbok fyri Føroyar 1996

GRÖNLAND

*Udgivet af
Embedslægeinstitutionen*

Embedslægeinstitutionens Årsberetninger

USI – Embedslægeinstitutionens nyhedsbrev på sundhedsområdet

*Udgivet af Grønlands
Hjemmestyres Statistiske
Kontor*

Grønlands Statistiske Årbog

Grønlands Befolkning 1 og 2

*Udgivet af Politimester-
embedet i Nuuk*

Statistiske Årsberetninger

FINLAND

*Udgivet af Forsknings- och
utvecklingscentralen för
social- och hälsovården
(STAKES)*

Use of hospital in-patient services in Finland in 1988-1993. OSF: Health: 5. 1995.

Förökningen och dess trender – statistik över graviditeter, förlossningar, steriliseringar och missbildningar hos barnen i Finland. FOS Hälsa 2:1996 (Reproduction and its trends – statistics on pregnancies, childbirths, sterilizations and congenital malformations in Finland. OSF: Health 2:1996).

Bruket av bäddavdelningstjänster 1995. Statistikmeddelande 1997:2.

Uppgifter om social- och hälsovårdspersonalen 1993 och 1994. Statistikmeddelande 1996:2.

Yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården 31.12.1995. Statistikmeddelande 1996:7.

Hospital care of injuries and accidents in 1994. Statistikmeddelande 1996:9.

Hospital care of injuries and accidents in 1990-1994. Statistikmeddelande 1996:11.

Verksamheten och personal hos privata producenter av hälso- och sjukvårdsservice 1995. Statistikmeddelande 1996:14.

Social- och hälsovårdspersonalen inom kommunsektorn 1995. Statistikmeddelande 1996:15.

Uppgifter om social- och hälsovårdspersonalen 1990-1995. Statistikmeddelande 1996:17.

Vårdperioder med kirurgiska åtgärder år 1995. Statistikmeddelande 1996:18.

Psykiatri 1995. Statistikmeddelande 1997:1.

BIBLIOGRAPHY

Udgivet af Finlands Cancerregister

Cancer Incidence in Finland 1994.
Cancer Statistics of the National Re-
search and Development Centre for
Welfare and Health. Helsinki 1996.

Udgivet af Läkemedelsverket

Finnish Statistics on Medicine 1995.
National agency for Medicine & Social
Insurance Institute. 1996.

Udgivet af Statistikcentralen

Befolkning

1:1996: Population changes 1994
2:1996: Revised life tables for Finland
1881-1990
9:1996: Population structure 1995
10:1996: Population in economic de-
pression 1990 and 1992

Arbetsmarknaden

30:1995: Arbetsolyckor 1993.

Transport og turisme

15:1996: Road traffic accidents 1995.

Hälsa

3:1995: Arbetssjukdomar 1994. (Institu-
tionen för arbetshygien)
1:1996: Death causes 1994.
3:1996: Tobacco statistics 1995.
5:1996: Death causes 1995.

Udgivet af Social- och hälsovårdsministeriet

The Social Dimension of the European
Union: burden, necessity, destiny? Pub-
lications 12:1996.

Health care in Finland. Guides 1: 1996
(Finnish, English, Russian available).

Udgivet af Folkpensionsanstalten

Folkpensionsanstaltens statistiska årsbok
1995. Statistical Yearbook of the Social
Insurance Institution, Finland. FPA
T1:31, 1996.

Udgivet af Finlands Kommunförbund

Finlands sjukhusstatistik 1995. Finlands
kommunförbund 1996.

Udgivet af Folkhälsoinstitutet

Smittsamma sjukdomar i Finland år
1995. KTL B: 7.1996.

Infectious diseases in Finland 1995.
KTL B 8.1996.

ÅLAND

Udgivet af Ålands statistik- och utredningsbyrå

Statistisk årsbok för Åland 1997

*Udgivet af Ålands
landskapsstyrelse*

Landskapsstyrelsens berättelse 1995

1996:2 Handlingsplan mot narkotika för
landskapet Åland1996:12 Attityder till droger och drog-
vanor på Åland

ISLAND

*Udgivet af Hagstofa Íslands*Hagtiðindi 81. Árgangur 1996 (Monthly
Bulletin of Statistics (80th vol., 1996)Landshagur 1996 (Statistical Yearbook
of Iceland 1996)*Udgivet af
Landlæknisembættið*Heilbrigðisskýrslur. Fylgirit 1996 (Pub-
lic Health in Iceland. Supplements
1996)

1996:2 Heilsuefling (Health Promotion)

1996:3 Heilbrigðisþing: erindi flutt á
heilbrigðisþingi í janúar 1995. (Public
Health Conference: Lectures given at
the Public Health Conference, January
1995)

Heilsufar (Health series)

1996:3 Annus Medicus 1996. Matthías
Halldórsson o.fl. (Annus Medicus 1996.
Matthías Halldórsson et.al.)1996:4 Forgangsöröðun: gömul og ný.
Ólafur Ólafsson (Priorities in Medicine:
Old Ones and New Ones. Ólafur
Ólafsson)*Udgivet af rigshospitalerne*Ríkisspítalar. Ársskýrsla 1995. (The
State Hospitals. Annual Report 1995)*Udgivet af Reykjavík
kommunes hospital*Borgarspítalinn. Ársskýrsla 1995. (The
Reykjavík Municipal Hospital. Annual
report 1995)*Udgivet af Landakot hospital*Ársskýrsla sjálfseignarstofnunar St.
Jósefsspítala 1995. (Landakot's Hospi-
tal. Annual Report 1995)*Udgivet af Sundheds- og
forsikringsministeriet*Starfsemi sjúkrahúsa 1992-1994. Not-
kun sjúkrahúsaþjónustu. (Hospital Ac-
tivities 1992-1994. The Use of Hospital
Services)Starfsemi sjúkrahúsa 1995. Legur og
legudagar. (Hospital Activities 1995.
Discharges and Bed-days)

BIBLIOGRAPHY

Udgivet af Undervisningsministeriet

Könnun á tíðni og orsökum sjálfsvíga á Íslandi og tillögur til úrbóta. Skýrsla nefndar unnin samkvæmt þingsályktun um könnun á tíðni og orsökum sjálfsvíga á Íslandi (1992). Október 1996 (Survey on the Prevalence of Suicides in Iceland and Proposals for Measures. Report by a committee appointed at the instigation of the Althingi (1992). October 1996)

NORGE

Udgivet af Statistisk sentralbyrå

Serien Norges Offisielle Statistikk (NOS)

Befolkningsstatistikk 1996 Hefte I. Endringstal for kommunar 1994-1996

Befolkningsstatistikk 1996 Hefte II. Folkmengd 1. januar

Befolkningsstatistikk 1995 hefte III Oversikt

Dødsårsaker 1994

Pasientstatistikk 1994

Veitrafikkulykker 1995

Pleie- og omsorgsstatistikk 1994

Serien Rapporter

96/6 J.E. Finnvold: Kommunale helse-tilbud: Organisering, ulikhet og kontinuitet

96/8 K.E. Rosendahl: Helseeffekter av luftforurensning og virkninger på økonomisk aktivitet. Generelle relasjoner med anvendelse på Oslo

96/9 S.E. Mamelund og J.K. Borgan: Kohort- og periodedødelighet i Norge 1846-1994

96/15 K.O. Oftedal: Framskriving av markedsituasjonen for helse og sosialpersonell fram mot år 2030

Udgivet af SINTEF Norsk institutt for sykehusforskning (NIS)

NIS-rapport 1/96 Samdata psykiatri. Sammenligningsdata for psykiatrisk fylkeshelsetjeneste 1994

NIS-rapport 2/96 Ventelistepasienter – garantert plass i køen? Periodetall for 1994 fra somatiske sykehus

NIS-rapport 4/96 Thyreoidea og Parathyreoidea kirurgi i Norge 1990-1994. En studie av operasjonsfrekvenser og praksisvariasjoner

NIS-rapport 5/96 Samdata sykehus. Sammenligningsdata for somatisk fylkeshelsetjeneste 1995

Udgivet af Norsk medisinaldepot

Legemiddelforbruket i Norge 1991-1995

Udgivet af Kreftregisteret

Cancer in Norway 1993

Udgivet af Statens institutt for folkehelse/Universitetet i Bergen

Medisinsk fødselsregister, Årsmelding 1995

SVERIGE

Udgivet af Statistiska centralbyrån

Serien Sveriges Officiella Statistik (SOS)

Arbetsjukdomar och arbetsolyckor 1994 (Arbetskyddsstyrelsen/SCB)

Befolkningsstatistik 1995, del 1-4

Trafikskador 1995, del 1-2 (Statens Institut för Kommunikationsanalys (SIKA)/SCB)

Serien Statistiska meddelanden: HS 1996 (Hälsa- och sjukvård)

11 Polisrapporterade vägtrafikolyckor med personskada 1995. Preliminära uppgifter. SIKA/SCB

11 Polisrapporterade vägtrafikolyckor med personskada första halvåret 1996. Preliminära uppgifter. SIKA/SCB

Udgivet af Socialstyrelsen

Statistik – hälsa och sjukdomar

Dödsorsaker 1994. Rapport 1996:1

Amning av barn födda 1993. Rapport 1996:2

Aborter i Sverige 1995. Preliminär sammanställning. Rapport 1996:3

Medicinsk födelseregistrering 1993 och och missbildningsregistrering 1973-1993. Rapport 1996:4

Cancer Incidence in Sweden 1993. Rapport 1996:5

Aborter i Sverige. Januari - juni 1996. Preliminär sammanställning. Rapport 1996:6

Aborter 1995. Rapport 1996:7

Amning av barn födda 1994. Rapport 1996:8

Steriliseringar 1995. Rapport 1996:9

Statistik – hälsa och sjukvård

Hälsa- och sjukvårdsstatistisk årsbok 1996. Rapport 1996:1

Statistik – Socialtjänst

Vård och omsorg om äldre personer och personer med funktionshinder 1995. Rapport 1996:7

Stöd och service till vissa funktionshindrade 1 januari 1996. Rapport 1996:10

Övriga publikationer

Cancerförekomst i Sveriges kommuner. EpC-rapport 1996:1

Socioekonomiska förhållanden och förlösning utfall i Sverige. EpC-rapport 1996:2

Yrke och dödlighet under 1980-talet. EpC-rapport 1996:3

Downs syndrom och andra kromosomskador. EpC-rapport 1996:4

BIBLIOGRAPHY

Social service, vård och omsorg i Sverige 1996

Hur mår Sverige?-programmet, år 1996

Udgivet af Landstingsförbundet

Aktuella väntetider, patienter på väntelista m m för behandlingar/insatser som omfattas av vårdgarantin. Årsskiftet 1995/1996. Best nr 1613

Basårsstatistik 1995. Verksamhet. Best nr 1656 (Landstingsförbundet/Socialstyrelsen)

Bokslutsstatistik 1995. Ekonomi. Ekonomisk basstatistik. Best nr 1671

Fakta om kvinnor och män i landstingen 1995. Best nr 1637

Färdigbehandlade patienter inom somatisk akutvård och geriatrisk vård 31 januari 1996. Best nr 1618

Jämförelsetal för landstingen 1995. Best nr 1667

Landstingsanställd personal 1995. Best nr 1622

Offentligt finansierad privat öppen vård 1995, omfattning och inriktning. Best nr 1638

Statistisk årsbok för landsting 1997. Best nr 1661

Sjukvårdsdata i fokus - Statistik- och presentationsprogram

Udgivet af SPRI

Health Care in Sweden. The Facts 96. Spri tryck 278

Några fakta om den svenska hälso- och sjukvården 96/97. Spri tryck 288

Verksamhetsberättelse 1993 för internmedicinska kliniker. Spri rapport 406

Verksamhetsuppföljning och kvalitet-sutveckling inom hud- och könssjukvård. Spri rapport 429

Udgivet af Smittskyddsinstitutet

Årsrapport 1995

Udgivet af Apoteksbolaget

Svensk läkemedelsstatistik för året 1995

Udgivet af Riksförsäkringsverket

Serien Sveriges Officiella Statistik (SOS)

Socialförsäkring för åren 1993 och 1994

Folktandvårdens arvode avseende vuxentandvård under år 1995. Statistikinformation 10/96

Privattandläkare 1995. Statistikinformation 9/96

Socialförsäkringsfakta 1996

**FÆLLES NORDISKE
PUBLIKATIONER**

*Udgivet af Nordisk
Socialstatistisk Komité
(NOSOSKO)*

Social tryghed i de nordiske lande. Om-
fang, udgifter og finansiering 1994.
NOSOSKO 3:1996

Social Security in the Nordic Countries.
Scope, expenditure and financing 1994.
NOSOSKO 5:1996

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 NOMESCO. NOMESCO, Stockholm 1973.
3. Computer-based Patient Statistics. Part I. Hospital In-patients. Recommendations submitted by a Working Party within NOMESCO. NOMESCO, 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 NOMESCO. NOMESCO, 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 NOMESCO/APAT-group. NOMESCO, Copenhagen 1979.
11. Health Statistics in the Nordic Countries. 1978. NOMESCO, Stockholm 1980.
12. Osnes, M.: Sammenligning mellom diagnoseklassifikasjoner. ICD-8 Islandsk-dansk-finsk & svensk-norsk (4 siffer) og ICD-9. NOMESKO, Oslo 1980.
13. Sigurðsson, G., et al: Egilsstadir-projektet. Problemorienterad journal och individu-baserat informations-system för primärvård. NOMESKO, Stockholm 1980.
14. Härö, A.S. (ed.): Planning Information Services for Health. Decision – Simulation – Approach. Report of NOMESCO/ADAT working group. NOMESCO, Helsinki 1981.

15. Health Statistics in the Nordic Countries 1980. NOMESCO, Copenhagen 1982.
16. Rapport fra Nordisk konference om Besöksorsaker inom primärvården. NOMESKO, København 1982.
17. Fødsler i Norden. Medicinsk fødselsregistrering 1979. (Births in the Nordic Countries. Registration of the Outcome of Pregnancy 1979). NOMESCO, Reykjavík 1982.
18. Health Statistics in the Nordic Countries 1981. NOMESCO, Copenhagen 1983.
19. Health Statistics in the Nordic Countries 1982. NOMESCO, Copenhagen 1984.
20. Nordisk klassifikation til brug i ulykkesregistrering. NOMESKO, København 1984.
21. Nordisk dødsårsagsstatistik. Analyse af kodepraksis. NOMESKO, København 1985.
22. Health Statistics in the Nordic Countries 1983. NOMESCO, Copenhagen 1985.
23. Datorstödda informationssystem inom primärvården i Norden. NOMESKO, Helsinki 1985.
24. Health Statistics in the Nordic Countries 1984. NOMESCO, Copenhagen 1986.
25. Fødsler i Norden. Medicinsk fødselsregistrering 1979-1983. (Births in the Nordic Countries. Registration of the Outcome of Pregnancy 1979-1983). NOMESCO, Reykjavík 1987.
26. Health Statistics in the Nordic Countries 1985. NOMESCO, Copenhagen 1987.
27. Computerized Information Systems for Primary Health Care in the Nordic Countries. NOMESCO, Copenhagen 1988.
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.

NOMESCO PUBLICATIONS

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. NOMESCO, København 1995.
46. Classification of Surgical Procedures. NOMESCO, Copenhagen 1996.
47. Health Statistics in the Nordic Countries 1994. NOMESCO, Copenhagen 1996.
48. NOMESCO Classification of External Causes of Injuries. 3rd revised edition. NOMESCO, Copenhagen 1997.
49. Health Statistics in the Nordic Countries 1995. NOMESCO, Copenhagen 1997.