

Health Statistics in the Nordic Countries 2007
Helsestatistik for de nordiske lande 2007

Health Statistics in the Nordic Countries 2007

Helsestatistik for de nordiske lande 2007

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

Danmark	Linda Saaby Kongerslev Sundhedsstyrelsen Islands Brygge 67 DK-2300 København S	<i>Editor</i> Redaktør Head of Secretariat Johannes Nielsen NOMESCO's Secretariat Islands Brygge 67 DK-2300 København S
Færøerne	Landslæge Hogni Debes Joensen Sigmundargøta 5 FO-100 Tórshavn Rádgiver Jóanis Erik Kølum Sundhedsministeriet Eirargardur 2 FO-100 Tórshavn	
Grønland	Landslæge Flemming Kleist Stenz Landslægeembedet Postboks 120 DK-3900 Nuuk	
Finland	Utvecklingschef Mika Gissler THL Postbox 30 FIN-00271 Helsingfors	
Åland	Hälsövärdinspektör Eivor Nikander Ålands landskapsregering Postbox 1060 AX-22111 Mariehamn	
Island	Konsulent Sigríður Vilhjálmsdóttir Hagstofa Íslands Borgartún 21a IS-150 Reykjavík	
Norge	Statistikrådgivere Jens-Kristian Borgan Statistisk sentralbyrå Postboks 8131 Dep. N-0033 Oslo Seniorrådgiver Linda Grytten Statens helsetilsyn Postboks 8128 Dep N-0032 Oslo	
Sverige	Utredare Ingalill Paulsson Lütz Socialstyrelsen, EpC SE-106 30 Stockholm	

© Nordisk Medicinalstatistisk Komité
København 2009

Omslag: Sisterbrandt designstue
Forsidefoto:

ISBN 978-87-89702-67-4

Layout og grafik: Gry Metz Meillier og Jesper Thøgersen

Contents

Indhold

Preface	Forord	9
SECTION A	SEKTION A	
Health Statistics 2007	Helsestatistik 2007	11
Chapter I	Kapitel I	
Organization of health services	Organiseringen af sundhedsvæsenet	12
Introduction	Indledning	12
1.1 Current and future changes in the health services	1.1 Igangværende og kommende ændringer i sundhedsvæsenet	13
1.2 Organization of and responsibility for the health sector	1.2 Organisering og ansvar for sundhedsvirksomheden	28
1.3 Supervision of health services	1.3 Tilsyn med sundhedsvæsenet	45
1.4 Financing of health services	1.4 Finansiering af sundhedsvæsenet	52
1.5 Charges for health care per 1 January 2009	1.5 Egenbetaling for sundhedsydelser pr. 1. januar 2009	54
• Consultation with a physician	• Lægebesøg	54
• Reimbursement for pharmaceutical products	• Tilskud til lægemidler	60
• Treatment in hospitals	• Behandlinger ved sygehuse	66
• Reimbursement for dental treatment	• Tilskud til tandbehandling	68
• Maximum charges	• Maksimal egenbetaling	75
Chapter II	Kapitel II	
Population and fertility	Befolkning og fertilitet	80
Introduction	Indledning	80
2.1 Population and population trends	2.1 Befolkning og befolkningsudvikling	80
2.2 Fertility, births, infant mortality and contraception	2.2 Fertilitet, fødsler, spædbørnsdødelighed og prævention	89

CONTENTS

Chapter III	Kapitel III	
Morbidity, medical treatment, accidents and medicine	Sygelighed, sygdomsbehandling, ulykker og medicin	101
Introduction	Indledning	101
3.1 Diseases related to lifestyle	3.1 Sygdomme relateret til livsstil	102
3.2 Cancer	3.2 Cancersygdomme	111
3.3 Medical consultations and immunization schedules	3.3 Lægebesøg og vaccinationsprogrammer	123
3.4 Discharges, average length of stay	3.4 Udskrivninger, gennemsnitlig liggetid	130
3.5 Surgical procedures	3.5 Kirurgiske indgreb	156
3.6 Accidents	3.6 Ulykker	176
3.7 Development in consumption of pharmaceutical products	3.7 Udvikling i lægemiddelforbrug	179
Chapter IV	Kapitel IV	
Mortality and causes of death	Dødelighed og dødsårsager	183
Chapter V	Kapitel V	
Resources	Ressourcer	207
Introduction	Indledning	207
5.1 Health care expenditure	5.1 Sundhedsudgifter	207
5.2 Health care personnel	5.2 Sundhedspersonale	217
5.3 Capacity and services in hospitals	5.3 Kapacitet og ydelser i sygehusvæsenet	224
SECTION B	SEKTION B	232
Further information	Yderligere oplysninger	233
NOMESCO's publications	NOMESKO's publikationer	242

Symbols used in tables:

Symboler anvendt i tabellerne:

Figures not available or too unreliable for use	Oplysninger foreligger ikke eller er for upålidelige til, at de kan bruges	..
Information not applicable	Oplysninger kan i sagens natur ikke forekomme	.
Less than half of the unit used	Mindre end halvdelen af den anvendte enhed	0.0/0
Nothing to report (value nil)	Nul	-
Five year averages are always written as 20xx-xy	Femårsgennemsnit skrives altid 20xx-xy	
Two year averages are always written as 20xx/xy	Toårsgennemsnit skrives altid 20xx/xy	
Data are always calculated in relation to the respective age groups	Data er altid udregnet i forhold til de respektive aldersgrupper	

Preface

Forord

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

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

The special theme section for 2009 on health care quality indicators will be issued as a separate publication.

*Nordic Medico-Statistical Committee
(NOMESCO)*

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

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

Temaet for 2009 om kvalitetsindikatorer i sundhedssystemet udgives som en selvstændig publikation.

*Nordisk Medicinalstatistisk Komité
(NOMESKO)*

SECTION A

Health Statistics 2007
Helsestatistik 2007

CHAPTER I

Organization of health services Organiseringen af sundhedsvæsenet

Introduction

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

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

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

Specialist medical treatment is also offered outside hospitals.

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

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

Salary or cash allowances are payable to employees during illness. Self-employed

Indledning

I de nordiske lande er sundhedsvæsenet et offentligt anliggende.

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

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

Speciallægebehandling tilbydes også uden for sygehusene.

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

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

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

people have the possibility to insure themselves in case of illness.

stændige erhvervsdrivende har mulighed for at forsikre sig ved sygdom.

1.1. Current and future changes in the health services

1.1. Igangværende og kommende ændringer i sundhedsvæsenet

DENMARK: In order to increase activity in the health services and to reduce waiting times for examination and treatment, the Danish Government has allocated over DKK 19 billion extra during the period 2001 to 2009.

DANMARK: For målrettet at øge aktiviteten i sundhedsvæsenet og nedbringe ventetiderne til undersøgelse og behandling har regeringen i perioden 2001 til 2009 afsat over 19 mia. DKK ekstra til det danske sundhedsvæsen.

The increased activity is combined with more choices for patients. Among other things, patients can now seek treatment at a private hospital or a hospital abroad that has a contract with the public health services, if waiting time for treatment at a public hospital is more than two months. From 1 October 2007, patients can seek treatment at a private hospital if waiting time is more than one month.

Den øgede aktivitet er kombineret med flere valgmuligheder for patienterne. Blandt andet har patienterne fået mulighed for at søge behandling på et privat sygehus eller et sygehus i udlandet, der har indgået aftale med det offentlige, når ventetiden til de offentlige sygehuse overstiger 2 måneder. Med virkning fra den 1. oktober 2007 har patienterne haft mulighed for at søge behandling på et privat sygehus hvis ventetiden overstiger 1 måned.

The extended free choice of hospitals was temporarily suspended from 7 November 2008 until 30 June 2009 because of the after-effects of the strike in hospitals among nurses and other personnel during the period April to June 2008. Increased activity has had a significant effect. During the period 2001 to 2007, the number of people who have been operated on has increased by about 128 000. At the same time, the waiting time for an operation has been reduced by about one third from 2001 to 2007.

Det udvidede frie sygehusvalg blev midlertidigt suspenderet fra 7. november 2008 til og med 30. juni 2009 pga. eftervirkninger som følge af strejken blandt sygeplejersker og andet personale på landets sygehuse i perioden april til juni 2008. Indsatsen har haft en betydelig effekt på aktiviteten. I perioden 2001 til 2007 er antallet af opererede personer øget med ca. 128.000. Ventetiden til operation er samtidigt reduceret med ca. en tredjedel fra 2001 til 2007.

During the period 1 July 2002 to the end of 2007, about 170 000 patients have used their right to extended free choice of hospital.

I perioden fra den 1. juli 2002 til udgangen af 2007 har ca. 170.000 patienter valgt at benytte muligheden for udvidet frit sygehusvalg.

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

From 1 January 2007, the Government's agreement for the Structural Reform came into force. For the area of health, this means that the counties were replaced by five new regions. At the same time, the number of municipalities was reduced from 271 to 98.

The municipalities and the regions have a duty to cooperate with each other in coordinating treatment, training, prevention and nursing care. One way this is done is that the municipalities have taken over responsibility for prevention and rehabilitation. In the area of health, the regions are funded partly by a block grant and an activity-based grant from the state, and partly by a contribution from the municipalities. The contribution from the municipalities consists partly of a fixed grant per inhabitant and partly of an activity-based grant. In total, the reform means that the municipalities now have a larger role in providing health services.

The new and larger regions provide the framework for the health service, and this shall make it possible to improve health services even more. The aim is to improve the effectiveness of the Danish health service, to provide treatment for more patients, and to reduce waiting times. Specific initiatives are continually introduced, and these have given notable results in the Danish health service.

Government policy from November 2007 contained two overall aims in the field of health. First, the Government wishes to increase activity in the health service even more, for example in the treatment of cancer. Second, the Government wishes increased focus on prevention. In particular, it is desirable to protect the health of children, by prevention in the areas of

Med virkning fra den 1. januar 2007 trådte regeringens aftale om Strukturreformen i kraft. For sundhedsområdet kom den til at betyde, at amterne blev erstattet af fem nye regioner. Samtidig blev antallet af kommuner reduceret fra 271 til 98 kommuner.

Kommuner og regioner forpligtes til at samarbejde om sammenhæng i behandling, træning, forebyggelse og pleje. Dette sker bl.a. ved, at kommunerne har overtaget ansvaret for forebyggelse og genoptræning. På sundhedsområdet bliver regionerne finansieret gennem dels et bloktilskud og et aktivitetsbaseret tilskud fra staten, dels et kommunalt bidrag. Det kommunale bidrag består dels af et fast tilskud pr. indbygger og dels et aktivitetsafhængigt tilskud. Samlet indebærer reformen, at kommunerne tildeles en større rolle i sundhedsvæsenet.

De nye og større regioner skaber rammerne for sundhedsvæsenet, og det skal give bedre mulighed for at forbedre sundhedssektoren yderligere. Der er fokus på at forbedre effektiviteten af den danske sundhedssektor således, at flere behandles og ventetiden forkortes. Der bliver løbende sat konkrete initiativer i gang, der har givet markante og mærkbare resultater i det danske sundhedsvæsen.

Regeringsgrundlaget for VK-regeringen III fra november 2007 indeholdte to overordnede målsætninger på sundhedsområdet. For det første ville regeringen styrke indsatsen på sundhedsområdet yderligere. Det gjaldt ikke mindst på kræftområdet. For det andet ønskede Regeringen at der kom øget fokus på forebyggelse. Særligt børns helbred øn-

smoking, nutrition and physical exercise.

Since 2007, a series of initiatives have been taken to improve the treatment of cancer, both the quality of treatment and the number of patients treated. The aim of the initiatives has been to ensure that patients with cancer or suspected cancer receive acute treatment, and are given clear information, so that they receive speedy and optimal continuity of care, without unnecessary waiting time. In 2008, guidelines for optimal continuity of care for each kind of cancer were developed. In addition, standards for patient information and contact person arrangements were developed, so that patients with cancer are fully informed during all stages of treatment. Continuity of care is based on the Government's efforts to improve each stage of treatment, from prevention to treatment to follow-up treatment, to rehabilitation and care.

The Government will use the positive experiences gained in the area of cancer, to ensure that patients with life-threatening heart diseases also receive acute treatment. Therefore, guidelines for optimal continuity of care for heart disease have also been introduced, as for cancer.

The Government has introduced a series of initiatives to ensure improved continuity of care and to ensure that patients are the centre of focus, not least patients with chronic diseases and mental disorders. The Government will ensure improved continuity of care for people with chronic diseases. With the budget for 2009, the Government and the regions

skedes beskyttet i forhold til rygning, dårlig kost og for lidt motion.

Der er siden 2007 blevet taget en lang række initiativer til at forbedre kræftbehandlingen, både hvad angår kvaliteten i kræftbehandlingen og antallet af behandlinger. Initiativerne har som formål at sikre patienter med kræft eller mistanke om kræft akut behandling og klar besked, så patienterne får et hurtigt og gnidningsfrit forløb uden unødigt ventetid. Der blev i 2008 udarbejdet fagligt optimale pakkeforløb for hver enkelt kræftform.

Desuden blev der udarbejdet standarder for patientinformation og forløbsbaserede kontaktpersonsordninger, så kræftpatienter får præcis besked gennem hele behandlingsforløbet. Pakkeforløbene bygger oven på regeringens målrettede indsats for at forbedre hver enkelt del af patientforløbet – fra forebyggelse over behandling til efterbehandling, rehabilitering og omsorg.

Regeringen vil udbrede de gode erfaringer fra kræftområdet og på sammen måde sikre akut behandling for patienter med livstruende hjertesygdomme. Der er derfor også indført pakkeforløb på hjerteområdet i tråd med dem på kræftområdet.

Regeringen har taget en række initiativer for at skabe bedre patientforløb og sikre et sundhedsvæsen med patienten i centrum, ikke mindst for kroniske og psykiatriske patienter. Regeringen vil skabe bedre sammenhæng i behandlingsforløb for kronikere. Med økonomiaftalen for 2009 er der opnået enighed mellem regeringen og regionerne om at iværksætte

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

have agreed to introduce continuity of care treatment plans for people with chronic diseases. These treatment plans will ensure high quality treatment and continuity of care, with clear allocation of tasks between the hospital, the municipality and the primary care services. In addition, funds have been allocated to patient education and self-treatment for patients with chronic diseases, which will make it possible for these patients to cope with their disease.

On 1 January 2007, the new Mental Health Act was adopted. The aim of the legislative change was to improve legal safeguards for patients who receive mental health care in Denmark. More than 30 provisions in the Mental Health Act have been changed. The legal position of patients has been strengthened through obligatory follow-up consultations for patients after every episode of compulsory treatment, appointment of a patient advisor in the case of compulsory treatment, increased supervision by a doctor for patients subjected to physical restraint, and follow-up by an external doctor afterwards.

In October 2006, a new plan for mental health care was introduced for the period 2007-2010. DKK 680 billion was allocated to health services to maintain the positive developments and for further development and expansion of more comprehensive and focussed mental health services. In the budget for 2008, nearly DKK 500 billion was allocated to mental health services for the period 2008-2011, to give children and young people greater rights to examination and treatment in the mental health services. In addition, DKK 90 billion was allo-

forløbsprogrammer for kronisk syge. Disse programmer skal sikre kvaliteten og kontinuiteten i behandlingen samtidig med, at der skabes en klar arbejdsdeling mellem sygehus, kommune og praksissektoren. Desuden afsættes midler til patientundervisning og egenbehandling for kroniske patienter, hvilket skal ruste patienter med kronisk sygdom til at håndtere deres sygdom.

Den 1. januar 2007 blev psykiatriloven vedtaget. Formålet med lovændringen er at styrke retssikkerheden og retsstillingen for de mennesker, der behandles i den danske psykiatri. Psykiatriloven er i alt ændret på mere end 30 punkter. Patienternes retsstilling styrkes gennem obligatoriske eftersamtaler for patienterne efter ethvert tvangsindgreb, beskikkelse af patientrådgiver ved tvangsindgreb, øget lægeligt tilsyn til langvarigt bæltefikserede patienter og en ekstern lægelig efterfølgende kontrol af indgrebet.

I oktober 2006 blev der indgået en ny psykiatriaftale for perioden 2007-2010. Der er med aftalen afsat 680 mio. kr. på sundhedsområdet til fastholdelse af den gode udvikling og til videreudvikling og udbygning af mere nuancerede og målrettede tilbud i psykiatrien. Og der er i Finansloven for 2008 på psykiatriområdet afsat næsten 500 mio. kr. i perioden 2008 til 2011 til sikring af udvidet undersøgelses- og behandlingsret i børne- og ungdomspsykiatrien. Desuden er afsat 90 mio. kr. i 2008 til udbygning af den retspsykiatriske sengekapacitet

cated in 2008 to expand inpatient psychiatric care for mentally-disordered offenders. At the same time, the Government will expand services for elderly medical patients. Also, from January 2009, all patients who are admitted to hospital for more than one day shall be allocated a contact person, to ensure that they receive safe services.

A comprehensive modernization of hospital services is planned in Denmark. For the period 2009-2018, DKK 25 billion will be invested in a new and improved hospital structure, initially in 2009 divided between the hospitals and the regions.

At a time of scarcity of manpower within the health services, it is important that health care personnel spend as much of their time as possible on the most important tasks, that is providing treatment and care for people who are sick. Therefore, the Government has introduced measures to reduce bureaucracy in hospitals. These measures shall ensure that front-line workers such as doctors, nurses, social workers, auxiliary health care personnel and medical secretaries are utilized as much as possible. These health care personnel shall carry out key tasks.

In 2007, the name of the Ministry of Health was changed to the Ministry of Health and Prevention. The Government, with the Ministry in the forefront, wishes to pay more attention to prevention. Therefore, at the beginning of 2008, a Prevention Commission was established, which shall make recommendations for prevention in the spring of 2009.

Samtidig vil Regeringen styrke indsatsen for ældre medicinske patienter. Yderligere er det vedtaget, at alle patienter, der er i behandling af mere end ét døgn varighed på sygehuse, fra januar 2009 skal have tilknyttet en fast kontaktperson. Den faste kontaktperson skal sikre borgeren tryghed.

Endelig planlægges en omfattende modernisering af sygehusvæsenet i Danmark. Konkret vil der blive investeret 25 milliarder i perioden 2009-2018 i en ny og forbedret sygehusstruktur, hvor de første midler i 2009 er fordelt mellem sygehusene i de forskellige regioner.

I en tid, hvor der er mangel på arbejdskraft inden for sundhedssektoren, er det afgørende, at sundhedspersonalet bruger så stor en del af dets tid som muligt på kerneopgaverne, som er at behandle og pleje syge borgere. Derfor har regeringen igangsat et initiativ, der skal sikre afbureaukratisering på sygehusene. Arbejdet skal overordnet søge at frigøre flest mulige ressourcer hos frontmedarbejdere som bl.a. læger, sygeplejersker social- og sundhedshjælpere og lægesekretærer. Disse ressourcer skal bruges til løsning af kerneopgaverne.

I 2007 ændrede Indenrigs- og Sundhedsministeriet navn til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Regeringen, med den nye sundhedsminister i spidsen, ønsker at sætte øget fokus på forebyggelse. Derfor blev der i starten af 2008 nedsat en forebyggelseskommission, der i foråret 2009 skal komme med anbefalinger på forebyggelsesområdet.

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

In 2009, based on the Commission's recommendations, the Government will launch a national action plan for prevention, with clear goals. With the new taxes in February 2009, the Government has already focussed on prevention. There are several specific tax measures to improve the health of Danish people. For example, tax on cigarettes will be increased, tax on ice-cream and chocolate will be increased, changes will be made to taxes on soft drinks so that sugar-free drinks will be cheaper and soft drinks with sugar will be dearer, and a tax on saturated fat in dairy products and oils will be introduced.

The Ministry of Health and Prevention launched its web site www.sundhedskvalitet.dk in October 2006. The web site provides access to a large selection of comparative information on the quality of services in many public and private hospitals. The aim of the web site is to help patients to choose a hospital and to encourage hospital personnel to improve the quality of services. Work is presently in progress to expand the web site to include information about a wider range of illnesses and to make the web site more user-friendly. The web site will be expanded later to include other health services, such as general practice and municipal health services.

Estimates of productivity in hospitals are made by the Ministry of Health and Prevention, the Ministry of Finance, the Danish Regions and the National Board of Health. Productivity estimates are a central tool to ensure the best possible allocation of resources. These figures are used actively, both internally and externally by hospitals and the regions to

Med afsæt i kommissionens anbefalinger vil regeringen i 2009 lancere en national handlingsplan for forebyggelse med klare mål for indsatsen. Regeringen har allerede med det nye skatteudspil i februar 2009 sat fokus på forebyggelse, idet der i skatteudspillet er flere konkrete tiltag, der skal forbedre danskernes sundhed, bl.a. hæves tobaksafgiften, der sker en engangsforhøjelse af afgifterne på is og chokolade, afgiften på sodavand omlægges, så sukkerfrie sodavand bliver billigere og sukkerholdige sodavand dyrere, og mejeriprodukter og olier pålægges en afgift på mættet fedt.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Sundhedsstyrelsen åbnede hjemmesiden www.sundhedskvalitet.dk i oktober 2006. Hjemmesiden giver adgang til en lang række sammenlignelige oplysninger om kvaliteten og servicen på de enkelte offentlige og private sygehuse. Formålet med lanceringen af hjemmesiden har været at understøtte patienternes frie sygehusvalg samt at give sygehuspersonalet en tilskyndelse til at forbedre og udvikle kvaliteten. I øjeblikket er der et arbejde i gang med bl.a. at udvide sundhedskvalitet.dk med oplysninger om flere sygdomme og gøre siden mere brugervenlig. Med tiden skal siden også omfatte det øvrige sundhedsvæsen, herunder praksissektoren og den kommunale sektor.

Der gennemføres løbende opgørelser af produktiviteten i sygehussektoren af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Finansministeriet, Danske Regioner og Sundhedsstyrelsen. Produktivitetsopgørelser er et centralt redskab til at sikre den bedst mulige ressourceallokering. Disse målinger er blevet anvendt aktivt både internt og eksternt på sygehusene

evaluate performance and to learn from others. For the whole country, productivity increased by 1.9 per cent from 2005 to 2006.

FAROE ISLANDS: In the Faroe Islands, the three hospitals cooperate with each other. A new Mental Health Act came into force on 1 October 2009. The Community Health Council are carrying out the Community Health Programme from 2006. 2009 has been declared the year of physical exercise. A new Smoking Act came into force in July 2008. The Act contains provisions about the 18-year age-limit for buying tobacco, the ban on smoking indoors in public buildings, the ban on smoking in public workplaces, (smoking rooms are allowed in private work-places), the ban on visible display of tobacco products in shops, and the ban on advertising of tobacco products. HPV vaccination for girls has been introduced.

GREENLAND: From 1 January 2009, a reform of the municipalities has been introduced. The number of municipalities in Greenland has been reduced from 17 to 4. Based on this change, it has been decided that the structure of the health service shall be changed from 16 health districts to probably 4-5 health regions, with well-developed regional cooperation. More details about this reform will be given in the next publication.

FINLAND: In August 2007, the Ministry of Social Affairs and Health initiated a study to examine how resources used by the authorities and institutions that come under the Ministry could be reallocated. The study was completed in December 2007. In February 2008, the group of ministers, in line with the recommenda-

og i regionerne til at evaluere præstationer og lære af andre. Produktiviteten er på landsplan steget med 1,9 pct. fra 2005 til 2006.

FÆRØERNE På Færøerne samarbejder de tre færøske sygehuse med hinanden. En ny psykiatrilov træder i kraft 1. oktober 2009. Folkesundhedsrådet arbejder efter folkesundhedssprogrammet fra 2006. 2009 er blevet erklæret som motionsår. Ny rygelov trådte i kraft i juli 2008. Loven indeholder bl.a. bestemmelser om 18 års aldersgrænse for køb af tobak; forbud mod rygning indendørs på steder hvor offentligheden har adgang, forbud mod rygning på offentlige arbejdspladser, på private arbejdspladser er der mulighed for rygerum, forbud mod synlighed af tobaksvarer på udsalgssteder, forbud mod reklame for tobaksvarer. HPV-vaccination af piger er indført.

GRØNLAND: Med virkning fra 1. januar 2009 er der gennemført en kommunalreform, som reducerer antallet af kommuner i Grønland fra 17 til 4. Det er blandt andet på denne baggrund besluttet at arbejde hen imod en ændring af strukturen i sundhedsvæsenet fra 16 sundhedsdistrikter til sandsynligvis 4-5 sundhedsregioner, med et udbygget regionalt samarbejde. De nærmere detaljer vil blive beskrevet i efterfølgende publication.

FINLAND: I august 2007 iværksatte social- och hälsovårdsministeriet en udredning der skulle undersøge hvorledes ressourcerne ved de myndigheder og institutioner som er underlagt ministeriet kunde få en ny fokus. Udredningen blev færdig i december 2007. I februar 2008 fremlagde ministergruppen i overens-

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

tions, proposed the amalgamation of the National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES) and the Finnish National Public Health Institute (KTL) to form a new institute for research and welfare. The new institute is called the National Institute for Health and Welfare (THL). At the same time, STAKES and KTL were closed down.

The role of the Institute is based on strategic guidelines. The Institute is divided into many areas, and is managed by a traditional vertical hierarchy. Attempts are made to construct horizontal structures and processes for each area. In the new institute, there is a focus on research and development within the health and social sectors, research about welfare and living conditions, and use of information. At the same time, the distribution of tasks between research carried out by the different sectors and basic research carried out by the universities, is defined.

The new institute is located in Helsingfors. It has regional offices in the places where STAKES and KTL previously had departments (Turku, Tampere, Kuopio, Jyväskylä, Oulu and Vaasa). The plan is to transfer about 100 man-labour years of a total of 1300-1400 man-labour years to the regional offices up to the year 2015. The aim is that the regional offices will be specialists in some areas and also have some national tasks.

The National Product Control Agency for Welfare and Health (STTV) and the National Authority for Medicolegal Affairs (TEO) were amalgamated on 1

stemmelse med udredningens forslag at Forsknings- og udviklingscentralen for social- og hälsovården (Stakes) og Folkhälsoinstitutet skal slås sammen for at danne en ny institution for forskning og velfærd. Den nye institution hedder Institutet för hälsa och välfärd (THL). Samtidig blev både Stakes og Folkhälsoinstitutet nedlagt.

Institutiones virksomhed bygger på strategiske retningslinier. Institutionen er inddelt i mange virksomhedsområder, og styres af en traditionel vertikal hierarki. Med særlig vægt forsøger man at få fastlagt en horisontale strukturer og processer der strækker sig over alle virksomhedsområder. I det nye institut fokuserer man på udvikling og forskning inden for social og sundhedssektoren, forskning i velfærd og levnedsforhold samt udnyttelse af vidensressourcer. Samtidig afklares arbejdsfordelingen mellem sektorforskningen og den grundlæggende forskning som drives ved universiteterne.

Det nye institut er placeret i Helsingfors, der har regionale enheder på de enheder som Stakes og Folkhälsoinstitutet tidligere havde afdelinger (Åbo, Tammerfors, Kuopio, Jyväskylä, Uleåborg og Vasa). Det er hensigten at overføre ca. 100 årsværk af et samlet antal på 1300-1400 til regionsenhederne frem til 2015. Målet er at de regionale enheder specialiserer sig både når det gælder kundskab og opgaver samt at løse nationale opgaver.

Social- og sundhedsvæsenets produkttilsynscentral (STTV) og Rättsskyddscentralen för hälsovården (TEO) blev slået sammen den 1. januar

January 2009 to form Valvira, the National Supervisory Authority for Welfare and Health. Thus, a new institute within the administrative area of the Ministry of Health has been established. Through guidance and supervision, Valvira shall improve the management of health risks in the environment as well as legal protection and the quality of services in social welfare and health care.

On 1 April 2009, a new reference price system for pharmaceutical products was introduced in Finland. The system has a list of pharmaceutical products that can be sold, that have the same active substance and that can replace each other.

The reference price system is based on reference price groups of pharmaceutical products. These groups contain pharmaceutical products that can replace each other, according to the list of the National Agency for Medicines. The reference price for a reference price group is the highest price that can be used for estimating the reimbursement for the pharmaceutical products in the group.

Pharmaceutical products shall be replaced by the cheapest product in the group, or a product which costs no more than EUR 1.50 more than the cheapest product, for products that cost less than EUR 40, or no more than EUR 2 for a product that costs EUR 40 or more.

With the aid of the reference price system, patients can influence how much they pay by making a choice. If a patient chooses a pharmaceutical product that is

2009 og blev Valvira. Dermed dannedes der et nyt embedværk inden for social og sundhedsministeriets forvaltningsområde. Valvira fremmer befolkningens sundhed og funktionsevne ved at man igennem vejledning og tilsyn skal sikre retssikkerheden og kvaliteten på service inden for social og sundhedsområdet og dets håndtering af sundhedsrisiko der hvor befolkningen lever.

Den 1. april 2009 blev et referencepris-system for lægemidler taget i brug. I systemet optages lister af lægemiddelpræparater med samme lægemiddelsubstans der er salgbar og er omfattet en fastsat pris.

Referenceprissystemet af referencepris-grupper som baserer sig på en fortegnelse over lignende udbydere af lægemiddelpræparater som føres af Läkemedelsverket. De referencepriser der sættes op for en referenceprisgruppe er den højeste pris der kan anvendes ved beregning af tilskud.

Der skal anvendes det billigste præparat eller et præparat hvor prisforskellen til det billigste præparat højst kan være 1,50 Euro for et præparat der koster mindre end 40 euro eller højst 2 euro for et præparat der koster 40 euro eller mere.

Ved hjælp af referenceprissystemer kan en patient med sit eget valg påvirke udgifterne. Hvis patienten køber et præparat hvor prisen ikke overstiger reference-

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

no dearer than the reference price, he or she receives a reimbursement (100, 72 or 42 per cent of the cost of the product). If the patient buys a pharmaceutical product that is dearer than the reference price, he or she must pay the difference.

If a doctor assesses that a specific pharmaceutical product must be used for medical or therapeutic reasons, reimbursement is given for that product.

The reference price system is a supplement to the system that is already in use. Changes shall be made to the Pharmaceutical Products Act to include pharmaceutical products with the same active drug, that were not included in the system when the Act was changed in 2006.

ÅLAND: During 2008, the Government of Åland adopted regulations relating to treatment guarantee for public health services. On normal working days, a patient shall be able to contact a health centre immediately during normal working hours. A qualified person shall assess the need for treatment within three working days, and treatment shall be planned and provided within reasonable time, at the latest within three months of the assessment. An assessment of treatment need shall be made within three weeks of referral to a hospital.

An act relating to second opinion came into force on 1 March 2009.

prisen kan han eller hun få et tilskud på (100, 72 eller 42 procent) af medicinens pris. Hvis patienten køber et lægemiddel der er dyrere end referenceprisen, må han eller hun selv betale forskellen mellem lægemidlets pris og referenceprisen.

I situationer hvor læger vurderer at et lægemiddel med et vist navn bør anvendes af medicinske eller terapeutiske årsager, skal der gives tilskud til det præparat der står på recepten.

Referenceprissystemet er et supplement til det system der allerede er i brug. Lægemiddelsloven skal også ændres således at nytten mellem tilsvarende præparater med samme lægemiddelsubstans tilgodeses som følge af præparater der var udenfor systemet da loven ændredes i 2006.

ÅLAND: I løbet af 2008 fastsatte Ålands landskapsregering foreskrifter angående behandlingsgaranti indenfor det offentlige sundhedsvæsen. På hverdage skal en patient i åbningstiden umiddelbart kunne få kontakt med et sundhedscenter. Det skal være en erhvervsuddannet der skal stå for vurderingen og i løbet af den tredje hverdag skal behandlingen aftales og iværksættes indenfor en rimelig tidsperiode, dog tre måneder efter at vurderingen er foretaget. Vurderingen af behandlingsbehov skal indledes inden der er gået tre uger fra at det er indstillet behandling inden for den specialiserede behandling.

En lov om supplerende vurdering, såkaldt second opinion trådte i kraft 1. marts 2009.

ICELAND: In 2007 new legislation was passed by the Icelandic Parliament that led to a change in the areas of responsibility of the Ministry of Health and Ministry of Social affairs. Affairs of the elderly was the main area affected by this change, and came under the responsibility of the Ministry of Social Affairs. Following this legislation the activities of the State Social Security Institute were divided in 2008. Matters relating to health insurance were moved to a new institute, the Icelandic Health Insurance, while matters relating to social security remained with the State Social Security Institute.

In general there was political willingness to continue to merge some local institutions and to make a clearer split between purchasers and providers of health services.

In October 2008 a serious financial crisis struck the country, putting most planning on hold and launching a total revision of the financial structure. All the results of this will not be seen until 2009 and probably even more in 2010.

A new Medical Director of Health Act came into force on 1 September 2007. According to the new Act, the Directorate of Health is responsible for collecting and registering health data and also for maintaining a Register of Health Service Providers. Accordingly, a health care professional intending to start a (private) health care service must register with the Directorate of Health. This also applies to any subsequent changes in the service or its cancellation.

ISLAND: I 2007 blev der vedtaget en ny lov som medførte ændringer i relationen mellem Sundhedsministeriet og Socialministeriet. Det var forholdene for de ældre der førte til den største strukturelle ændring som nu kom under Socialministeriets ansvarsområde. Ifølge lovgivningen blev Rigsforsikringen i 2008 opdelt i to således at forhold vedrørende sundhedsforsikring overført til et nyt institut benævnt Islands Sundhedsforsikring, mens forhold vedrørende socialforsikring blev i det tidligere institut.

Generelt var der en politisk vilje til at gå videre med at samle nogle lokale institutioner og få et klarere billede af forholdet mellem køber og udbyder af sundhedsydelser.

I oktober 2008 blev Island ramt af en alvorlig finansiel krise der medførte at det meste af planlægningen og igangsættelse blev stoppet og revideret med en ny finansiel struktur. Det endelige resultat vil ikke være tilendebragt før end i 2009 og mere sandsynligt i 2010.

Den 1. september 2007 trådte en ny lov vedrørende Sundhedsdirektoratet i kraft. I følge loven har direktoratet ansvaret for at indsamle og registrere sundhedsdata og også at vedligeholde et register for udbyder af sundhedsydelser. I den henseende må en sundhedsudbyder der ønsker at starte privat udbud af sundhedsydelser meddele dette til direktoratet ligesom det skal meddeles ændringer i udbuddet eller om ydelsen bliver afløst.

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

Health service providers must meet specified minimum professional standards and a certificate must be obtained from the Directorate of Health in order to be permitted to provide the service.

From 1 April 2008 the authorization of health care personnel was transferred from the Ministry of Health to the Directorate of Health.

NORWAY: During April 2009, the Minister for Health and Care will propose a new health reform, a reform for improved interaction between different health services. The aim of the reform is to improve municipal health services, to increase the amount of treatment provided outside hospitals, and to improve cooperation between the municipalities.

SWEDEN: 1 July 2007, the so-called "Stop Act" for the health services was revoked. Changes to the Health Services Act removed restrictions on the county authorities, so that they can now transfer the running of regional hospitals, regional health centres and other hospitals to other providers.

Regulations relating to the processing of personal health data were collected together in a new Act, the Patient Data Act, of 1 July 2008. The Act makes it easier for clinicians to gain access to each others' electronic patient records. In addition, patients are allowed access to their patient records via the Internet. The Patient Data Act applies to all health services, irrespective of owner, and includes regulations that give clinicians the duty to make patient records, with adequate protection of access to the electronic information of

For at få en tilladelse som udbyder af sundhedsydelser må der være en vis minimum standard der skal godkendes før man starter virksomheden.

Fra den 1. april 2008 blev autorisationen af sundhedspersonale flyttet fra Sundhedsministeriet til Sundhedsdirektoratet

NORGE: I løbet af april 2009 skal sundheds og omsorgsministeren fremlægge en ny sundhedsreform, en reform der skal styrke samarbejdet indenfor sundhedsvæsenet . Der er målsætningen at der gives bedre sundhedsservice i kommunerne. Mere behandling udenfor sygehusene og et bedre samarbejde mellem kommunerne.

SVERIGE: Den 1. juli 2007 ophørte den såkaldte "stoplov" indenfor sundhedsvæsenet. Da der kom ændringer i sundhedsloven betød det at landstingene fik bedre muligheder for at overlade driften af regionssygehuse, regionsklinikker og øverige sygehuse til andre udbydere.

Reglerne for håndtering af personoplysninger indefor sundhedsområdet blev samlet i en ny lov, patientdataloven, fra 1. juli 2008. Loven gør det muligt for de enkelte behandlere at få tilgang til hinandens elektroniske patientjournaler. Desuden får patienterne selv adgang til deres journal via . internettet. Patientdataloven gælder alle der udbyder behandling uanset ejerskab, og indeholder regler som forpligtiger behandleren til at føre patientjournaler, med tilstrækkelig beskyttelse af tilgangen til de elektroniske

the provider, and to supply data to national and regional clinical registers. The new Act replaces the Patient Records Act (1985:562) and the Clinical Registers Act (1998:544). This change is part of the process to improve team work between different health service providers, for example with the use of IT, and to have more orientation towards patients.

On 1 July, the new Act relating to reimbursement for dental treatment came into force (2008:145). The arrangement comprises a grant for treatment and a reimbursement. The National Board of Health and Welfare has established a dental health register.

The report on patient safety recommends that the present Act relating to health personnel in the health services (LYHS, 1998:531) should be replaced by a new act relating to patient safety etc. It is recommended that the new act should contain provisions relating to the responsibility for health service providers to work continuously with improving patient safety, and to plan, manage and control the services systematically in such a way that the requirements to provide sound health services and dental services are met.

The Act relating to compulsory treatment in mental health care and the Act relating to psychiatric treatment for mentally-disordered offenders, with new types of treatment services, compulsory treatment, and outpatient treatment, came into force on 1 September 2008. The new treatment service is provided outside hospitals. Patients are required to accept certain requirements in order to

oplysninger hos udbyderen samt bidrage til nationale og regionale kvalitetsregister. Reguleringen indebærer at patientjournalloven (1985:562) fra 1985 samt loven om behandlingsregistre (1998:544) fra 1998 erstattes af en ny lov. Forslagene er en del af den proces der blandt andet ved hjælp af IT skal få en bedre samvirke mellem aktørerne samt styrke orienteringen mod patienterne.

Den 1. juli trådte en ny lov i kraft om statslig tilskud til tandbehandling (2008:145). Tilskuddet består af en almen tilskud til behandling og en refusion. Desuden har Socialstyrelsen etableret et register for tandsundhed.

I udredningen om patientsikkerhed foreslås det blandt andet at den nuværende lov om virksomhed indenfor sundhedsvæsenet (LYHS, 1998:531) erstattes af en ny lov om patientsikkerhed med mere. I den foreslåede lov er der indført bestemmelser om blandt andet at føre et kontinuerligt patientsikkerhedsarbejde samt systematisk planlægge og lede og kontrollere virksomheden på en måde der opfylder kravet i sundhedsloven og tandplejeloven.

Loven om tvangsbehandling indenfor psykiatrien og loven om retspsykiatrisk behandling ved en ny behandlingsform, psykiatrisk tvangsbehandling ambulant blev indført den 1. september 2008. Den nye behandlingform sker udenfor sygehusene og forudsætter at patienterne bør indrette sig efter særlige vilkår for at der kan gives den nødvendige psykiatriske behandling. Den ny reform

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

receive the psychiatric treatment they need. The new treatment is decided on by the general administrative court, on the recommendations of a consultant physician.

On 9 December, the Swedish Government presented a report to the Swedish Parliament about choice of treatment in primary health services. The report recommended that the regions should be responsible for introducing a health care system that gives people the right to choose between private and public health services. All health service providers that meet the requirements laid down by the region shall have the right to establish health services in the region with public support.

A web-based service for young people is an important measure implemented by the Swedish Government to improve access to health services, and is an important supplement to the regular contact with health services.

The Swedish Government has undergone a contract with the Swedish Association of Local Authorities and Regions (SKL) regarding an improved treatment guarantee for mental health care for children and young people. This improved guarantee means that a young person who seeks help from mental health services shall be offered contact either by telephone or in person the same day, and a consultation within seven days. The young person shall also have a consultation with a specialist in child psychiatry within the next 30 days. Introduction of the improved guarantee shall take place in stages over a three-

blev besluttet af den almene forvaltningsdomstol efter ansøgning af chefoverlægerne.

Den 9 december oversendte regeringen et forslag til rigsdagen om valg af behandling i det primære sundhedsvæsen. Den indeholder forslag om at landstingene bliver forpligtiget til et valg af et system der giver borgerne ret til at vælge en privat eller offentlig sundhedscenter. Alle behandlere der opfylder landstingenes krav skal have ret til at etablere deres virksomhed med offentlig tilskud.

Der er indført en web-baseret modtagelse for unge. Dette er en vigtig del af regeringens bestræbelser på at gøre behandlingen mere tilgængelig og et supplement til et regulere kontakten med behandlingen.

Regeringen har indgået en aftale med Sveriges Kommuner og Landsting (SKL) der skal styrke pasningsgarantien for børn i børne- og ungdomspsykiatri. Den forstærkede indsats betyder at en ung person der søger hjælp indenfor psykiatrien skal tilbydes kontakt enten via telefon eller i klinik den samme dag og besøge en læge inden 7 dage. Den unge skal siden hen træffe en specialist inden for børne- og ungdomspsykiatrien inde for højst 30 dage og påbegynde en behandling indenfor yderligere 30 dage. Arbejdet med at indføre behandlingsgarantien kommer til at gennemføres gradvist og startede i 2007.

year period, beginning in the summer of 2007.

Vaccination for cervical cancer – HPV vaccination – shall be included in the vaccination programme for children from 1 January 2010. Girls aged 10-12 years shall be vaccinated against human papillomavirus (HPV) as a preventive measure for cervical cancer caused by this virus. The vaccinations shall be provided by the school health service. School health nurses shall be authorized to prescribe HPV vaccination.

Vaccination against pneumococcus for all children has been introduced, in line with a contract between the Swedish Government and SKL (Swedish Association of Local Authorities and Regions) regarding funding of vaccination against pneumococcus in the national vaccination programme. It is a vaccination that protects small children from serious, life-threatening illness and complications caused by pneumococcus infection.

The legislation relating to compulsory mental health care and psychiatric treatment for mentally-disordered offenders shall be evaluated. Proposals for a new act shall be made, and the evaluation shall be completed by 1 June 2010.

The Swedish Government has allocated SEK 1 billion each year for three years to reduce waiting lists for treatment. The funding shall be allocated, according to a plan that the Government and SKL have agreed on, to the regions that have been successful in providing treatment on time.

Vaccinen mod livmorderhalskræft. HPV skal indgå i børnevaccinationprogrammet fra 1. Januar 2010. Piger i alderen 10.-12. år skal vaccineres mod humat papillonvirus (HPV) som en forebyggende indsats mod livmoderhalscancer forårsaget af HPV Vaccinationen skal udføres af skolesundhedstjenesten. Det bliver sygeplejersker der får autorisations til at ordinere vaccinationen mod HPV.

Der er indført en vaccine mod pneumokokker efter aftale mellem regeringen og Sveriges kommuner og Landsting (SKL) om finansieringen af pneumokokvaccinen i det nationale vaccinationsprogram for børn. Det er en vaccine der beskytter små børn mod alvorlige livstruende sygdomme og komplikationer som kan forårsages af pneumokokker.

Der skal gennemføres en evaluering af lovgivningen vedrørende tvangsbehandlingen i psykiatrien og retspsykiatrien. Urrederen skal komme med forslag til ny lov på området senest 1. juni 2010.

Regeringen har afsat 1 milliard SEK per år i en 3 års periode for at afkorte ventelisterne. Pengene skal fordeles efter en konstruktion som regeringen og SKL er blevet enige om med de ladsting hvor det er lykkedes godt med at give patienterne behandling til tiden.

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

The Swedish Government has made an agreement with SKL to carry out a study of inpatient psychiatric treatment by 31 March 2010. The aim is to obtain a picture of how access to inpatient treatment varies throughout the country, possible reasons for the variation, and implications for the future. SKL have been allocated SEK 3 million to carry out this study.

Regeringen har aftalt med Sveriges Kommuner og Landsting (SKL) at der frem til 31 marts 2010 skal gennemføres en kortlægning af den psykiatriske behandling under indlæggelse. Formålet er et få et billede af tilgangen til heldøgns pladser og hvorledes det varierer i lander, mulige årsager til variationer og hvad dette betyder for fremtiden SKL får 3 millioner SEK for at gennemføre kortlægningen.

1.2 Organization and responsibility for the health sector

DENMARK: Responsibility for health services is relatively decentralized. The main principles are as follows: The State is responsible for legislation, supervision and guidelines. The regions are responsible for hospital services, health insurance and special nursing homes. The municipalities are responsible for primary health care, home nursing, nursing homes and child and school health services.

The regional authorities have operational responsibility for health services.

In the case of ordinary illness, people's use of health services is based on a century-long tradition of family doctors. The formal rules have been drawn up in accordance with the health insurance scheme, so that primary contact is always, in principle, with a general medical practitioner. Hospital services can only be used as an alternative in cases of emergency.

Similarly, dental services are provided by private dental practitioners. The public dental services only provide some dental

1.2 Organisering og ansvar for sundhedsvirksomheden

DANMARK: Ansvaret for sundhedsvæsenet er bygget op over en forholdsvis decentral organisation. Hovedprincipperne er følgende: Staten er ansvarlig for lovgivning, tilsyn og retningslinier; regionerne for sygehusvæsen, praksissektoren og specielle plejehjem, mens kommunerne er ansvarlige for sundhedspleje, hjemmepleje, forebyggelse, genoptræning efter sygehusophold, plejehjem samt børne- og skolesundhedstjeneste.

Driftsansvaret for sundhedsydelserne påhviler regionerne.

Ved almindelig sygdom er borgernes benyttelse af sundhedsvæsenet baseret på en århundredlang tradition for familielæger. De formelle regler er udformet i overensstemmelse hermed i sygeforsikringsloven, således at primærkontakten altid principielt rettes til den alment praktiserende læge. Kun i akutte skadestilfælde kan man som alternativ henvende sig til sygehusene.

På samme måde foregår konsultationer med tandlæger hos privat praktiserende tandlæger. Servicen er kun et offentligt anliggende inden for visse dele af børne-

care services for children.

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

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

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

Advice about family planning is given, as everyone has a right to receive such advice. This is provided either by general medical practitioners or in special outpatient departments. Midwives and health visitors can also provide advice within their areas of competence. As a general rule, birth control measures are not subsidized.

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

As a main rule, patients may contact general medical practitioners, dentists, emergency wards and emergency and

tandplejen.

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

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

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

Der ydes også rådgivning vedrørende familieplanlægning, idet enhver person eller familie har ret til rådgivning i familieplanlægningsspørgsmål. Rådgivningen gives enten af den praktiserende læge eller af en specialafdeling (særligt ambulatorium). Også jordemødre og sundhedsplejersker kan rådgive familier inden for deres kompetenceområde. Der gives som hovedregel ikke offentlige tilskud til præventionsmidler.

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

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

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

ambulance services without referral.

Hospital services are placed organizationally under the regions. The regions own most of the hospitals. A few private hospitals have a contract with the county in which they are located, and a few small private hospitals operate totally independently of the public hospital services.

Specialist hospitals are not organized separately, but are under the hospitals. In connection with the Structure Reform, health centres were established in Denmark.

As a rule, patients have free choice of hospital where they wish to receive treatment. If the waiting list for treatment at a public hospital is more than two months, according to the so-called extended free choice arrangement, patients can choose to receive treatment at a private hospital or a hospital abroad that has a contract with the region in which the patient lives. Certain types of treatment are exempt from this arrangement, such as organ transplantation, sterilization and psychiatric treatment.

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

Ordinary nursing homes are run by the municipalities, but there are many private (independent) nursing homes, which receive residents according to a

lægevagten og ambulancetjenesten.

Sygehusvæsenet hører organisatorisk under regionerne, og det er regionsrådene, der er den ansvarlige myndighed. Regionerne ejer sygehusene. 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, men er under sygehusene. Der er i forbindelse med strukturreformen blevet etableret sundhedscentre i Danmark.

Patienterne har som regel frit valg med hensyn til hvilket sygehus, de ønsker behandling på. Er ventetiden på behandling på de offentlige sygehuse mere end 2 måneder, kan patienten, efter den såkaldte udvidede fritvalgsordning, vælge at blive behandlet på et af de private eller udenlandske sygehuse der har indgået aftale med bopælsregionen. Visse behandlinger er undtaget fra den udvidede fritvalgsordning, som eksempelvis organtransplantation, sterilisation og psykiatrisk behandling.

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

De almindelige plejehjem drives af kommunerne, men der eksisterer et betydeligt antal private (selvejende) plejehjem, der modtager beboere i henhold til

contract with the municipality where they are located. Certain specialized nursing homes are run by the regions, for example psychiatric nursing homes.

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

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

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

The hospital services are run by the Home Government of the Faroe Islands, which is responsible for all expenditure related to running costs and property.

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

Midwifery services are organized under the hospital services.

aftaler indgået med beliggenhedskommunerne. Visse specialplejehjem drives af regionerne. Det gælder fx psykiatriske plejehjem.

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

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

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

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

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

Jordemoderordningerne er organiseret under sygehusvæsenet.

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

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

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

GREENLAND: The most important legislation includes three acts: a) the Act Relating to Management and Organization of Health Services, b) the Patients' Rights Act and c) the Health Services Act.

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

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

Sundhedsvæsenet er under tilsyn af et uafhængigt landslægeembede som yder rådgivning, vejledning og kontrol samt forestår indsamling af medicinalstatistiske indberetninger og behandler klagesager.

Health services are organized in 16 health districts, each with a health centre, where primary health services and preventive measures are provided.

Sundhedsvæsenet er organiseret i 16 sundhedsdistrikter, hver med et sundhedscenter, som forestår den primære og forebyggende sundhedsindsats.

Specialist doctors regularly visit the coastal hospitals to provide specialist outpatient care. Specialist surgeons also carry out elective surgery.

Speciallæger besøger jævnligt kystsygehuse med henblik på ambulante speciallægeundersøgelser, og for de skærende specialers vedkommende også elektive indgreb.

All obstetric services are organised under a joint obstetric leadership that has overall responsibility. With the help of patient records that are sent in, and with consultations locally, they decide which births shall be referred to special departments.

Alle fødsler er samlet under en fælles obstetrisk ledelse som har det overordnede ansvar, og som ved hjælp af udsendte manualer og visitationskonferencer beslutter hvilke fødsler der skal foregå på specialafdeling.

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

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

helps and aids for disabled people.

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

A National Pharmacy has been established in Nuuk, with a national pharmacist, with countrywide functions related to import, distribution and trade of pharmaceutical products. The National Pharmacy has responsibility for producing statistics about pharmaceutical products, setting the prices of non-prescription drugs, revising the range of non-prescription drugs, granting licences for retail businesses, producing guidelines for people responsible for pharmaceutical services, and inspecting pharmaceutical stores and coastal hospitals. The Home Government has responsibility for authorizing pharmaceutical products. A pharmaceutical committee has responsibility for giving advice about use of pharmaceutical products, and recommends pharmaceutical products for authorization by the Home Government (the Directorate of Health). Medicines are free and are dispensed by the health services. There is a small selection of non-prescription medicines.

There are no occupational health services in Greenland.

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

In the Public Health Act and its statutes,

hjælpemidler.

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

I Nuuk er etableret et Landsapotek med en Landsapoteker med landsdækkende funktioner i forbindelse med import, distribution og håndtering af lægemidler. Landsapoteket udarbejder medicin-statistik, priser på håndkøbsmedicin, revision af håndkøbssortiment, bevillinger til detailhandelsvirksomheder, vejledninger til lægemiddelansvarlige samt inspektion af medicindepoterne på kystsygehuse. Godkendelse af lægemidler tillægges Landsstyret. En Lægemiddelkomité varetager den overordnede faglige rådgivning om lægemiddel anvendelse, og indstiller lægemidler til godkendelse i Landsstyret (Departementet for Sundhed). Medicin er gratis og udleveres fra det behandlende sundhedsvæsen. Der findes et lille udbud af håndkøbsmedicin.

Der er ikke indført BST – bedriftssundhedstjeneste i Grønland.

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

I Folkhälsolagen og dennes forordninger

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

the tasks of the municipal public health services are listed. Here it is stated that municipalities are responsible for:

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

From March 2005, with the exception of cases of injury, patients shall be examined and treated within a given time. Patients shall be able to obtain immediate contact with a health centre on weekdays in normal working time, and shall also be able to visit the health centre. If an appointment at a health centre is deemed to be necessary, the patient shall be given an appointment within three working days from the time of contact with the health centre. Normally, treatment is provided at the health centre immediately at the first visit. Treatment that is not provided at the visit shall be started within three months. In cases where health centres provide specialized treatment, the same time-limits apply as those for specialized health services (six months).

Need for treatment, with the exception of cases of injury, shall be assessed within three weeks after referral to a hospital. If a doctor has examined a patient, and has established that treatment is needed, the treatment shall be started

opregnes de arbejdsopgaver, der hører under det kommunale folkesundhedsarbejde. Heri fastsættes det, at kommunerne har ansvaret for:

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

Fra og med marts 2005 skal en patient, med undtagelse af skader, undersøges og behandles inden for en fastsat tid. Patienten skal umiddelbart få kontakt med sundhedscentret, på hverdage i arbejdstiden, ligesom patienten også skal kunne besøge sundhedscentret. Hvis det bedømmes at der er behov for et besøg på sundhedscentret, skal patienten have en tid på sundhedscentret inden for tre hverdage fra det tidspunkt patienten har taget kontakt. Normalt indledes behandlingen ved sundhedscentret med det samme ved det første besøg. Behandling der ikke gives ved besøg skal iværksættes inden tre måneder. I de tilfælde hvor sundhedscentre yder specialiseret behandling, tillempes de samme tidsgrænser som inden for den specialiserede behandling (der er seks måneder).

Behovet for behandling, i de tilfælde der ikke drejer sig om skader, skal bedømmes inden for tre uger efter henvisning til et sygehus. Hvis en læge der har undersøgt en patient, konstaterer at vedkommende har behov for behandling,

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

at the latest within six months.

skal denne indledes senest inden for seks måneder.

Children and young people shall receive psychiatric treatment within three months if it is assessed to be necessary.

Børn og unge skal modtage psykiatrisk behandling inden for tre måneder hvis det skønnes nødvendig.

Dental treatment that is assessed to be necessary, shall be started within a reasonable time, and at the latest within six months.

Tandbehandling, som anses for at være nødvendig, skal iværksættes inden for en rimelig tid, og senest inden for 6 måneder.

If a patient's own health centre or hospital cannot provide treatment within the given time, the patient shall be offered treatment either in another municipality or at a private institution, without extra cost to the patient.

Hvis patientens egen sundhedscenter eller sygehus ikke kan behandle patienten, inden for den fastsatte tid, skal behandlingen tilbydes enten i en anden kommune eller inden for den private sygdomsbehandling, uden ekstra udgifter for patienten.

The municipalities must provide services for people who are mentally ill that can reasonably be offered in health centres.

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

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

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

Municipalities are also required to provide ambulance services and to ensure that occupational health services are established. Employers can either organize their occupational health service themselves or they can have an agreement with a health centre or with others who provide occupational health services.

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

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

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

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

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

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

Pharmacies are private, but under state supervision. Prescription drugs and

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

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

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

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

Apoteker er privatejede, men under statsligt tilsyn. Det er kun apotekerne der

over-the-counter drugs can only be sold by pharmacies.

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

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

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

The Åland Government has overall responsibility for ensuring that the population receives necessary medical care. The role of the municipalities is limited to financing certain defined types of treatment. Primary health services and specialized health services are both part of the ÅHS.

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

kan forhandle såvel receptpligtig medicin som håndkøbsmedicin.

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

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

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

Landskapsregeringen er hovedansvarlig og har ansvaret for at befolkningen får den nødvendige sygdomsbehandling. Kommunernes ansvar og indflydelse er begrænset til visse nærmere afgrænsede finansieringsforpligtigelser. Den primære sundhedsbehandling og den specialiserede behandling indgår i samme organisation ÅHS.

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

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

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

Specialized treatment outside the hospitals is provided in the form of consultative support for primary health care and for private general medical practitioners. The structure of primary health care corresponds functionally and ideologically to the Finnish public health care system. Advice concerning contraception and counselling for mothers and infants, and school health services, function as in Finland. Immunization programmes are voluntary and the recommendations are as in Finland. Physiotherapy under the ÅHS is a shared function both for the primary health service and the hospitals. In addition a number of private physiotherapists are used by the public sector.

Occupational health services are organized in the same way as in Finland.

With regard to dental treatment, priority is given to the youngest age groups, certain high-risk groups and preventive measures. If possible, other patient groups are also treated. The private sector is well established with a high capacity, and it provides an important supplement.

Regulations for pharmacies are the same as in Finland.

ICELAND: The Minister of Health is responsible for health services according to the Health Service Act that came into force on 1 September 2007. Other major acts are:

The Medical Directorate of Health Act

- Patients' Rights Act
- Social Security Act

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

Speciallægevirksomheden uden for sygehuse eksisterer i form af konsultativ bistand til den offentlige primære behandling og til de privatpraktiserende læger. Det primære sundhedsvæsens struktur svarer ideologisk og driftsmæssigt til det finske folkesundhedsarbejde. Rådgivning vedrørende prævention, rådgivning til mødre og småbørn samt skolesundhedspleje, fungerer som i Finland. Vaccinationsprogrammer er frivillige, og anbefalingerne svarer til de finske. Fysioterapien inden for ÅHS er en fællesfunktion for både primærsektoren og sygehuse. Som et supplement er der et antal private fysioterapeuter som også anvendes af det offentlige.

Bedriftssundhedstjenesten organiseres som i Finland.

Inden for tandbehandlingen er behandling af de yngre aldersgrupper og visse risikopatientgrupper samt forebyggende foranstaltninger der har højeste prioritet. Såfremt det er muligt behandler man også andre patienter. Den private sektor er kapacitetsmæssigt veludbygget og udgør et vigtigt supplement.

Reglerne for apotekervæsenet er det samme som i Finland.

ISLAND: Sundhedsministeren har ansvaret for sundhedsvæsenet i henhold til sundhedsloven fra 2007 som trådte i kraft 1. september. De andre vigtigste love er følgende:

Loven om Sundhedsdirektoratet

- Lov om patientrettigheder
- Lov om social tryghed

- Patient Insurance Act
- Communicable Diseases Act
- Physicians Act

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

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

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

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

There are three types of hospitals: 1) specialized hospitals, the university hospital in Reykjavík providing highly specialized hospital services for all people in Iceland, and general care for the residents of the capital city area, and the teaching hospital in Akureyri, 2) regional hospitals with a certain degree of specialization, and 3) local hospitals. Many local hospitals also function as old people's homes and nursing homes. Other health institutions include rehabilitation

- Lov om patientforsikringer
- Lov om smitsomme sygdomme
- Lægeloven

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

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

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

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

Der er tre typer sygehuse: 1) specialiserede sygehuse, hvoraf et findes i Reykjavík der udbyder højt specialiseret service for alle borgere i Island samt almen behandling til beboerne i hovedstadsområdet og et undervisningshospital i Akureyri, 2) regionale sygehuse med en vis specialisering og 3) et antal lokale sygehuse. De lokale sygehuse fungerer for det meste også som alderdoms- og sygehjem. Af andre institutioner kan nævnes

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

hospitals and clinics for substance abusers.

Physiotherapy is partly provided in health centres, but mostly by privately practising physiotherapists in the urban areas. Physiotherapists in private practice work under a contract with the SSI.

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

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

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

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

Pharmacies are privately run.

NORWAY: The system of health care provision in Norway is based on a decentralized model. The state is responsible for policy design and overall capacity and quality of health care through budgeting and legislation. The state is also responsible for hospital services through state ownership of regional health au-

revalideringssygehuse og alkohollinikker.

En vis del af fysioterapien foregår gennem sundhedscentre, men det meste af behandlingen varetages af privatpraktiserende fysioterapeuter i byområderne. Privatpraktiserende fysioterapeuter arbejder på kontrakt med Rigsforsikringen. Hjemmesygeplejen drives fra sundhedscentre mens hjemmehjælpen gives gennem det kommunale sociale servicesystem.

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

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

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

Apoteker drives af private.

NORGE: Udbudet af sundhedsydelser er i Norge baseret på en decentral model. Staten er ansvarlig for politiklægningen og via lovgivningen og budgetlægningen sikrer at de nødvendige ressourcer er tilstede. Staten er også ansvarlig for hospitalssektoren ved at staten ejer de regionale udbydere af hospitalsydelser (regionale

thorities. Within the regional health authorities, somatic and psychiatric hospitals, and some hospital pharmacies, are organized as health trusts.

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

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

- Promotion of health and prevention of illness and injuries, including organizing and running school health services, health centres, child health care provided by health visitors, midwives and physicians. Health centres offer pregnancy check-ups and provide vaccinations according to the recommended immunization programmes.
- Diagnosis, treatment and rehabilitation. This includes responsibility for general medical treatment (including emergency services) physiotherapy and nursing (including health visitors and midwives).
- Nursing care in and outside institutions. Municipalities are responsible for running nursing homes, home nursing services and other services such as the home help service. The health services in and outside institutions are, to a varying degree, organized jointly within the same municipal

helseforetak). I de regionale enheder er såvel somatiske som psykiatriske hospitaler samt enkelte hospitalsapotekere organiseret som sundhedsvirksomheder (helseforetak).

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

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

- Sundhedsfremme og forebyggelse af sygdomme og skader, herunder at organisere og drive skolesundhedsvæsenet og sundhedscentre samt børnesundhedspleje udført af sundhedsplejersker, jordemødre og læger. Sundhedscentre skal tilbyde svangerskabsopfølgning og -kontrol samt vaccinationer efter de anbefalede vaccinationsprogrammer.
- Diagnosticering, behandling og rehabilitering. Dette omfatter ansvaret for den almindelige lægebehandling (inkl. lægevagtordninger), fysioterapi og sygepleje (inkl. sundhedsplejersker og jordemødre).
- Pleje og omsorg i og uden for institutionerne. Kommunerne har ansvaret for driften af sygehjemmene, hjemmesygepleje og andre ordninger (fx hjemmehjælp). Sundhedsydelserne i og uden for institutionerne er i varierende grad forankret i en fælles organisatorisk enhed i form af en fælles pleje- og

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

department for treatment and care.

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

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

There are several different ways in which occupational health services are organized. Some large companies have their own private service, organized independently. Another type of arrangement is that several companies have a joint arrangement with an occupational health services company, which sells occupa-

omsorgsafdeling i kommunen.

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

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

Bedriftssundhedstjenesten kan tilrettelægges på mange forskellige måder. Nogle af de store virksomheder organiserer deres egen bedriftssundhedstjeneste uafhængig af andre. Andre typer er, at flere virksomheder går sammen om ordningen og indgår aftale med en virksomhed der udbyder bedriftssundhedstjene-

tional health services to the group.

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

Health services and health care personnel are regulated by current legislation.

The most important acts of relevance to the health sector are the following:

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

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

In the Swedish health system, responsibility for health services is divided between the state, the county authorities and the municipalities. The Health Services Act regulates the division of responsibility for health services between the county authorities and the municipalities. The Act gives the county authorities and the municipalities a great deal of freedom about how to organize health services. The state has overall responsibility for health policy. In Sweden there are 18 county authorities and two

ste.

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

Sundhedsvæsenet og sundhedspersonale reguleres af den eksisterende lovgivning.

De vigtigste regelsæt med betydning for sundhedsvæsenet er:

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

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

I det svenske sundhedssystem er ansvaret fordelt mellem stat, landting og kommuner. I Sundhedsloven (HSL) reguleres hvad det er landstingenes og kommunernes ansvar idet loven giver landsting og kommuner stor frihed når det gælder organiseringen indenfor deres eget ansvarsområde. Staten er ansvarlig for den overordnede sundhedspolitik. I Sverige findes der 18 landsting og to regioner med ansvaret som er fælles for større geografiske områder og som kræver store ressourcer. De vigtigste ar-

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

regions with responsibility for large geographical areas, which often require a high level of utilization of resources. The most important task is provision of health services. The county authorities have responsibility for providing dental services for people up to the age of 20 years. The county authorities shall for organize health services so that all inhabitants have access to adequate health services.

According to the national treatment guarantee, the county authorities shall provide treatment within 90 days after a doctor has decided that treatment is required. The guarantee applies to all planned treatment.

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

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

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

The National Board of Health and Welfare issues recommendations for immu-

bejdsopgave er sundhedsvæsenet men også tandbehandling på kommuneniveau er landstingenes ansvar de næste 20 år. Det er landstingene der har ansvaret for at alle borger har adgang til en god behandling.

I følge den nationale behandlingsgaranti skal landstingene tilbyde behandling inden for 90 dage efter at lægen har taget beslutning om behandling. Garantien gælder al planlagt behandling.

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

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

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

Socialstyrelsen udarbejder den alminde-

nization of children.

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

Pharmacies are run by the state.

The Dental and Pharmaceutical Benefits Agency, TLV, is a central government agency whose remit is to determine whether a pharmaceutical product or dental care procedure shall be subsidized by the state.

1.3 Supervision of health services

DENMARK: Supervision of the health service is based partly on legislation of the health service and partly on special legislation of health care personnel. Supervision is carried out by the National Board of Health with the assistance of the offices of the chief medical officers.

There is one office of the chief medical officer in each region. These institutions are part of the National Board of Health and are thus independent, politically and administratively, of the regional and municipal authorities, which have responsi-

lige vejledning for vaccination af børn.

Privatproduceret men offentligt finansieret sygdomsbehandling udøves kun i begrænset omfang. Der findes et fåtal private sygehuse. Hen ved 30 pct. af alle lægebesøg foregår hos privatpraktiserende læger. Der findes endvidere privatpraktiserende fysioterapeuter. Inden for tandplejen er halvdelen af tandlægerne privatpraktiserende. Loven om vederlag m.v. til privatpraktiserende læger og fysioterapeuter fastsætter lægers og fysioterapeuters muligheder for at praktisere med finansiering fra landstingene.

Apotekerne er statslige.

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket TLV, är en statlig myndighet som har till uppgift att pröva om ett läkemedel, en förbrukningsartikel eller en tandvårdsbehandling ska subventioneras av samhället.

1.3 Tilsyn med sundhedsvæsenet

DANMARK: Tilsynet med sundhedsvæsenet er dels baseret på loven om sundhedsloven, dels på lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed. Tilsynet udføres af Sundhedsstyrelsen med bistand fra embedslægeinstitutionen.

Der er én embedslægeinstitution i hver region. Disse institutioner er en del af Sundhedsstyrelsen og således politisk og administrativt uafhængige af regioner og kommuner, der har ansvaret for sundhedsvæsenets betjening af befolkningen.

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

bility for health services supplied to the general public. In this way, the chief medical officers work as independent advisers and supervisors at all levels. If the National Board of Health becomes aware of breaches in the legislation or deficiencies in the health sector it informs the relevant authorities. It can also inform the public when this is necessary in the interest of the health of the Danish population. Supervision of health care personnel and their professional activity is carried out by the National Board of Health in close cooperation with the local chief medical officers. Decisions concerning individuals can be appealed to the responsible minister and, if necessary, to the courts.

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

In connection with the statutory planning of the preparation of guidelines and debates about adhering to them, supervision of health services is primarily carried out through collaboration between the decentralized authorities. Health services are monitored using reports of budgets and accounts from the regions and municipalities, and using statistical data reported to various centralized registers. Supervision concerning specific issues is only carried out in exceptional cases.

FAROE ISLANDS: The rules for supervision of health services are, by and large, the same as in Denmark, both concerning

Sundhedsstyrelsen kan således fungere som uafhængig rådgiver og er tilsynsførende på alle niveauer. Sundhedsstyrelsen kan, hvis styrelsen bliver bekendt med overtrædelser eller mangler på sundhedsområdet, orientere vedkommende myndighed i fornødent omfang samt orientere offentligheden, når særlige sundhedsmæssige forhold gør det nødvendigt.

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

Klager over den faglige virksomhed, der udøves af personer inden for sundhedsvæsenet, indgives til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn. Efter forbehandling af sagerne (partshøringer, faglig vurdering mv.) 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 regionernes og kommunernes indberetning af specificerede budgetter og regnskaber og statistiske data til forskellige centrale registre. Der er kun undtagelsesvis anledning til at rejse tilsynsager om konkrete spørgsmål.

FÆRØERNE: Reglerne for tilsyn med sundhedsvæsenet er i alt væsentligt identiske med forholdene i Danmark, både

who has responsibility for supervision (the chief medical officer), regarding in which areas supervision shall be carried out and procedures for complaints.

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

FINLAND: Supervision of health services in Finland is organized in a less formal way than in the other Nordic countries. Supervisory tasks are spread out among the whole health services system.

The most important channel for nationwide supervision of health and social services is through legislation and related nationwide plans for the health and social sector. Overall planning, coordination and supervision of the statutory services is the responsibility of the Ministry of Social Affairs and Health. Planning, managing and supervising services at the county level is the responsibility of the county authorities. The chief medical officers and the fo-

hvad angår hvem der fører tilsynet (Embedslægen/Landslægen), hvilke områder der føres tilsyn med samt vedrørende klageadgange/muligheder.

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

FINLAND: Tilsynet med sundhedsvæsenet er i Finland organiseret mindre formelt end i de andre nordiske lande. Arbejdsopgaverne er spredt ud i hele sundhedssystemet.

De vigtigste kanaler til den landsdækkende styring af social- og sundhedsvæsenet er lovgivning, dertil hørende forordninger og de landsdækkende planer for social- og sundhedsområdet. Den generelle planlægning, styring og tilsynet med de lovpligtige ydelser påhviler Social- och hälsovårdsministeriet. Planlægning, styring og tilsyn inden for lene påhviler länsstyrelserne. Embedslægerne og retslægerne fungerer som læge-

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

rensic pathologists act as medical advisers to the regional administration.

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

Patients have many possibilities to complain about the treatment or services they have received. The simplest way is to express dissatisfaction to the physician who provided the treatment, or to contact the physician in charge of the hospital department or health centre. If further assistance is needed in order to solve the problem, there are two possibilities. The patient can contact either the Office of the Chief Medical Officer or the National Supervisory Authority for Welfare and Health (Valvira). Both these bodies can give an expert opinion, or give sanctions if necessary.

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

Complaints concerning treatment can either be addressed, as in Finland, to the institution providing the treatment or to the national authorities - or to the Åland Government. In Åland, the patient ombudsman is employed by the Åland Government and is thus independent of the respective treatment institutions. The patient ombudsman may take up questions of principal significance with the Patients' Board of Trust where the questions may be discussed and form the basis for deci-

lige rådgivere for den regionale administration.

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

Patienterne har mange muligheder for at klage over den behandling eller service som de har modtaget. Den mest simple måde er at give udtryk for sin utilfredshed overfor den læge som har stået for behandlingen eller henvende sig til den læge som leder afdelingen eller sundhedscentret. Hvis det er nødvendigt med ekstern assistance for at løse problemet kan patienten enten henvende sig til embedslægen eller Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira). Begge har muligheder for at komme med udtalelser og sanktioner hvis det er påkrævet.

ÅLAND: Tilsynet med sundhedspersonalet sker efter finsk lovgivning.

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

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

sions, although the committee cannot make a decision in individual cases.

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

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

Complaints concerning health services are addressed to the Medical Director of Health, who evaluates the complaints and makes decisions. Handling of a case under the provision of the Medical Directorate of Health Act may be appealed to the Minister of health.

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

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

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

General supervision involves monitoring health services provision and observing trends in the health status of the population. Such information is used to evaluate the supply of health services, both in rela-

ikke afgøre de enkelte sager.

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

Lægemiddelstyrelsen fører det farmaceutiske tilsyn med apoteker og lægemidler.

Medicinaldirektøren modtager klager vedrørende sundhedsvæsenet og foretager de nødvendige undersøgelser og træffer afgørelserne. Håndtering af sager under loven om sundhedsdirektoratet kan appelleres til sundhedsministeren.

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

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

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

Det overordnede tilsyn består af at føre kontrol med social- og sundhedsvæsenets ydelser samt følge med i befolkningens behov, og derudfra vurdere behovsdækningen og tilbudsudformningen

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

tion to the needs of the population and in relation to national aims and priorities.

Supervision of health services is carried out as organizational audits: systematic appraisal of health care, to ascertain whether activities and results are in accordance with current laws and regulations, and whether internal control systems function in practice. Every institution providing health services has a duty to establish an internal control system to ensure that the institution is run in accordance with laws and regulations.

Surveys are also carried out: collection of data and information from health care institutions or about patient groups.

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

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

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

Patients can also address their complaints to the person in charge of an institution (e.g. the municipal board in the case of municipal health services), or to the Norwegian System for Compensation for Injuries to Patients, in the case of claims for

i forhold til de nationale mål og prioriteringer.

Tilsynet med sundhedsvæsenet sker ved systemrevision: Systematiske undersøgelser, for at fastslå om aktiviteter og tilhørende resultater er i overensstemmelse med de krav der fastsættes i henhold til love og forskrifter, samt om det interne kontrolsystem fungerer i praksis. Enhver virksomhed der udbyder sundhedsydelser har pligt til at etablere et internt kontrolsystem med henblik på at sikre at virksomheden drives i overensstemmelse med love og forskrifter.

Der bliver også gennemført kortlægning: Indsamling af data og oplysninger fra virksomheder eller om patientgrupper.

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

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

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

Patienterne vil også kunne klage til den ansvarlige for virksomheden (fx kommunalbestyrelsen når det gælder kommunale sundhedsydelser) eller til Norsk patient-skadeerstatning, hvis der er tale om erstatning som følge af behandling i det offentli-

compensation related to treatment in the public health service.

SWEDEN: The county and regional authorities are responsible for offering high quality health care for residents in their area. They are also responsible for community dental care (primarily for children and young people).

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

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

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

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

ge sundhedsvæsen.

SVERIGE: Det er landstingene og regionerne som har ansvaret for at tilbyde en god sygdomsbehandling for indbyggerne i deres områder. De har ligeledes ansvaret for den offentlige tandpleje (først og fremmest for børn og unge).

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

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

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

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

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

ensure acceptable solutions for patients.

The Medical Responsibility Board (HSAN) is an independent government authority that deals with complaints against health care personnel.

1.4 Financing of health services

In the Nordic countries, the health services are mainly financed by the public authorities. In Iceland, contributions are primarily made by the government, while financing in the other countries mainly consists of county and/or municipal taxes with general grants from the governments. In the Nordic countries, the governments issue block grants to the counties and/or municipalities. With the exception of Greenland, citizens in the Nordic countries contribute directly to financing, partly through insurance schemes, partly by paying user charges. Only Denmark and Norway use DRG (diagnosis-related groups) in their funding models.

A financing model for somatic hospitals was established in Norway (as from 1 July 1997) that combines block grants and fee for service financing. The scheme is regularly evaluated and adjusted. The fee for service financing is based on the principle that a service producer (i.e. the hospital) is paid on the basis of services rendered. The scheme involves the state reimbursing a percentage of the average DRG expense (Diagnosis Related Groups) in connection with treatment of patients.

In the case of Denmark, as a result of the Structure Reform, the newly established

som patienterne er indforståede med.

Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) (Sundhedsvæsenets ansvarsnævn) er en uafhængig statslig myndighed som efterprøver klager over sundhedspersonale.

1.4 Finansiering af sundhedsvæsenet

I de nordiske lande finansieres sundhedsvæsenet hovedsageligt af det offentlige. I Island er det primært staten, der bidrager, mens finansieringen i de øvrige lande stammer fra amtskommunale og/eller kommunale skatter samt bloktilskud fra staten. I de nordiske lande yder staten et generelt bloktilskud til amter og/eller kommuner. Med undtagelse af Grønland bidrager borgerne i de nordiske lande direkte til finansieringen, dels gennem forsikringsordninger, dels ved brugerbetaling. Det er kun Danmark og Norge der anvender DRG i deres finansieringsmodeller.

For Norges vedkommende er der etableret en finansieringsmodel for de somatiske sygehuse (fra 1. juli 1997) som kombinerer bloktilskud og stykprisfinansiering. Ordningen bliver jævnligt evalueret og justeret. Stykprisfinansieringen bygger på det princip, at en serviceproducent (det vil sige sygehuset) får indtægter beregnet ud fra udførte serviceopgaver. Ordningen indebærer, at staten refunderer en vis procentandel af de gennemsnitlige DRG-udgifter (Diagnose Relaterede Grupper).

For Danmarks vedkommende indebærer strukturreformen, at regionerne fik an-

regions gained responsibility for the health sector from 1 January 2007. A new financial system for the regions was agreed upon. About three quarters of the regions' expenditure is financed through block grants from the state. The rest is financed through a basic contribution from the municipalities, along with municipal and state subsidies that are dependent on activities.

In Sweden, the Swedish Government provides a block grant to the county authorities for health services. In addition, the county authorities receive special funding to increase access to health services and for reimbursement of pharmaceutical products. The largest proportion of funding comes from county taxes. Each county authority decides the level of county taxes itself, and how funding shall be allocated. The county authorities also receive revenue from patient fees and sale of services. The largest proportion of the budget of the county authorities is used to provide health services and dental services.

svaret for sundhedsvæsenet fra den 1. januar 2007. Dermed er der vedtaget et nyt finansieringssystem for regionerne. Omkring tre fjerdedele af udgifterne finansieres gennem bloktilskud fra staten. Det resterende finansieres gennem et grundbidrag fra kommunerne samt kommunale og statslige aktivitetsafhængige tilskud.

I Sverige bidrager staten med et generelt bloktilskud til landstingenes sundhedsvæsen: Desuden ydes der øremærkede tilskud til landstingene for at sikre tilgængeligheden til behandlingen samt til lægemidler. Landstingenes aktiviteter finansieres for størstedelen af landstingsskatten, Det er landstingene selv der beslutter hvor stor landstingsskatten skal være og hvorledes den skal fordeles. Derud over har landstingene indtægter fra egenbetaling og for salg af serviceydelser. Den største del af landstingenes budget går til sundhedsvæsenet og tandbehandling.

1.5 Charges for health care as per 1 January 2009

Consultation with a physician

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

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

- A fixed annual charge of max. EUR 25.60 within one year or:
- A fixed charge per visit of max. EUR 12.80. The charge is only made for the first three visits at the same health centre during one calendar year.

A charge of EUR 17.50 can be made for visits to a health centre on weekdays between the hours of 2000 and 0800, and on Saturdays, Sundays and public holidays.

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

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

ÅLAND: For medical consultations within the primary health service at a clinic, or for home visits, there is a user charge of EUR 16. Outside the opening hours the charge for home visits is EUR 22. The fee

1.5 Egenbetaling for sundhedsydelser pr. 1. januar 2009

Lægebesøg

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

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

- En fast årlig betaling på højst 25,60 EUR inden for et år, eller:
- Et fast beløb pr. besøg, dog højst 12,80 EUR. Beløbet skal kun betales for de første tre besøg på et og samme sundhedscenter i løbet af samme kalenderår.

Der kan opkræves en betaling på 17,50 EUR for besøg ved helsecentrene på hverdage mellem kl. 20 og kl. 8 samt lørdage, søndage og helligdage.

De nævnte beløb opkræves ikke af personer under 18 år.

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

ÅLAND: Egenbetaling for lægebesøg inden for det primære sundhedsvæsen i konsultationen eller ved hjemmebesøg er 16 EUR. Uden for åbningstiden er afgiften for hjemmebesøg 22 EUR. Besøg hos en

for a visit to a specialist is EUR 22 and a casualty department is EUR 30. The maximum patient contribution for primary health care and outpatient treatment is EUR 300 within one calendar year, after which there is no charge for the remainder of the year, with the exception of short-term stays in institutions/hospitals, where the charge is reduced from EUR 22 per day to EUR 11 per day. For children and young people under the age of 18 and people over the age of 65, the maximum amount for patient fees is EUR 125 per calendar year. After this amount has been reached all treatment, for children and young people is free. The fee per day for a hospital stay for persons aged 65 years and older is reduced from EUR 22 to EUR 11. The activities included in the maximum user charge have been fixed beforehand. If there is a waiting period of 45 minutes or more in connection with a scheduled visit during normal opening hours, the user charge is reimbursed.

ICELAND: (from 4 February 2009) Preventive health care consultations for pregnant women and mothers with infants, and school health care are free of charge.

The patient charge for a consultation in a health centre or with a private general medical practitioner during normal working hours is ISK 1 000. The charge is ISK 500 for pensioners, disabled people, and long-term unemployed people. There is no charge for children under 18. Outside normal working hours the charges are ISK 2 600 and ISK 1 300. Charges for home visits are ISK 2 800, 1 400 and 500 during day time. The charges for evenings and night-time are ISK 3 800, 1 850 and 700.

specialist er 22 EUR og på skadestuer 30 EUR. Der er indført maksimal egenbetaling på 300 EUR for lægebesøg og ambulantly behandling inden for et kalenderår hvorefter der ikke betales den resterende del af året med undtagelse af kortvarig institutions/hospitalsophold hvor betalingen reduceres fra 22 EUR pr døgn til 11 EUR pr døgn. For børn og unge under 18 år samt personer 65 år og ældre er den maksimale egenbetaling 125 EUR per kalenderår, herefter er al behandling, for børn og unge gratis, mens døgnbetalingen reduceres fra 22 EUR til 11 EUR for personer 65 år og ældre. De aktiviteter som medregnes i den maksimale egenbetaling er fastlagt på forhånd. Hvis der er en ventetid på 45 minutter eller mere ved en aftalt besøg, inden for åbningstiden, tilbagebetales egenbetalingen.

ISLAND: (fra 4. februar 2009) Lægebesøg af forebyggende karakter for gravide, mødre og deres børn samt skolesundhedsplejen er uden egenbetaling.

Egenbetalingen for konsultation i sundhedscentrene eller ved en privat praktiserende læge er i dagtimerne 1.000 ISK og 500 ISK for pensionister, funktionshæmmede og langtidsarbejdsløse. Der er ingen egenbetaling for børn under 18 år Konsultation udenfor dagtimerne er henholdsvis 2.600 og 1.300 ISK. For hjemmebesøg er betalingen i dagtimerne 2.800, 1.400 og 500 ISK mens aften- og nattaksten er 3.800, 1.850 og 700 ISK.

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

The user charge for a consultation with a specialist is either ISK 3 600 plus 40 per cent of the remaining cost of the consultation, or ISK 1 300 plus 1/3 of 40 per cent of the remaining cost for the consultation. The user charge for children under 18 years is 1/9th of the total charge with a minimum of ISK 630. There is no charge for disabled and chronically ill children. The maximum user charge for all groups is ISK 25 000. The same patient charges apply to outpatient treatment in hospitals (with the exception of children, for whom there is no charge). Different charges apply for treatment in emergency units and with other physicians, laboratory tests, radiographs and diagnostic examinations.

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

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

The user charges for a consultation with a physician and for casualty services are: primary physician: NOK 130 (day), NOK 220 (evening), specialist: NOK 160 (day), NOK 250 (evening).

The user charges for a home visit are: primary physician: NOK 180 (day) and NOK 295 (evening), specialist: NOK 210 (day) and NOK 325 (evening).

The user charge for a consultation at a hospital outpatient department is NOK 280.

Egenbetalingen for besøg hos en specialist er enten 3.600 ISK plus 40 pct. af de resterende udgifter, eller 1.300 ISK og en tredjedel af 40 pct. af de resterende udgifter. For børn under 18 år er egenbetalingen 1/9 del af de samlede udgifter minimum 630 ISK. Der er ingen egenbetaling for funktionshæmmede og langtidssyge børn. For alle grupper er maksimumbetalingen 25.000 ISK. Egenbetalingen er den samme ved behandling af specialister ved hospitalernes ambulatorier (med undtagelse af børn hvor der er ingen egenbetaling) men en anden for behandling i akutmodtagelser og hos andre læger samt for laboratorieprøver, diagnostik og røntgenbehandling.

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

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

Egenbetalingen for konsultation hos en læge og hos lægevagten er følgende: Almenlæge: 130 NOK (dag) og 220 NOK (aften). Hos en specialist: 160 NOK (dag) og 250 NOK (aften).

Egenbetalingen ved sygebesøg er som følgende: Almen læge 180 NOK (dag) og 295 NOK (aften), speciallæger: 210 NOK (dag) og 325 NOK (aften).

Egenbetalingen for ambulante patienter på et hospital er 280 NOK.

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

The user charge for laboratory tests, histological tests and cytological tests is NOK 47.	Egenbetalingen for laboratorie-, histologiske- og cytologiske prøver er 47 NOK.
The user charge for a radiograph or an ultrasound examination is NOK 200.	Egenbetaling for røntgen- og ultralydsundersøgelser er 200 NOK.
There is a user charge for assisted fertilization and sterilization. The rules for patient charges for sterilization do not apply if there are medical indications for the operation.	Der er desuden egenbetaling for kunstig befrugtning og sterilisering. Der er ingen egenbetaling for sterilisering, hvis indgrebet skyldes en medicinsk indikation.
The Health Insurance Scheme offers full reimbursement for treatment of children under the age of seven years, treatment of industrial injuries, war injuries, pregnancy and childbirth, and, in certain other cases (e.g. treatment of dangerous contagious diseases, psychotherapy for persons under the age of 18 years, and treatment of prison inmates).	Folketrygden yder fuld refusion ved behandling af børn under 7 år, ved behandling af arbejdsskader, krigsskader, svangerskab/fødsler og i enkelte andre tilfælde (fx behandling af farlige, smitsomme sygdomme, psykoterapeutisk behandling af personer under 18 år og behandling af indsatte i fængsler).

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

User charges for a consultation with a physician

	Are there consistent rules for the whole country?	Size of user charge	Deviations	User charge in relation to total cost of consultation
Denmark	Yes	-	No	-
Faroe Islands	Yes	-	No	-
Greenland	Yes	-	No	-
Finland	Yes	Public EUR 0-12.80 EUR 17.50 if the visit occurs between 2000 and 0800 or on a Saturday, a Sunday or a public holiday. Private min. 60 per cent	No charge for children under 18 years of age	26 per cent
Åland	Yes	EUR 16 Outside opening hours for home visits, and specialist EUR 22	Free treatment after paying EUR 300 for children below 18 and people 65 + EUR 125	..
Iceland	Yes	ISK 1 000-3 800 in primary care, other fees for specialized care	ISK 500-1 850 for pensioners, disabled and long-term unemployed. No charge for children under 18 years of age except for home visits ISK 500/700	Varies
Norway	Yes	Consultation with a primary physician: NOK 130 (day), NOK 220 (evening) Consultation with a specialist: NOK 160 (day) and NOK 250 (evening)	In the case of pregnancy, childbirth, treatment of industrial injuries, war injuries, for prison inmates, children under 12 years of age, in the case of psychotherapy for persons under 18 years of age and for treatment of dangerous contagious diseases	Approx. 35 per cent
Sweden	No	SEK 100-300	Yes	..

SWEDEN: Local authorities (county and regional authorities) set the charges themselves. According to the law, the maximum amount a patient shall pay for outpatient treatment is SEK 900 during a 12-month period. For medical consultations in outpatient clinics and visits to a health centre or a general medical practitioner, the user charge varies from SEK 100 to 200. The patient charge for a medical consultation with a specialist (in hospitals or in private practice) varies from SEK 230 to 300.

SVERIGE: De lokale myndigheder (landstingene og regionerne) fastsætter selv taksterne. I følge loven skal patienter højest betale 900 SEK for ambulant behandling for en 12 måneders periode. For ambulant behandling, besøg på helsecentre eller hos huslægen varierer egenbetalingen fra 100 til 200 SEK, mens den varierer fra 230 til 300 SEK ved lægebesøg hos specialister (ved sygehusene eller hos privatpraktiserende læger).

Egenbetaling for lægebesøg

	Er der ensartede regler i hele landet?	Egenbetalingens størrelse	Afvigelser	Egenbetalingens andel af de samlede udgifter til lægebesøg
Danmark	Ja	-	Nej	-
Færøerne	Ja	-	Nej	-
Grønland	Ja	-	Nej	-
Finland	Ja	Offentlig 0-12,80 EUR. 17,50 EUR for besøg mellem kl. 20-8 på hverdage, samt lørdage, søndage og helligdage Privat mindst 60 pct.	Ingen betaling for børn under 18 år.	26 pct.
Åland	Ja	16 EUR. 22 EUR for hjemmebesøg udenfor åbningstiderne og besøg hos specialist.	Fri behandling når der er betalt 300 EUR og 125 EUR for børn under 18 år, samt personer 65 år og ældre.	..
Island	Ja	1.000-3.800 ISK hos almen læge, andre priser for besøg hos specialist.	500-1.850 ISK for pensionister, handicappede og langtidsarbejdsløse. Der er ingen egenbetaling for børn under 18 år med undtagelse af hjemmebesøg 500/700 ISK.	Varierende.
Norge	Ja	Hos almen læge: 130 NOK (dagtimer) 220 NOK (aften og nat) Konsultation hos en specialist: 160 NOK (dagtimer) og 250 NOK (aften og nat).	Ved svangerskab/fødsel, erhvervsskade, krigsskade, for indsatte i fængsel, børn under 12 år, ved psykoterapeutisk behandling af børn og unge under 18 år og ved farlige smitsomme sygdomme.	Ca. 35 pct.
Sverige	Nej	100- 300 SEK	Ja	..

In most counties/regions, children and young people under the age of 20 years may attend an outpatient clinic free of charge. In some counties children and young people pay a lower user charge than adults. In the regions, the age limit for paying user charges varies from 12 years to the calendar year in which a person turns 20. In one county, user charges are lower for persons 65 years of age and older.

I de fleste landsting/regioner kan børn og unge under 20 år gå til ambulant lægebehandling uden brugerbetaling. I nogle landsting betaler børn og unge en lavere egenbetaling end voksne. I andre landsting varierer grænsen for at der ikke opkræves brugerbetaling mellem 12 år og det kalenderår hvor man fylder 20 år. I et landsting er egenbetalingen lavere for personer 65 år og ældre.

Reimbursement for pharmaceutical products

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

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

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

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

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

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

Tilskud til lægemidler

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

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

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

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

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

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

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

Since liberalization in October 2001 there are now more than 1 500 authorized agents for non-prescription pharmaceutical products for people or animals.

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

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

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

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

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

Siden liberaliseringen i oktober 2001 findes der i Danmark nu mere end 1.500 godkendte forhandlere af ikke apoteksforbeholdte håndkøbslægemidler til mennesker og/eller dyr.

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

Forhandlere af håndkøbsmedicin til mennesker skal desuden være i besiddelse af et basissortiment fastsat ved lov. Af visse håndkøbslægemidler, f.eks. smertestillende, må der max. sælges én pakning pr. kunde pr. dag.

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

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

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

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

FINLAND AND ÅLAND: There are three payment categories (42, 72 and 100 per cent) for prescription pharmaceutical products, and reimbursement is calculated separately for each purchase and for each category. However, there is a user charge of EUR 3 for pharmaceutical products with 100 per cent reimbursement.

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

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

As a main rule, the health insurance scheme reimburses expenditure on prescription pharmaceutical products exceeding EUR 672.70 in the course of one calendar year.

ICELAND: (from 1 March 2009) Pharmaceutical products for the treatment of certain diseases are paid for entirely by the health insurance scheme. For other types

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

FINLAND OG ÅLAND: Der er tre betalingskategorier for receptpligtige lægemidler, (42, 72 og 100 pct.) og refusionen er beregnet separat for hvert indkøb og hver kategori. Der er dog en egenbetaling på 3 EUR på præparater med 100 procents refusion.

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

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

Som hovedregel dækker sygeforsikringen de udgifter til receptpligtige lægemidler som overskrider et beløb på 672,70 EUR i løbet af et kalenderår.

ISLAND: (fra 1 marts 2009) Lægemidler til behandling af visse sygdomme betales fuldt ud af sygeforsikringen. For andre typer af medicin betaler patienterne selv

of pharmaceutical products, patients pay the full cost themselves.

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

There is a reference price system. For generic drugs of the same type, strength and package size, the reimbursement is calculated in relation to the maximum reference price, i.e. the lowest priced generic product. The present reference price list covers about 14 per cent of registered drug products.

NORWAY: Most pharmaceutical products are reimbursed according to a system based on diagnoses and approved pharmaceutical products prescribed by a physician (the so-called "blue prescription"). A condition is long-term need for the pharmaceutical product, medical equipment or medical item. The patient charge for these is 36 per cent of the cost, up to a maximum of NOK 520 per prescription. Children under twelve years of age and persons who receive a minimum pension are exempt from patient charges for essential pharmaceutical products. For other pharmaceutical products, the patient pays the full price.

From 3 March 2003, the index price system was introduced for some pharmaceutical products available on "blue prescription". The arrangement with index price applies to pharmaceutical products that are exchangeable, that is to say medicines and drugs that have the same active ingredient. The purpose of the index price arrangement is to achieve increased use of the most reasonable alternative when the same medicines are available at different prices.

det fulde beløb.

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

Der findes desuden et referenceprissystem. For synonympræparater med samme form, styrke og forpakning, beregnes tilskuddet i forhold til den maksimale referencepris, forstået som den laveste pris på synonympræparatet. Den nuværende referenceprisliste dækker ca. 14 pct. af de registrerede lægemidler.

NORGE: De fleste lægemidler refunderes efter et system baseret på diagnoser og godkendte præparater foreskrevet af en læge (den såkaldte blå recept). Udgangspunktet er at man langvarigt har behov for lægemiddel, medicinsk udstyr eller forbrugsvarer. Egenbetalingen for disse er 36 pct., dog maksimalt 520 NOK pr. recept. Børn under 12 år og personer der modtager mindste pension betaler ikke for vigtige lægemidler. Andre lægemidler betales fuldt ud af patienten.

Fra den 3. marts 2003 er der indført et indexprissystem for en del medicin på "blå recept". Ordningen med indexregulering gælder lægemidler der er substituerbare, dvs. lægemidler der har den samme terapeutiske virkning. Formålet med indexreguleringen er at åbne for et større brug af rimelige alternativer idet der findes mange substanser med samme virkning men til en forskellig pris.

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

User charges for pharmaceutical products

	Are there consistent rules for the whole country?	Size of user charge	Deviations	User charge in relation to total cost of pharmaceutical products
Denmark	Yes	Reimbursement in relation to the level of the patient's consumption of drugs in the primary sector	No	..
Faroe Islands	Yes	..	No	..
Greenland	Yes	-	No	-
Finland	Yes	58 per cent of the cost	For certain diseases 3 EUR or 28 per cent of the cost (disease specific)	44 per cent
Åland	Yes	As in Finland	As in Finland	-
Iceland	Yes	ISK 1 900 + 65/80 per cent of the remaining cost, but max. ISK 3 700/5 450	Pensioners children, unemployed and disabled: ISK 700 + 50 per cent of the remaining cost, but max. ISK 1 200/1 500	Approx. 34 per cent
Norway	Yes	36 per cent maximum NOK 520 per prescription	For children below 12 years and persons who receive a minimum pension: no user charge	..
Sweden	Yes	SEK 0-1 800	-	..

Egenbetaling for lægemidler

	Er der ensartede regler i hele landet?	Egenbetalingens størrelse	Afvigelser	Egenbetalingens andel af de samlede udgifter til lægemidler
Danmark	Ja	Tilskud afhængig af størrelsen af den enkelte patients lægemiddelforbrug i primærsektoren	Nej	..
Færøerne	Ja	..	Nej	..
Grønland	Ja	-	Nej	-
Finland	Ja	58 pct. af beløbet	Ved visse sygdomme betales 3 EUR eller 28 pct. af beløbet (sygdomsspecifikt)	44 pct.
Åland	Ja	Som i Finland	Som i Finland	-
Island	Ja	1.900 ISK + 65/80 pct. af den resterende pris, dog højst / ISK 3.700/5 450	Pensionister, børn, arbejdsløse og handicappede: ISK 700 + 50 pct. af den resterende pris, dog højst 1.200/1.500 ISK	Ca. 34 pct.
Norge	Ja	36 pct. maksimum 520 NOK pr. recept	For børn under 12 år og personer som kun modtager mindste pension: ingen egenbetaling	..
Sverige	Ja	0-1.800 SEK	-	..

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

The discount is calculated according to the value of the pharmaceutical product bought. The maximum user charge is SEK 1 800. Over this amount, the patient receives a card granting exemption from payment for the rest of the 12-month period. For purchases of up to SEK 900 over a 12-month period, the user pays the full cost. A discount is given for costs exceeding this amount. For costs between SEK 900 and SEK 1 700, there is a 50 per cent discount. Between SEK 1 700 and SEK 3 300 the discount is 75 per cent, and between SEK 3 300 and 4 300 the discount is 90 per cent. When pharmaceutical products have been purchased to the value of SEK 4 300, the maximum limit for user charges has been reached. At this level, the patient will have paid SEK 1 800 and receives a free pass for the rest of the 12-month period. The scheme covers discount approved pharmaceutical products on prescription, including contraceptives and products used for stoma. Insulin is free of charge.

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

Rabatten udregnes efter værdien på de lægemidler som købes. Den maksimale egenbetaling er 1.800 SEK. Derefter modtager patienterne et frikort for resten af 12 måneders perioden. For indkøb op til 900 SEK i en 12 måneders periode betaler man selv det hele. På udgifter derudover ydes der rabat. For udgifter mellem 900 SEK og 1.700 SEK gives der 50 pct. rabat. Mellem 1.700 og 3.300 SEK er rabatten 75 pct. og for udgifter mellem 3.300 SEK og 4.300 SEK er rabatten 90 pct. Når der er købt lægemidler for 4.300 SEK har man nået op på egenbetalingens maksimum. Patienten har ved dette niveau selv betalt 1.800 SEK og får så tildelt et frikort for resten af 12 måneders perioden. Ordningen omfatter rabatberettigede lægemidler på recept, inkl. P-piller og brugsartikler til stomier. Insulin er gratis.

Treatment in hospitals

As shown in the overview, there are no user charges for hospitalization in Denmark, the Faroe Islands, Greenland, Iceland and Norway. In Iceland and Norway, however, there is a charge for specialist outpatient treatment in hospitals, see the section on consultations with a physician. There are private hospitals in most of the Nordic countries, which provide all or some of their services for the public health service, but according to somewhat different regulations in the different countries.

FINLAND AND ÅLAND: Patients pay a charge for admission to hospitals and health centres: EUR 30.30 (Åland EUR 22), and psychiatric departments: EUR 14 (Åland 11). The charge for rehabilitation is EUR 10.50 per treatment day and the maximum user charge for day surgery is EUR 83.90 (Åland EUR 44) plus EUR 30.30, if the patient has to stay overnight. A series of treatment costs EUR 7 per visit (Åland EUR 6) (max. 45 times per year).

A ceiling has been introduced for the maximum user charge of EUR 590 (Åland EUR 300) during one calendar year, after which services are free of charge for the rest of the year, with the exception of short-term stays in institutions/hospitals, for which the user charge can be reduced from EUR 30,30 per day to EUR 14 per day. (Åland from EUR 22 to EUR 11 per day). In Åland, people under 18 years of age do not pay for short-term treatment when the maximum user charge has been reached.

Behandlinger ved sygehuse

Som det fremgår af skemaet er der ingen brugerbetaling for sygehusophold i Danmark, på Færøerne, i Grønland, Island og Norge. Dog betales der i Island og Norge for ambulant specialistbehandling ved hospitaler, jvf. afsnittet om lægebesøg. Der findes private hospitaler i de fleste af de nordiske lande, som arbejder helt eller delvist for det offentlige, men efter noget forskellige regler fra land til land.

FINLAND OG ÅLAND: Patienterne betaler for indlæggelse på hospital og sundhedscentre 30,30 EUR (Åland 22 EUR), og psykiatrisk afdeling 14 EUR (Åland 11). Betaling for revalidering er 10,50 EUR pr behandlingsdag og den maksimale betaling for dagkirurgi er 83,90 EUR (Åland 44 EUR) plus 30,30 EUR, hvis der er behov for en overnatning. Seriel behandling koster 7 EUR per besøg (Åland 6 EUR) (max 45 gange per år).

Der er indført et loft på den maksimale egenbetaling på 590 EUR (på Åland 300 EUR) i løbet af et kalenderår, hvorefter ydelser er gratis resten af året, bortset fra kortvarige institutions/hospitalsoophold hvor egenbetalingen kan reduceres fra 30,30 EUR til 14 EUR pr døgn (Åland fra 22 til 11 EUR per døgn) På Åland betaler personer under 18 år ikke for kortvarig behandling når grænsen for den maksimale egenbetaling er nået.

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

User charges for hospitalization

	Are there consistent rules for the whole country?	Size of user charge	Deviations	User charges in relation to total cost of hospitalization
Denmark	Yes	-	No	-
Faroe Islands	Yes	-	No	-
Greenland	Yes	-	No	-
Finland	Yes	EUR 30.30 per day in overnight care for day surgery EUR 83.90	Payment for long-term stay according to means. For children 0–17 years max. 7 days	7 per cent
Åland	Yes	EUR 22 EUR 11 for psychiatric wards EUR 44 for day surgery	Payment for long-term stay according to means	..
Iceland	Yes	-	No	-
Norway	Yes	-	No	-
Sweden	No	SEK 0-80 per day	..	..

Egenbetaling for indlæggelse på sygehus

	Er der ensartede regler i hele landet?	Egenbetalingens størrelse	Afvigelser	Egenbetalingens andel af de samlede udgifter til indlæggelse på sygehus
Danmark	Ja	-	Nej	-
Færøerne	Ja	-	Nej	-
Grønland	Ja	-	Nej	-
Finland	Ja	30,30 EUR per dag for overnatning og for dagkirurgi 83,90 EUR	Betaling for langtidsophold efter betalingsevne, for børn 0– 17 år dog max. i 7 dage	7 pct.
Åland	Ja	22 EUR 11 EUR for indlæggelse på en psykiatrisk afdeling og 44 EUR for dagkirurgi.	Betaling for langtidsophold efter betalingsevne	..
Island	Ja	-	Nej	-
Norge	Ja	-	Nej	-
Sverige	Nej	0-80 SEK/dag	..	..

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

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

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

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

Most county authorities have no user charges for inpatient treatment in hospitals for persons under 20 years of age.

Reimbursement for dental treatment

In all countries part of the cost of dental treatment is refunded in the following cases: dental treatment that is necessary to prevent serious complications due to infection in the teeth and periodontium, for immuno-compromised patients, such as patients with leukaemia or head and neck cancer, patients waiting for a transplant, patients who need bone marrow transplants, and patient groups with similar problems.

DENMARK: Reimbursement is provided by the public health insurance scheme. Adults typically pay 60 per cent of the agreed fees. No subsidy is granted for dentures.

Municipal and regional dental services are regulated by health legislation.

In addition, approximately 1.9 million Danes are covered by a private insurance scheme. Some schemes provide subsidies for dental treatment.

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

De fleste landsting opkræver ikke betaling for indlagte patienter og for personer der er under 20 år.

Tilskud til tandbehandling

I alle lande bliver en del af udgifterne til tandbehandling som er nødvendige for at forebygge alvorlige komplikationer i forbindelse med infektioner i tænder og mundhuler for patienter med nedsat immunforsvar, eksempelvis patienter med leukæmi, cancer i ansigtet der venter på transplantation og patienter der har behov for benmarvs transplantation og patientgrupper der kan sammenlignes med disse, får også refunderet deres udgifter.

DANMARK: Tilskuddet til tandbehandling gives fra den offentlige sygesikring. Voksne betaler typisk 60 pct. af de overenskomst-fastsatte betalingsstakster. Der ydes ikke tilskud til tandprotektik.

Kommunal og regional tandpleje gives efter reglerne i sundhedsloven.

Derudover er ca. 1,9 millioner danskere dækket af en privat forsikringsordning som – afhængig af dækningsgrad og forsikringspræmie – giver tilskud til egenbetaling

for tandlægehjælp.

Children and young people below 18 years of age receive free municipal dental care including orthodontic treatment. Children below 16 years of age, who wish to have treatment that is not provided free of charge by the municipal council, may – by paying a user charge – choose to be treated in a private clinic of their own choice or at a public dental clinic in another municipality. Elderly people who live in a nursing home or in their own home with technical aids are offered dental care for which from 1 January 2009 there is a maximum annual charge of DKK 1 560. In addition, the municipalities provide a subsidy for dentures in cases of impaired function or disfigurement resulting from damage caused by accidents.

The municipality offers specialist dental treatment to persons, who because of psychiatric illness or mental handicap, cannot use the existing dental services for children and young people, for adults, or for people needing special care. For these services, the region, from 1 January 2009, charges the patient a maximum of DKK 1 560 per year.

The region offers specialized dental care (regional dental service) or highly specialized dental care (in dental research centres) to children and young people with dental conditions that would lead to a permanent functional reduction if left untreated.

In addition, the region grants a special reimbursement for dental care for cancer patients, who either due to radiation of the head and neck or due to chemotherapy suffer from considerable documented dental problems, and to persons who due to

Der er vederlagsfri kommunal tandpleje, herunder tandregulering, for børn og unge under 18 år. Børn under 16 år, der ønsker et andet behandlingstilbud end det, kommunalbestyrelsen vederlagsfrit stiller til rådighed, kan – mod en vis grad af egenbetaling – vælge at modtage kommunal tandpleje i privat tandlægepraksis efter eget valg eller ved en anden kommunes tandklinik. Ældre personer, der bor på plejehjem eller i eget hjem med mange hjælpeforanstaltninger, tilbydes omsorgstandpleje, for hvilken der fra 1. januar 2009 maksimalt opkræves 1.560 DKK pr. år. Kommunen yder derudover støtte til tandproteser i tilfælde af funktionelt ødelæggende eller vansirende følger af ulykkesbetingede skader.

Kommunen tilbyder specialiseret tandpleje til personer, der på grund af sindslidelser eller psykisk udviklingshæmning, ikke kan udnytte de eksisterende tandplejetilbud i børne- og ungdomstandplejen, voksentandplejen eller i omsorgstandplejen. For disse ydelser kan kommunen fra 1. januar 2009 opkræve en egenbetaling på 1.560 DKK årligt.

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

Regionen yder herudover et særligt tilskud til tandpleje for kræftpatienter, der enten på grund af strålebehandling i hoved og halsregion eller på grund af kemoterapi har betydelige dokumenterede tandproblemer samt til personer, der på grund af Sjøgrens

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

Sjögrens syndrome suffer from considerable documented dental problems. From 1 January 2008, for these services the region can demand a user payment of a maximum of DKK 1 560 annually. Finally, the region provides highly specialized dental advice, examination and treatment (in dental research centres) for patients with rare diseases and handicaps, for whom the underlying disease can lead to special problems with their teeth, mouth or jaws.

Oral and maxillofacial surgery is carried out in the hospitals and is paid for by the regions in accordance with health legislation.

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

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

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

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

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

Syndrom har betydelige dokumenterede tandproblemer. For disse ydelser kan amtet fra 1. januar 2008 opkræve en egenbetaling på maksimalt 1.560 DKK årligt. Endelig yder regionen højt specialiseret odontologisk rådgivning, udredning og behandling (i odontologisk landsdels- og videnscenter) af patienter med sjældne sygdomme og handicap, hos hvem den tilgrundliggende tilstand giver anledning til specielle problemer i tænder, mund og kæbe.

Tand-, mund- og kæbekirurgisk behandling udføres på sygehusene og betales af regionerne efter sundhedsloven.

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

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

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

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

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

FINLAND: There is a basic fee of EUR 7 per visit for dental treatment at a health centre, 9 EUR per visit to a dentist, and 13 EUR for a visit to a specialist at a health centre. In addition to this, user fees of EUR 5.80-151.50 can be charged, dependent on the type of treatment provided.

The health insurance scheme reimburses 60 per cent of the treatment costs within the rates fixed by the Social Insurance Institution for one annual dental examination in the private dental service. Orthodontic treatment is only reimbursed if the treatment is necessary to prevent other illnesses. Expenditure on dentures and dental laboratory costs are not included in the reimbursement scheme.

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

ÅLAND: All public dental treatment for persons under 19 years of age is free of charge. For others, the cost of a dental visit is EUR 9 with additional standard fees for items of treatment and examinations. The patient pays the actual cost of orthodontic treatment and prosthetic treatment. The same rules as in Finland apply for treatment with private dentists.

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

FINLAND: Der betales et grundbeløb for tandbehandling ved sundhedscentrene på 7 EUR, per besøg hos tandlæge 9 EUR, hos specialtandlæger 13 EUR per besøg. Ud over grundbeløbet kan der opkræves en egenbetaling på 5,80-151,50 EUR, afhængig af undersøgelsens omfang.

Sygeforsikringen giver et tilskud på 60 pct. af behandlingsudgifterne inden for de af Folkpensionsanstalten fastsatte takster til en årlig tandlægeundersøgelse i den private sektor. Der gives kun tilskud til tandregulering hvis dette er nødvendigt for at undgå andre sygdomme. Udgifter til proteser og tandtekniske foranstaltninger er ikke omfattet af tilskudssystemet.

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

ÅLAND: Al offentlig tandbehandling for personer under 19 år er gratis. For andre koster et besøg 9 EUR med tillæg for udgifter til de enkelte foranstaltninger og undersøgelser efter særlige takster. For tandregulering og proteser betales de faktiske udgifter. For besøg hos private tandlæger gælder de samme regler som i Finland.

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

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

land are allowed to set their own fees.

The national dental health insurance scheme offers partial reimbursement of the cost of dental treatment for children under 18 and adults aged 67 years or older. According to a special contract between the state and private dentists 3-year-old and 6-year-old children get an oral examination, fluoride varnish and prophylaxis with oral hygiene instructions for a set fee, which is fully reimbursed. 12-year-old children get the same, plus an x-ray examination if needed.

For children under 18, 75 per cent (according to the public fee schedule) of the cost of most dental treatment is reimbursed, with the exception of gold crowns, bridges and orthodontic treatment.

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

For this group, 50, 75 or 100 per cent of the cost (according to the public fee schedule) of dental treatment may be covered. Full dentures and partial dentures are covered. Gold and porcelain crowns or bridges and implants can be reimbursed up to ISK 80 000 per year.

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

The cost of dental treatment (including

pris.

Sygeforsikringen yder refusion til en del af tandbehandling for børn under 18 år og pensionister 67 år og ældre. I forbindelse med en særlig overenskomst mellem staten og de private tandlæger kan 3 og 6 årige børn få tandundersøgelse, flourbehandling og forebyggende vejledning uden egenbetaling. 12 årige har de samme muligheder inklusiv røntgenundersøgelser hvis det er nødvendigt.

For børn yngre end 18, ydes der 75 pct. (af sygeforsikringens takst) til deres tandbehandling bortset fra guld- og porcelænskroner, broer og tandregulering.

Tandregulering kan refunderes med op til 150.000 ISK med specielle regler. Langtidssyge samt alders- og invalidepensionister får ligeledes dækket deres udgifter helt eller delvist.

Der kan til denne gruppe ydes 50, 75 eller 100 pct. dækning af udgifterne til tandbehandling (af sygeforsikringens takst). Helproteser og delproteser er dækket. Guld- og porcelænskroner eller broer og implantater kan refunderes med op til 80.000 ISK per år.

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

For behandling (inkl. ortodonti) af med-

orthodontic treatment), for congenital malformations and serious abnormalities such as cleft palate and aplasia, and the cost of dental treatment necessary because of accidents and illness, is reimbursed according to special rules.

Dental treatment is not subsidized for the rest of the population. No private dental insurance is available either.

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

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

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

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

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

Scheme. Patients with congenital malformations, larger anomalies such as cleft palate, and for aplasia, accidents and illness are reimbursed according to special rules.

Der ydes ikke tilskud til tandbehandling for den øvrige del af befolkningen. Der findes heller ikke privat forsikring for tandbehandling.

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

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

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

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

Patienter med sjældne medicinske sygdomme kan også få tilskud til tandbe-

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

ance Scheme.

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

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

All persons aged 20 years or more pay part of the cost for conservative treatment. The rest of the cost is paid by the state directly to the dentist. Dental fees are not regulated, which means that dentists decide the cost of the various types of treatment themselves. It is also possible to have a two-year contract for treatment at a fixed price. For persons aged 65 years or older the cost of prosthetic treatment is limited to SEK 900 plus the cost of materials. Dental insurance pays the rest of the cost of treatment directly to the dentist. Reimbursement for dental treatment from a private dentist is limited to the public fees set by the county.

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

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

- Oral surgery carried out in hospitals
- Dental treatment that is a part of the

handling fra Folketrygden.

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

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

Alle personer som er 20 år eller ældre betaler en del af tandlægeregningen for den bevarende behandling. Det resterende beløb betales direkte til tandlægen af staten. Der er fri prisdannelse på tandbehandling hvilket medfører at tandlægerne selv bestemmer prisen for de enkelte behandlingstyper. Det er også muligt at indgå en toårig aftale om behandling til fast pris. For personer på 65 år eller ældre er udgifter til proteser fastsat til maksimalt 900 SEK plus udgifter til materialer. Forsikringen for tandbehandling betaler det resterende beløb direkte til tandlægen. For privatpraktiserende er tilskuddet begrænset til det offentliges takster i lenet.

Personer som har behov for udvidet tandpleje som følge af sygdomme eller handicap gives der et tilskud fra tandbehandlingsforsikringen som er dobbelt så højt som den man normalt giver til den bevarende tandbehandling.

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

- Kirurgisk tandbehandling som udføres ved et sygehus
- Tandbehandling der er led i en syg-

treatment of disease over a limited period of time

- Dental treatment for certain elderly or disabled people who have difficulties maintaining their oral hygiene.

For these groups, the same user fee regulations apply as for outpatient treatment, that is, a maximum of SEK 900 for a 12-month period.

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

domsbehandling i en begrænset periode

- Tandbehandling til visse ældre og handicappede som har svært ved at klare mundhygiejne.

For disse grupper gælder samme egenbetalingsregler som i den ambulante almenne sygdomsbehandling, dvs. højst 900 SEK for en 12 måneders periode.

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

Maximum charges

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

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

FINLAND: If the total cost of pharmaceutical products exceeds EUR 672.70 per year, or if travelling costs for treatment exceed EUR 157.25 per year, the Social Insurance Institution reimburses the excess costs. If a person's ability to pay taxes is reduced because of sickness, a special tax relief may be granted. The amount of the tax relief is calculated on the basis of the person's and his/her family's ability to pay taxes.

Maksimal egenbetaling

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

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

FINLAND: Hvis den maksimale egenbetaling for medicin udgør 672,70 EUR pr. år og hvis udgifterne til transport i forbindelse med behandling overstiger 157,25 EUR pr. år vil Folkpensionsanstalten dække det overskydende beløb. Hvis evnen til at betale skat er nedsat på grund af sygdom gives der en særlig skattelettelse. Skattelettelsens størrelse beregnes i forhold til den pågældendes eller dennes families muligheder for at betale skat.

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

User charges for a long-term stay in an institution or a hospital cannot exceed 82 per cent of a patient's/resident's net income. However, a patient shall have at least EUR 90 per month for personal necessities. The same charge is payable in all kinds of institutions within the social and health care sectors.

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

ÅLAND: The rules for maximum user charges for medicines and transport to and from treatment are the same as in Finland. For treatment of illness, there is a maximum user charge for medical visits and outpatient treatment of no more than EUR 300 during one calendar year, after which all services are free of charge for the remaining part of the year, with the exception of short-term stays in institutions/hospitals, for which the charge is reduced from EUR 22 per day to EUR 11 per day. The maximum charge for children and young people under 18 years and people aged 65 and over is EUR 125

Egenbetalingen for langtidsophold på institution/hospital kan højest udgøre 82 pct. af patientens/beboerens nettoindkomst. Dog skal patienten have mindst 90 EUR per måned til personlige fornødheder. Det er den samme betaling som opkræves på alle typer af institutioner inden for social- og sundhedssektoren.

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

ÅLAND: Reglerne for den maksimale egenbetaling for medicin og transport til og fra behandling er den samme som i Finland. Ved sygdomsbehandling er der en maksimal egenbetaling ved lægebesøg og ambulant behandling på højest 300 EUR i løbet af et kalenderår hvorefter al service er gratis den resterende del af året med undtagelse af kortvarige institutions/hospitalsoophold hvor betalingen reduceres fra 22 EUR pr døgn til 11 EUR pr døgn. For børn og unge under 18 år og 65+ er den maksimale egenbetaling 125 EUR per kalenderår hvorefter al behandling der indgår under den maksimale

per calendar year, after which all treatment included in the maximum user charge scheme is free, including hospital treatment for people under 18 years. As part of the maximum user charge, payment for outpatient treatment and services received outside the county are also included. Dental treatment, and x-ray and laboratory examinations are not included. User charges may be deducted from municipal tax.

ICELAND: Within the present system, user charges are reimbursed for people aged 18-70 years of age and unemployed people, if the costs exceed ISK 25 000 during one calendar year. The same applies to children under 18 if charges exceed ISK 8 100. User charges exceeding ISK 6 100 are reimbursed for the following groups: 60-70 year-old senior citizens receiving a full basic pension, senior citizens 70 years and older, and disabled persons.

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

When the cost ceiling has been reached, an insured person receives a discount 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 with a general medical practitioner or a specialist, home visit by a physician, outpatient treatment in a hospital or a casualty department, and laboratory examinations and X-ray treatment. The scheme does not cover treatment for in vitro fertilization.

NORWAY: Under the present scheme, reimbursement is granted for charges that

egenbetaling er gratis, inklusiv behandling på en hospitalsafdeling for børn og unge under 18 år. Til den maksimale egenbetaling medregnes også betaling for ambulant behandling og ydelser som er modtaget uden for landskabet. Derimod medregnes bl.a. tandbehandling, røntgen- og laboratorieundersøgelser ikke. Egenbetalingen kan fratrækkes i kommuneskatten.

ISLAND: I det nuværende system refunderes egenbetalingen for personer i alderen 18-70 år og arbejdsløse, hvis den i løbet af ét kalenderår overstiger 25.000 ISK. Det samme gælder for børn under 18 år hvis egenbetalingen overstiger 8.100 ISK. For følgende grupper refunderes egenbetalingen hvis den overstiger 6.100 ISK pr. år: Pensionister 60-70 år med fuld grundpension, pensionister 70 år og ældre, og handicappede.

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

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

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

NORGE: I det nuværende system ydes der refusion for egenbetaling, hvis denne

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

exceed a certain annual amount.

User charges for the services that are included in the cost ceiling arrangement are noted on a card. When the cost ceiling is reached, patients receive a card granting them full reimbursement from the National Insurance Scheme for the rest of the year. The cost ceiling for one of the parents extends to children under the age of 16. No user charges are levied for children under the age of 12.

There are two separate reimbursement schemes in Norway.

The following services are included in reimbursement scheme 1:

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

The following services are included in reimbursement scheme 2:

- Examination and treatment by a dentist for certain specified diseases
- Certain physiotherapy services
- Certain stays in approved training institutions
- Travel abroad for treatment under the auspices of Rikshospitalet University Hospital

In 2009, the cost ceiling for reimbursement scheme 1 was NOK 1 780 and for reimbursement scheme 2 NOK 2 560.

SWEDEN: From 1 January 1997, special

overstiger et vist beløb årligt.

Egenbetalingen for de ydelser, der er omfattet af ordningen om udgiftsloft, noteres på et kvitteringskort. Når udgiftsloftet er nået, tildeles patienten et frikort, hvorefter Folketrygden yder fuld refusion for udgifterne i resten af året. Børn og unge under 16 år er omfattet af udgiftsloftet hos én af forældrene. Børn under 12 år er fritaget for egenbetaling.

Der er to helt adskilte egenandelsordninger i Norge.

Følgende ydelser indgår i egenandelsloft nr. I:

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

Følgende ydelser indgår i egenandelsloft nr. II:

- Undersøgelser og behandling hos tandlæge for visse specificerede sygdomme
- Refusionsberettiget fysioterapi
- Visse ophold ved godkendte genoptræningsinstitutioner
- Behandlingsrejser til udlandet (klimarejser) i regi af Rigshospitalet

Egen andelsloftet for 2009 for egen andelsloft I er 1.780 NOK og for egen andelsloft II 2.560 NOK.

SVERIGE: Siden 1. januar 1997 har der

maximum user charges for general medical treatment and pharmaceutical products were introduced.

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

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

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

været særskilte takster for maksimal egenbetaling for almindelig lægebehandling og lægemidler.

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

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

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

CHAPTER II

Population and fertility

Befolkning og fertilitet

Extra Materials

[Nordic tables for births and abortions](#)

Ekstra Materiale

[Nordiske tabeller for fødsler og aborter](#)

Introduction

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

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.

2.1 Population and population trends

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

The development in population growth varies somewhat between the Nordic countries. The natural increase has been greatest in Iceland, the Faroe Islands and Greenland throughout the period. Sweden and Åland have the lowest natural increase. In 2007, net migration contributed to population growth in all the Nordic countries with the exception of Greenland and the Faroes Islands. In addition, there is

2.1 Befolkning og befolkningsudvikling

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

Udviklingen i befolkningstilvæksten varierer en del de nordiske lande imellem. Fødselsoverskuddet har hele perioden igennem været størst i Island, Færøerne og Grønland. Sverige og Åland har det laveste fødselsoverskud. I 2007 bidrager nettomigrationen til en befolkningsforøgelse med undtagelse af Grønland og Færøerne. Desuden har Færøerne et meget stort underskud af kvinder i den ferti-

a large deficit of women of fertile age in the Faroe Islands. In Iceland in particular, there has been a marked increase in immigration.

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

le alder. Især Island har en meget markant stigning i indvandringen.

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

POPULATION AND FERTILITY

Figure 2.1.1 Mean population by sex and age as a percentage of the total population on 2007

Middelfolketallet efter køn og alder i pct. af hele befolkningen 2007

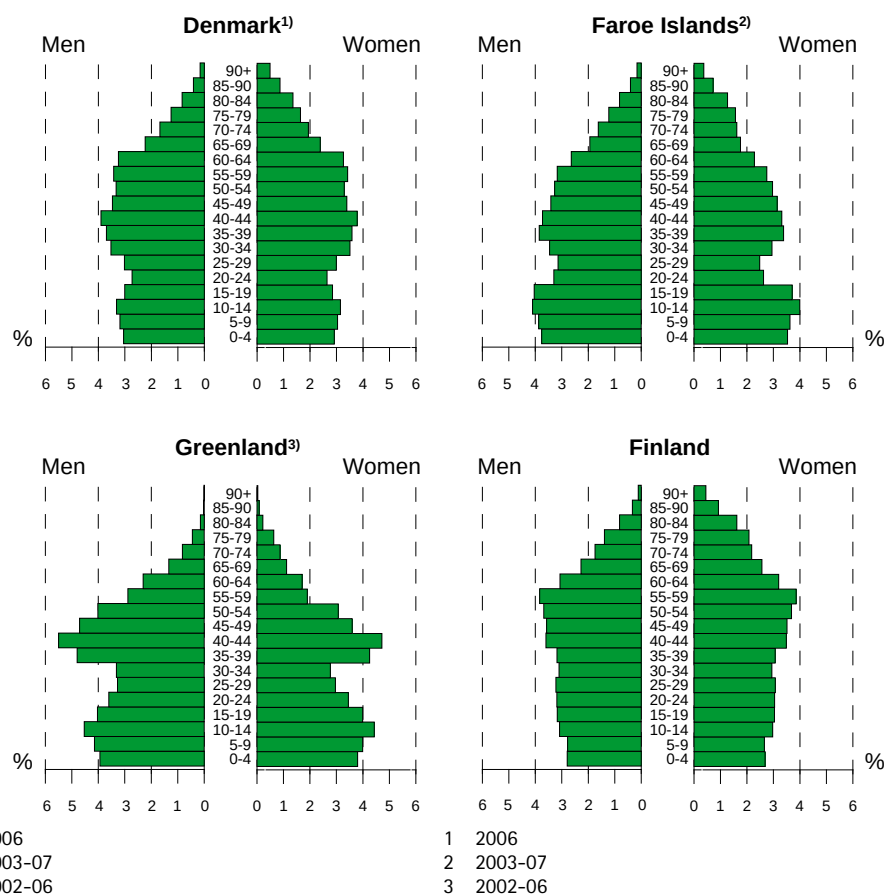
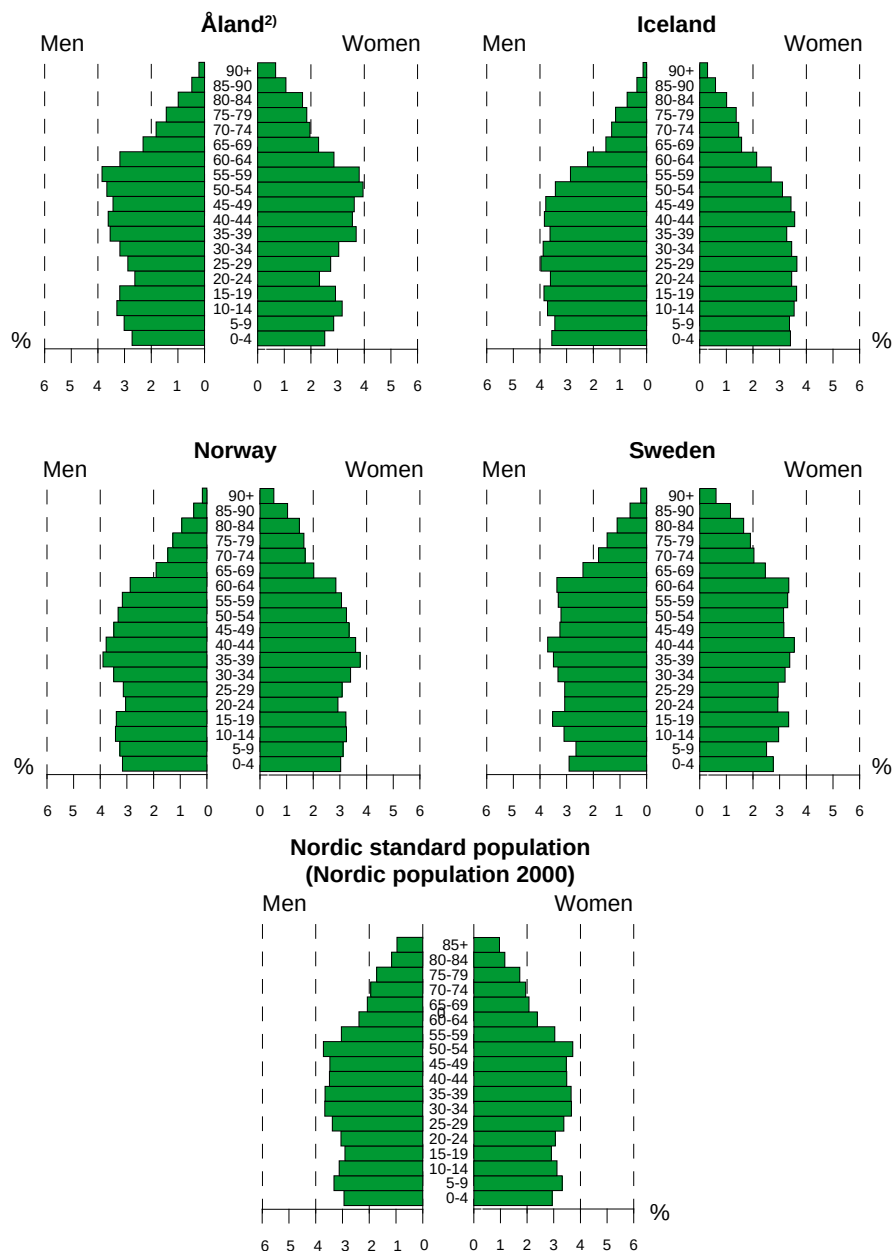


Figure 2.1.1 ... continued
... fortsat



1 2006
2 2003-07
3 2002-06

1 2006
2 2003-07
3 2002-06

POPULATION AND FERTILITY

Figure 2.1.2 Mean population by age groups 1995-2007 per cent

Middelfolketallet fordelt på aldersgrupper 1995-2007 pct.

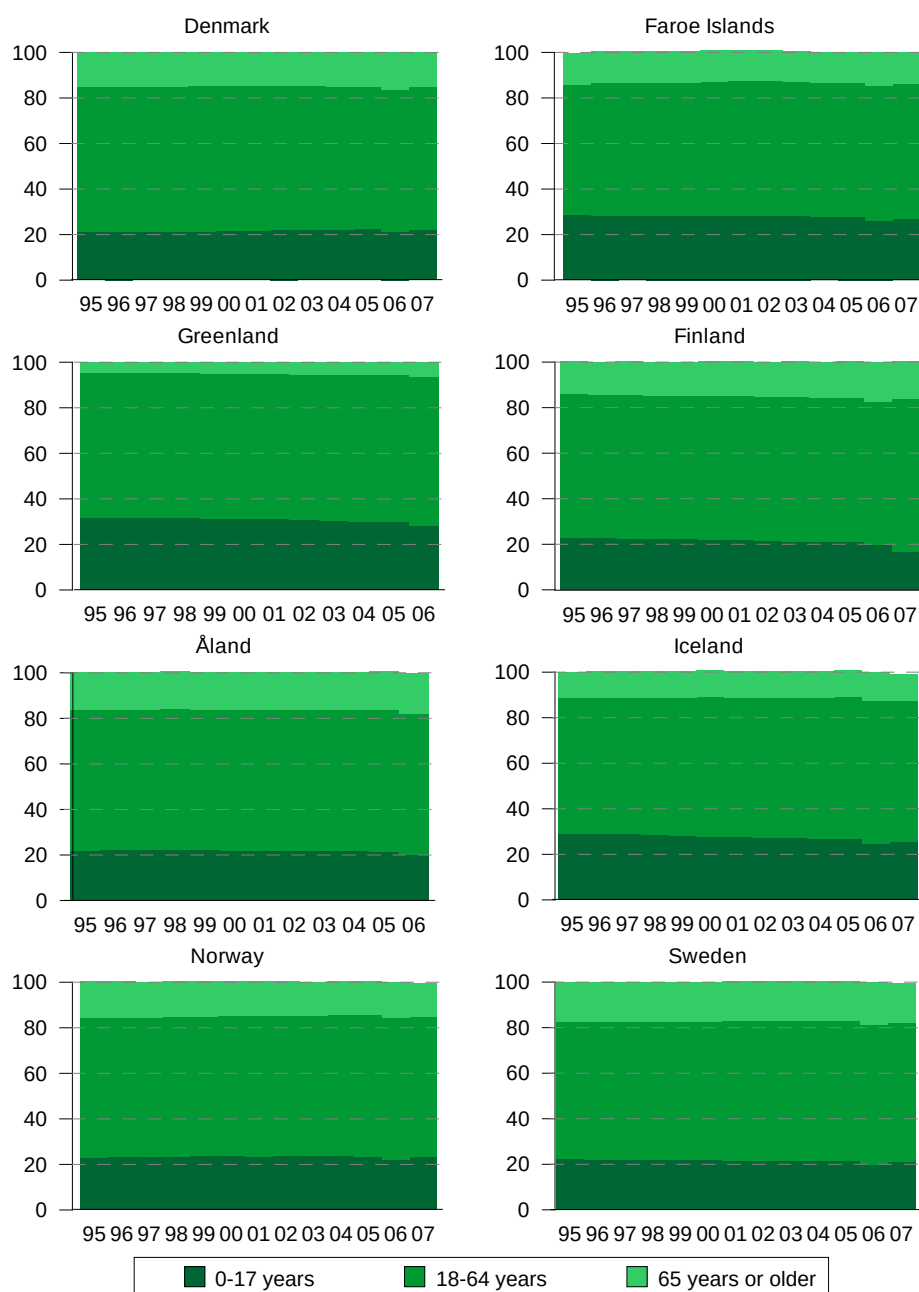


Table 2.1.1 Mean population 1995-2007
Middelfolketallet 1995-2007

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	of which Åland	Iceland	Norway	Sweden
(1 000)								
<i>Men</i>								
Mænd								
1995	2 580	23	30	2 487	12	134	2 155	4 361
2000	2 639	24	30	2 526	13	141	2 224	4 386
2005	2 680	25	30	2 567	13	148	2 293	4 487
2007	2 703	25	30	2 590	13	159	2 343	4 544
<i>Women</i>								
Kvinder								
1995	2 648	21	26	2 621	13	133	2 204	4 466
2000	2 700	22	26	2 650	13	140	2 267	4 486
2005	2 736	23	27	2 679	13	147	2 330	4 561
2007	2 755	23	27	2 698	14	152	2 366	4 604
<i>Men and women</i>								
Mænd og kvinder								
1995	5 229	44	56	5 108	25	267	4 359	8 827
2000	5 340	46	56	5 176	26	281	4 491	8 872
2005	5 416	48	57	5 246	27	296	4 623	9 048
2007	5 457	48	57	5 289	27	311	4 709	9 148

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

POPULATION AND FERTILITY

Table 2.1.2 Vital statistics per 1 000 inhabitants 1995-2007

Befolkningens bevægelser pr. 1 000 indbyggere 1995-2007

	<i>Live births</i> Levendefødte	<i>Deaths</i> Døde	<i>Natural increase</i> Fødselsoverskud	<i>Net migration</i> Nettomigration	<i>Population increase</i> Befolkningstilvækst
Denmark					
1995	13.3	12.1	1.3	5.5	6.7
2000	12.6	10.9	1.7	1.8	3.5
2005	11.9	10.2	1.7	1.2	2.9
2007	11.8	10.2	1.6	4.2	5.8
Faroe Islands					
1995	14.7	8.3	6.4	-13.4	-7.0
2000	15.1	7.7	7.5	9.6	17.1
2005	14.8	8.7	6.1	-8.7	-2.6
2007	13.9	7.9	6.0	-4.5	1.2
Greenland					
1995	20.1	8.7	11.4	-8.3	3.1
2000	15.8	8.1	7.7	-3.6	4.1
2005	15.5	8.1	7.4	-7.9	-0.5
2007	15.1	8.0	7.1	-7.9	-0.8
Finland					
1995	12.3	9.6	2.7	0.6	3.3
2000	11.0	9.5	1.4	0.5	1.9
2005	11.0	9.1	1.9	1.7	3.6
2007	11.1	9.3	1.8	2.6	4.4
Åland					
1995	13.4	10.2	3.2	-3.5	-0.3
2000	10.0	9.6	0.4	-1.2	3.1
2005	10.1	9.7	0.3	5.6	5.9
2007	10.6	9.2	1.4	6.5	7.9
Iceland					
1995	16.0	7.2	8.8	-5.3	3.7
2000	15.3	6.5	8.8	6.1	15.3
2005	14.5	6.2	8.3	13.0	21.3
2007	14.6	6.2	8.4	9.9	18.3
Norway					
1995	13.8	10.4	3.5	1.5	4.9
2000	13.2	9.8	3.4	2.2	5.6
2005	12.3	8.9	3.4	4.0	7.3
2007	12.4	8.9	3.5	8.4	11.9
Sweden					
1995	11.7	10.6	1.1	1.4	2.4
2000	10.2	10.5	-0.3	2.8	2.4
2005	11.2	10.2	1.1	3.0	4.0
2007	11.7	10.0	1.7	5.9	7.6

Sources: The central statistical bureaus

Kilder: De statistiske centralbureauer

Table 2.1.3 Average life expectancy 1996-2007
Middellevetiden 1996-2007

Age	Men					Women				
	0	15	45	65	80	0	15	45	65	80
Denmark										
1996-00	73.8	59.4	31.1	14.8	6.6	78.7	64.2	35.1	18.0	8.4
2004/05	75.6	61.2	32.5	16.0	7.0	80.2	65.7	36.4	19.0	8.8
2006/07	75.9	61.4	32.8	16.2	7.1	80.5	65.9	36.6	19.1	8.8
Faroe Islands										
1996-00	75.2	60.7	32.2	15.5	7.0	81.4	66.8	37.4	19.4	8.8
2001-05	76.9	62.4	33.7	16.9	7.7	81.4	66.6	37.5	19.5	8.7
2003-07	76.5	62.4	33.8	16.8	7.4	82.0	67.3	37.9	19.7	9.1
Greenland										
1996-00	62.8	50.3	26.2	11.1	5.0	68.0	55.0	27.6	12.5	5.3
2001-05	65.7	52.4	27.5	11.6	5.1	71.0	57.2	29.3	13.5	6.2
2002-06	66.3	52.9	27.8	11.8	5.1	71.3	57.7	29.9	14.0	6.8
Finland										
1996-00	73.6	59.1	31.1	15.0	6.6	80.8	66.2	37.1	19.1	8.1
2005	75.5	61.0	32.7	16.7	7.4	82.3	67.7	38.6	20.7	9.1
2007	75.8	61.2	33.1	16.9	7.5	82.8	68.2	39.0	21.0	9.3
Åland										
1996-00	75.8	61.3	32.7	16.2	7.1	82.5	67.6	38.4	20.5	9.0
2001-05	77.6	63.4	34.7	17.1	7.3	83.6	69.1	39.8	21.4	9.6
2003-07	78.1	63.8	34.7	17.1	7.4	83.7	69.2	39.7	21.3	9.4
Iceland										
1996-00	77.1	62.6	34.0	16.7	7.3	81.4	66.8	37.4	19.6	8.6
2004/05	79.2	64.5	35.5	18.0	7.7	83.1	68.4	39.0	20.7	9.4
2006/07	79.4	64.7	35.9	18.3	7.8	82.9	68.2	38.7	20.6	9.6
Norway										
1996-00	75.5	61.1	32.7	15.7	6.7	81.1	66.6	37.4	19.5	8.5
2005	77.7	63.2	34.5	17.1	7.3	82.5	67.9	38.6	20.6	9.3
2007	78.2	63.6	34.8	17.4	7.4	82.7	68.0	38.7	20.6	9.2
Sweden										
1996-00	76.9	62.4	33.6	16.4	7.0	81.8	67.2	37.9	19.9	8.8
2005	78.4	63.8	34.9	17.4	7.4	82.8	68.1	38.7	20.6	9.3
2007	78.9	64.3	35.4	17.8	7.7	83.0	68.3	38.9	20.7	9.3

Sources: The central statistical bureaus
Kilder: De statistiske centralbureauer

POPULATION AND FERTILITY

Figure 2.1.3 Live births and natural increase per 1 000 inhabitants 1990–2007
 Levendefødte og fødselsoverskud per 1 000 indbyggere 1990–2007

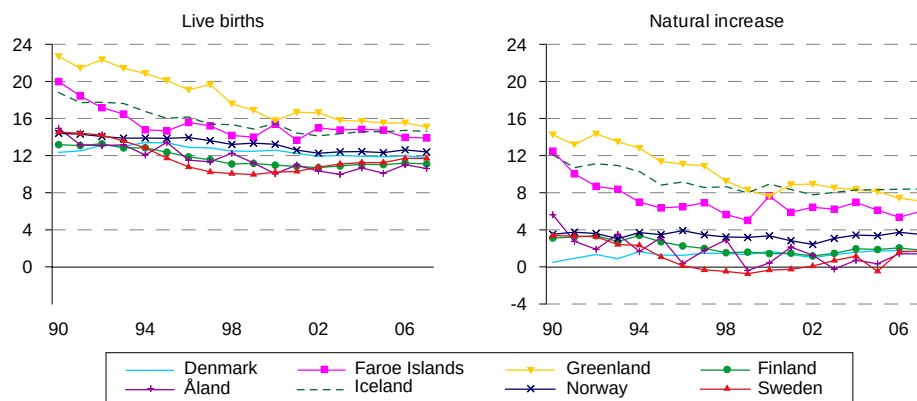
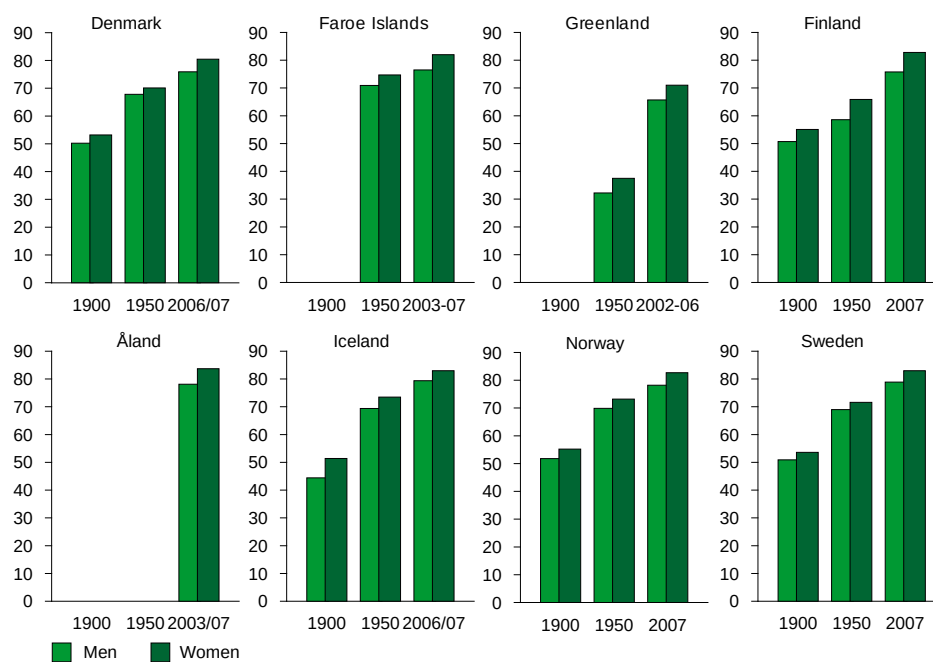


Figure 2.1.4 Life expectancy at birth 1900, 1950 and 2007
 Middellevetiden for nyfødte 1900, 1950 og 2007



2.2 Fertility, births, infant mortality and contraception

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

In all the Nordic countries, it is possible to obtain treatment for infertility, paid for by the public health services (in Iceland and Norway there is, however, a higher user charge for IVF treatment than for other procedures). As shown in Table 2.2.2, more and more people are receiving such treatment, and a significant proportion of live births are the result of in vitro fertilization (IVF). A large number of births resulting from IVF are still multiple births.

Internationally, the Nordic countries are characterized by having very low perinatal mortality. Greenland has the highest among the Nordic countries. The other countries lie relatively close to each other. Changes in perinatal mortality during this period are the result of changes in the definition of gestational age. The time limit for spontaneous abortion and still-birth is now 22 weeks in all Nordic Countries excluding Faroe Islands, Greenland, and Sweden (until July 2008), where the limit is 28 weeks.

Greenland also has the highest mortality rate for the first year of life. Iceland had the lowest mortality rate for the first year of life in 2007.

2.2 Fertilitet, fødsler, spædbørnsdødelighed og prævention

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

I alle de nordiske lande er det muligt at blive behandlet for barnløshed, betalt af det offentlige (i Island og Norge er der en betydelig højere egenbetaling for IVF behandling end for andre former for behandling). Som det ses af tabel 2.2.2 modtager flere og flere behandling og en ikke ubetydelig del af de levendefødte er et resultat af en IVF behandling. For fødsler efter IVF behandling er der fortsat et stort antal flerbarnsfødsler.

Internationalt er de nordiske lande kendetegnet ved at have en meget lav perinatal mortalitet. Grønland ligger højest blandt de nordiske lande. De øvrige lande ligger relativt tæt. Ændringerne i den perinatale dødelighed i perioden skyldes ændringer i definitionen på gestationsalderne. Grænsen for spontant abort og dødfødte er 22 uger i alle de nordiske lande med undtagelse af Færøerne, Grønland, og Sverige (indtil juli 2008) hvor abortgrænsen er 28 uger.

Grønland har ligeledes den højeste dødelighed for det første leveår. Island har den laveste dødelighed i det første leveår i 2007.

POPULATION AND FERTILITY

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

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

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

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

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

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

Abortion rates vary greatly in the Nordic countries.

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

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

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

Nødprævention er relativ udbredt i de nordiske lande hvor forbruget er højest i Norge og lavest i Danmark, Færøerne og Grønland. Det lave forbrug i Danmark afspejler at der er flest kvinder der anvender hormonale præventionsmidler.

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

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

Der er betydelige forskelle mellem landene med hensyn til abortraterne.

Table 2.2.1 Live births and fertility rate 1996-2007
 Levendefødte og fertilitetsrate 1996-2007

	Number of live births Antal levende fødte	Live births per 1 000 women by age Levendefødte pr. 1 000 kvinder i alderen							Total fertility rate Samlet fertilitet
		15-19 ¹⁾	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49 ²⁾	
<i>Denmark</i>									
1996-00	66 951	8.0	54.7	129.7	109.3	41.3	6.0	0.2	1 746
2005	64 282	5.7	43.2	123.9	127.4	48.5	8.4	0.3	1 802
2007	64 846	5.9	43.4	126.9	129.6	55.7	9.3	0.4	1 909
<i>Faroe Islands</i>									
1996-00	657	19.3	108.0	166.0	129.1	58.1	11.1	0.3	2 459
2001-05	694	13.5	109.8	174.1	138.7	64.8	12.0	0.4	2 566
2003-07	693	14.3	92.8	174.4	145.6	69.7	12.4	0.5	2 549
<i>Greenland</i>									
1996-00	994	55.9	160.9	118.4	87.7	47.6	13.5	1.4	2 426
2005	884	66.5	147.2	118.4	90.6	38.8	7.3	1.0	2 349
2003-07	853	43.3	135.6	124.6	87.9	44.5	9.3	-	2 226
<i>Finland</i>									
1996-00	58 295	9.5	61.4	119.8	101.6	44.7	8.8	0.5	1 735
2005	57 745	10.3	57.4	116.3	112.9	51.5	10.7	0.6	1 803
2007	58 729	9.1	58.8	114.9	117.1	53.8	11.4	0.5	1 829
<i>Åland</i>									
1996-00	286	4.9	42.7	122.0	106.3	50.1	8.5	0.6	1 665
2001-05	273	4.8	51.9	103.4	116.5	52.6	11.5	0.4	1 702
2003-07	278	5.4	50.5	104.4	126.5	52.2	12.9	0.6	1 847
<i>Iceland</i>									
1996-00	4 215	23.4	90.2	129.0	107.2	51.6	9.4	0.2	2 055
2005	4 280	15.1	81.5	129.9	114.0	58.4	10.6	0.8	2 052
2007	4 560	14.2	77.4	134.0	121.9	60.0	10.2	1.0	2 094
<i>Norway</i>									
1996-00	59 522	12.4	70.6	130.9	107.8	43.5	6.9	0.2	1 851
2005	56 756	8.0	58.6	124.4	118.6	48.6	8.6	0.4	1 836
2007	58.459	9.1	60.5	122.3	123.2	54.1	9.7	0.4	1 901
<i>Sweden</i>									
1996-00	90 688	7.1	51.7	107.9	93.4	40.3	7.3	0.3	1 540
2005	101 346	6.2	46.6	109.5	124.9	55.9	10.3	0.5	1 769
2007	107 421	6.1	50.0	112.4	132.2	62.4	12.1	0.6	1 880

1 Women under 15 years are included

2 Women over 49 years are included

1 Kvinder under 15 år er medregnet i raten

2 Kvinder over 49 år er medregnet i raten

Sources: The central statistical bureaus

Kilder: De statistiske centralbureauer

POPULATION AND FERTILITY

Table 2.2.2 In vitro fertilization 1995-2007¹⁾
IVF-behandling 1995-2007¹⁾

	Denmark	Finland	Iceland	Norway ²⁾	Sweden ³⁾
<i>Treatments, IVF+ICSI</i>					
Behandlinger, IVF+ICSI					
1995-1999	..	4 569	324	..	..
2000-2004	7 487	4 448	301	4 309	7 447
2005	7 222	4 731	462	5 067	8 062
2007	7 829	4 723	439	5 245	..
<i>Frozen embryo transfers, FET</i>					
Tilbageføring af nedfrosne æg, FET					
1995-1999	..	2 015	..	..	..
2000-2004	918	2 766	76	507	1 847
2005	1 500	2 960	161	1 698	3 458
2007	2 299	3 068	292	2 104	..
<i>Number of live births, IVF+ ICSI + FET</i>					
Antal levendefødte, IVF+ ICSI + FET					
1995-1999	..	1 348	..	..	..
2000-2004	1 814	1 465	123	1 258	2 584
2005	1 786	1 534	167	1 521	2 874
2007	-	1 720	147	1 716	..
<i>Treatments in 2007 per 1 000 women aged 15-49 years</i>					
Behandlinger i 2007 pr. 1 000 kvinder i alderen 15-49 år					
IVF + ICSI	6.3	4.0	5.8	4.8	4.2
FET	1.9	2.6	3.8	1.9	2.0
Total	8.2	6.6	9.6	6.7	6.2
<i>Multiple births, per cent of all births after IVF</i>					
Flerbarnsfødsler, procent af alle fødsler efter IVF-behandling	-	11.0	14.8	15.1	5.8
<i>Children born in multiple births, per cent of all children born after IVF</i>					
Børn født i flerbarnsfødsler, procent af alle børn født efter IVF-behandling	-	19.6	25.7	26.7	11.0
<i>IVF, ICSI and FET, per cent of all live births</i>					
IVF, ICSI and FET i procent af alle levendefødte	-	2.9	3.2	3.1	3.2

IVF = In vitro fertilization (reagensglasbefrugtning)

ICSI = Intracytoplasmic sperm injection (mikrobehandling)

FET = Frozen embryo transfer (tilbageføring af nedfrosne æg)

1 Based on the year of treatment not on the year of birth 1 Beregnet ud fra behandlingsår, ikke fødselsår

2 Figures include the number of live births for all births 2 I Norge dækker antal levendefødte over alle fødsler i 2006.

3 All figures 2006 3 Alle tal 2006

Source: D: National Board of Health; F: THL; I: Art Medica; N: Ministry of Health;
S: National Board of Health and Welfare

Table 2.2.3 Stillbirths and infant mortality¹⁾ 1996-2007
Dødfødte og dødelighed i første leveår¹⁾ 1996-2007

	<i>Number</i> Antal		<i>Per 1 000 births</i> Pr. 1 000 fødte		<i>Deaths per 1 000 live births</i> Døde pr. 1 000 levendefødte			
	<i>Stillbirths</i> Dødfødte	<i>Infant deaths</i> Døde i 1. leveår	<i>Stillbirths</i> Dødfødte	<i>Perinatal deaths</i> Perinatalt døde	<i>First 24 hours</i> Første 24 timer	<i>1-6 days</i> 1-6 dage	<i>7-27 days</i> 7-27 dage	<i>Total under 1 year</i> I alt under 1 år
Denmark								
1996-00	308	332	4.6	7.6	1.6	1.4	0.6	5.0
2001-05	281	292	4.4	7.2	1.6	1.3	0.6	4.5
2007	331	251	5.1	7.3	1.5	0.9	0.6	3.9
Faroe Islands								
1996-00	3.2	1.2	4.9	6.1	0.9	0.3	0.3	1.8
2001-05	1.6	2.2	2.3	4.0	0.9	0.9	0.6	3.2
2007	1.0	5.0	1.5	5.9	1.5	3.0	1.5	7.4
Greenland								
1996-00	8	17	8.1	19.6	8.1	3.1	1.0	16.8
2001-05	5	15	5.4	14.2	6.0	2.6	0.4	16.9
2007	5	12	5.8	14.0	4.7	4.7	1.2	14.1
Finland								
1996-00	214	227	3.7	5.8	1.3	0.8	0.6	3.9
2001-05	187	191	3.2	5.2	1.1	0.8	0.5	3.3
2007	204	161	3.5	5.1	0.9	0.7	0.3	2.7
Åland								
1996-00	-	1	1.5	3.5	0.7	1.4	-	3.5
2001-05	1	1	3.7	6.6	1.5	1.5	-	3.7
2003-07	2	3	1.4	2.9	0.7	0.7	-	2.2
Iceland								
1996-00	15	15	3.6	5.7	1.6	0.5	0.3	3.5
2001-05	9	10	2.2	3.6	0.7	0.7	0.2	2.5
2007	7	9	1.5	2.6	0.4	0.7	0.2	2.0
Norway ²⁾								
1996-00	244	244	4.1	6.2	1.0	1.1	0.6	4.1
2001-05	209	195	3.7	5.5	0.9	0.9	0.6	3.5
2007	241	185	4.1	5.8	0.8	0.9	0.4	3.2
Sweden								
1996-00	332	325	3.7	5.4	0.8	0.9	0.6	3.6
2001-05	329	303	3.5	5.0	0.7	0.9	0.5	3.1
2007	326	268	3.0	4.3	0.6	0.7	0.4	2.5

1 Calculated according to year of death

2 Figures for infant death 2006 are preliminary figures

1 Opgjort efter dødsår

2 Spædbørnsdødelighed for Norge 2006 er foreløbige tal

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

POPULATION AND FERTILITY

Figure 2.2.1 Total fertility rate 1995-2007
Samlet fertilitetsrate 1995-2007

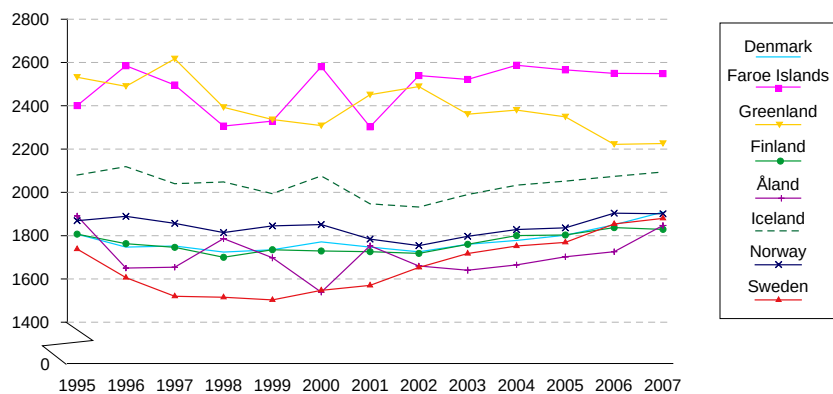
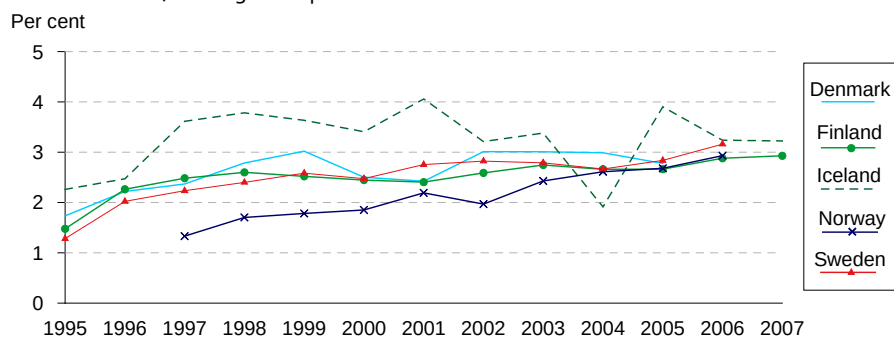


Figure 2.2.2 IVF, ICSI and FET, percentage of all live births 1995-2007
IVF, ICSI og FET i procent af alle levendefødte 1995-2007



Source: Tables 2.2.2
Kilde: Tabel 2.2.2

Figure 2.2.3 Perinatal deaths and infant mortality 1996-2007
Perinatal dødelighed og dødelighed i første leveår 1996-2007

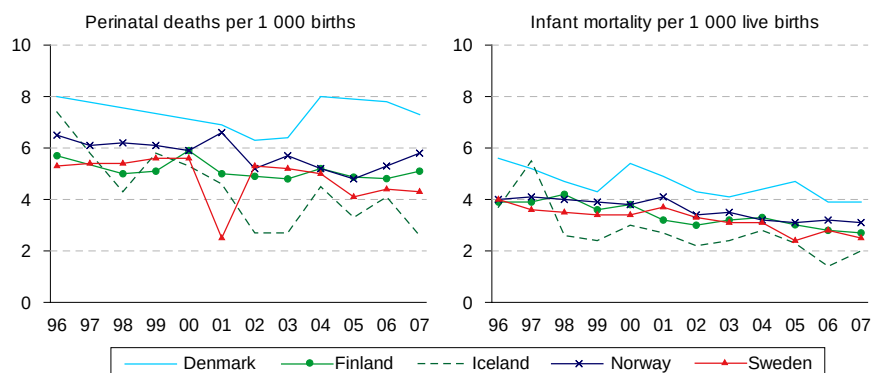


Table 2.2.4 Stillbirths and deaths during the first year of life per 1 000 births, with birthweight 1 000 grams and more, total figures and rates per 1 000 births¹⁾ 1995-2007

Dødfødte og døde i løbet af første leveår med en fødselsvægt på 1 000 gram og mere, i alt og pr. 1 000 fødte 1995-2007¹⁾

	<i>Number Antal</i>	<i>Per 1 000 births Pr. 1 000 fødte</i>	<i>Deaths per 1 000 live births Døde pr. 1 000 levendefødte</i>					
	<i>Stillbirths Dødfødte</i>	<i>Infant deaths Døde i 1. leveår</i>	<i>Stillbirths Dødfødte</i>	<i>First 24 hours Første 24 timer</i>	<i>1-6 days 1-6 dage</i>	<i>7-27 days 7-27 dage</i>	<i>28 days to 1 year 28 dage til 1 år</i>	<i>Total under 1 year I alt under 1 år</i>
Denmark								
1995	282	330	4.0	1.0	1.9	0.6	1.3	4.7
2000	183	238	2.9	0.6	1.3	0.5	1.2	3.6
2005	123	174	1.9	0.8	0.7	0.5	0.8	2.7
2007	143	126	2.2	0.4	0.5	0.4	0.7	2.0
Finland								
1995	187	168	3.0	0.5	0.7	0.5	1.0	2.7
2000	149	150	2.6	0.5	0.5	0.5	1.1	2.7
2005	116	119	2.0	0.5	0.5	0.3	0.8	2.1
2007	139	94	2.4	0.4	0.6	0.1	0.6	1.6
Iceland								
1995	7	13	1.6	0.9	0.7	-	1.4	3.0
2000	13	5	3.0	0.0	0.2	0.2	0.7	1.2
2005	6	4	1.4	-	0.5	-	0.5	0.9
2007	8	4	1.8	-	0.2	0.2	0.4	0.9
Norway								
1995	177	182	2.9	0.7	0.7	0.4	1.3	3.0
2000	195	149	3.3	0.6	0.5	0.3	1.1	2.5
2005	142	104	2.5	0.5	0.4	0.3	0.6	1.8
2006	141	132	2.4	0.7	0.4	0.4	0.7	2.2
Sweden								
1995	318	295	3.1	0.6	0.6	0.5	1.2	2.9
2000	318	215	3.6	0.5	0.7	0.4	0.9	2.4
2005	263	182	2.6	0.4	0.4	0.2	0.9	1.8
2007	290	169	2.8	0.4	0.3	0.2	0.7	1.6

1 Calculated according to year of birth

1 Opgjort efter fødselsår

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

POPULATION AND FERTILITY

Table 2.2.5 Sterilizations 1995-2007
Sterilisationer 1995-2007

	<i>Denmark¹⁾</i>	<i>Faroe Islands</i>	<i>Greenland</i>	<i>Finland</i>	<i>Of which Åland</i>	<i>Iceland</i>
<i>Men</i>						
Mænd						
1995	5 256	3	4	792	-	87
2000	5 544	14	18	1 772	2	246
2005	4 974	..	10	1 812	-	285
2007	..	6	9	1 402	-	296
<i>Women</i>						
Kvinder						
1995	4 815	60	67	10 472	31	553
2000	5 101	29	127	8 700	31	519
2005	4 044	29	109	5 104	48	274
2007	..	27	53	3 321	22	190
<i>Total</i>						
I alt						
1995	10 071	63	71	11 313	31	640
2000	10 645	43	145	10 471	33	765
2005	9 018	..	119	6 196	48	559
2007	..	33	62	4 723	22	486
[2007]	2006					
<i>Per 1 000 in the age group</i>						
<i>Pr. 1 000 i alderen</i>						
<i>Men</i>						
Mænd						
25-34	2.7	0.0	0.5	0.7	0.0	2.8
35-44	7.6	1.4	1.3	2.3	0.0	7.8
45-54	2.2	0.3	0.0	0.7	0.0	1.7
<i>Women</i>						
Kvinder						
25-34	3.2	2.4	6.0	2.4	3.3	2.3
35-44	5.7	6.6	6.5	6.8	7.7	5.9
45-54	0.5	0.0	0.0	0.5	1.0	0.6

1 Sterilizations performed in hospitals

1 Sterilisationer udført på sygehuse

Sources: D: National Board of Health; FI: Chief Medical Officer; G: Chief Medical Officer; F & Å: THL;
Kilder: I: Directorate of Health

Table 2.2.6 Consumption of hormonal contraceptives: consumption per 1 000 women aged 15-44 years 2000-2007. DDD per 1 000 women 15-44 years/day¹⁾

Forbrug af hormonale præventionsmidler: forbrug pr. 1 000 kvinder i alderen 15-44 år 2000-2007. DDD pr. 1 000 kvinder i alderen 15-44 år/dag¹⁾

ATC-code G03A, incl. patches in G03AA13 and intra-vaginal contraceptives (G02BB)	Denmark ²⁾	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
2000	297	258	209	224	281	259	211	299
2004	324	261	253	228	242	211	233	294
2005	325	283	314	225	218	207	235	286
2006	329	286	195	234	217	210	252	280
2007	285	..	210	236	229	201	238	253

1 Excl. injections and implants

2 Only prescription data

1 Ekskl. insprøjtninger og implantater.

2 Kun data fra recepter.

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

Table 2.2.7 Emergency contraceptives: number of 1 000 sold packages 2000-2007
Nødprævention: antal 1 000 solgte forpakninger 2000-2007

ATC code G03A	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
2000	31.5	0.1	-	42.7	0.2	2.0	27.7	10.9
2004	70.9	0.3	0.4	91.6	0.5	5.0	114.2	165.0
2005	76.7	0.5	0.5	91.4	0.5	6.4	128.1	167.2
2006	85.1	0.7	0.5	90.6	0.5	6.7	140.0	185.7
2007	96.4	0.7	0.5	106.0	0.5	6.6	151.5	196.5
Per 1 000 women aged 15-44								
2000	28.5	12.2	-	41.9	36.0	31.6	30.2	6.4
2004	67.1	30.1	29.7	92.1	94.4	79.0	123.9	96.0
2005	72.6	60.7	40.9	92.2	95.8	101.6	138.7	97.0
2006	80.8	78.8	39.5	91.6	101.4	104.6	150.6	106.7
2007	91.5	82.2	58.5	107.4	103.2	100.7	161.9	111.6

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

POPULATION AND FERTILITY

Table 2.2.8 Number of induced abortions 1996–2007

Antal fremkaldte aborter 1996–2007

	Number of abortions	Abortions per 1 000 women by age Aborter pr. 1 000 kvinder i aldermen							Total abortion rate	Abortions per 1 000 live births
	Antal aborter	15-19 ¹⁾	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49 ²⁾	Samlet abortrate	Aborter pr. 1 000 levendefødte
Denmark										
1996-00	16 580	14.5	21.0	19.5	18.3	12.8	4.8	0.5	456.5	247.4
2001-05	15 268	14.9	20.7	17.6	16.7	13.1	4.9	0.4	440.9	238.0
2007	14 984	15.6	22.9	17.2	15.5	12.5	4.9	0.3	444.5	231.1
Faroe Islands										
1996-00	47	4.4	5.2	7.3	7.8	5.5	2.9	0.6	168.3	70.9
2001-05	40	4.3	5.3	6.3	4.3	5.2	1.8	0.3	146.3	57.9
2007	46	4.8	11.6	3.4	4.3	4.5	3.7	0.0	161.0	68.0
Greenland										
1996-00	881	114.6	138.7	87.7	57.8	28.0	9.2	1.1	2 185.5	888.6
2001-05	861	113.9	143.2	92.6	58.9	28.9	10.3	0.9	2 247.9	946.7
2007	887	101.5	138.0	108.1	63.2	23.3	8.3	0.9	2 216.5	1 038.8
Finland										
1996-00	10 638	12.8	15.0	13.3	10.9	7.4	2.9	0.3	312.9	196.0
2001-05	10 911	15.5	17.1	12.7	10.6	7.8	3.2	0.2	335.0	193.0
2007	10 536	13.4	18.0	12.7	10.2	7.6	3.0	0.2	325.8	179.4
Åland										
1996-00	64	16.6	20.8	12.9	14.0	10.0	4.8	0.8	398.9	224.6
2001-05	63	16.4	22.1	18.7	10.5	11.1	3.7	0.2	413.3	242.3
2003-07	65	15.7	24.3	19.5	10.6	11.0	3.6	0.4	422.7	272.4
Iceland										
1996-00	922	22.6	24.0	17.4	11.8	9.4	3.9	0.3	447.2	218.8
2001-05	915	19.4	23.7	16.9	13.4	9.1	4.5	0.3	435.9	220.1
2007	877	17.7	22.3	17.0	10.7	9.8	2.4	0.1	400.8	192.3
Norway										
1996-00	14 248	18.7	26.1	19.7	15.2	9.9	3.5	0.3	471.0	239.4
2001-05	13 879	16.4	26.9	19.5	15.1	10.6	3.9	0.3	465.1	245.8
2007	15 165	17.0	29.5	22.4	15.9	11.2	4.2	0.4	502.0	259.4
Sweden										
1996-00	31 250	18.2	27.0	23.4	20.2	15.0	5.9	0.6	551.5	344.4
2001-05	33 808	23.3	30.3	23.6	19.9	15.5	6.7	0.6	599.4	345.9
2007	37 205	23.9	34.2	26.3	20.5	16.0	6.8	0.7	642.0	346.3

1 Women under 15 years are included

2 Women over 49 years are included

1 Kvinder under 15 år er medregnet i raten

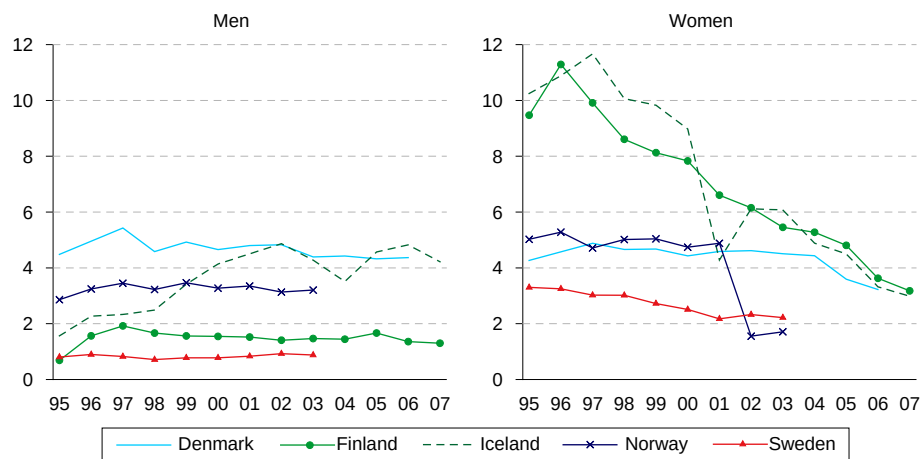
2 Kvinder over 49 år er medregnet i raten

Definition: The total abortion rate is the number of abortions per 1 000 women expected to live to be 50 years, calculated from the age specific abortion rates for the current period.

Definition: Den samlede abort rate er antallet af aborter pr. 1 000 kvinder, der forventes at leve til de bliver 50 år, udregnet fra den aldersspecifikke abort i den bestemte periode.

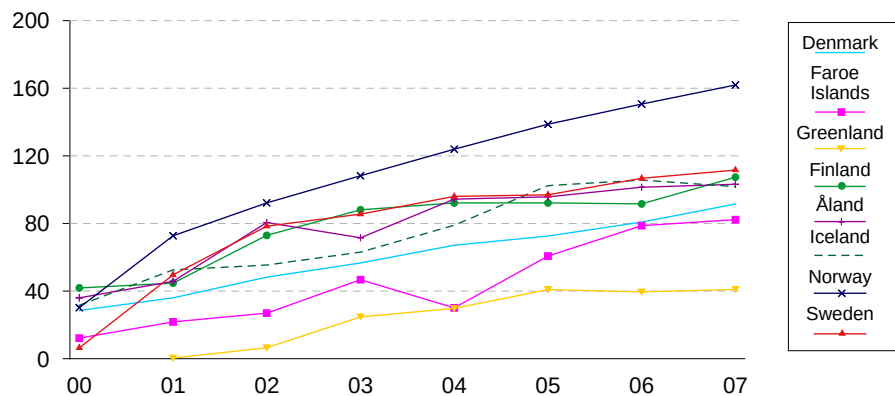
Sources: The national abortion registers
Kilder: De nationale abortregistre

Figure 2.2.4 Sterilizations per 1 000 inhabitants aged 25-54 1995-2007
 Sterilisationer pr. 1 000 indbyggere i alderen 25-54 år 1995-2007



Source: Table 2.2.5
 Kilde: Tabel 2.2.5

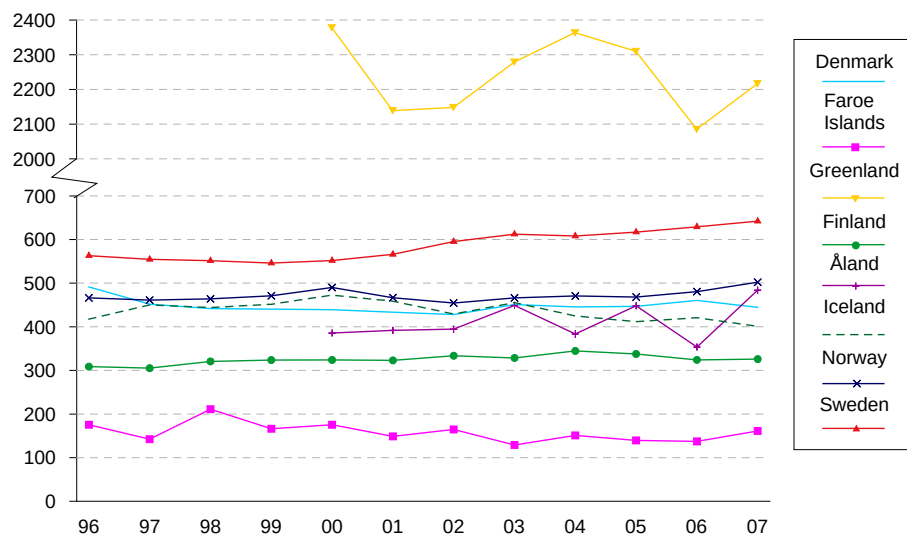
Figure 2.2.5 Sales of emergency prevention per 1 000 women aged 15-44 years 2000-2007
 Salg af nødprævention pr. 1 000 kvinder i alderen 15-44 år 2000-2007



Source: Table 2.2.7
 Kilde: Tabel 2.2.7

POPULATION AND FERTILITY

Figure 2.2.6 Total abortion rate 1996–2007
Samlet abortrate 1996–2007



Source: Table 2.2.8
Kilde: Tabel 2.2.8

Chapter III

Morbidity, medical treatment, accidents and medicinal products

Sygelighed, sygdomsbehandling, ulykker og medicin

Extra material

[Reference group for Patient Statistics](#)

[Discharge data](#)

[Shortlist for discharges](#)

[Surgery data](#)

[Shortlist for surgery](#)

[The Nordic Cancer Union](#)

Supplerende materiale

[Referencegruppe for patient statistik](#)

[Data for udskrivningerne](#)

[Kortliste for udskrivninger](#)

[Data for kirugi](#)

[Kortliste for kirugi](#)

[Den nordiske cancerunion](#)

Introduction

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

Indledning

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

3.1 Diseases related to lifestyle

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

Although the number of smokers in the Nordic countries has been decreasing during recent years, there continues to be large differences in the number of smokers, both for men and for women and some differences between countries. Among other things, this pattern of behaviour is reflected in the incidence of lung cancer, as shown in Figure 3.1.1. The rates reflect behaviour several years previously.

Table 3.1.2: Nicotine in various pharmacological formulations (N07BA01) is used to alleviate withdrawal symptoms and to help in smoking cessation. In all Nordic countries it belongs to the ten best selling substances calculated in terms of pharmacy retail prices. In Iceland the consumption is at least three times higher than in the other countries.

Bupropion (N07BA02), originally an antidepressant but introduced in 2000 to help smoking cessation, has a very small use in all countries.

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

3.1 Sygdomme relateret til livsstil

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

Selvom antallet af rygere i de senere år er faldende i de nordiske lande, er der dog fortsat store forskelle i antallet af rygere, både hos mænd og kvinder og en vis forskel mellem landene. Dette adfærdsmønster afspejler sig blandt andet i forekomsten af nye tilfælde af lungecancer som det fremgår af figur 3.1.1, hvor raterne dog afspejler adfærd flere år tilbage.

Tabel 3.1.2 Nikotin i forskellige administrationsformer (N07BA01) bruges til at lindre abstinenser og til at hjælpe ved rygestop. I alle de nordiske lande ligger nikotin blandt de ti bedst sælgende stoffer opgjort i apotekernes udsalgspriser. I Island er forbruget mindst tre gange højere end i de andre lande.

Bupropion (N07BA02), der oprindeligt var et antidepressiva, blev i 2000 lanceret som hjælpemiddel ved rygestop. Lægemidlet bruges meget lidt i alle landene.

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

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

The number of diagnosed cases of tuberculosis is relatively stable in the Nordic Countries, with the exception of Greenland, where there has been a marked increase.

The incidence of HIV infection is relatively stable, with the highest incidence in Denmark and the lowest in Finland. The trend is related to new methods of treatment. Because of these new methods, infected people have a longer period with HIV infection, and therefore a longer time before AIDS is established. This gives a greater number of potential carriers with the risk of infecting other people.

Without doubt, Iddermen infection is the most common sexually transmitted disease in the Nordic countries. It is also the most common cause of infertility among women. There are some differences between the countries, but Greenland is radically different. The disease is often without symptoms, and is therefore probably under-reported.

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

The proportion of people who are overweight is an increasing problem in the Nordic countries. The proportion is highest in Iceland and lowest in Norway.

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

Diagnostiserede tilfælde af tuberkulose er relativt stabil i de nordiske lande med undtagelse af Grønland, hvor der har været en markant stigning.

Forekomsten af HIV smitte ligger relativt stabil med de højeste forekomster i Danmark og de laveste i Finland. Udviklingen skal ses i sammenhæng med de nye behandlingsmetoder der medfører en længere periode med HIV infektion og derfor længere tid inden der konstateres AIDS. Dette giver flere potentielle smittebærere med risiko for at smitte andre.

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. Der er en vis forskel mellem landene hvor Grønland dog skiller sig helt ud fra de øvrige lande. Sygdommen er ofte asymptomatisk, og derfor angiveligt underreporteret.

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.

Andelen af personer der er overvægtige er et stigende problem i de nordiske lande. Der er flest overvægtige i Island og færrest i Norge.

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.1.1 Percentage of daily smokers by sex 2007

Daglige rygere procentvis efter køn 2007

		Denmark ¹⁾	Faroe Islands	Finland	Iceland	Norway	Sweden
Age	Alder	13+	15+	15-64	15-79	16-74	16-84
<i>Smoking men as a percentage of men in the age group</i>							
Mænd, rygere, I pct. af mænd i aldersgruppen							
		28	21	26	21	22	13
<i>Smoking women as a percentage of women in the age group</i>							
Kvinder, rygere, I pct. af kvinder i aldersgruppen							
		23	27	17	18	22	15
1 2004			1 2004				

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

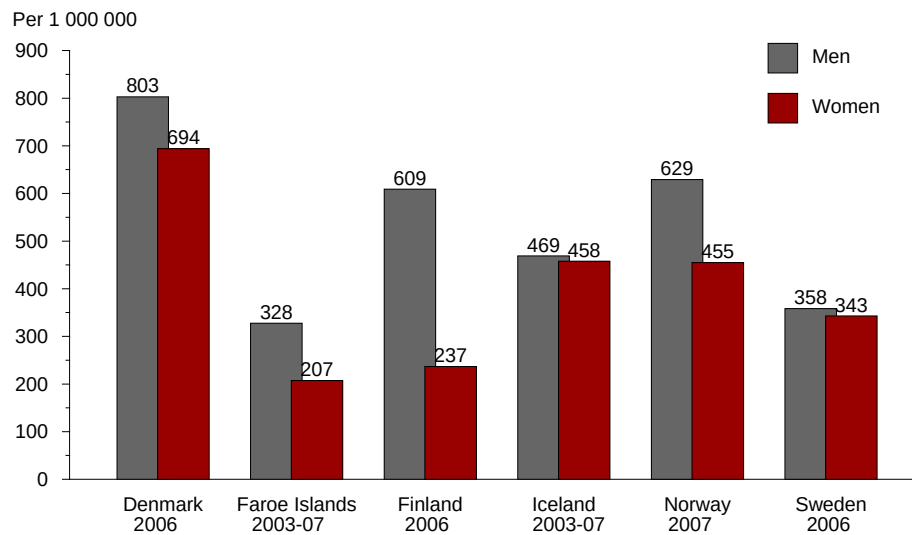
Table 3.1.2 Sales of drugs used for nicotine dependence (ATC-group N07B), DDD/1 000 inhabitants/day, 1999-2007

Salg af midler mod nikotinafhængighed (ATC-gruppe N07B), DDD/1 000 indbyggere/døgn 1999-2007

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
N07BA01								
<i>Nicotine</i>								
<i>Nicotin</i>								
1999	3.3	1.7	1.3	2.6	4.0	12.2	2.4	5.1
2000	4.1	2.3	1.6	2.6	3.8	14.2	2.7	5.3
2004	6.5	3.2	1.5	4.8	5.3	18.1	3.4	6.3
2005	6.7	3.8	1.7	5.7	5.9	19.4	3.6	6.7
2006	7.0	4.0	3.9	6.4	6.7	20.1	3.9	6.8
2007	7.2	..	..	7.1	7.1	19.5	4.3	7.1
N07BA02								
<i>Bupropion</i>								
<i>Bupropion</i>								
1999	0.3	0.0	0.0	..	..	..	0.3	0.1
2000	0.3	0.1	0.0	..	..	1.1	0.6	0.2
2004	0.2	0.2	0.1	0.4	0.2	1.1	0.3	0.3
2005	0.3	0.2	0.1	0.4	0.3	1.0	0.2	0.4
2006	0.4	0.2	0.0	0.4	0.6	0.8	0.2	0.4
2007	0.3	..	..	0.2	0.3	1.0	0.2	0.3

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

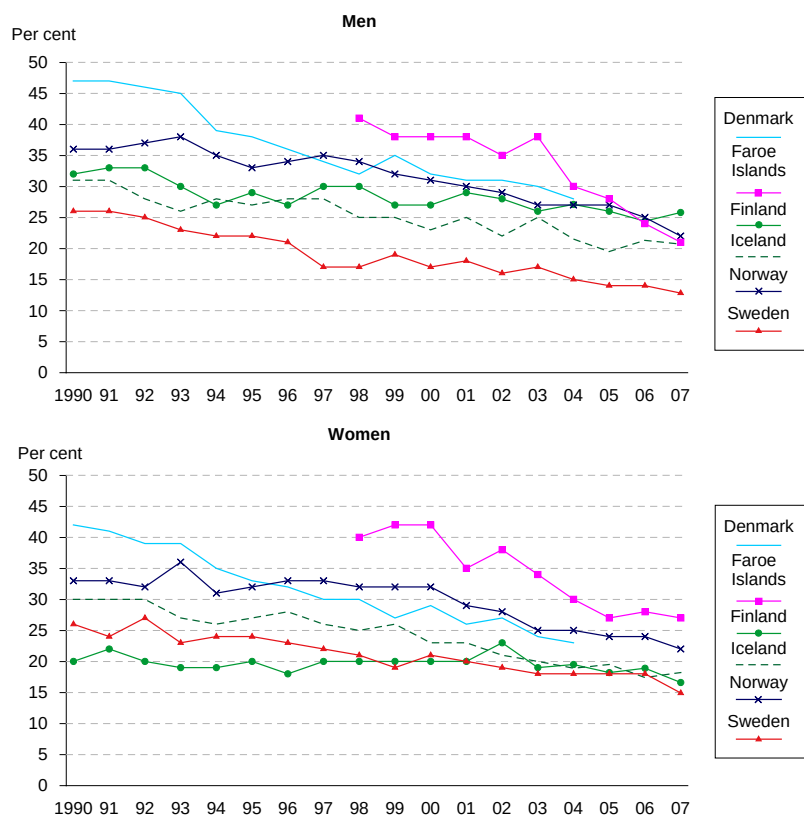
Figure 3.1.1 Rates for new cases of lung cancer per 1 000 000 inhabitants
 Rater for nye tilfælde af lungecancer pr. 1 000 000 indbyggere



Source: Tables 3.2.1 and 3.2.2
 Kilde: Tabel 3.2.1 og 3.2.2

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Figure 3.1.2 Percentage of daily smokers by sex 1990–2007
Daglige rygere procentvis efter køn 1990–2007



Sources: OECD, for 2001, 2002 and 2003. Other years Table 3.1.1. Faroes Islands: Statistics Faroe Islands.

Table 3.1.3 Sales of alcoholic beverages in litres of 100 per cent pure alcohol per capita aged 15 years and over 1995–2007

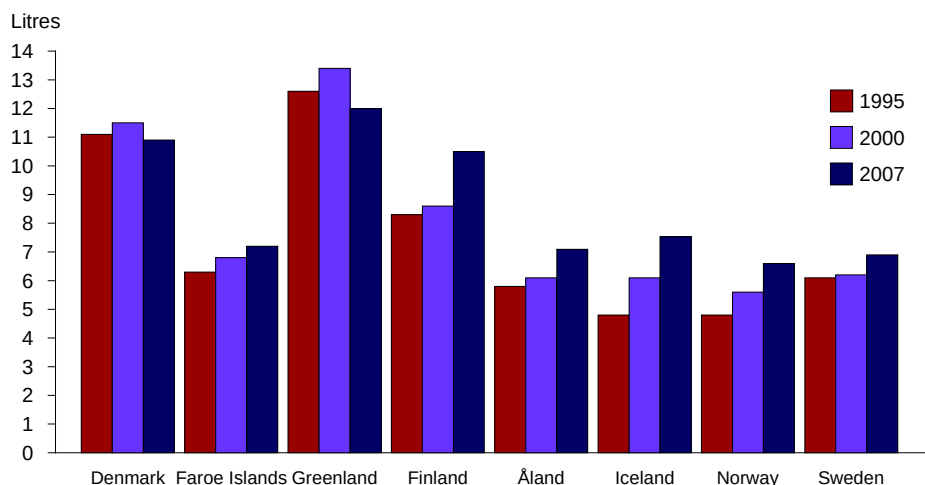
Salg af alkoholiske drikke I liter 100 pct. Ren Ilderme pr. Indbygger 15 år og derover 1995–2007

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
1995	12.1	6.3	12.6	8.3	5.8	4.8	4.8	6.2
2000	11.5	6.8	13.6	8.6	6.1	6.1	5.6	6.2
2005	11.3	6.6	12.1	10.0	6.6	7.1	6.4	6.6
2007	10.9	7.2	12.0	10.5	7.1	7.5	6.6	6.9

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

Figure 3.1.3 Sales of alcoholic beverages in litres of 100 per cent pure alcohol per capita aged 15 years and over 1995, 2000 and 2007

Salg af alkoholiske drikke i liter 100 pct. Ren i derme pr. Indbygger 15 år, 1995, 2000 og 2007



Sources: D, FI, G, I, N: The central statistical bureaus

Kilder: D, FI, G, I, N: De statistiske centralbureauer

F & Å: THL; S: National Institute of Public Health

Table 3.1.4 Overview of BMI (body mass index), obesity rate, population aged 15+
Oversigt over BMI, fedme rate, indbyggere i i dermen 15 år og derover

	Denmark	Færøerne ¹⁾	Finland ¹⁾	Iceland ^{2,3)}	Norway ²⁾	Sweden
	2005	2007	2007	2007	2005	2007
Proportion of people with BMI > 30						
Andel personer med BMI > 30	11.4	10.0	14.9	20.1	9.0	10.2

1 Self-reported BMI from interviews

2 Self-reported height and weight

3 18-79 years old

1 Selvrappporteret BMI i interview

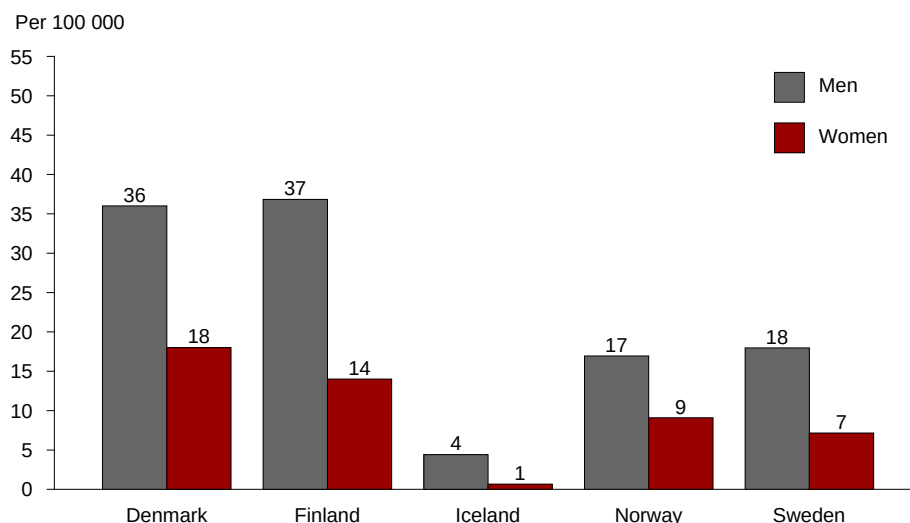
2 Selvrappporteret højde og vægt

3 18-79 år

Source: National boards of health; I: The Public Health Institute of Iceland; FI: THL

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Figure 3.1.4 Patients treated in somatic hospitals for alcoholic liver disease per 100 000 inhabitants 2007¹⁾
 Patienter behandlet på somatiske sygehuse for alkoholisk leversygdom pr. 100 000 indbyggere 2007



1 2006 for Denmark

1 2006 for Denmark

Sources:

D: National Board of Health; FI: Ministry of Health; F: THL; I: Directorate of Health;

Kilder:

N: Norwegian Patient Register; S: National Board of Health and Welfare

Table 3.1.5 Diagnosed cases of tuberculosis per 100 000 inhabitants 1995-2007
 Diagnosticerede tilfælde af tuberkulose pr. 100 000 indbyggere 1995-2007

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway ¹⁾	Sweden ¹⁾
<i>Men</i>					M+W			
Mænd								
1995	9.8	-	94.3	13.9	7.9	3.7	6.4	6.5
2000	12.1	21.7	50.0	12.4	3.9	2.8	5.8	5.2
2005	9.5	-	178.1	8.0	3.8	4.0	6.6	6.8
2007	8.7	-	126.6	7.6	-	2.5	6.7	5.4
<i>Women</i>								
Kvinder								
1995	7.5	9.5	76.8	12.0	.	3.7	4.5	6.3
2000	8.5	4.5	111.0	8.5	.	5.7	4.8	5.2
2005	6.2	-	165.1	5.8	.	2.0	6.0	6.0
2007	5.7	4.0	82.6	5.0	-	6.6	6.3	5.5

1 Including relapses

1 Inklusive tilbagefald

Sources:

D: Statens Seruminstitut; FI: Chief Medical Officer; G: Chief Medical Officer; F & Å: THL; I: Directorate

Kilder:

of Health; N: Norwegian Institute of Public Health; S: Swedish Institute for Infectious Disease Control

Table 3.1.6 Confirmed new cases of HIV 1996-2007

Påviste nye tilfælde af HIV 1996-2007

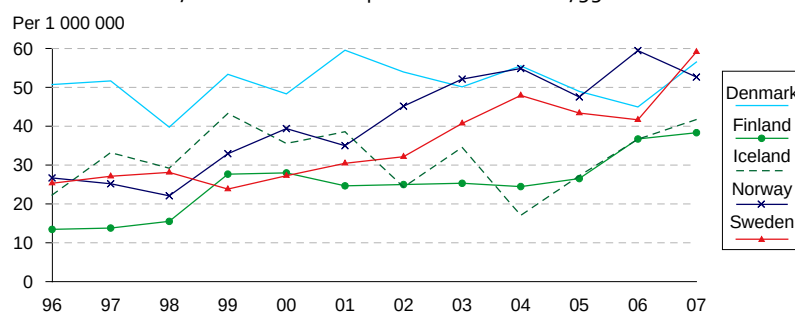
	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Of which Åland	Iceland	Norway	Sweden
<i>Men Mænd</i>								
1996-00	180	-	6	69	.	6	81	155
2001-05	206	-	5	98	.	6	148	212
2007	225	-	3	136	-	6	166	324
<i>Women Kvinder</i>								
1996-00	80	-	4	33	.	3	49	78
2001-05	82	-	2	41	.	2	87	138
2007	83	-	-	52	-	7	82	208
<i>Total I alt</i>								
1996-00	260	-	9	101	0.4	9	130	233
2001-05	289	-	7	139	0.6	8	214	349
2007	308	-	3	188	-	13	248	541

Sources: See Table 3.1.5

Kilder: Se tabel 3.1.5

Figure 3.1.5 Confirmed new cases of HIV per 1 000 000 inhabitants 1996-2007

Påviste nye tilfælde af HIV per 1 000 000 indbyggere 1996-2007



Sources: See Table 3.1.6

Kilder: Se tabel 3.1.6

Table 3.1.7 Notified cases of gonorrhoea and syphilis per 100 000 inhabitants aged 15 years and over 2007

Anmeldte tilfælde af gonorré og syfilis pr. 100 000 indbyggere 15 år og derover 2007

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
<i>Gonorrhoea</i>								
Gonorré								
Men	13.4	-	1 493.0	6.18	-	12.0	11.1	13.8
Women	2.7	-	2 020.4	1.34	-	4.2	1.6	3.3
Total	8.0	-	1 737.0	3.71	-	8.5	6.3	8.4
<i>Syphilis</i>								
Syfilis								
Men	3.9	-	8.7	4.78	-	-	3.2	5.2
Women	0.3	-	0.0	2.42	-	-	0.1	1.1
Total	2.0	-	4.7	3.58	-	-	1.6	3.1

Sources: See Table 3.1.5

Kilder: Se tabel 3.1.5

Table 3.1.8 Diagnosed cases of chlamydia per 100 000 inhabitants 1995-2007

Diagnosticerede tilfælde af chlamydia pr. 100 000 indbyggere 1995-2007

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland ¹⁾	Norway	Sweden ^{2,3)}
<i>Men</i>								
<i>Mænd</i>								
1995	124	...	1 509	115	..	368	..	131
2000	165	..	2 789	180	..	479	..	187
2005	324	..	3 852	197	..	412	354	317
2007	358	155	3 489	221	..	436	367	445
<i>Women</i>								
<i>Kvinder</i>								
1995	370	..	2 500	203	..	428	..	192
2000	384	..	4 802	272	..	781	..	246
2005	554	..	5 797	287	..	643	524	411
2007	584	301	4 981	306	..	726	598	583
<i>Men and women</i>								
<i>Mænd og kvinder</i>								
1995	249	67	1 971	157	8	398	215	156
2000	276	79	3 727	226	152	647	326	217
2005	440	231	4 762	242	362	548	434	366
2007	472	223	4 172	264	325	578	482	514

1 Notified cases. Since 1997 cases verified by laboratories. The total includes those with missing data about gender

2 A mutant chlamydia gene, which is not detected in Abbott's test system, has been identified in the county of Halland, and has become distributed over a wide area. Cases in 2006 (and probably in 2005) are underreported in most of the counties because of problems associated with diagnosis of chlamydia. Source: Swedish Institute for Infectious Disease Control

3 For 2005, gender is not known for 45 people

1 Anmeldte tilfælde. Fra 1997 er det tilfælde der er verificeret via laboratorier. Totalen inkluderer dem med uoplyst køn

2 Et muteret klamydiagen, som ikke bliver opdaget i Abbotts testsystem, er opdaget i landstinget i Halland og har formentlig større geografisk spredning. Det rapporterede antal i 2006 (og sandsynligvis også 2005) er underrapporteret i størstedelen af landstingene på grund af problemer med klamydiadiagnostik. Kilde: Smittskyddsinstitutet

3 For 2005 er kønnet ukendt for 45 personer

Sources: See Table 3.1.5

Kilder: Se tabel 3.1.5

3.2 Cancer

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

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

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

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

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

3.2 Cancersygdomme

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

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

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

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

Bryst- og prostatacancer samt colorektal cancer stiger i næsten alle lande. Kostfaktorer er formentlig af væsentlig betydning for denne udvikling, men for bryst- og prostatacancer spiller hormo-

and prostate, hormonal factors also play an important role. The incidence of cancer of the testis is again increasing in most of the countries. The incidence of tobacco-related cancers, such as lung cancer, is high in all the countries. However, the incidence of lung cancer among men is decreasing.

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

Table 3.2.1.a New cases of cancer per 1 000 000 inhabitants, men

Nye tilfælde af cancer pr. 1 000 000 indbyggere, mænd

	<i>Total*</i> I alt*	<i>C62</i> <i>Testis</i> Testikler	<i>C61</i> <i>Prostate</i> Prostata	<i>C16</i> <i>Stomach</i> Mave	<i>C18-21</i> <i>Colon and</i> <i>rectum</i> Tyktarm og endetarm	<i>C25</i> <i>Pancreas</i> Pancreas	<i>C33-34</i> <i>Lungs</i> Lunger	<i>C43</i> <i>Melanoma</i> <i>of the skin</i> Melanom i hud
<i>Denmark</i>								
1996-00	4 679	110	655	121	651	124	760	161
2006	6 634	112	1 149	138	814	156	803	231
<i>Faroe Islands¹</i>								
1996-00	3 136	78	408	191	443	148	365	35
2003-07	3 157	144	535	120	535	136	328	40
<i>Greenland¹</i>								
1996-00	2 575	54	54	207	237	130	681	15
1999-03	3 061	66	46	193	345	120	857	20
2002-06	2 916	40	133	139	378	139	782	13
<i>Finland</i>								
1996-00	4 239	34	1 201	176	391	130	602	122
2005	5 282	53	2 076	152	495	165	628	160
2006	5 302	40	1 794	152	496	168	609	192
<i>Åland¹</i>								
2001-05	6 948	62	3 088	185	710	185	556	170
2002-06	7 303	46	3 184	184	597	214	612	138
<i>Iceland¹</i>								
1996-00	4 012	61	1 096	199	480	98	469	98
2003-07	4 502	65	1 382	139	507	82	469	135
<i>Norway</i>								
1996-00	4 872	108	1 293	182	687	124	580	206
2005	5 574	109	1 592	127	750	124	586	249
2007	5 976	126	1 874	142	705	146	629	243
<i>Sweden</i>								
1996-00	4 657	55	1 528	156	600	101	381	183
2005	5 557	63	2 207	129	635	100	405	242
2007	5 672	62	1 952	124	666	97	358	253

Numbers refer to ICD-10.

* *The total covers chapter C, except C44 and C46.0. Including D09.0, D32, D33, D41.4, D42 and D43*
 Totalen dækker kapitel C, undtagen C44 og C46.0. Inkludere D09.0, D32, D33, D41.4, D42 og D43

1 Based on 5 year average

1 Baseret på 5 års gennemsnit

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

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.2.1.b New cases of cancer age standardized per 1 000 000 men (Nordic population 2000)

Nye tilfælde af cancer alderstandardiserede rater, pr. 1 000 000 mænd (Nordisk befolkning 2000)

	<i>Total*</i> I alt*	<i>C62</i> <i>Testis</i> Testikler	<i>C61</i> <i>Prostate</i> Prostata	<i>C16</i> <i>Stomach</i> Mave	<i>C18-21</i> <i>Colon and rectum</i> Tyktarm og endetarm	<i>C25</i> <i>Pancreas</i> Pankreas	<i>C33-34</i> <i>Lungs</i> Lunger	<i>C43</i> <i>Melanoma of the skin</i> Melanom i hud
<i>Denmark</i>								
1996-00	5 675	102	894	152	825	158	938	186
2006	5 673	112	1 224	148	880	164	847	237
<i>Faroe Islands¹</i>								
1996-00	3 877	80	596	229	556	176	430	37
2003-07	3 753	153	661	150	653	162	373	45
<i>Greenland¹</i>								
1999-03	6 074	59	89	339	694	243	1 987	28
2002-06	5 250	38	224	227	862	199	1 405	18
<i>Finland</i>								
1996-00	6 091	34	1 891	269	574	207	930	154
2005	5 842	53	2 282	178	552	186	706	170
2006	5 741	41	1 990	180	565	197	700	207
<i>Åland¹</i>								
2001-05	7 493	57	3 141	187	719	179	558	165
2002-06	7 007	44	3 189	173	605	215	588	132
<i>Iceland¹</i>								
1996-00	6 256	59	1 848	337	761	175	747	133
2003-07	5 725	62	1 888	200	698	114	623	164
<i>Norway</i>								
1996-00	5 959	97	1 666	234	871	158	716	240
2005	6 336	109	1 824	151	861	139	662	276
2007	6 668	125	2 094	161	797	164	703	264
<i>Sweden</i>								
1996-00	5 073	52	1 687	175	642	110	407	186
2005	5 362	64	2 101	126	618	97	391	236
2007	4 939	63	1 822	120	643	90	341	246

Numbers refer to ICD-10.

* The total covers chapter C, except C44 and C46.0. Including D09.0, D32, D33, D41.4, D42 and D43

Totalen dækker kapitel C, undtagen C44 og C46.0. Inkludere D09.0, D32, D33, D41.4, D42 og D43

¹ Based on 5 year average

¹ Baseret på 5 års gennemsnit

Sources: The cancer registers in the Nordic countries

Kilder: De nordiske cancerregistre

G: Danish Cancer Society

Table 3.2.2.a New cases of cancer per 1 000 000 inhabitants, women

Nye tilfælde af cancer pr. 1 000 000 indbyggere, kvinder

	<i>Total* I alt*</i>	<i>C50 Breast Bryst</i>	<i>C53 Cervix uteri Livmoder- hals</i>	<i>C16 Stomach Mave</i>	<i>C18-21 Colon and rectum Tyktarm og endetarm</i>	<i>C25 Pancreas Pancreas</i>	<i>C33-34 Lungs Lunger</i>	<i>C43 Melanoma of the skin Melanom i hud</i>
<i>Denmark</i>								
1996-00	4 975	1 381	160	73	641	131	537	197
2006	6 788	1 507	140	75	759	158	694	293
<i>Faroe Island¹</i>								
1996-00	3 370	808	186	93	390	158	223	37
2003-07	3 110	812	69	78	484	164	207	43
<i>Greenland¹</i>								
1996-00	4 463	467	352	46	337	122	559	23
1999-03	2 928	441	243	68	434	190	555	8
2002-06	3 286	442	284	67	344	180	651	45
<i>Finland</i>								
1996-00	4 104	1 281	61	140	419	138	179	115
2005	4 449	1 505	47	101	452	176	225	140
2006	4 815	1 515	61	124	453	186	237	161
<i>Åland¹</i>								
2001-05	4 876	1 560	135	135	600	120	285	195
2002-06	5 355	1 432	119	134	656	209	313	239
<i>Iceland¹</i>								
1996-00	3 899	1 082	105	102	378	107	409	172
2003-07	4 233	1 251	92	88	412	59	458	205
<i>Norway</i>								
1996-00	4 434	1 077	140	113	710	140	311	223
2005	4 978	1 198	126	97	736	124	386	243
2007	5 046	1 167	110	90	729	142	455	263
<i>Sweden</i>								
1996-00	4 353	1 366	102	98	567	109	249	182
2005	5 602	1 529	94	74	647	97	330	228
2007	5 215	1 531	101	77	650	98	343	257

Numbers refer to ICD-10.

* The total covers chapter C, except C44 and C46.0. Including D09.0, D32, D33, D41.4, D42 and D43
 Totalen dækker kapitel C, undtagen C44 og C46.0. Inkludere D09.0, D32, D33, D41.4, D42 og D43

1 Based on 5 year average

1 Baseret på 5 års gennemsnit

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

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.2.2.b New cases of cancer age standardized, per 1 000 000 women (Nordic population 2000)

Nye tilfælde af cancer alderstandardiserede rater, pr. 1 000 000 kvinder
(Nordisk befolkning 2000)

	<i>Total*</i> I alt*	<i>C50</i> <i>Breast</i> Bryst	<i>C53</i> <i>Cervix uteri</i> Livmoder- hals	<i>C16</i> <i>Stomach</i> Mave	<i>C18-21</i> <i>Colon and</i> <i>rectum</i> Tyktarm og endetarm	<i>C25</i> <i>Pancreas</i> Pancreas	<i>C33-34</i> <i>Lungs</i> Lunger	<i>C43</i> <i>Melanoma</i> <i>of the skin</i> Melanom i hud
<i>Denmark</i>								
1996-00	4 828	1 312	158	70	620	129	538	195
2006	5 063	1 382	136	67	668	139	628	278
<i>Faroe Islands¹</i>								
1996-00	3 593	889	197	90	407	151	239	41
2003-07	3 056	832	74	79	488	162	222	41
<i>Greenland¹</i>								
1999-03	5 032	667	292	76	908	353	1 077	11
2002-06	5 479	571	311	99	862	272	1 178	46
<i>Finland</i>								
1996-00	4 023	1 210	60	139	416	152	190	115
2005	3 864	1 347	45	86	379	146	185	127
2006	4 108	1 367	58	109	397	161	202	148
<i>Åland¹</i>								
2001-05	4 142	1 389	132	99	493	79	231	185
2002-06	4 299	1 251	118	103	520	141	244	223
<i>Iceland¹</i>								
1996-00	4 824	1 345	116	138	494	155	557	201
2003-07	4 604	1 436	95	100	472	70	536	216
<i>Norway</i>								
1996-00	4 380	1 139	147	104	680	131	319	227
2005	4 661	1 173	125	85	658	108	373	235
2007	4 698	1 130	112	79	654	122	431	251
<i>Sweden</i>								
1996-00	3 985	1 205	99	83	468	95	232	169
2005	4 957	1 358	90	58	518	81	281	205
2007	5 005	1 360	98	62	522	81	288	231

Numbers refer to ICD-10.

* The total covers chapter C, except C44 and C46.0. Including D09.0, D32, D33, D41.4, D42 and D43

Totalen dækker kapitel C, undtagen C44 og C46.0. Inkludere D09.0, D32, D33, D41.4, D42 og D43

¹ Based on 5 year average

¹ Baseret på 5 års gennemsnit

Sources: The cancer registers in the Nordic countries

Kilder: De nordiske cancerregistre

G: Danish Cancer Society

Table 3.2.3 New cases of leukemia per 1 000 000 inhabitants, 0-14 year-olds
 Nye tilfælde af leukæmi pr. 1 000 000 indbyggere, 0-14-årige

	Denmark	Finland	Iceland ¹⁾	Norway	Sweden
<i>Boys Dreng</i>					
1996-00	47	47	48	53	54
2005	..	47	24	37	62
2007	56	80	30	32	54
<i>Girls Piger</i>					
1996-00	43	50	25	51	49
2005	..	56	31	32	44
2007	65	54	25	38	40
<i>Total I alt</i>					
1996-00	45	49	37	53	52
2005	..	51	27	34	53
2007	60	67	27	41	47

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

Tabellen dækker numrene C91-C95 i ICD-10

1 Only five years average are presented, 2005 = average 2001-2005, 2007 = average 2003-2007

1 kun femårs gennemsnit præsenteres, 2005 = gennemsnit 2001-05, 2007 = gennemsnit 2003-07

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

Table 3.2.4 New cases of cancer of the colon and rectum per 1 000 000 inhabitants
 Nye tilfælde af cancer i tyktarm og endetarm pr. 1 000 000 indbyggere

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Iceland	Norway	Sweden
	2006	2003-07	2002-06	2006	2003-07	2007	2007
<i>Men Mænd</i>							
<i>Age Alder</i>							
0-24	7	-	-	11	-	3	4
25-44	72	-	42	50	77	68	53
45-64	914	830	682	536	624	749	628
65-84	3 985	2 738	3 442	2 344	3 024	3 778	3 047
85+	5 125	3 683	11 111	3 714	5 659	4 954	3 991
<i>Women Kvinder</i>							
<i>Age Alder</i>							
0-24	3	-	-	13	-	5	8
25-44	60	34	48	61	76	60	66
45-64	770	522	685	443	495	704	592
65-84	3 001	2 339	2 349	1 468	2 047	3 060	2 407
85+	3 852	2 284	15 385	2 732	2 983	3 853	2 674

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

Tabellen dækker numrene C18-21 i ICD-10

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

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.2.5 New cases of lung cancer per 1 000 000 inhabitants
Nye tilfælde af lungecancer pr. 1 000 000 indbyggere

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Iceland	Norway	Sweden
	2006	2003-07	2002-06	2006	2003-07	2007	2007
<i>Men Mænd</i>							
<i>Age Alder</i>							
0-24	-	-	-	1	-	1	1
25-44	33	-	62	24	18	28	14
45-64	978	598	1 313	613	531	749	380
65-84	3 994	1 628	8 031	3 087	3 470	3 452	1 709
85+	3 675	737	-	4 654	1 132	2 941	1 192
<i>Women Kvinder</i>							
<i>Age Alder</i>							
0-24	1	-	-	4	-	-	1
25-44	37	-	72	18	43	25	26
45-64	936	447	1 027	269	718	626	480
65-84	2 739	802	6 675	823	2 314	1 917	1 228
85+	1 438	-	-	814	1 570	1 025	465

The table covers the numbers C33-34 in ICD-10

Tabellen dækker numrene C33-34 i ICD-10

Sources: *The cancer registers in the Nordic countries*

Kilder: De nordiske cancerregistre

G: Danish Cancer Society

Table 3.2.6 New cases of cancer of the cervix uteri per 1 000 000 women
Nye tilfælde af livmoderhalscancer pr. 1 000 000 kvinder

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Iceland	Norway	Sweden
	2006	2003-07	2002-06	2006	2003-07	2007	2007
<i>Age Alder</i>							
0-24	3	-	54	5	11	3	5
25-44	240	34	550	76	185	143	146
45-64	143	186	308	70	109	175	132
65-84	206	134	371	102	48	174	149
85+	203	-	-	160	314	96	118

The table covers the number C53 in ICD-10

Tabellen dækker numrene C53 i ICD-10

Sources: *The cancer registers in the Nordic countries*

Kilder: De nordiske cancerregistre

G: Danish Cancer Society

Table 3.2.7 New cases of cancer of the testis per 1 000 000 men

Nye tilfælde af testikelcancer pr. 1 000 000 mænd

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Iceland	Norway	Sweden
	2006	2003-07	2002-06	2006	2003-07	2007	2007
<i>Age</i>							
<i>Alder</i>							
0-24	37	22	17	31	32	61	33
25-44	255	263	42	86	150	282	141
45-64	89	199	76	20	35	79	40
65-84	24	148	-	12	14	38	16
85+	32	-	-	-	-	-	-

The table covers the number C62 in ICD-10

Tabellen dækker nummer C62 i ICD-10

Sources: The cancer registers in the Nordic countries

Kilder: De nordiske cancerregistre

G: Danish Cancer Society

Table 3.2.8 New cases of melanoma of the skin per 1 000 000 inhabitants

Nye tilfælde af melanom i hud pr. 1 000 000 indbyggere

	Denmark	Faroe Islands	Finland	Iceland	Norway	Sweden
	2006	2003-07	2006	2003-07	2007	2007
<i>Men Mænd</i>						
<i>Age Alder</i>						
0-24	13	-	3	18	5	5
25-44	147	-	81	104	92	121
45-64	312	66	271	202	394	323
65-84	741	222	653	460	855	825
85+	903	-	1 119	849	1 247	1 192
<i>Women Kvinder</i>						
<i>Age Alder</i>						
0-24	40	-	12	52	15	14
25-44	285	68	102	266	172	193
45-64	397	-	201	308	396	370
65-84	526	200	373	315	655	525
85+	827	-	581	392	765	676

The table covers the number C43 in ICD-10

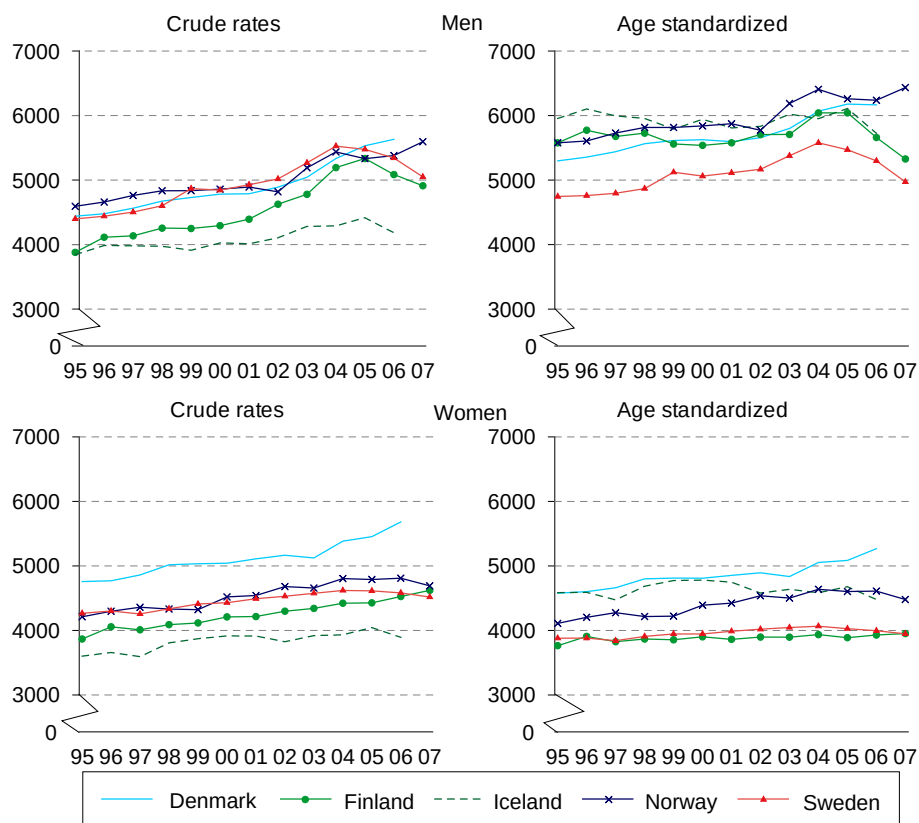
Tabellen dækker nummer C43 i ICD-10

Sources: The cancer registers in the Nordic countries

Kilder: De nordiske cancerregistre

G: Danish Cancer Society

Figure 3.2.1 New cases of cancer crude rates and age standardized rates per 1 000 000 inhabitants 1995-2007
 Nye tilfælde af cancer summariske rater og aldersstandardiserede rater pr. 1 000 000 indbyggere 1995-2007



Age-standardized by the Nordic population 2000

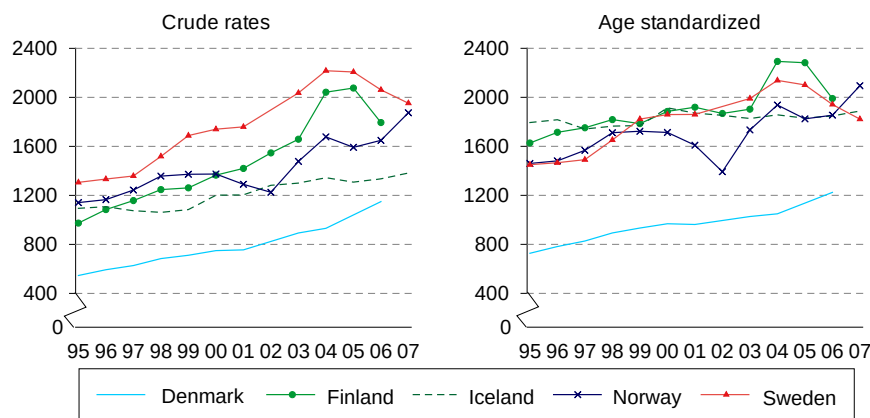
Aldersstandardiseret med den nordiske befolkning 2000

NB The figures for Iceland are 3-year averages
 De islandske tal er treårs gennemsnit

Sources: The Nordic Cancer Union
 Kilder: Den nordiske cancerunion

Figure 3.2.2 New cases of prostate cancer crude rates and age standardized rates per 1 000 000 inhabitants 1995-2007

Nye tilfælde af prostatacancer summariske rater og aldersstandardiserede rater pr. 1 000 000 indbyggere 1995-2007



Age-standardized by the Nordic population 2000

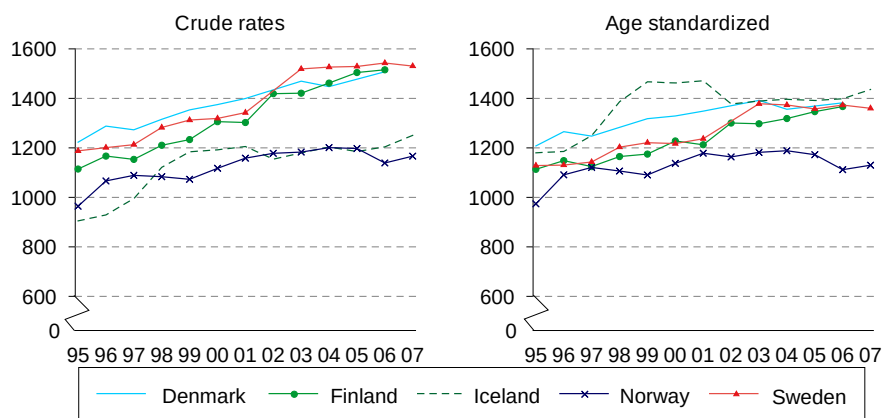
Aldersstandardiseret med den nordiske befolkning 2000

Sources: See Table 3.2.1.b
Kilder: Se tabel 3.2.1.b

The figures for Iceland are 3-year averages
De islandske tal er treårs gennemsnit

Figure 3.2.3 New cases of breast cancer crude rates and age standardized rates per 1 000 000 inhabitants 1995-2007

Nye tilfælde af brystcancer summariske rater og aldersstandardiserede rater pr. 1 000 000 indbyggere 1995-2007



Age-standardized by the Nordic population 2000

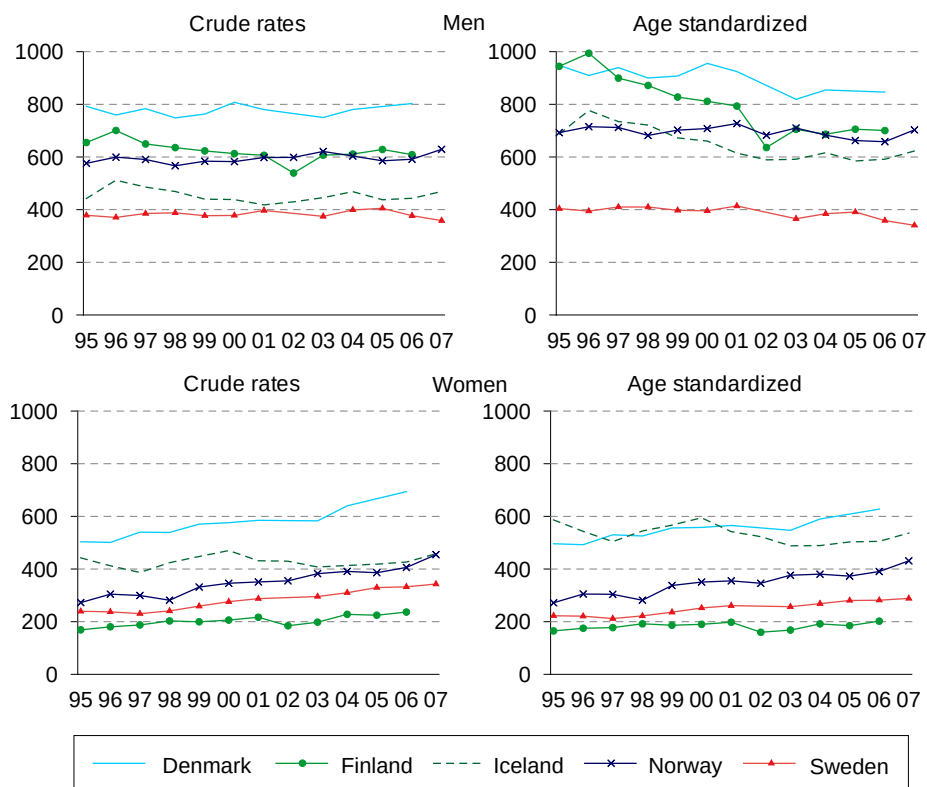
Aldersstandardiseret med den nordiske befolkning 2000

Sources: See Table 3.2.2.b
Kilder: Se tabel 3.2.2.b

The figures for Iceland are 3-year averages
De islandske tal er treårs gennemsnit

Figure 3.2.4 New cases of lung cancer crude rates and age standardized rates per 1 000 000 inhabitants 1995-2007

Nye tilfælde af lungecancer summariske rater og aldersstandardiserede rater pr. 1 000 000 indbyggere 1995-2007



Age-standardized by the Nordic population 2000

Aldersstandardiseret med den nordiske befolkning 2000

NB The figures for Iceland are 3-year averages
De islandske tal er treårs gennemsnit

Sources: See Table 3.2.1.b and 3.2.2.b
Kilder: Se tabel 3.2.1.b og 3.2.2.b

3.3 Medical consultations and immunization schedules

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

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

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

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

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

All contacts in Denmark are registered as medical contacts, because of the payment system, whereas some of the contacts in the other countries are registered or non-registered contacts with other health care personnel. In particular there are differences between the countries with regard to check-ups for mothers and infants. Along with other factors, this means that the statistics on medical consultations are not directly comparable between the Nordic countries.

Tables 3.3.2 and 3.3.3 show number of consultations with a doctor according to

3.3 Lægebesøg og vaccinationsprogrammer

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

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

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

Registreringspraksis for lægebesøg er meget forskellig fra land til land.

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

Alle kontakter i Danmark registreres således som lægekontakter, på grund af betalingssystemet, mens en del af kontakterne i de andre lande er registrerede/ikke registrerede kontakter med andet sundhedspersonale. Her er det især kontrol af mødre og spædbørn der er en stor forskel mellem landene. Blandt andet disse forhold gør at statistikken om lægebesøg ikke er sammenlignelig mellem de nordiske lande.

Tabel 3.3.2 og 3.3.3 viser lægebesøg fordelt på alder hos henholdsvis almen

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

age, for general practitioners and specialists. Small children and elderly people are the largest groups

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

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

læge og specialist, hvor det især er mindre børn og den ældste del af befolkningen der vejer tungest.

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

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

Table 3.3.1 Number of doctors in general practice 2007

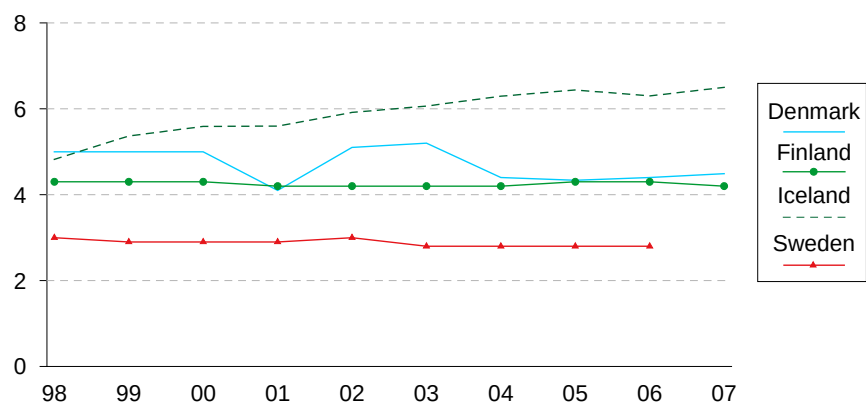
Antal læger der arbejder i almen praksis 2007

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland ¹⁾	Åland	Iceland	Norway	Sweden ¹⁾
<i>Number of doctors in general practice</i>								
Antal alment praktiserende læger	5 169	28	57	3 639	16	200	3 891	5 316
<i>Number of inhabitants per doctor in general practice</i>								
Antal indbyggere pr. alment praktiserende læge	1 056	1 727	987	1 457	1 690	1 567	1 210	1 721
1 Municipals only				1 Kun kommuner				

Sources: D: National Board of Health; F: THL; I: Directorate of Health; S: National Board of Health and Welfare
 Kilder: Å: Ålands landskapsregering

Figure 3.3.1 Consultations per capita 1998–2007

Konsultationer pr. person 1998–2007



Sources: See Table 3.3.1
 Kilder: Se tabel 3.3.1

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.3.2 Number of consultations with doctors in general practice, estimated for the whole country, per 1000 inhabitants in age group 2007

Konsultationer hos alment praktiserende læger, estimeret til nationalt niveau, pr 1 000 indbyggere i aldersgruppen 2007

	Denmark	Finland	Iceland ¹⁾
<1 year	3 440	3 042	7 432
1-4 year	4 065	2 519	3 876
5-14 year	1 926	1 406	1 620
15-24 year	2 934	1 375	2 299
25-44 year	3 218	1 375	2 255
45-64 year	3 872	1 471	2 866
65-74 year	5 730	2 216	4 359
75-84 year	6 848	2 760	5 092
85+	5 669	2 746	4 345
Total, per 1000 inhabitants	3 685	1 656	2 754
Total number of consultations	20 113 178	8 775 698	857 606

1 Total numbers, all registered contacts with health care centres

1 Totalt antal. Alle registrerede kontakter til sundhedscentre

Sources: Denmark: National Board of Health; Finland: THL; Iceland: Directorate of Health
Kilder: Danmark: Sundhedsstyrelsen; Finland: THL; Island: Medicinaldirektoratet

Table 3.3.3 Number of consultations with specialists, estimated for the whole country, per 1000 inhabitants in age group 2007

Antal konsultationer hos speciallæger, estimeret til nationalt niveau, per 1 000 indbyggere i aldersgruppen 2007

	Denmark	Finland	Iceland ¹⁾	Norge
<1 year	296	1 531	..	877
1-4 years	1 059	769	..	883
5-14 years	551	798	..	656
15-24 years	488	1 030	..	713
25-44 years	662	1 210	..	1 016
45-64 years	857	1 440	..	1 296
65-74 years	1 278	1 907	..	2 118
75-84 years	1 528	2 085	..	2 504
85+	1 305	1 593	..	2 054
Total per 1 000 inhabitants	804	1 310	1 585	1 174
Total number of consultations	4 385 501	6 945 597	493 678	5 518 523

1 Consultations with specialists in private practice for 2006. Age distributed information is not available

1 Konsultationer hos speciallæger i private praksisser 2006. Alders fordelt information er ikke tilgængelig

Sources: Denmark: National Board of Health; Finland: THL; Iceland: Directorate of Health
Kilder: Danmark: Sundhedsstyrelsen; Finland: THL; Island: Medicinaldirektoratet

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.3.4 Recommended immunization schedules per 1 January, 2009

	Denmark	Greenland	Finland	Iceland	Norway	Sweden
Pneumococ- cer	3, 5 and 12 months	-	Risk groups	-	..	..
BCG	-	First week of life	Risk groups	-	Risk groups: First week of life. Negatives: 13-14 years	Risk groups
Pertussis	3, 5 and 12 months and 5 years	3, 5 and 12 months and 5 years	3, 5 and 12 months, 4 and 14-15 years	3, 5, 12 months, 5 years and 14 years	3, 5 and 11-12 months	3, 5 and 12 months, 5-6 years, 14-16 years
Tetanus	3, 5 and 12 months and 5 years	3, 5 and 12 months and 5 years	3, 5 and 12 months, 4 and 14-15 years	3, 5, 12 months, 5 and 14 years	3, 5 and 11-12 months, 11-12 years	3, 5 and 12 months, 5-6 years, 14-16 years
Diphtheria	3, 5 and 12 months and 5 years	3, 5 and 12 months and 5 years	3, 5 and 12 months, 4 and 14-15 years	3, 5, 12 months, 5 and 14 years	3, 5 and 11 months, 11-12 years	3, 5 and 12 months, 5-6 years, 14-16 years
Polio	IPV: 3, 5, 12 months and 5 years	IPV: 3, 5, 12 months and 5 years	IPV: 3, 5 and 12 months, and 4 years	IPV: 3, 5, 12 months and 14 years	IPV: 3, 5 and 11 months, 6-8 and 14 years	IPV: 3, 5 and 12 months, 5-6 years
Measles, Mumps, Rubella	15 months. 4 years ¹⁾	15 months. 12 years	14-18 months and 6 years	18 months and 12 years	15 months and 12-13 years	18 months and 6-8 years
Rubella, only	Women of fer- tile age	Women of fer- tile age	-	-	Seronegative women of fer- tile age	-
Measles, only	-	-	-	-	-	-
Haemophilus influenzae b	3, 5 and 12 months	3, 5 and 12 months	3, 5 and 12 months	3, 5 and 12 months	3, 5 and 11 months	3, 5 and 12 months
HPV	12 years (girls only)	3 immuniza- tions, girls at 12 years (0, 2 og 6 months)	-	-	-	Will start 2010
Meningococ- cal disease gr. C	-	-	-	6, 8 months	-	-
Influenza 65+	Immunization against influ- enza 65+ Risk groups	Immunization against influ- enza 65 +	65 +, 3-64 yrs riskgroups and children 6-35 months.	60+ years	..	65+ Risk grupss

1 From 1 April 2008 15 months and 4 years

IPV = Inactivated polio vaccine

HPV= Human papilloma virus

The Faroe Islands and Greenland and Åland have the same immunization schedules as Denmark and Finland respectively. In Greenland, however, BCG is included. In Åland TBE is included for children aged 7 years in 2006-2010

Sources: WHO/EPID: Statens seruminstitut; F: THL; I: Directorate of Health; N: Norwegian Institute of Public Health; S: The National Board of Health and Welfare

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Tabel 3.3.4 Anbefalede vaccinationsprogrammer pr. 1. januar 2009

	Danmark	Grønland	Finland	Island	Norge	Sverige
Pneumococ- cer	3, 5 og 12 må- neder	-	Risikogrupper	60+ år	..	..
Tuberkulose	-	Første leveuge	Risikogrupper	-	Risikogrupper: Første leveuge Negative: 13-14 år	Risikogrupper
Kighoste	3, 5 og 12 må- neder og 5 år	3, 5 og 12 må- neder og 5 år	3, 5 og 12 må- neder, 4 og 14- 15 år	3, 5, 12 måne- der, 5 og 14 år	3, 5 og 11-12 måneder	3, 5 og 12 måneder, 5-6 og 14-16 år
Stivkrampe	3, 5 og 12 måneder og 5 år	3, 5 og 12 måneder og 5 år	3, 5 og 12 må- neder, 4 og 14- 15 år	3, 5, 12 måne- der, 5 og 14 år,	3, 5 og 11-12 måneder, samt 11-12 år	3, 5 og 12 måneder, 5-6 og 14-16 år
Difteri	3, 5 og 12 måneder og 5 år	3, 5 og 12 måneder og 5 år	3, 5 og 12 må- neder, 4 og 14- 15 år	3, 5, 12 måne- der, 5 og 14 år	3, 5 og 11 måneder samt 11-12 år	3, 5 og 12 måneder, 5-6 og 14-16 år
Polio	IPV: 3, 5, 12 måneder og 5 år	IPV: 3, 5, 12 måneder og 5 år	IPV: 3, 5 og 12 måneder og 4 år	IPV: 3, 5, 12 måneder og 14 år	IPV: 3, 5 og 11 måneder, 6-8 år og 14 år	IPV: 3, 5 og 12 måneder, 5-6 år
Mæslinger, fåresyge, røde hunde	15 måneder, 12 år ¹⁾	15 måneder, 12 år	14-18 måneder og 6 år	18 måneder og 12 år	15 måneder og 12-13 år	18 måneder og 6-8 år
Røde hunde, alene	Kvinder i den fertile alder	Kvinder i den fertile alder	-	-	Seronegative kvinder i den fertile alder	-
Mæslinger, alene	-	-	-	-	-	-
Haemophilus influenzae b	3, 5 og 12 måneder	3, 5 og 12 må- neder	3, 5 og 12 måneder	3, 5 og 12 måneder	3, 5 og 11 måneder	3, 5 og 12 måneder
HPV	-	3 vacc. af piger ved det 12. år (0, 2 og 6 mdr.)	-	-	-	Vil starte i 2010
Meningitis	-	-	-	6, 8 måneder	-	-
Influenza 65+	Vaccination mod influenza 65 +Risikogrupper	Vaccination mod influenza 65 +	65+ og for risi- kogrupper.	60 + år	..	65+ Risikogrupper

1 Fra 1. april 2008 15 måneder og 4 år

IPV = Inaktiveret polio vaccine Færøerne, Grønland og Åland har de samme vaccinationsprogrammer som henholdsvis Danmark og Finland. Vaccination mod tuberkulose er dog inkluderet i Grønland. I Åland er TBE inkluderet for børn 7 år i 2006-2010

Kilder: WHO/EPID: Statens Seruminstitut; F: THL; I: Landlæknisembættið; N: Nasjonalt folkehelseinstitut; S: Socialstyrelsen

Table 3.3.5 Children under the age of two immunized according to immunization schedules and elderly people vaccinated against influenza (per cent) 2007
 Børn under to år vaccineret i henhold til det anbefalede vaccinationsprogram
 samt ældre vaccineret mod influenza (pct.) 2007

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Iceland	Norway	Sweden
<i>BCG</i>							
Tuberkulose	..	..	96	97	-	..	18
<i>Pertussis</i>							
Kighoste	75	..	96	97	97	95	99
<i>Tetanus</i>							
Stivkrampe	75	..	96	97	97	95	99
<i>Diphtheria</i>							
Difteri	75	..	96	97	97	95	99
<i>Polio</i>							
Polio	75	..	96	97	97	95	99
<i>Rubella</i>							
Røde hunde	89	..	77	98	95	93	96
<i>Measles</i>							
Mæslinger	89	..	77	98	95	93	96
Influenza							
65+	53	..	..	48	..	..	56

Sources: WHO/EPI; D: Statens Seruminstitut; FI: Ministry of Health and Social Affairs; F: THL; I: Directorate of Health; N: Norwegian Institute of Public Health; S: Swedish Institute for Infectious Disease Control

3.4 Discharges, patients treated and average length of stay

In this section, data on treatment in hospitals are presented, with data from selected diagnostic groups. The statistics based on diagnosis are first presented with the number of patients who have been treated during the year, the average length of stay, and the total number of discharges from hospitals according to the main chapters of ICD-10, both as crude rates and age standardized rates, according to the Nordic standard population. Then follow tables on hospital discharges, patients treated and average length of stay for 10 selected diagnostic groups.

The statistics from the patient registers in the five Nordic countries show some large differences between the countries that cannot solely be attributed to differences in disease patterns. For this reason, in 2000 NOMESCO performed a validity study of the diagnosis-related patient statistics. The results of this study were presented as a theme section in the 2000 version of this publication. A similar study of the surgical procedure statistics was presented in the 2002 publication. In the 2003 publication, a similar study of day surgery was presented.

From the diagnosis-related statistics, it can be seen that there is a certain variation in diagnosis and coding among the Nordic countries, in spite of the fact that they use the same classification system. The validity study identified different diagnostic cultures, differences in medical treatment and differences in the way in which treatment is organized.

3.4 Udskrivninger, patienter behandlet og gennemsnitlig liggetid

I dette afsnit gives der data for behandlingen ved sygehuse med data fra udvalgte diagnosegrupper. Den diagnosebaserede statistik vises først patienter der er behandlet i løbet af året, dernæst den gennemsnitlig liggetid, og det samlede antal udskrivninger fordelt efter ICD-10's hovedkapitler, både opgjort i sumerede rater og aldersstandardiserede rater efter den nordiske standardbefolkning. Herefter kommer tabeller om patienter behandlet og udskrivninger samt den gennemsnitlige liggetid for 10 udvalgte diagnosegrupper.

Statistikken fra patientregistrene i de fem nordiske lande viser en del store forskelle mellem landene som ikke alene kan tilskrives forskelle i sygdomsforekomsten hvorfor NOMESCO i 2000 gennemførte et validitetsstudium af den diagnoserelaterede patientstatistik. Resultaterne derfra var medtaget som temasektion i 2000 udgaven af denne publikation. Et tilsvarende studie af procedure/operationsstatistikken blev medtaget i 2002 udgaven. I 2003 udgaven var der medtaget et tilsvarende studie af dagkirurgi.

Det der kan konstateres ved den diagnoserelaterede statistik er, at der er en vis variation i diagnosticeringen og kodningen mellem de nordiske lande til trods for at man anvender den samme klassifikation. I validitetsstudiet blev der peget på forskellige diagnostiske kulturer, forskelle i den medicinske behandling samt forskelle i den måde hvorpå behandlingen er organiseret.

The quality of the data in the patient registers, such as representativity, completeness and reliability, is important for these statistics. The general picture in this respect is that the Nordic data have a high degree of coverage. In order to make the figures as comparable as possible, the data presented in this publication are from somatic hospital wards in general hospitals and specialist somatic hospitals. For Norway, however, it is not possible to present data for hospital wards, only for hospitals, which means that the Norwegian data are an underestimation compared to the data from the other countries.

However, it should be noted that the statistics concerning discharges, average length of stay and number of patients treated during the year are presented according to main diagnosis/diagnostic group. This means that the patient statistics do not represent all the individual cases of illness at the time of admittance, but only the diagnosis that was the main reason for the patient's admittance to/treatment in a hospital. The concept main diagnosis has been well defined by the WHO, but there is a certain variation among the Nordic countries in the way in which the main diagnosis is interpreted. In the national statistics there are also secondary diagnoses, but as these are different in the national systems of registration, statistics on the number of cases of the individual diagnoses are not comparable.

The figures for the Faroe Islands and Greenland are slightly under-estimated, since they are partly included in the Danish statistics.

Another important aspect is changes in the statistics in connection with the change in the classification. This is described in de-

Det som kan spille en væsentlig rolle for statistikken er kvaliteten af de data der findes i patientregistrene, såsom repræsentativitet, fuldstændighed og pålidelighed. Her er det generelle billede at de nordiske data har en høj dækningsgrad. For at gøre tallene så sammenlignelige som muligt er de data der vises i denne publikation fra somatiske hospitalsafdelinger på almindelige sygehuse samt somatiske specialsygehuse. For Norges vedkommende er det imidlertid ikke muligt at give data fra sygehusafdelinger men kun sygehuse i sin helhed, hvilket gør at de norske data er underestimerede sammenlignet med de andre lande.

Det som man imidlertid må være opmærksom på er, at statistikken om udskrivninger, gennemsnitlig liggetid samt personer der er behandlet i løbet af året er opgjort efter hoveddiagnose/diagnosegruppe. Det betyder at patientstatistikken ikke viser alle forekomster af de enkelte sygdomstilfælde ved indlæggelse, men kun den diagnose der var hovedårsagen til at den pågældende blev indlagt/behandlet ved et hospital. Begrebet hoveddiagnose er veldefineret af WHO, men der findes en vis variation mellem de nordiske lande i hvorledes hoveddiagnosen tolkes. I de nationale statistikker findes der også bidiagnoser, men da omfanget af disse er forskellige i de nationale registreringssystemer, vil statistik der tæller forekomsten af de enkelte diagnoser ikke give et sammenligneligt billede.

De Færøske og Grønlandske tal er noget underestimerede da de delvis indgår i den danske statistik.

Et andet væsentligt aspekt er ændringer i statistikken ved klassifikationsskiftet. Dette er omfattende beskrevet i kapitel 4

tail in Chapter 4 together with the causes of death. Today, all five Nordic countries use ICD-10, so that comparability is only a problem in the historic data. For example, the present Tables 3.4.1-3.4.3, calculated according to the main chapters in ICD-10, are not completely comparable with the previous corresponding tables calculated according to the main chapters in ICD-9.

When evaluating the statistics it is important to note that the wrong diagnosis may have been made, or the wrong code may have been used for the correct diagnosis. Nordic studies show, however, that when it comes to the main diagnosis, validity is good.

In several countries the introduction of diagnosis related groups (DRG) has been seen to influence diagnosis in hospitals, for example more secondary diagnoses are registered and the choice of main diagnosis has changed in certain cases.

One last aspect is the different ways in which countries organize their hospital sectors, including differences in treatment practice. Differences are typically seen in the extent of out-patient versus in-patient treatment.

Finally, it must be mentioned that there are great differences in the use of Z codes for factors that have significance for health status. In particular, codes *Z03 Medical observation and evaluation for suspected diseases and conditions* and *Z50 Care involving use of rehabilitation procedures* are used in Denmark.

sammen med dødsårsagerne. I dag anvender alle 5 nordiske lande ICD-10 hvorfor det kun er i de historiske data der kan komme brist i sammenligneligheden. De nuværende tabeller 3.4.1-3.4.3 opgjort efter ICD-10's hovedkapitler kan eksempelvis ikke helt sammenlignes med de tidligere tilsvarende tabeller opgjort efter ICD-9's hovedkapitler.

Ved vurderingen af statistikken skal man også være opmærksom på, at der kan være oplyst forkert diagnose ligesom der kan være anvendt forkert kode til korrekt oplyst diagnose. Nordiske studier viser dog, at når det gælder hoveddiagnosen er der en god validitet.

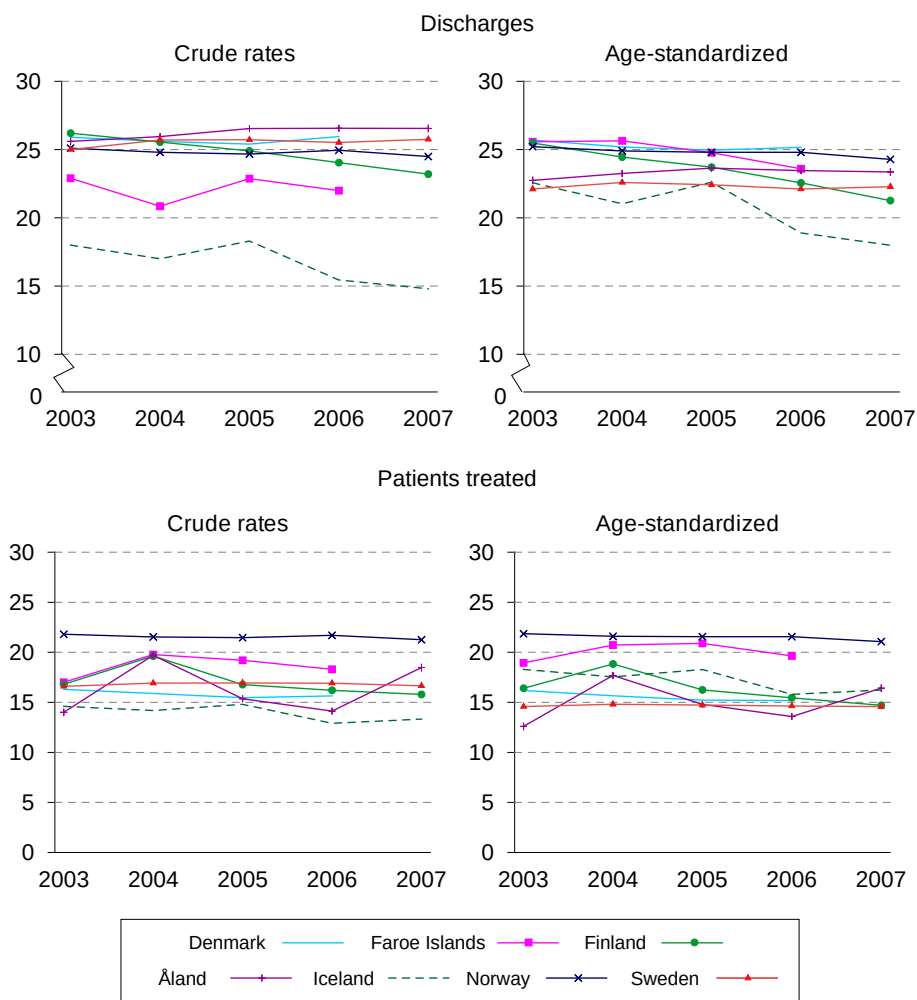
Indførslen af de diagnoserelaterede grupperinger (DRG) har i flere lande vist sig at påvirke diagnosticeringen ved sygehusene, blandt andet ved at flere bi-diagnoser registreres og valget af hoveddiagnose i visse tilfælde ændres.

Et sidste forhold der gør sig gældende er landenes forskelle i organiseringen af sygehusvæsenet og herunder også forskelle i behandlingspraksis. Her kan der typisk være forskelle med hensyn til omfanget af ambulant behandling eller om behandlingen foregår under indlæggelse.

Endelig skal det nævnes, at der er stor forskel på hvor meget man anvender Z-koderne for faktorer der har betydning for sundhedstilstanden hvor især Danmark anvender *Z03 Lægelig observation for og vurdering af personer mistænkt for sygdom* og *Z50 Behandling med anvendelse af genoptræningsforanstaltninger*.

Figure 3.4.1 Discharges from hospitals and treatment during the year for diseases of the circulatory system, per 1 000 inhabitants 2003-2007

Udskrivninger og patienter behandlet i løbet af året for sygdomme i kredsløbsorganer, pr. 1 000 indbyggere 2003-2007



Age-standardized by the Nordic population 2000

Aldersstandardiseret efter den nordiske befolkning 2000

Sources: See Tables 3.4.3.a and 3.4.3.b

Kilder: Se tabel 3.4.3.a og 3.4.3.b

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.4.1.a Patients treated in hospitals* during 2007 by main diagnostic group, per 1 000 inhabitants (crude rates)

	Denmark 2006	Faroe Islands ¹⁾	Finland ²⁾	Åland ¹⁾²⁾
Certain infectious and parasitic diseases	4.9	4.3	4.3	6.0
Neoplasms	9.2	8.5	9.3	11.1
Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune system	2.0	2.1	0.8	0.9
Endocrine, nutritional and metabolic diseases	4.2	3.4	2.0	3.1
Mental and behavioural disorders	2.3	6.6	4.4	2.6
Diseases of the nervous system	3.6	4.7	5.6	5.7
Diseases of the eye and adnexa	0.9	5.8	7.9	2.1
Diseases of the ear and mastoid process	1.1	3.0	2.9	3.1
Diseases of the circulatory system	15.6	18.6	15.8	18.5
Diseases of the respiratory system	12.1	12.0	10.1	13.9
Diseases of the digestive system	12.0	24.6	11.7	14.8
Diseases of the skin and subcutaneous tissue	2.4	2.2	1.5	1.9
Diseases of the musculo-skeletal system and connective tissue	8.9	12.6	15.4	17.2
Diseases of the genito-urinary system	8.7	8.6	8.1	13.4
Pregnancy, childbirth and the puerperium	14.3	17.5	12.5	13.3
Certain conditions originating in the perinatal period	1.6	1.9	1.4	1.3
Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities	1.2	1.4	1.4	1.2
Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified	13.9	11.6	8.9	12.8
Injury, poisoning and certain other consequences of external causes	16.0	15.9	14.8	15.6
Factors influencing health status and contact with health services	32.7	38.5	2.3	5.7
Total	119.6	199.5	120.5	135.2

* Includes somatic departments in ordinary hospitals and in specialized somatic hospitals

1 Average 2002–2006

2 Excluding departments in psychiatric hospitals and in non-specialized departments in health centres

3 Excluding patients staying 90 days or longer

4 The figures cover treatment at the same hospital. If a patient is transferred to another hospital, this is recorded as a new treatment period

Sources: The national in-patient registers

ICD-10 chapters.

Patienter behandlet ved sygehuse* i løbet af 2007, efter hoveddiagnosegrupper, pr. 1 000 indbyggere (crude rates) **Tabel 3.4.1.a**

<i>Iceland³⁾</i>	<i>Norway⁴⁾</i>	<i>Sweden</i>	
1.8	4.6	4.3	Visse infektions- og parasitære sygdomme
7.7	11.6	8.1	Svulster
0.9	1.1	1.1	Sygdomme i blod og bloddannende organer og visse lidelser i forbindelse med immunsystemet
1.9	2.5	2.6	Endokrine, ernærings- og stofskiftesygdomme
1.5	2.0	1.5	Psyriske og adfærdsmæssige lidelser
3.2	6.1	3.3	Sygdomme i nervesystem
1.3	1.2	0.8	Sygdomme i øje og øjenomgivelser
1.1	0.8	0.9	Sygdomme i øre og processus mastoideus
13.3	21.3	16.7	Sygdomme i kredsløbsorganer
8.6	12.7	7.8	Sygdomme i åndedrætsorganer
11.1	10.9	9.5	Sygdomme i fordøjelsesorganer
2.4	1.5	1.0	Sygdomme i hud og underhud
8.5	10.1	7.2	Sygdomme i knogler, bevægelsessystem og bindevæv
9.4	8.3	6.1	Sygdomme i urin- og kønsorganer
19.9	7.4	12.3	Svangerskab, fødsel og barsel
3.0	2.5	1.3	Visse årsager til sygdomme i perinatalperioden
1.4	1.5	0.8	Medfødte misdannelser og kromosomanomalier
4.6	11.8	13.2	Symptomer og abnorme fund ikke klassificeret andetsteds
10.7	17.6	12.9	Læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger
18.4	13.8	5.5	Faktorer af betydning for sundhedstilstand og kontakter med sundhedsvæsen
129.0	149.4	94.3	I alt

* Omfatter somatiske afdelinger ved almindelige sygehuse og ved somatiske specialsygehuse

1 Gennemsnit for årene 2003-2007

2 Eksklusiv psykiatriske hospitalsafdelinger og ikke-specialiserede afdelinger på sundhedscentraler

3 Eksklusive patienter med liggetid på 90 dage eller mere

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

Kilder: Landspatientregistrene

ICD-10 kapitler.

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.4.1.b Patients treated in hospitals* during 2007 by main diagnostic group, per 1 000 inhabitants (age standardized)

	Denmark 2006	Faroe Islands ¹⁾	Finland ²⁾	Åland ¹⁾²⁾
Certain infectious and parasitic diseases	4.9	4.1	4.3	5.9
Neoplasms	8.9	9.2	8.8	10.3
Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune system	1.9	2.2	0.8	0.8
Endocrine, nutritional and metabolic diseases	4.1	3.5	1.9	2.9
Mental and behavioural disorders	2.2	6.9	4.5	2.6
Diseases of the nervous system	3.5	4.9	5.4	5.4
Diseases of the eye and adnexa	0.9	5.6	7.2	1.9
Diseases of the ear and mastoid process	1.1	2.6	3.2	3.3
Diseases of the circulatory system	15.2	20.3	14.7	16.4
Diseases of the respiratory system	12.0	11.4	10.1	13.8
Diseases of the digestive system	11.8	25.5	11.4	13.9
Diseases of the skin and subcutaneous tissue	2.4	2.1	1.5	1.9
Diseases of the musculo-skeletal system and connective tissue	8.7	13.4	14.7	16.2
Diseases of the genito-urinary system	8.6	9.1	7.8	12.6
Pregnancy, childbirth and the puerperium	15.0	19.0	13.7	15.0
Certain conditions originating in the perinatal period	1.6	1.7	1.5	1.5
Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities	1.2	1.2	1.5	1.3
Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified	13.8	11.5	8.6	12.1
Injury, poisoning and certain other consequences of external causes	15.9	16.1	14.6	14.8
Factors influencing health status and contact with health services	32.6	36.9	2.4	5.6
Total	119.0	203.6	119.7	132.9

* Includes somatic departments in ordinary hospitals and in specialized somatic hospitals

1 Average 2003–2007

2 Excluding departments in psychiatric hospitals and in non-specialized departments in health centres

3 Excluding patients staying 90 days or longer

4 The figures cover treatment at the same hospital. If a patient is transferred to another hospital, this is recorded as a new treatment period

Age standardized by the Nordic population 2000

Sources: See Table 3.4.1.a

**Patienter behandlet ved sygehuse* i løbet af 2007, efter Tabel 3.4.1.b
hoveddiagnosegrupper, pr. 1 000 indbyggere (alders standardiseret)**

<i>Iceland³⁾</i>	<i>Norway⁴⁾</i>	<i>Sweden</i>	
1.9	4.6	4.0	Visse infektions- og parasitære sygdomme
9.0	11.7	7.4	Svulster
1.1	1.1	0.9	Sygdomme i blod og bloddannende organer og visse lidelser i forbindelse med immunsystemet
2.1	2.5	2.4	Endokrine, ernærings- og stofskiftesygdomme
1.8	1.9	1.4	Psyriske og adfærdsmæssige lidelser
3.6	6.1	3.1	Sygdomme i nervesystem
1.5	1.2	0.7	Sygdomme i øje og øjenomgivelser
1.1	0.8	0.8	Sygdomme i øre og processus mastoideus
16.2	21.1	14.6	Sygdomme i kredsløbsorganer
9.2	12.6	7.2	Sygdomme i åndedrætsorganer
12.3	10.8	8.9	Sygdomme i fordøjelsesorganer
2.5	1.5	0.9	Sygdomme i hud og underhud
9.7	10.2	6.7	Sygdomme i knogler, bevægelsessystem og bindevæv
10.1	8.3	5.6	Sygdomme i urin- og kønsorganer
14.8	7.5	13.2	Svangerskab, fødsel og barsel
2.5	2.5	1.4	Visse årsager til sygdomme i perinatalperioden
1.2	1.5	0.9	Medfødte misdannelser og kromosomanomalier
4.9	11.8	12.3	Symptomer og abnorme fund ikke klassificeret andetsteds
11.7	17.3	12.0	Læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger
17.1	14.0	5.1	Faktorer af betydning for sundhedstilstand og kontakter med sundhedsvæsen
136.1	148.7	90.4	I alt

* Omfatter somatiske afdelinger ved almindelige sygehuse og ved somatiske specialsygehuse

1 Gennemsnit for årene 2003-2007

2 Eksklusiv psykiatriske hospitalsafdelinger og ikke-specialiserede afdelinger på sundhedscentraler

3 Eksklusive patienter med liggetid på 90 dage eller mere

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

Aldersstandardiseret med den nordiske befolkning 2000

Sources: See Table 3.4.1.a

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.4.2 Average length of stay in hospitals* by main diagnostic group 2007

	<i>Denmark 2006</i>	<i>Faroe Islands¹⁾</i>	<i>Finland²⁾</i>	<i>Åland¹⁾²⁾</i>
Certain infectious and parasitic diseases	5.0	5.3	5.6	5.1
Neoplasms	5.1	4.7	4.4	6.8
Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune system	3.7	3.7	4.1	5.2
Endocrine, nutritional and metabolic diseases	5.1	7.2	4.8	5.8
Mental and behavioural disorders	3.7	30.4	24.6	6.0
Diseases of the nervous system	5.0	4.3	3.9	5.4
Diseases of the eye and adnexa	2.2	1.1	1.2	2.0
Diseases of the ear and mastoid process	2.1	0.7	1.4	1.8
Diseases of the circulatory system	4.9	9.4	5.1	5.8
Diseases of the respiratory system	4.6	5.3	4.0	3.4
Diseases of the digestive system	4.5	2.5	3.6	3.9
Diseases of the skin and subcutaneous tissue	4.5	4.7	4.6	4.6
Diseases of the musculo-skeletal system and connective tissue	4.7	4.9	3.2	5.2
Diseases of the genito-urinary system	3.5	2.9	3.0	4.3
Pregnancy, childbirth and the puerperium	2.9	4.4	3.4	7.0
Certain conditions originating in the perinatal period	10.0	4.7	8.5	4.9
Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities	3.8	4.2	3.9	8.5
Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified	2.9	3.2	2.6	2.9
Injury, poisoning and certain other consequences of external causes	4.3	4.5	4.2	4.9
Factors influencing health status and contact with health services	3.9	3.2	2.9	3.1
Total	4.3	5.4	4.5	4.9

* Includes somatic departments in ordinary hospitals and in specialized somatic hospitals

1 Average 2003–2007

2 Excluding departments in psychiatric hospitals and in non-specialized departments in health centres

3 Excluding patients staying 90 days or longer

Sources: See Table 3.4.1.a

Gennemsnitlig liggetid ved sygehuse* efter hoveddiagnosegrupper 2007 Tabel 3.4.2

<i>Iceland³⁾</i>	<i>Norway</i>	<i>Sweden</i>	
5.8	6.8	5.6	Visse infektions- og parasitære sygdomme
7.7	7.0	7.5	Svulster
4.2	3.8	4.7	Sygdomme i blod og bloddannende organer og visse lidelser i forbindelse med immunsystemet
6.7	4.3	5.6	Endokrine, ernærings- og stofskiftesygdomme
13.2	3.6	4.8	Psyriske og adfærdsmæssige lidelser
7.1	3.6	5.2	Sygdomme i nervesystem
2.7	3.5	2.7	Sygdomme i øje og øjenomgivelser
1.8	2.5	2.2	Sygdomme i øre og processus mastoideus
6.9	5.1	5.7	Sygdomme i kredsløbsorganer
6.1	5.9	5.1	Sygdomme i åndedrætsorganer
4.0	4.7	4.6	Sygdomme i fordøjelsesorganer
6.0	6.3	6.5	Sygdomme i hud og underhud
5.7	5.0	5.6	Sygdomme i knogler, bevægelsessystem og bindevæv
3.8	4.1	4.2	Sygdomme i urin- og kønsorganer
2.4	3.7	2.6	Svangerskab, fødsel og barsel
5.3	8.6	9.0	Visse årsager til sygdomme i perinatalperioden
3.7	4.6	4.9	Medfødte misdannelser og kromosomanomalier
4.1	2.0	2.5	Symptomer og abnorme fund ikke klassificeret andetsteds
6.2	4.7	5.1	Læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger
4.3	4.7	5.9	Faktorer af betydning for sundhedstilstand og kontakter med sundhedsvæsen
5.4	4.9	4.9	I alt

* Omfatter somatiske afdelinger ved almindelige sygehuse og ved somatiske specialsygehuse

1 Gennemsnit for årene 2003-2007

2 Eksklusiv psykiatriske hospitalsafdelinger og ikke-specialiserede afdelinger på sundhedscentraler

3 Eksklusive patienter med liggetid på 90 dage eller mere

Kilder: Se tabel 3.4.1.a

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.4.3.a Discharges from hospitals* by main diagnostic group, per 1 000 inhabitants (crude rates) 2007

	<i>Denmark 2006</i>	<i>Faroe Islands¹⁾</i>	<i>Finland²⁾</i>	<i>Åland¹⁾²⁾</i>
Certain infectious and parasitic diseases	5.9	4.8	5.0	6.6
Neoplasms	19.5	18.3	18.8	19.8
Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune system	3.3	4.6	1.2	1.2
Endocrine, nutritional and metabolic diseases	5.6	4.6	2.4	3.6
Mental and behavioural disorders	3.1	9.4	6.5	3.3
Diseases of the nervous system	5.1	6.4	7.3	7.5
Diseases of the eye and adnexa	1.2	6.3	9.9	2.4
Diseases of the ear and mastoid process	1.2	3.1	3.2	3.4
Diseases of the circulatory system	26.0	23.0	23.2	26.5
Diseases of the respiratory system	18.2	14.4	12.6	16.6
Diseases of the digestive system	16.8	28.1	14.6	18.3
Diseases of the skin and subcutaneous tissue	3.0	2.5	1.9	2.1
Diseases of the musculo-skeletal system and connective tissue	10.9	14.1	18.5	20.9
Diseases of the genitor-urinary system	11.5	9.8	9.6	15.9
Pregnancy, childbirth and the puerperium	17.0	18.0	14.5	15.3
Certain conditions originating in the perinatal period	1.9	2.6	1.7	1.5
Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities	1.8	1.9	1.9	1.8
Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified	17.2	13.2	10.3	14.6
Injury, poisoning and certain other consequences of external causes	19.7	18.4	18.0	18.6
Factors influencing health status and contact with health services	39.4	49.8	2.7	6.4
Total	215.8	248.4	183.7	206.2

* Includes somatic departments in ordinary hospitals and in specialized somatic hospitals

1 Average 2003–2007

2 Excluding departments in psychiatric hospitals and in non-specialized departments in health centres

3 Discharges with a length of stay less than 90 days

4 Figures are for discharges from hospitals, not for completed treatment in departments

Sources: See Table 3.4.1.a

**Udskrivninger fra sygehuse* efter hoveddiagnosegrupper, Tabel 3.4.3.a
pr. 1 000 indbyggere (crude rates) 2007**

<i>Iceland³⁾</i>	<i>Norway⁴⁾</i>	<i>Sweden</i>	
2.0	4.9	5.0	Visse infektions- og parasitære sygdomme
11.9	17.3	14.1	Svulster
1.6	1.4	1.4	Sygdomme i blod og bloddannende organer og visse lidelser i forbindelse med immunsystemet
2.2	2.8	3.2	Endokrine, ernærings- og stofskiftesygdomme
8.2	2.2	1.7	Psyriske og adfærdsmæssige lidelser
3.8	7.3	4.3	Sygdomme i nervesystem
1.4	1.3	0.9	Sygdomme i øje og øjenomgivelser
1.1	0.8	0.9	Sygdomme i øre og processus mastoideus
14.8	24.5	25.8	Sygdomme i kredsløbsorganer
8.9	14.6	10.2	Sygdomme i åndedrætsorganer
12.6	12.4	12.2	Sygdomme i fordøjelsesorganer
2.7	1.7	1.2	Sygdomme i hud og underhud
9.5	11.4	8.8	Sygdomme i knogler, bevægelsessystem og bindevæv
8.7	9.5	7.3	Sygdomme i urin- og kønsorganer
20.6	7.7	15.0	Svangerskab, fødsel og barsel
3.6	2.6	2.0	Visse årsager til sygdomme i perinatalperioden
1.6	1.8	1.2	Medfødte misdannelser og kromosomanomalier
6.4	12.6	15.3	Symptomer og abnorme fund ikke klassificeret andetsteds
10.9	18.8	15.6	Læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger
23.8	15.2	6.8	Faktorer af betydning for sundhedstilstand og kontakter med sundhedsvæsen
156.2	171.0	152.7	I alt

* Omfatter somatiske afdelinger ved almindelige sygehuse og ved somatiske specialsygehuse

1 Gennemsnit for årene 2003-2007

2 Eksklusiv psykiatiske hospitalsafdelinger og ikke-specialiserede afdelinger på sundhedscentraler

3 Udskrivninger med liggetid under 90 dage

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

Kilder: Se tabel 3.4.1.a

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.4.3.b Discharges from hospitals* by main diagnostic group, per 1 000 inhabitants (age standardized) 2007

	Denmark 2006	Faroe Islands ¹⁾	Finland ²⁾	Åland ¹⁾²⁾
Certain infectious and parasitic diseases	5.9	4.5	4.9	6.4
Neoplasms	18.7	19.7	17.3	18.2
Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune system	3.2	4.8	1.1	1.0
Endocrine, nutritional and metabolic diseases	5.6	4.7	2.3	1.0
Mental and behavioural disorders	3.0	9.8	6.5	3.2
Diseases of the nervous system	5.0	6.6	7.0	7.1
Diseases of the eye and adnexa	1.1	6.1	9.0	2.1
Diseases of the ear and mastoid process	1.2	2.7	3.4	3.6
Diseases of the circulatory system	25.2	24.9	21.3	23.4
Diseases of the respiratory system	18.0	13.9	12.5	16.3
Diseases of the digestive system	16.5	29.2	14.0	17.3
Diseases of the skin and subcutaneous tissue	3.0	2.5	1.8	2.0
Diseases of the musculo-skeletal system and connective tissue	10.6	15.0	17.5	19.7
Diseases of the genito-urinary system	11.4	10.3	9.2	14.9
Pregnancy, childbirth and the puerperium	17.9	19.5	15.9	17.2
Certain conditions originating in the perinatal period	1.9	2.2	1.8	1.7
Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities	1.8	1.7	2.1	2.0
Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified	17.0	13.1	9.9	13.6
Injury, poisoning and certain other consequences of external causes	19.6	18.7	17.7	17.8
Factors influencing health status and contact with health services	39.3	49.2	2.7	6.2
Total	213.6	255.0	178.0	197.0

* Includes somatic departments in ordinary hospitals and in specialized somatic hospitals

1 Average 2003–2007

2 Excluding departments in psychiatric hospitals and in non-specialized departments in health centres

3 Discharges with a length of stay less than 90 days

4 Figures are for discharges from hospitals, not for completed treatment in departments

Age standardized by the Nordic population 2000

Sources: See Table 3.4.1.a

**Udskrivninger fra sygehuse* efter hoveddiagnosegrupper, Tabel 3.4.3.b
pr. 1 000 indbyggere (alders standardiseret) 2007**

<i>Iceland³⁾</i>	<i>Norway⁴⁾</i>	<i>Sweden</i>	
2.1	4.9	4.7	Visse infektions- og parasitære sygdomme
13.9	17.4	12.8	Svulster
1.9	1.4	1.3	Sygdomme i blod og bloddannende organer og visse lidelser i forbindelse med immunsystemet
2.4	2.8	3.0	Endokrine, ernærings- og stofskiftesygdomme
8.5	2.2	1.6	Psykiske og adfærdsmæssige lidelser
4.3	7.4	4.0	Sygdomme i nervesystem
1.7	1.3	0.8	Sygdomme i øje og øjenomgivelser
1.0	0.8	0.9	Sygdomme i øre og processus mastoideus
18.0	24.3	22.3	Sygdomme i kredsløbsorganer
9.8	14.4	9.3	Sygdomme i åndedrætsorganer
13.8	12.3	11.3	Sygdomme i fordøjelsesorganer
2.9	1.7	1.1	Sygdomme i hud og underhud
10.8	11.5	8.0	Sygdomme i knogler, bevægelsessystem og bindevæv
9.5	9.4	6.7	Sygdomme i urin- og kønsorganer
15.5	7.9	16.0	Svangerskab, fødsel og barsel
3.1	2.5	2.1	Visse årsager til sygdomme i perinatalperioden
1.4	1.7	1.2	Medfødte misdannelser og kromosomanomalier
7.2	12.5	14.2	Symptomer og abnorme fund ikke klassificeret andetsteds
11.7	18.5	14.5	Læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger
22.0	15.4	6.3	Faktorer af betydning for sundhedstilstand og kontakter med sundhedsvæsen
161.4	170.3	142.1	I alt

* Omfatter somatiske afdelinger ved almindelige sygehuse og ved somatiske specialsygehuse

1 Gennemsnit for årene 2003-2007

2 Eksklusiv psykiatriske hospitalsafdelinger og ikke-specialiserede afdelinger på sundhedscentraler

3 Udskrivninger med liggetid under 90 dage

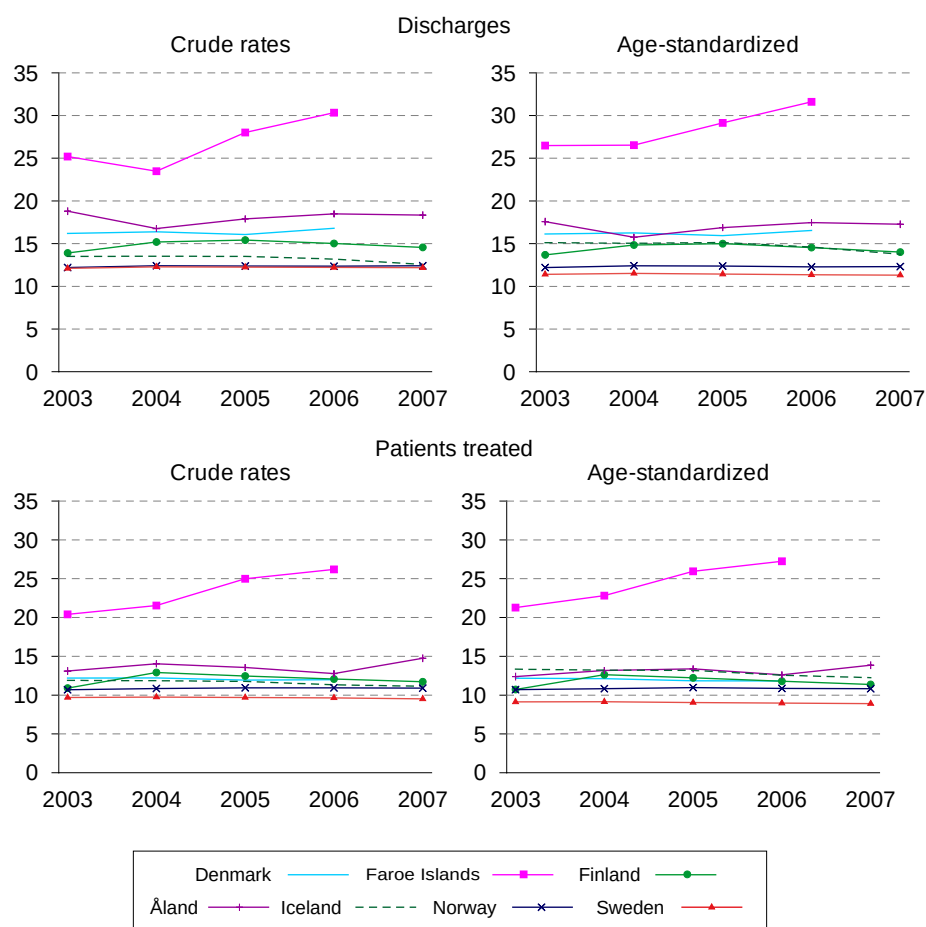
4 Opgørelsen vedrører udskrivninger fra sygehuse, ikke afsluttede behandlinger ved afdelinger

Aldersstandardiseret med den nordiske befolkning 2000

Kilder: Se tabel 3.4.1.a

Figure 3.4.2 Discharges from hospitals and treatment during the year for diseases of the digestive system, per 1 000 inhabitants 2003-2007

Udskrivninger og patienter behandlet for sygdomme i fordøjelsessystemet, pr. 1 000 indbyggere 2003-2007



Age-standardized by the Nordic population 2000

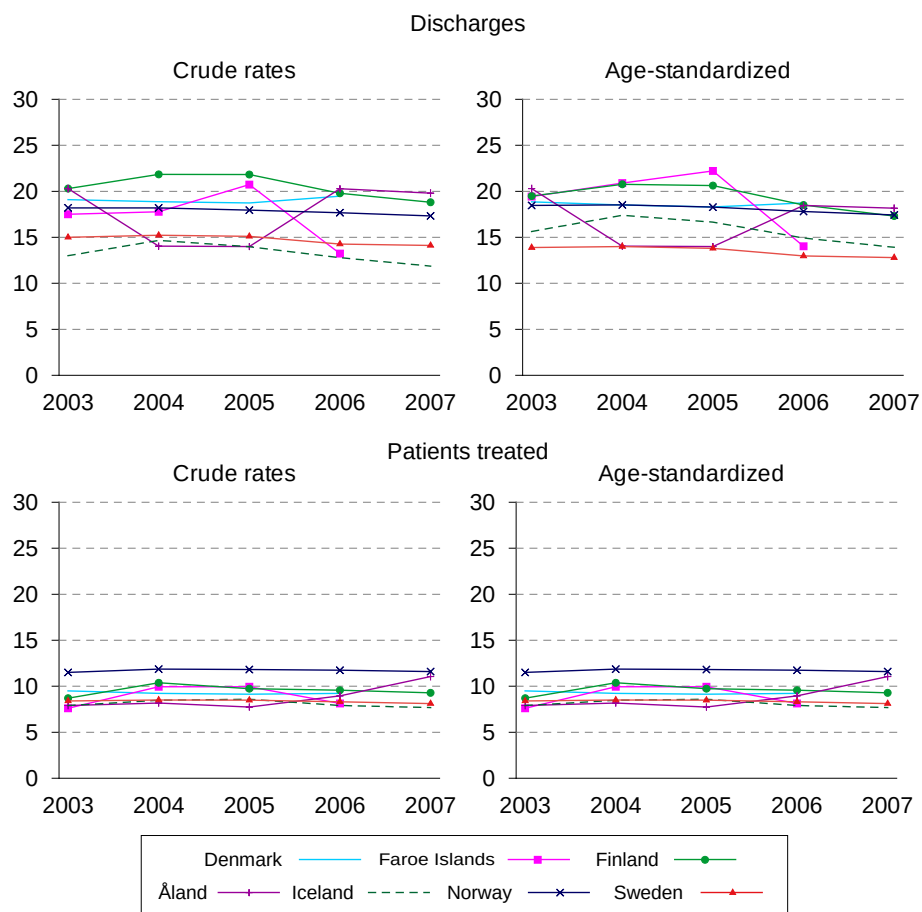
Aldersstandardiseret efter den nordiske befolkning 2000

Sources: See Tables 3.4.3.a and 3.4.3.b

Kilder: Se tabel 3.4.3.a og 3.4.3.b

Figure 3.4.3 Discharges from hospitals and patients treated during the year for malignant neoplasms, per 1 000 inhabitants 2003-2007

Udskrivninger og patienter behandlet for ondartede svulster, pr. 1 000 indbyggere 2003-2007



MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.4.4 Discharges, patients treated and average length of stay in hospital* for malignant neoplasm of breast, women 2007

Udskrivninger, patienter behandlet og gennemsnitlig liggetid ved sygehuse*
for kræft i bryst, kvinder 2007

	Denmark 2006	Faroe Islands ¹⁾	Finland	Åland ¹⁾	Iceland	Norway ²⁾	Sweden
<i>Discharges, total</i> Udskrivninger, i alt	8 028	82	9 180	35	319	5 200	9 991
<i>Patients treated, total</i> Patienter behandlet, i alt	5 151	29	6 199	27	254	3 823	7 858
<i>Patients treated per 100 000 women in the age group</i> Patienter behandlet pr. 100 000 kvinder i alderen							
25-44	64	38	79	86	42	61	63
45-64	351	250	466	353	393	328	311
65+	450	375	432	434	494	378	388
<i>Total rate</i> Samlet rate	188	124	230	203	167	162	171
<i>Average length of stay per patient treated</i> Gennemsnitlig liggetid pr. behandlet patient							
	6.0	15.9	5.0	6.3	7.4	6.3	6.0
<i>Average length of stay per discharge</i> Gennemsnitlig liggetid pr. udskrivning							
	3.9	5.6	3.4	5.0	5.9	4.6	4.7

1 Average 2003-2007

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

1 Gennemsnit for årene 2003-2007

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

Sources: see Table 3.4.2.a
Kilder: se tabel 3.4.2.a

* Definition, see Table 3.4.2.a
* Definition, se tabel 3.4.2.a

The Table includes ICD-10: C50
Tabellen omfatter ICD-10: C50

Table 3.4.5 Discharges, patients treated and average length of stay in hospital* for malignant neoplasm of trachea, bronchus and lung 2007

Udskrivninger, patienter behandlet og gennemsnitlig liggetid ved sygehuse*
for kræft i tracheae, bronkie og lunge 2007

		Denmark 2006	Faroe Islands ¹⁾	Finland	Åland ¹⁾	Iceland	Norway ²⁾	Sweden
<i>Discharges</i>	<i>Udskrivninger</i>							
<i>Men, total</i>	<i>Mænd, i alt</i>	4 615	63	3 629	18	175	3 711	4 135
<i>Women, total</i>	<i>Kvinder, i alt</i>	4 151	38	1 606	10	176	2 819	3 963
<i>Patients treated</i>	<i>Patienter behandlet</i>							
<i>Men, total</i>	<i>Mænd, i alt</i>	2 197	13	1 657	10	90	2 234	2 318
<i>Women, total</i>	<i>Kvinder, i alt</i>	1 926	7	737	5	101	1 689	2 248
<i>Patients treated per 100 000 men in the age group</i>								
<i>Patienter behandlet pr. 100 000 mænd i alderen</i>								
0-24		-	0	0	0	0	0	0
25-44		5	0	3	0	0	4	2
45-64		110	76	77	112	63	124	57
65+		378	276	310	290	405	494	235
<i>Total rate</i>								
<i>Samlet rate</i>		82	51	64	74	57	95	51
<i>Patients treated per 100 000 women in the age group</i>								
<i>Patienter behandlet pr. 100 000 kvinder i alderen</i>								
0-24		-	0	0	0	0	0	0
25-44		6	0	2	0	5	4	4
45-64		108	63	40	79	82	107	65
65+		232	108	83	95	357	262	164
<i>Total rate</i>								
<i>Samlet rate</i>		70	31	27	39	66	71	49
<i>Average length of stay per patient treated</i>								
<i>Gennemsnitlig liggetid pr. behandlet patient</i>								
		13.4	17.3	12.8	10.3	21.6	14.6	18.3
<i>Average length of stay per discharge</i>								
<i>Gennemsnitlig liggetid pr. udskrivning</i>								
		6.3	3.4	5.8	5.6	11.7	8.7	10.3

1 Average 2003-2007

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

1 Gennemsnit for årene 2003-2007

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

Sources: See Tabel 3.4.2.a
Kilder: Se Tabel 3.4.2.a

* Definition: see Table 3.4.2.a.
* Definition: se Tabel 3.4.2.a.

The Table includes ICD-10: C33-C34
Tabellen omfatter ICD-10: C33-C34

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE
Table 3.4.6 Discharges, patients treated and average length of stay in hospital* for acute myocardial infarction 2007

 Udskrivninger, patienter behandlet og gennemsnitlig liggetid ved sygehuse*
for akut hjerteinfarkt 2007

		Denmark 2006	Faroe Islands ¹⁾	Finland	Åland ¹⁾	Iceland	Norway ²⁾	Sweden
<i>Discharges</i>	<i>Udskrivninger</i>							
<i>Men, total</i>	<i>Mænd, i alt</i>	9 985	68	7 178	46	352	12 600	22 459
<i>Women, total</i>	<i>Kvinder, i alt</i>	5 444	32	4 709	32	141	6 354	14 398
<i>Patients treated</i>	<i>Patienter behandlet</i>							
<i>Men, total</i>	<i>Mænd, i alt</i>	5 984	58	5 564	34	309	10 946	15 143
<i>Women, total</i>	<i>Kvinder, i alt</i>	3 439	26	3 794	26	120	5 613	10 160
<i>Patients treated per 100 000 men in the age group</i>								
<i>Patienter behandlet pr. 100 000 mænd i alderen</i>								
0-44		20	20	10	13	14	38	13
45-64		314	352	249	234	329	725	380
65+		940	1 116	1 006	1 264	1 030	2 036	1 474
<i>Total rate</i>								
<i>Samlet rate</i>		222	230	215	260	195	467	333
<i>Patients treated per 100 000 women in the age group</i>								
<i>Patienter behandlet pr. 100 000 kvinder i alderen</i>								
0-44		6	0	3	3	3	9	5
45-64		89	82	60	42	65	167	119
65+		572	620	640	954	479	1 142	966
<i>Total rate</i>								
<i>Samlet rate</i>		125	113	141	193	79	237	221
<i>Average length of stay per patient treated</i>								
<i>Gennemsnitlig liggetid pr. behandlet patient</i>								
		7.7	12.8	6.6	7.3	8.1	5.3	6.9
<i>Average length of stay per discharge</i>								
<i>Gennemsnitlig liggetid pr. udskrivning</i>								
		4.7	10.8	5.2	5.6	7.0	4.6	4.7

1 Average 2003-2007

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

1 Gennemsnit for årene 2003-2007

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

Sources: See Table 3.4.2.a

Kilder: Se Tabel 3.4.2.a

* Definition, see Table 3.4.2.a

* Definition, se Tabel 3.4.2.a

The Table includes ICD-10: I21-I22

Tabellen omfatter ICD-10: I21-I22

Table 3.4.7 Discharges, patients treated and average length of stay in hospital* for cerebrovascular diseases 2007

Udskrivninger, patienter behandlet og gennemsnitlig liggetid ved sygehuse*
for karsygdomme i hjerne 2007

		Denmark 2006	Faroe Islands ¹⁾	Finland	Åland ¹⁾	Iceland	Norway ²⁾	Sweden
<i>Discharges</i>	<i>Udskrivninger</i>							
<i>Men, total</i>	<i>Mænd, i alt</i>	11 053	98	9 882	49	254	7 890	20 501
<i>Women, total</i>	<i>Kvinder, i alt</i>	10 005	61	8 744	46	211	7 694	19 126
<i>Patients treated</i>	<i>Patienter behandlet</i>							
<i>Men, total</i>	<i>Mænd, i alt</i>	8 164	78	7 217	33	285	7 329	15 637
<i>Women, total</i>	<i>Kvinder, i alt</i>	7 480	51	6 712	34	220	7 143	14 859
<i>Patients treated per 100 000 men in the age group</i>								
<i>Patienter behandlet pr. 100 000 mænd i alderen</i>								
	0-44	25	30	26	11	12	30	18
	45-64	350	316	336	324	183	319	287
	65-79	1 187	1 465	1 083	782	1 018	1 271	1 242
	80+	2 430	2 163	1 384	1 131	1 522	1 764	1 811
	<i>Total rate</i>							
	<i>Samlet rate</i>	303	313	279	254	179	313	344
<i>Patients treated per 100 000 women in the age group</i>								
<i>Patienter behandlet pr. 100 000 kvinder i alderen</i>								
	0-44	27	6	25	25	14	24	16
	45-64	219	142	193	190	93	218	178
	65-79	795	890	696	616	736	832	821
	80+	1 962	1 445	986	875	1 036	1 279	1 327
	<i>Total rate</i>							
	<i>Samlet rate</i>	273	219	249	255	144	302	323
<i>Average length of stay per patient treated</i>								
<i>Gennemsnitlig liggetid pr. behandlet patient</i>								
		10.8	38.2	11.7	12.3	11.8	10.6	14.4
<i>Average length of stay per discharge</i>								
<i>Gennemsnitlig liggetid pr. udskrivning</i>								
		8.0	30.9	8.7	8.8	12.8	9.9	11.1

1 Average 2003-2007

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

1 Gennemsnit for årene 2003-2007

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

Sources: See Table 3.4.2.a

Kilder: Se Tabel 3.4.2.a

* Definition, see Table 3.4.2.a

* Definition, se Tabel 3.4.2.a

The Table includes ICD-10: I60-I69

Tabellen omfatter ICD-10: I60-I69

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.4.8 Discharges, patients treated and average length of stay in hospital* for chronic obstructive pulmonary disease and bronchiectasis 2007

Udskrivninger, patienter behandlet og gennemsnitlig liggetid ved sygehuse* for bronkit, emfysem og anden obstruktiv lungesygdom 2007

		Denmark 2006	Faroe Islands ¹⁾	Finland	Åland ¹⁾	Iceland	Norway ²⁾	Sweden
<i>Discharges, total</i>	<i>Udskrivninger, i alt</i>	18 909	97	6 027	72	442	9 648	17 143
<i>Patients treated, total</i>	<i>Patienter behandlet, i alt</i>	11 016	64	3 810	46	321	6 491	10 367
<i>Per 100 000 in the age group</i>								
<i>Pr. 100 000 i alderen</i>								
0-4		35	341	13	-	-	11	4
5-14		3	8	1	-	-	5	1
15-24		2	3	1	-	9	4	1
25-64		89	57	33	62	41	65	37
65-74		752	478	270	609	524	547	380
75+		1 270	673	400	1 092	874	825	713
<i>Total rate</i>								
<i>Samlet rate</i>		203	132	72	173	103	138	113
<i>Average length of stay per patient treated</i>								
<i>Gennemsnitlig liggetid pr. behandlet patient</i>								
		9.2	12.3	8.8	8.5	14.7	9.3	10.2
<i>Average length of stay per discharge</i>								
<i>Gennemsnitlig liggetid pr. udskrivning</i>								
		5.4	8.1	5.6	5.5	10.6	6.3	6.2

1 Average 2003-2007

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

1 Gennemsnit for årene 2003-2007

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

Sources: See Table 3.4.2.a
Kilder: Se Tabel 3.4.2.a

* Definition, see Table 3.4.2.a
* Definition, se Tabel 3.4.2.a

The Table includes ICD-10: J40-J44, J47
Tabellen omfatter ICD-10: J40-J44, J47

Table 3.4.9 Discharges, patients treated and average length of stay in hospital* for asthma 2007

Udskrivninger, patienter behandlet og gennemsnitlig liggetid ved sygehuse*
for astma 2007

		Denmark 2006	Faroe Islands ¹⁾	Finland	Åland ¹⁾	Iceland	Norway ²⁾	Sweden
<i>Discharges, total</i>	<i>Udskrivnin- ger, i alt</i>	9 230	106	4 558	29	105	3 797	4 951
<i>Patients treated, total</i>	<i>Patienter behandlet, i alt</i>	6 728	82	3 534	25	81	3 368	4 147
<i>Per 100 000 in the age group</i>								
<i>Pr. 100 000 i alderen</i>								
0-4		1 034	1 224	257	645	120	494	397
5-14		175	279	39	128	21	103	36
15-24		56	55	17	48	13	30	12
25-64		49	38	42	23	18	30	15
65-74		45	48	109	107	16	50	34
75+		47	121	188	215	45	55	77
<i>Total rate</i>								
<i>Samlet rate</i>		124	171	67	92	26	72	45
<i>Average length of stay per patient treated</i>								
<i>Gennemsnitlig liggetid pr. behandlet patient</i>								
		2.8	3.9	5.3	4.1	3.8	4.6	3.1
<i>Average length of stay per discharge</i>								
<i>Gennemsnitlig liggetid pr. udskrivning</i>								
		2.0	3.0	4.1	3.5	2.9	4.1	2.6

1 Average 2003-2007

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

1 Gennemsnit for årene 2003-2007

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

Sources: See Table 3.4.2.a
Kilder: Se Tabel 3.4.2.a

* Definition, see Table 3.4.2.a
* Definition, se Tabel 3.4.2.a

The Table includes ICD-10: J45-J46
Tabellen omfatter ICD-10: J45-J46

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.4.10 Discharges, patients treated and average length of stay in hospital* for intervertebral disc disorders 2007

Udskrivninger, patienter behandlet og gennemsnitlig liggetid ved sygehuse* for diskusprolaps i halsens ryghvirvler og andre ryghvirvler 2007

		Denmark 2006	Faroe Islands ¹⁾	Finland	Åland ¹⁾	Iceland	Norway ²⁾	Sweden
<i>Discharges, total</i>	<i>Udskrivninger, i alt</i>	6 160	35	5 777	36	424	5 429	3 937
<i>Patients treated, total</i>	<i>Patienter behandlet, i alt</i>	4 751	26	4 937	28	420	4 889	3 399
<i>Per 100 000 in the age group</i>								
<i>Pr. 100 000 i alderen</i>								
0-24		7	3	13	16	16	9	5
25-44		124	88	151	186	216	159	60
45-64		140	90	148	145	221	180	58
65+		86	68	55	58	117	72	26
<i>Total rate</i>								
<i>Samlet rate</i>		87	55	93	104	135	104	37
<i>Average length of stay per patient treated</i>								
<i>Gennemsnitlig liggetid pr. behandlet patient</i>								
		6.2	10.2	4.1	7.4	1.8	4.5	5.6
<i>Average length of stay per discharge</i>								
<i>Gennemsnitlig liggetid pr. udskrivning</i>								
		4.8	7.8	3.5	5.7	1.7	4.0	4.8

1 Average 2003-2007

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

1 Gennemsnit for årene 2003-2007

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

Sources: See Table 3.4.2.a
Kilder: Se Tabel 3.4.2.a

* Definition, see Table 3.4.2.a
* Definition, se Tabel 3.4.2.a

The Table includes ICD-10: M50-M51
Tabellen omfatter ICD-10: M50-M51

Table 3.4.11 Discharges, patients treated and average length of stay in hospital* for fracture of femur 2007

Udskrivninger, patienter behandlet og gennemsnitlig liggetid ved sygehuse*
for brud af lår 2007

		Denmark 2006	Faroe Islands ¹⁾	Finland	Åland ¹⁾	Iceland	Norway ²⁾	Sweden
<i>Discharges</i>	<i>Udskrivninger</i>							
<i>Men, total</i>	<i>Mænd, i alt</i>	3 461	43	3 169	23	180	3 611	7 409
<i>Women, total</i>	<i>Kvinder, i alt</i>	8 064	70	5 944	35	362	8 055	15 865
<i>Patients treated</i>	<i>Patienter behandlet</i>							
<i>Men, total</i>	<i>Mænd, i alt</i>	3 108	33	2 541	18	153	3 438	6 224
<i>Women, total</i>	<i>Kvinder, i alt</i>	7 227	53	4 824	33	297	7 708	13 402
<i>Patients treated per 100 000 men in the age group</i>								
<i>Patienter behandlet pr. 100 000 mænd i alderen</i>								
0-44		19	44	32	43	23	30	21
45-64		74	103	64	64	50	76	60
65-74		248	326	202	182	249	300	235
75-79		595	474	489	886	690	700	616
80+		1 733	1 682	1 199	1 564	1 644	2 184	1 798
<i>Total rate</i>								
<i>Samlet rate</i>		116	131	98	137	96	147	137
<i>Patients treated per 100 000 women in the age group</i>								
<i>Patienter behandlet pr. 100 000 kvinder i alderen</i>								
0-44		8	11	13	17	10	10	9
45-64		92	67	55	74	96	93	65
65-74		432	455	239	318	296	495	356
75-79		123	1 139	662	814	1 312	1 325	1 038
80+		2 938	2 782	1 851	2 348	2 866	3 593	2 941
<i>Total rate</i>								
<i>Samlet rate</i>		263	228	179	245	195	326	291
<i>Average length of stay per patient treated</i>								
<i>Gennemsnitlig liggetid pr. behandlet patient</i>		10.5	16.9	8.0	16.1	14.5	9.8	11.9
<i>Average length of stay per discharge</i>								
<i>Gennemsnitlig liggetid pr. udskrivning</i>		9.5	12.8	6.4	14.1	12.1	9.4	10.0

1 Average 2003-2007

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

1 Gennemsnit for årene 2003-2007

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

Sources: See Table 3.4.2.a

Kilder: Se Tabel 3.4.2.a

* Definition, see Table 3.4.2.a

* Definition, se Tabel 3.4.2.a

The Table includes ICD-10: S72

Tabellen omfatter ICD-10: S72

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE
Table 3.4.12 Discharges, patients treated and average length of stay in hospital* for alcoholic liver disease 2007

Udskrivninger, patienter behandlet og gennemsnitlig liggetid ved sygehuse* for alkoholisk leversygdom 2007

		Denmark 2006	Faroe Islands ¹⁾	Finland	Åland ¹⁾	Iceland	Norway ²⁾	Sweden
<i>Discharges</i>	<i>Udskrivninger</i>							
<i>Men, total</i>	<i>Mænd, i alt</i>	1 571	3	1 534	2	15	637	1 352
<i>Women, total</i>	<i>Kvinder, i alt</i>	779	2	548	2	2	320	527
<i>Patients treated</i>	<i>Patienter behandlet</i>							
<i>Men, total</i>	<i>Mænd, i alt</i>	978	2	954	2	7	397	816
<i>Women, total</i>	<i>Kvinder, i alt</i>	495	2	378	2	1	215	329
<i>Patients treated per 100 000 men in the age group</i>								
<i>Patienter behandlet pr. 100 000 mænd i alderen</i>								
	0-44	8	0	9	0	0	2	2
	45-64	94	20	94	32	13	46	45
	65+	48	34	38	31	12	30	33
	<i>Total rate</i>							
	<i>Samlet rate</i>	36	9	37	14	4	17	18
<i>Patients treated per 100 000 women in the age group</i>								
<i>Patienter behandlet pr. 100 000 kvinder i alderen</i>								
	0-44	3	1	4	0	1	1	1
	45-64	48	7	36	42	0	24	18
	65+	19	28	12	24	0	14	10
	<i>Total rate</i>							
	<i>Samlet rate</i>	18	7	14	16	1	9	7
<i>Average length of stay per patient treated</i>								
<i>Gennemsnitlig liggetid pr. behandlet patient</i>								
		13.0	6.1	10.6	14.7	13.9	13.0	13.9
<i>Average length of stay per discharge</i>								
<i>Gennemsnitlig liggetid pr. udskrivning</i>								
		8.2	5,5	6.8	12.3	6.5	8.3	8.5

1 Average 2003-2007

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

1 Gennemsnit for årene 2003-2007

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

 Sources: See Table 3.4.2.a
Kilder: Se Tabel 3.4.2.a

 * Definition, see Table 3.4.2.a
* Definition, se Tabel 3.4.2.a

 The Table includes ICD-10: K70
Tabellen omfatter ICD-10: K70

Table 3.4.13 Discharges, patients treated and average length of stay in hospital* for other diseases of liver 2007

Udskrivninger, patienter behandlet og gennemsnitlig liggetid ved sygehuse*
for ikke-alkoholisk leversygdom 2007

		Denmark 2006	Faroe Islands ¹⁾	Finland	Åland ¹⁾	Iceland	Norway ²⁾	Sweden
<i>Discharges</i>	<i>Udskrivninger</i>							
<i>Men, total</i>	Mænd, i alt	1 329	10	908	2	26	595	1 307
<i>Women, total</i>	Kvinder, i alt	1 318	10	1 074	5	39	727	1 350
<i>Patients treated</i>	<i>Patienter behandlet</i>							
<i>Men, total</i>	Mænd, i alt	869	6	604	2	21	511	912
<i>Women, total</i>	Kvinder, i alt	846	8	725	3	32	611	956
<i>Patients treated per 100 000 men in the age group</i>								
<i>Patienter behandlet pr. 100 000 mænd i alderen</i>								
	0-44	11	14	9	8	3	12	6
	45-64	64	27	40	21	31	34	33
	65+	63	67	48	21	37	46	51
	<i>Total rate</i>							
	Samlet rate	32	23	23	14	13	22	20
<i>Patients treated per 100 000 women in the age group</i>								
<i>Patienter behandlet pr. 100 000 kvinder i alderen</i>								
	0-44	12	10	12	8	8	12	8
	45-64	56	71	42	26	31	39	29
	65+	54	74	48	63	66	55	48
	<i>Total rate</i>							
	Samlet rate	31	34	27	24	21	26	21
<i>Average length of stay per patient treated</i>								
<i>Gennemsnitlig liggetid pr. behandlet patient</i>								
		10.8	10.6	7.2	13.8	8.5	8.6	10.5
<i>Average length of stay per discharge</i>								
<i>Gennemsnitlig liggetid pr. udskrivning</i>								
		7.0	7.4	4.8	9.4	6.9	7.3	7.4

1 Average 2003-2007

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

1 Gennemsnit for årene 2003-2007

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

Sources: See Table 3.4.2.a

Kilder: Se Tabel 3.4.2.a

* Definition, see Table 3.4.2.a

* Definition, se Tabel 3.4.2.a

The Table includes ICD-10: K71-K77

Tabellen omfatter ICD-10: K71-K77

3.5 Surgical procedures

Tables 3.5.1-3.5.2 include information on selected surgical procedure groups, selected because of their high frequency and because the frequency of operations is influenced by differences in medical practice between the countries. Table 3.5.2b shows age standardized rates according to the Nordic Standard population.

In order to present a more complete picture, Table 3.5.3 covers the most frequent procedures carried out as day surgery.

In order to give more detail, the groups are presented by sex, and in some cases by age, in Tables 3.5.5-3.5.18. In this way, the differences between the countries appear more clearly.

Comparisons of operations between various geographic areas are however difficult, and the comparisons contain a number of potential sources of error, which in principle are the same as those mentioned for the diagnosis-related statistics.

In addition, there are differences from country to country in the way in which operations in hospitals are counted.

3.5 Kirurgiske indgreb

Tabellerne 3.5.1-3.5.2 indeholder oplysninger om udvalgte operationsgrupper, som er udvalgt fordi de er hyppigt forekommende og fordi operationsomfanget i forskellig grad påvirkes af forskelle i medicinsk praksis i landene. I tabel 3.5.2b vises de standardiserede rater efter den nordiske standardbefolkning.

For at få et mere fuldkomment billede er der i tabel 3.5.3 medtaget de mest forekommende indgreb som sker uden indlæggelse - dagkirurgisk.

For at få et mere komplet billede, er grupperne medtaget fordelt på køn og i visse aldersgrupper i tabellerne 3.5.5-3.5.18. Heraf fremgår forskellene mellem landene tydeligere.

Sammenligninger af operationer mellem geografiske områder er imidlertid vanskelige og indeholder en række potentielle fejlkilder, som i princippet er de samme som er nævnt for den diagnoserelaterede statistik.

Hertil kommer, at der er forskelle fra land til land i måden hvorpå operationer ved sygehuse tælles.

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.5.1 Sixteen major surgical procedure groups, total numbers 2007
Seksten store operationsgrupper, i alt 2007

NCSP codes		Denmark	Faroe Islands ¹⁾	Finland	Åland ¹⁾	Iceland	Norway	Sweden
ABC 01-26	Disc operations							
	Disk-operationer	2 731	19	3 205	12	372	3 765	2 405
BAA 20-60	Partial and total thyroid excision							
	Resektion af thyreoidea	1 795	5	1 765	5	109	1 276	2 494
CJC, CJD, CJE, CJF00, CJF10	Cataract surgery							
	Kataraktoperationer	24 740	136	38 352	36	1609	22 376	56 644
FNA; FNB; FNC; FND; FNE	Coronary anastomosis surgery							
	Coronar Anastomoser	2 436	49	3 042	1	159	7 290	9 470
FNG 02; FNG 05	Percutaneous expansion of the coronary artery (PTCA)							
	Perkutan coronar angioplastik (PTCA)	8 825	70	7 479	1	728	13 531	17 418
HAB	Excision of mammary gland (women)							
	Resektion af mammae (kvinder)	4 566	18	3 520	11	131	3 117	6 226
HAC 10-25; HAC 99	Mastectomy (women)							
	Ablatio mammae (kvinder)	2 044	12	2 504	15	63	1 659	3 859
JEA	Appendectomy							
	Appendektomi	5 587	47	6 745	36	435	5 659	10 649
JKA 20-21	Cholecystectomy							
	Kolecystektomi	6 680	51	7 552	43	606	4 711	12 252
KAS 10-20	Kidney transplant							
	Nyretransplantation	167	1	163	1	7	264	378
KEC	Radical prostatectomy							
	Radikal prostatektomi	717	4	826	7	48	882	2 342
KED 22-72	Prostatectomy, transurethral procedures							
	Transurethral resektion af prostate	4 070	24	3 599	39	180	4 942	6 757
KED 00; KED 96	Open prostatectomy							
	Åben prostatektomi	50	1	39	0	1	199	186
LCC 10-20; LCD; LCE; LEF 13	Hysterectomy (including supravaginal hysterectomy and exenteration of pelvis)							
	Hysterektomi (inkl. supravaginal hysterektomi og bækkeneksentration)	6 119	31	6 831	51	431	4 924	8 778
MCA	Caesarean section							
	Kejsersnit	13 898	101	9 595	55	770	9 896	18 896
NFB; NFC	Hip replacement							
	Hofteledsplastik	10 884	71	11 012	55	479	10 865	19 690

The NCSP codes refer to NOMESCO Classification of Surgical Procedures. Version 1.11. NOMESCO 77:2006.

1 Average 2003-2007

1 Gennemsnit for årene 2003-2007

Sources: D: National Board of Health; FI: Ministry of Health; F & Å: THL; I: Directorate of Health; N: Norwegian Kilder: Patient Register; S: National Board of Health and Welfare

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.5.2.a Sixteen major surgical procedure groups, per 100 000 inhabitants 2007
 Seksten store operationsgrupper, pr. 100 000 indbyggere 2007

NCSF codes		Denmark	Faroe Islands ¹⁾	Finland	Åland ²⁾	Iceland	Norway	Sweden
ABC 01-26	Disc operations							
	Disk-operationer	50	39	61	44	119	80	26
BAA 20-60	Partial and total thyroid excision							
	Resektion af thyreoidea	33	10	33	17	35	27	27
CJC, CJD, CJE, CJE00, CJE10	Cataract surgery							
	Kataraktoperationer	453	283	725	134	517	475	619
FNA; FNB; FNC; FND; FNE	Coronary anastomosis surgery							
	Coronararastomoser	45	101	58	2	51	155	104
FNG 02; FNG 05	Percutaneous expansion of the coronary artery (PTCA)							
	Perkutan coronar angioplastik (PTCA)	162	146	58	3	234	287	190
HAB	Excision of mammary gland (women)³⁾							
	Resektion af mammae (kvinder) ³⁾	166	79	130	85	86	132	135
HAC 10-25; HAC 99	Mastectomy (women)³⁾							
	Ablatio mammae (kvinder) ³⁾	74	52	93	108	41	70	84
JEA	Appendectomy							
	Appendektomi	102	98	128	136	140	120	116
JKA 20-21	Cholecystectomy							
	Kolecystektomi	122	105	143	161	195	100	134
KAS 10-20	Kidney transplant							
	Nyretransplantation	3	3	3	3	2	6	4
KEC	Radical prostatectomy⁴⁾							
	Radikal prostatektomi ⁴⁾	27	16	32	50	30	38	52
KED 22-72	Prostatectomy, transurethral procedures⁴⁾							
	Transurethral resection af prostata ⁴⁾	151	95	139	298	113	211	149
KED 00; KED 96	Open prostatectomy⁴⁾							
	Åben prostatektomi ⁴⁾	2	6	1	0	1	8	4
LCC 10-20; LCD; LCE; LEF 13	Hysterectomy (including supravaginal hysterectomy and exenteration of pelvis)³⁾							
	Hysterektomi (inkl. supravaginal hysterektomi og bækkeneksenteration) ³⁾	222	134	253	375	283	208	191
MCA	Caesarean section⁵⁾							
	Kejsersnit ⁵⁾	217	150	165	201	172	171	192
NFB; NFC	Hip replacement							
	Hofteledsplastik	199	147	208	208	154	231	215

The NCSF codes refer to NOMESCO Classification of Surgical Procedures. Version 1.11. NOMESCO 77:2006.

1 Average 2003-2007

2 Average 2003-2007

3 Per 100 000 women

4 Per 100 000 men

5 Per 1 000 deliveries

1 Gennemsnit for årene 2003-2007

2 Gennemsnit for årene 2003-2007

3 Pr. 100 000 kvinder

4 Pr. 100 000 mænd

5 Pr. 1 000 fødsler

Sources: See Table 3.5.1

Kilder: Se tabel 3.5.1

Table 3.5.2.b Sixteen major surgical procedure groups, age standardized rates per 100 000 inhabitants 2007
 Seksten store operationsgrupper, aldersstandardiseret rater
 pr. 100 000 indbyggere 2007

NCSP codes		Denmark	Faroe Islands ¹⁾	Finland	Åland ²⁾	Iceland	Norway	Sweden
ABC 01-26	Disc operations							
	Disk-operationer	49	41	61	43	124	80	27
BAA 20-60	Partial and total thyroid excision							
	Resektion af thyreoidea	32	11	32	16	38	27	27
CJC, CJD, CJE, CJF00, CJF10	Cataract surgery							
	Kataraktoperationer	441	308	655	114	..	467	531
FNA; FNB; FNC; FND; FNE	Coronary anastomosis surgery							
	Coronar Anastomoser	42	112	51	2	63	159	93
FNG 02; FNG 05	Percutaneous expansion of the coronary artery (PTCA)							
	Perkutan coronar angioplastik (PTCA)	154	160	126	3	278	293	171
HAB	Excision of mammary gland (women)³⁾							
	Resektion af mammae (kvinder) ³⁾	158	83	121	75	95	134	130
HAC 10-25; HAC 99	Mastectomy (women)³⁾							
	Ablatio mammae (kvinder) ³⁾	68	55	82	96	47	68	75
JE A	Appendectomy							
	Appendektomi	103	94	128	138	131	119	117
JKA 20-21	Cholecystectomy							
	Kolecystektomi	120	112	136	156	211	101	131
KAS 10-20	Kidney transplant							
	Nyretransplantation	3	3	3	3	2	6	4
KEC	Radical prostatectomy⁴⁾							
	Radikal prostatektomi ⁴⁾	23	17	28	46	39	38	45
KED 22-72	Prostatectomy, transurethral procedures⁴⁾							
	Transurethral resektion af prostate ⁴⁾	157	118	149	299	157	240	142
KED 00; KED 96	Open prostatectomy⁴⁾							
	Åben prostatektomi ⁴⁾	2	7	1	-	1	10	4
LCC 10-20; LCD; LCE; LEF 13	Hysterectomy (including supravaginal hysterectomy and exenteration of pelvis)³⁾							
	Hysterektomi (inkl. supravaginal hysterektomi og bækkeneksenteration) ³⁾	217	144	241	353	302	212	188
NFB; NFC	Hip replacement							
	Hofteledsplastik	191	161	190	186	193	229	186

The NCSP codes refer to NOMESCO Classification of Surgical Procedures. Version 1.11. NOMESCO 77:2006.

1 Average 2003-2007

2 Average 2003-2007

3 Per 100 000 women

4 Per 100 000 men

1 Gennemsnit for årene 2003-2007

2 Gennemsnit for årene 2003-2007

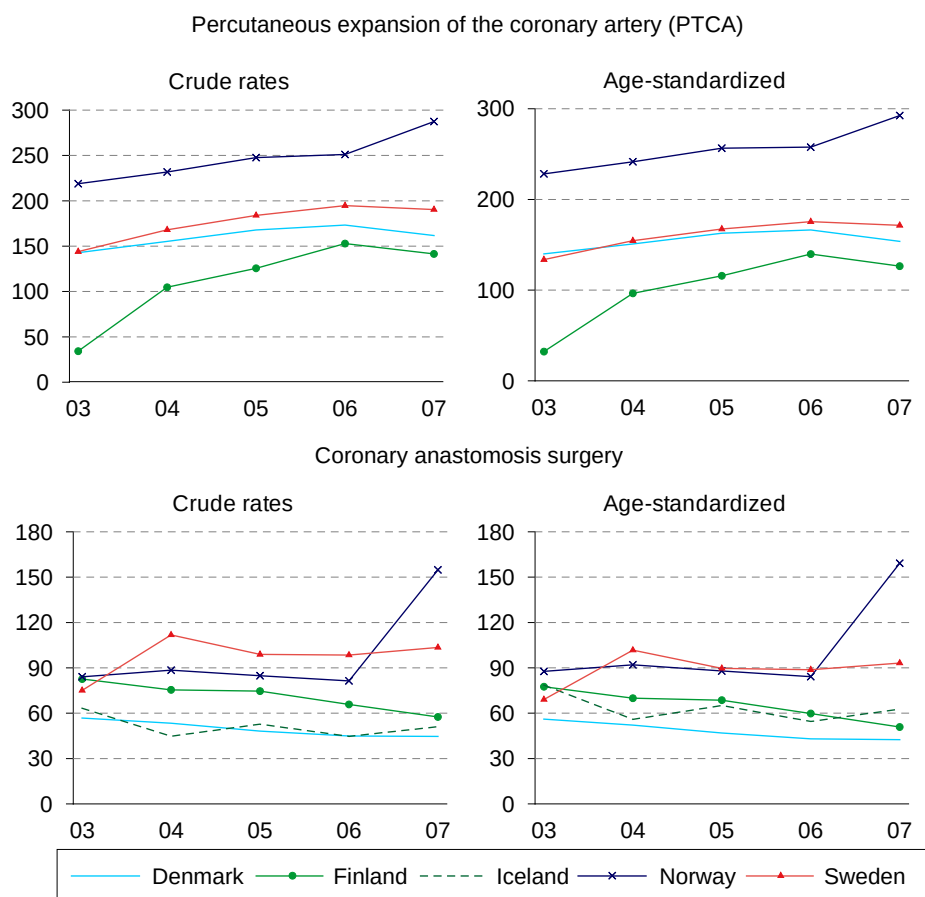
3 Pr. 100 000 kvinder

4 Pr. 100 000 mænd

Sources: D: National Board of Health; FI: Ministry of Health; F & Å: THL; I: Directorate of Health; N: Norwegian Patient Register; S: National Board of Health and Welfare

Figure 3.5.1 PTCA and coronary anastomosis surgery, crude rates and age standard-ized rates per 100 000 inhabitants 2003–2007

PTCA og Coronaranastomoser, summariske rater og alderstandardiserede rater pr. 100 000 indbyggere 2003–2007



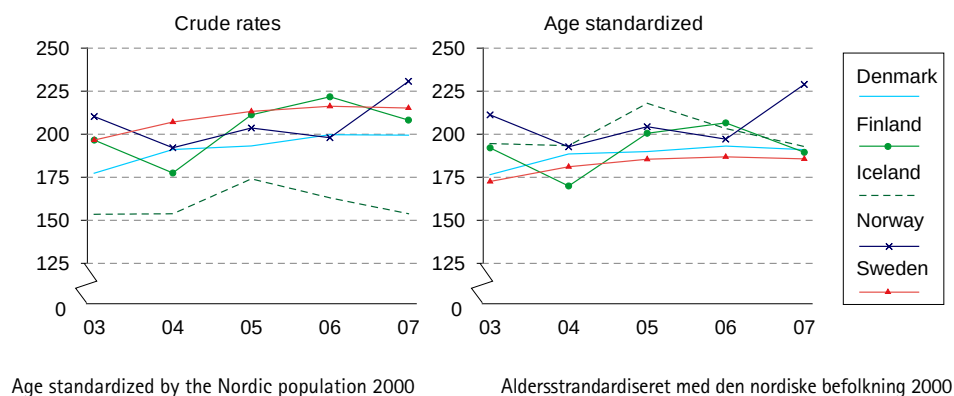
Age standardized by the Nordic population 2000

Aldersstandardiseret med den nordiske befolkning 2000

Sources: See Tables 3.5.2a and 3.5.2b

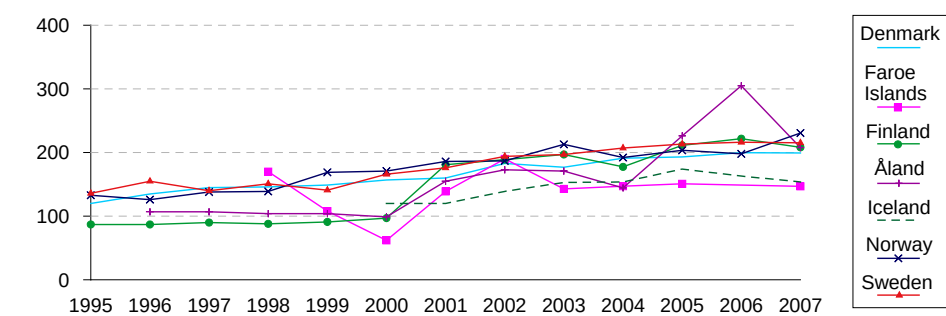
Kilder: Se tabel 3.5.2.a og 3.5.2.b

Figure 3.5.2 Hip replacement per 100 000 inhabitants 2003-2007
Hofteledsplastik, pr. 100 000 indbyggere 2003-2007



Sources: See Tables 3.5.2a and 3.5.2b
Kilder: Se tabel 3.5.2.a og 3.5.2.b

Figure 3.5.3 Hip replacement per 100 000 inhabitants 1995-2007
Hofteledsplastik, pr. 100 000 indbyggere 1995-2007



Sources: See Tables 3.5.2a
Kilder: Se tabel 3.5.2.a

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE
Table 3.5.3 Fifteen surgical procedures partly carried out as day surgery in hospitals 2007

	NCSF codes	Denmark			Finland		
		Total number of procedures	Of which day surgery	Day surgery (per cent)	Total number of procedures	Of which day surgery	Day surgery (per cent)
<i>Carpal tunnel decompression of median nerve</i> Dekompression og lysis af medianus nerve	ACC51	4 989	4 389	88.0	8 614	7 431	86.3
<i>Cataract surgery</i> Kataraktoperation	CJC, CJD, CJE, CJF00, CJF10	24 740	23 724	95.9	37 960	35 964	94.7
<i>Tonsillectomy and/or adenoidectomy</i> Tonsillektomi og/eller adenoidektomi	EMB10, EMB20, EMB30	8 203	1 963	23.9	14 404	10 435	72.4
<i>Wedge resection of mammary gland (women only)</i> Segmentresektion af brystkirtel (kun kvinder)	HAB40	2 752	12	0.4	1 406	79	5.6
<i>Inguinal and femoral hernia</i> Brok-operationer	JAB, JAC	10 532	6 146	58.4	10 820	5 906	54.6
<i>Haemorrhoidectomy</i> Haemorrhoidectomia	JHB00	1 638	957	58.4	1 351	607	44.9
<i>Cholecystectomy, laparoscopic</i> Laparoskopisk cholecystektomi	JKA21	5 855	1 137	19.4	6 074	1 411	23.2
<i>Transurethral resection of prostate (TURP)</i> Transurethral resektion af prostata (TURP)	KED22	2 640	43	1.6	2 902	59	2.0
<i>Curettage and excision of endometrium in uterus and cervix uteri</i> Abrasio af endometrium i uterus og cervix uteri	LCA10-16, LCB28, LCB32, LDA10	10 040	7 699	76.7	2 537	1 558	61.4
<i>Termination of pregnancy</i> Abort-operationer	LCH	9 527	5 328	55.9	3 908	2 734	70.0
<i>Female sterilization</i> Sterilisation af kvinder	LGA	3 547	2 155	60.8	2 633	2 178	82.7
<i>Removal of implanted devices from bone</i> Fjernelse af osteosyntese	NAU, NBU, NCU, NDU, NEU, NFU, NGU, NHU	14 495	8 150	56.2	5 277	3 020	57.2
<i>Knee arthroscopy</i> Artroskopi af knæled	NGA11	7 136	5 100	71.5	3 416	2 599	76.1
<i>Arthroscopic operations on meniscus of knee</i> Artroskopisk meniskoperation på knæ	NGD01, NGD11, NGD21, NGD91	10 072	7 057	70.1	13 731	11 285	82.2
<i>Vein ligation and stripping on leg</i> Fjernelse af åreknuder på ben	PHB13-14, PHD	6 955	6 322	90.9	5 307	3 683	69.4

- 1 The figures are estimated based on a coverage of 80 per cent. Figures for cataract surgery are data for 2006 from the Swedish cataract register with a coverage of 95 per cent, including only CJC, CJD and CJE
- 2 Day-surgery procedures are under-reported. The amount of missing data varies for different procedures. The amount of missing data is estimated to be on average 20 per cent, but is particularly large for cataract surgery.

Sources: See Table 3.5.1

**Femten kirurgiske indgreb, der delvist gennemføres som dagkirurgi Tabel 3.5.3
på sygehuse 2007**

Norway			Sweden ¹⁾		
Total number of procedures	Of which day surgery	Day surgery (per cent)	Total number of procedures	Of which day surgery ²⁾	Day surgery (per cent)
7 040	6 707	95.3	11 292	10 880	96.4
22 376	21 305	95.2	56 415	54 761	97.1
14 035	8 062	57.4	14 076	7 401	52.6
1 933	898	46.5	4 488	1 306	29.1
7 410	4 956	66.9	16 007	11 499	71.8
2 270	1 627	71.7	2 265	1 594	70.4
4 190	1 005	24.0	9 160	1 561	17.0
4 093	120	2.9	5 673	92	1.6
5 375	3 945	73.4	13 833	11 559	83.6
13 835	13 368	96.6	11 555	8 657	74.9
1 111	199	17.9	2 830	2 293	81.0
9 748	4 875	50.0	15 539	11 012	70.9
4 634	3 465	74.8	6 385	5 687	89.1
15 494	13 879	89.6	10 726	10 118	94.3
10 497	9 345	89.0	5 470	4 882	89.3

1 Tallene er beregnet ud fra en 80 procents dækningsgrad. Tal for kataraktoperation er data for 2006 fra det svenske kataraktregister med 95 procent dækningsgrad. Kataraktregistret inkluderer kun CJC, CJD og CJE

2 Der findes en underrapportering i antallet af dagkirurgiske indgreb. Størrelsen af dette varierer fra indgreb til indgreb, men er beregnet til ca. 20 pct. Det er især et stort bortfald af kataraktoperationer.

Kilder: Se tabel 3.5.1

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.5.4 Surgical procedures in connection with cancer diagnoses, total and per 100 000 inhabitants 2007

Operationer i forbindelse med kræftdiagnoser, i alt og pr. 100 000 indbyggere 2007

NCSP codes	Denmark 2006	Faroe Islands ¹⁾	Finland	Åland ²⁾	Iceland	Norway	Sweden
Total i alt							
HAB <i>Excision of the mammary gland (women)</i> Resektion af mammae (kvinder)	2 293	10	2 619	11	122	1 645	3 602
HAC <i>Mastectomy (women)</i> 10-25; Ablatio mammae (kvinder)							
HAC 99	1 981	12	2 460	14	63	1 379	3 434
KEC <i>Radical prostatectomy</i> Radikal prostatektomi	552	4	820	7	48	873	2 325
KED <i>Prostatectomy, transurethral procedures</i> 22-72 Transurethral resection of prostata	413	7	436	6	180	745	1 141
LCC <i>Hysterectomy (including supravaginal</i> 10-20; <i>hysterectomy and exenteration of pelvis)</i> LCD; Hysterektomi (inkl. supravaginal hys- LCE; terektomi og bækkeneksentrering) LEF 13	1 156	7	3 440	24	431	1 010	2 050
Per 100 000 inhabitants							
Pr. 100 000 indbyggere							
<i>Partial excision of the mammary gland (women)³⁾</i> Resektion af mammae (kvinder) ³⁾	84	41	97	83	80	70	78
<i>Mastectomy (women)³⁾</i> Ablatio mammae (kvinder) ³⁾	72	51	91	107	41	58	75
<i>Radical prostatectomy⁴⁾</i> Radikal prostatektomi ⁴⁾	21	16	32	50	30	37	51
<i>Prostatectomy, transurethral procedures⁴⁾</i> Transurethral resection of prostata ⁴⁾	15	27	17	44	113	32	25
<i>Hysterectomy (including supravaginal hysterectomy and exenteration of pelvis)⁴⁾</i> Hysterektomi (inkl. supravaginal hys- terektomi og bækkeneksentrering) ⁴⁾	42	32	127	181	283	43	45

The NCSP codes refer to NOMESCO Classification of Surgical Procedures. Version 1.11. NOMESCO 77:2006.

1 Average 2003-2007

2 Average 2003-2007

3 Per 100 000 women

4 Per 100 000 men

1 Gennemsnit for årene 2003-2007

2 Gennemsnit for årene 2003-2007

3 Pr. 100 000 kvinder

4 Pr. 100 000 mænd

Sources: See Table 3.5.1

Kilder: Se tabel 3.5.1

Table 3.5.5 Disc operations by sex and age 2007

Disk-operationer fordelt på køn og alder 2007

	Denmark		Faroe Islands ¹⁾		Finland		Iceland		Norway		Sweden	
Age Alder	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W
<15	2	1	-	-	-	2	-	-	-	5	1	-
15-24	27	36	1	-	99	69	8	7	78	56	54	51
25-44	613	490	4	3	934	628	105	75	1 002	750	569	525
45-64	621	607	3	4	716	521	84	68	883	687	500	451
65+	152	182	1	2	117	119	13	12	171	133	130	124
Total I alt	1 415	1 316	9	9	1 866	1 339	210	162	2 134	1 631	1 254	1 151
<i>Per 100 000</i>												
<i>in the age</i>												
<i>group</i>												
Pr. 100 000												
i alderen												
15-24	8	12	17	-	29	21	34	32	26	19	9	9
25-44	81	66	61	51	135	95	220	173	149	115	46	44
45-64	84	83	53	78	96	69	220	192	146	117	42	38
65+	41	38	47	57	33	23	80	61	58	34	19	14
Total I alt	52	48	38	40	72	50	132	106	91	69	28	25

1 Average 2003-2007

1 Gennemsnit for årene 2003-2007

NCSP codes covered: ABC 01-26

Sources: See Table 3.5.1

Kilder: Se table 3.5.1

Table 3.5.6 Partial and total thyroid excision by sex and age 2007

Resektion af thyreoidea, fordelt på køn og alder 2007

	Denmark		Finland		Iceland		Norway		Sweden	
Age Alder	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W
<15	1	3	2	3	-	-	-	1	7	8
15-24	7	39	7	43	-	3	6	24	35	114
25-44	91	484	57	401	4	30	54	340	104	696
45-54	95	383	52	330	5	21	56	261	69	420
55-64	95	304	94	349	3	20	60	224	122	403
65-74	44	149	52	239	3	8	23	127	77	247
75-84	21	63	23	101	5	6	24	64	30	145
85+	1	15	-	12	1	-	-	12	1	16
Total I alt	355	1 440	287	1 478	21	88	223	1 053	445	2 049
<i>Per 100 000</i>										
<i>in the age</i>										
<i>group</i>										
<i>Pr. 100 000</i>										
<i>i alderen</i>										
15-24	2	13	2	13	-	14	2	8	6	20
25-44	12	65	8	60	8	69	8	52	8	58
45-54	25	104	14	87	22	103	17	84	12	73
55-64	26	83	26	94	19	133	21	81	20	66
65-74	20	62	24	95	34	85	14	73	20	60
75-84	18	39	20	52	85	81	23	44	13	45
85+	3	20	-	17	64	-	-	16	1	10
Total I alt	13	52	11	55	13	58	10	44	10	45

NCSP codes covered: BAA 20-60

Sources: See Table 3.5.1

Kilder: Se tabel 3.5.1

Table 3.5.7 Cataract surgery by sex and age 2007

Kataraktoperationer, efter køn og alder 2007

	Denmark		Faroe Islands ¹⁾		Finland		Norway		Sweden ²⁾	
Age Alder	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W
<45	287	209	2	2	290	231	237	170	455	377
45-64	2 067	2 437	15	11	3 020	3 247	1 437	1 645	4 037	4 556
65-74	2 721	4 246	19	21	3 769	6 799	1 895	2 998	5 763	9 321
75-84	3 465	6 158	17	36	5 467	11 575	3 458	6 430	8 559	15 514
85+	1 061	2 089	4	9	1 093	2 861	1 358	2 748	2 882	5 180
Total I alt	9 601	15 139	57	79	13 639	24 713	8 385	13 991	21 696	34 948
<i>Per 100 000 in the age group</i>										
<i>Pr. 100 000 i alderen</i>										
45-64	280	333	256	209	403	431	237	280	335	385
65-74	1 235	1 761	1 106	1 266	1 771	2 708	1 194	1 714	1 502	2 267
75-84	3 026	3 823	1 726	2 636	4 681	5 926	3 312	4 374	3 610	4 779
85+	3 337	2 794	1 547	1 637	4 602	3 959	4 341	3 754	3 735	3 213
Total I alt	355	550	229	340	527	916	358	591	477	759

1 Average 2003-2007

2 Data from the Swedish cataract register with a coverage of 95 per cent. Including only CJC, CJD and CJE.

1 Gennemsnit for årene 2003-2007

2 Data fra det svenske kataraktregister med 95 procent dækningsgrad. Inkluderer kun CJC, CJD og CJE

NCSP codes covered: CJC, CJD, CJE, CJF00, CJF10

Sources: See Table 3.5.1

Kilder: Se table 3.5.1

Table 3.5.8 Coronary anastomosis surgery by sex and age 2007
 Coronaranastomoser efter køn og alder 2007

	Denmark		Faroe Islands ¹⁾		Finland		Iceland		Norway		Sweden	
Age Alder	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W
<45	31	6	1	-	31	8	2	1	118	19	116	33
45-54	196	34	3	1	218	39	18	-	638	115	638	142
55-64	576	96	10	2	749	131	40	6	1 755	288	2 207	379
65-74	713	203	17	3	844	300	44	12	1 927	568	2 819	751
75-84	390	166	7	4	431	267	23	12	1 179	582	1 604	707
85+	20	5	0	-	14	10	-	1	68	33	45	29
Total I alt	1 926	510	39	10	2 287	755	127	32	5 685	1 605	7 429	2 041
Per 100 000 in the age group												
Pr. 100 000 i alderen												
45-54	53	9	99	34	57	10	80	-	198	37	108	25
55-64	158	26	350	66	205	35	253	40	616	104	361	62
65-74	324	84	1013	209	397	120	497	127	1 215	325	735	183
75-84	341	103	731	308	369	137	390	162	1 129	396	677	218
85+	63	7	74	-	59	14	-	36	217	45	58	18
Total I alt	71	19	154	44	88	28	80	21	243	68	164	44

1 Average 2003-2007

1 Gennemsnit for årene 2003-2007

NCSP codes covered: FNA; FNB; FNC; FND; FNE

Sources: See Table 3.5.1

Kilder: Se tabel 3.5.1

Table 3.5.9 Percutaneous expansion of the coronary artery (PTCA) by sex and age 2007
 Perkutan coronar angioplastik (PTCA) efter køn og alder 2007

	Denmark		Faroe Islands ¹⁾		Finland		Norway		Sweden ²⁾	
Age Alder	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W
<45	354	97	2	0	184	43	513	95	385	120
45-54	1 080	275	9	2	830	170	1 765	353	1 630	377
55-64	2 065	527	21	4	1 605	439	3 353	758	4 118	1 050
65-74	1 774	722	14	6	1 513	764	2 545	1 037	3 903	1 536
75-84	942	693	6	5	959	804	1 646	981	2 279	1 443
85+	150	146	1	1	79	89	271	214	301	276
Total I alt	6 365	2 460	53	17	5 170	2 309	10 093	3 438	12 616	4 802
<i>Per 100 000 in the age group</i>										
<i>Pr. 100 000 i aldermen</i>										
45-54	290	75	292	54	216	45	549	114	275	65
55-64	567	144	743	173	440	118	1 177	273	673	173
65-74	805	299	827	381	711	304	1 604	593	1 017	374
75-84	823	430	568	351	821	412	1 576	667	961	444
85+	472	195	221	114	333	123	866	292	390	171
Total I alt	235	89	212	75	200	86	431	145	278	104

1 Average 2003-2007

2 NCSP: F00-F06

1 Gennemsnit for årene 2003-2007

2 NCSP: F00-F06

NCSP codes covered: FNG 02; FNG 05

Sources: See Table 3.5.1

Kilder: Se tabel 3.5.1

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.5.10 Excision of mammary gland by age, women 2007
 Resektion af mammae, kvinder, fordelt på alder 2007

Age Alder	Denmark	Faroe Islands ¹⁾	Finland	Iceland	Norway	Sweden
<15	2	0	4	-	3	5
15-24	157	2	148	7	77	222
25-44	859	5	513	18	519	1 119
45-64	2 365	7	1 986	63	1 775	3 143
65-74	801	2	607	23	522	1 266
75-84	314	1	208	16	171	396
85+	68	1	54	4	50	75
Total I alt	4 566	18	3 520	131	3 117	6 226
<i>Per 100 000 in the age group</i>						
<i>Pr. 100 000 i alderen</i>						
15-24	51	59	46	32	27	39
25-44	115	92	77	42	80	94
45-64	323	138	263	178	302	265
65-74	332	111	242	243	298	308
75-84	195	59	106	216	116	122
85+	91	190	75	145	68	47
Total I alt	166	79	130	86	132	135

1 Average 2003-2007

1 Gennemsnit for årene 2003-2007

NCSP codes covered: HAB

Sources: See Table 3.5.1
 Kilder: Se tabel 3.5.1

Table 3.5.11 Mastectomy, women, by age 2007

Ablatio mammae, kvinder, fordelt på alder 2007

Age Alder	Denmark	Faroe Islands ¹⁾	Finland	Iceland	Norway	Sweden
<15	-	-	-	-	-	1
15-24	2	-	4	-	5	16
25-44	211	1	217	6	231	506
45-64	865	5	1 262	41	784	1 583
65-74	485	3	496	9	257	810
75-84	354	2	392	7	270	667
85+	127	1	133	-	112	276
Total I alt	2 044	12	2 504	63	1 659	3 859
<i>Per 100 000 in the age group</i>						
<i>Pr. 100 000 i alderen</i>						
15-24	1	-	1	-	2	3
25-44	28	10	33	14	35	42
45-64	118	93	167	116	133	134
65-74	201	209	198	95	147	197
75-84	220	161	201	95	184	205
85+	170	152	184	-	153	171
Total I alt	74	52	93	41	70	84

1 Average 2003-2007

1 Gennemsnit for årene 2003-2007

NCSP codes covered: HAC 10-25; HAC 99

Sources: See Table 3.5.1

Kilder: Se tabel 3.5.1

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.5.12 Appendectomy by sex and age 2007
Appendektomi fordelt på køn og alder 2007

	Denmark		Faroe Islands ¹⁾		Finland		Iceland		Norway		Sweden	
Age Alder	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W
<15	644	496	7	5	461	398	67	54	479	379	1 161	787
15-24	645	577	8	5	770	771	58	57	773	742	1 400	1 126
25-44	781	704	7	4	1 102	986	69	59	929	817	1 613	1 410
45-64	459	643	4	3	749	826	27	26	508	540	925	1 111
65+	256	382	2	2	305	377	10	8	221	271	477	639
Total I alt	2 785	2 802	28	20	3 387	3 358	231	204	2 910	2 749	5 576	5 073
<i>Per 100 000 in the age group</i>												
<i>Pr. 100 000 i alderen</i>												
<15	124	101	124	93	101	91	201	168	103	86	146	105
15-24	202	189	232	164	229	240	250	258	255	256	232	196
25-44	103	94	99	75	159	148	145	136	138	125	130	118
45-64	62	88	66	63	100	110	71	74	84	92	77	94
65+	70	80	61	51	86	73	61	41	75	69	68	71
Total I alt	103	102	111	85	131	124	145	134	124	116	123	110

1 Average 2003-2007

1 Gennemsnit for årene 2003-2007

NCSP codes covered: JEA

Sources: See Table 3.5.1

Kilder: Se tabel 3.5.1

Table 3.5.13 Cholecystectomy by sex and age 2007
Kolecystectomi fordelt på køn og alder 2007

	Denmark		Faroe Islands ¹⁾		Finland		Iceland		Norway		Sweden	
Age Alder	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W
<25	39	322	1	3	35	241	6	38	32	231	119	493
25-44	490	1 962	3	17	435	1 421	48	157	374	1 281	1 001	2 925
45-64	808	1 837	5	15	1 032	2 152	77	157	588	1 224	1 740	3 125
65+	446	776	3	5	980	1 256	43	80	345	636	1 295	1 554
Total I alt	1 783	4 897	11	40	2 482	5 070	174	432	1 339	3 372	4 155	8 097
<i>Per 100 000 in the age group</i>												
<i>Pr. 100 000 i alderen</i>												
<25	5	40	7	38	4	32	11	70	4	32	9	37
25-44	64	263	44	284	63	214	101	362	56	197	80	245
45-64	110	251	76	272	138	285	201	444	97	208	145	264
65+	122	163	94	148	277	242	264	408	117	161	186	173
Total I alt	66	178	44	171	96	188	110	283	57	142	91	176

1 Average 2003-2007

1 Gennemsnit for årene 2003-2007

NCSP codes covered: JKA 20-21

Sources: See Table 3.5.1

Kilder: Se tabel 3.5.1

Table 3.5.14 Kidney transplants by sex and age 2007

Nyretransplantationer, fordelt på køn og alder 2007

	Denmark		Finland		Iceland		Norway		Sweden	
Age Alder	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W
<15	5	6	3	6	-	-	2	3	6	8
15-24	6	8	3	7	-	-	4	5	7	5
25-44	39	15	29	13	1	-	57	22	64	47
45-54	19	18	19	17	2	-	30	17	57	35
55-64	21	14	26	21	3	1	51	21	73	36
65+	11	5	12	7	-	-	37	15	29	11
Total I alt	101	66	92	71	6	1	181	83	236	142
<i>Per 100 000 in the age group</i>										
<i>Pr. 100 000 i alderen</i>										
15-24	2	3	1	2	-	-	1	2	1	1
25-44	5	2	4	2	2	-	8	3	5	4
45-54	5	5	5	4	9	-	9	5	10	6
55-64	6	4	7	6	19	7	18	8	12	6
65+	3	1	3	1	-	-	13	4	4	1
Total I alt	4	2	4	3	4	1	8	4	5	3

NCSP codes covered: KAS 10-20

Sources: See Table 3.5.1

Kilder: Se tabel 3.5.1

Table 3.5.15 Prostatectomy, transurethral procedures and open prostatectomy men by age 2007

Transurethral resektion af prostata og åben prostatektomi, mænd fordelt på alder 2007

Age Alder	Denmark	Faroe Islands ¹⁾	Finland	Iceland	Norway	Sweden
<45	40	-	19	1	19	41
45-64	1 505	6	1 427	58	1 645	2 832
65+	3 290	23	3 015	171	4 359	6 409
Total I alt	4 835	29	4 461	229	6 023	9 282
<i>Per 100 000 in the age group</i>						
<i>Pr. 100 000 i alderen</i>						
45-64	204	100	191	152	271	235
65+	897	780	853	1.049	1 481	918
Total I alt	179	117	172	144	257	204

1 Average 2003-2007

1 Gennemsnit for årene 2003-2007

NCSP codes covered: KEC, KED 00, KED 22-72, KED 96

Sources: See Table 3.5.1

Kilder: Se tabel 3.5.1

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.5.16 Hysterectomy (including supravaginal hysterectomy and exenteration of pelvis) women by age 2007

Hysterektomi (inkl. supravaginal hysterektomi og bækkeneksentration), kvinder fordelt på alder 2007

Age Alder	Denmark	Faroe Islands ¹⁾	Finland	Iceland	Norway	Sweden
<25	5	-	8	1	9	20
25-44	1 851	8	1 520	154	1 395	2 159
45-64	3 126	18	3 830	231	2 605	4 427
65+	1 137	6	1 467	45	909	2 172
Total I alt	6 119	31	6 825	431	4 918	8 778
<i>Per 100 000 in the age group</i>						
<i>Pr. 100 000 i alderen</i>						
25-44	248	130	229	355	214	180
45-64	427	328	508	654	443	374
65+	238	165	283	229	230	242
Total I alt	222	134	253	283	208	191

1 Average 2003-2007

1 Gennemsnit for årene 2003-2007

NCSP codes covered: LCC 10-20; LCD; LCE; LEF 13

Sources: See Table 3.5.1

Kilder: Se tabel 3.5.1

Table 3.5.17 Caesarean section, by age, women 2007

Kejsersnit, kvinder fordelt på alder 2007

Age Alder	Denmark	Faroe Islands ¹⁾	Finland	Iceland	Norway	Sweden
<15	1	-	-	-	2	12
15-24	1 118	16	1 336	126	1 078	1 776
25-34	9 290	62	5 936	478	5 802	11 425
35-44	3 464	23	2 292	159	2 983	5 622
45+	25	-	31	6	31	61
Total I alt	13 898	101	9 595	769	9 896	18 896
<i>Per 1 000 deliveries</i>						
<i>Pr. 1 000 fødsler</i>						
15-24	154	126	126	128	112	119
25-34	211	155	164	172	157	172
35-44	280	158	208	224	272	253
45+	410	-	274	600	508	386
Total I alt	218	150	165	172	172	182

1 Average 2003-2007

1 Gennemsnit for årene 2003-2007

NCSP codes covered: MCA

Sources: See Table 3.5.1

Kilder: Se tabel 3.5.1

Table 3.5.18 Hip replacement by sex and age 2007
 Hoftelédplastik fordelt på køn og alder 2007

	Denmark		Faroe Islands ¹⁾		Finland		Iceland		Norway		Sweden	
Age Alder	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W
<25	15	17	-	-	13	5	0	0	11	12	8	13
25-44	153	107	1	1	160	117	6	4	115	139	228	192
45-64	1 365	1 373	7	11	1 494	1 446	53	65	905	1 438	2 076	2 437
65-74	1 341	1 922	8	13	1 337	1 822	62	91	929	1 982	2 373	3 126
75+	1 323	3 268	7	23	1 348	3 270	66	132	1 450	3 884	2 924	6 313
Total I alt	4 197	6 687	24	47	4 352	6 660	187	292	3 410	7 455	7 609	12 081
<i>Per 100 000 in the age group</i>												
<i>Pr. 100 000 i alderen</i>												
25-44	20	14	20	24	23	18	13	9	17	21	18	16
45-64	185	188	110	198	199	192	139	184	149	244	172	206
65-74	609	797	478	774	628	726	701	962	586	1 133	619	760
75+	904	1 386	589	1 195	959	1 222	885	1 299	1 069	1 764	930	1 299
Total I alt	155	243	94	204	168	247	118	191	146	315	167	262

1 Average 2003-2007

1 Gennemsnit for årene 2003-2007

NCSP codes covered: NFB; NFC

Sources: See Table 3.5.1

Kilder: Se tabel 3.5.1

3.6 Accidents and self-inflicted injury

Patients admitted to hospital because of accidents occupy a substantial part of the capacity in hospitals.

While statistics on causes of death are highly developed in the Nordic countries, registration of survivors following accidents is still incomplete, and the available data are difficult to compare. Since only Denmark and Iceland have comparable statistics on external causes of accidents, it is not possible to present Nordic statistics on this.

Therefore statistics are presented for hospital discharges for the most common "serious" accidents that usually require admission. The statistics show marked differences, both between countries and for men and women.

3.6 Ulykker og villet egenskade

Patienter indlagt på grund af ulykker udnytter en væsentlig del af kapaciteten ved sygehusene.

Mens statistikken over dødsårsager er veludbygget i de nordiske lande, er registreringen af overlevende efter ulykker stadigvæk mangelfuld, og de tilgængelige data er vanskelige at sammenligne. Da kun Danmark og Island har sammenlignelig statistik for de ydre årsager ved ulykker er det ikke muligt at bringe nordisk statistik vedrørende dette.

Det er derfor valgt at medtage statistik over udskrivelser for de mest almindelige "større" ulykker som oftest vil kræve indlæggelse. Her ser man markante forskelle, både mellem landene og mænd og kvinder.

Table 3.6.1 Discharges from hospitals after treatment for injuries per 100 000 inhabitants by sex 2007¹⁾

Udskrivninger fra indlæggelser fra sygehuse efter behandling for skader per 100 000 indbygger og efter køn 2007¹⁾

	Denmark		Faroe Islands ²⁾ 2002-06		Greenland 2006		Finland		Åland ²⁾ 2003-07		Iceland		Norway		Sweden	
	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W
<i>Fracture of skull and intracranial injury</i> Kraniebrud og intrakraniel læsion ICD10: S02; S06	235	139	323	142	82	160	300	153	334	162	130	63	305	165	219	143
<i>Fracture at wrist and hand level</i> Brud i handled og hand ICD10: S62	69	25	88	30	15	18	65	20	38	16	31	5	54	18	24	9
<i>Injury of lower leg</i> Læsion af knæ og underben ICD10: S80-S89	225	184	443	211	145	128	529	393	413	325	169	149	202	181	144	147
<i>Injury of hip and thigh</i> Læsion af hofte og lår ICD10: S70-S79	158	311	175	229	71	43	232	438	260	369	133	252	192	393	190	384
<i>Poisoning</i> Forgiftning ICD10: T36-T65	173	260	76	82	71	46	99	109	52	64	23	43	104	159	86	150
<i>Burn and corrosion</i> Forbrænding og ætsning ICD10: T20-T32	16	8	44	17	10	10	38	15	30	4	26	9	36	18	21	10

1 Including violence and self-inflicted injury

1 Inklusiv vold og villet egenskade

Source: *The Inpatient Registers of the Nordic Countries*

Kilde: Patientregistrene i de nordiske lande

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

**Table 3.6.2 Discharges from hospitals after treatment for injuries,
per 100 000 inhabitants, by sex and age 2007¹⁾**

Udskrivninger fra indlæggelse på sygehuse efter behandling for skader,
pr. 100 000 indbyggere efter køn og alder 2007¹⁾

	<i>Faroe Islands²⁾</i>		<i>Finland</i>		<i>Iceland</i>		<i>Norway</i>		<i>Sweden</i>	
<i>Age Alder</i>	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W
0-14	705	502	1 076	735	743	517	1 153	752	1 219	876
15-24	1 343	1 074	2 343	1 086	1 218	507	2 273	1 464	1 507	1 169
25-64	1 217	391	2 483	1 454	996	714	1 667	1 185	1 282	1 046
65+	1 532	1 784	4 536	5 863	2 490	3 802	3 718	5 444	4 412	5 662
<i>Total I alt</i>	1 165	722	2 496	2 140	1 129	1 040	1 901	1 849	1 782	1 933

1 Inklusiv vold og villet egenskade

2 Gennemsnit 2002-2006

Sources: ICD-10: S00-T98

Kilde:

3.7 Development in consumption of medicinal products

Table 3.7.1 presents total sales of medicinal products in the Nordic countries, by ATC main group. Sales of medicinal products are highest in Sweden, then Finland and Norway, while Iceland, Åland and Denmark have slightly lower sales. Sales in the Faroe Islands are slightly lower than in Iceland, while sales in Greenland are substantially lower than in the other countries.

Only the general tables are presented in this issue, since a separate publication on medicinal products with detailed information will be issued later this year.

3.7 Udvikling i lægemiddelforbrug

I tabel 3.7.1 ses det samlede lægemiddelforbrug i de nordiske lande fordelt på ATC-hovedgrupper. Forbruget af lægemidler er højest i Sverige, dernæst kommer Finland og Norge, mens Island, Åland og Danmark har et lidt lavere forbrug. Forbruget på Færøerne er lidt lavere end i Island, mens forbruget i Grønland er markant lavere end i de øvrige lande.

I denne udgave medtages kun de overordnede tabeller da der senere på året udkommer en selvstændig publikation om lægemidler med detaljerede oplysninger.

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.7.1 Sales of medicinal products in total, DDD/1 000 inhabitants/day by ATC-group, 2007

Salg af legemidler i alt i DDD/1 000 innbyggere/døgn fordelt på ATC-grupper, 2007

	Denmark	Faroe Islands ¹⁾	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
A Alimentary tract and metabolism Fordøjelse og stoffskifte	145	122	60	211	174	119	202	220
B Blood and blood-forming organs Blod og bloddannende organer	102	73	57	136	147	90	117	320
C Cardiovascular system Hjerte og kretsløb	497	449	211	517	412	382	454	453
G Genito-urinary system and sex hormones Kjønshormoner m.m.	102	85	76	130	105	134	95	102
H Systemic hormonal preparations, excl. sex hormones and insulins Hormoner til systemisk brug	29	26	12	42	51	33	41	41
J Anti-infectives for systemic use Midler mot infeksjoner	20	19	23	23	26	25	21	19
L Antineoplastic and immunomodulating agents Antineoplastiske og immunmodulerende midler	11	7	4	13	16	11	13	11
M Musculo-skeletal system Muskler og skjelett	66	40	27	98	67	77	61	66
N Nervous system Nervesystemet	260	182	107	248	179	311	217	257
P Antiparasitic products, insecticides and repellents Parasitmidler, insekticider og insektmidler	1	1	3	2	2	1	1	1
R Respiratory system Åndedretsorganer	118	91	50	129	118	113	179	149
S Sensory organs Sanseorganer	9	8	3	16	16	11	17	18

1 2006

1 2006

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

Note: Sales of B05 and D are excluded from this table because no official DDDs are assigned in these groups. A11 is excluded because of differences in the definitions of medicinal and non-medicinal products. In group S only S01E is included.

Figure 3.7.1 Sales of cardiovascular drugs (ATC-group C), DDD/1 000 inhabitants/day, 2003-2007

Salg af legemidler til hjerte og kredsløb (ATC-gruppe C), DDD/1 000 innbyggere/døgn, 2003-2007

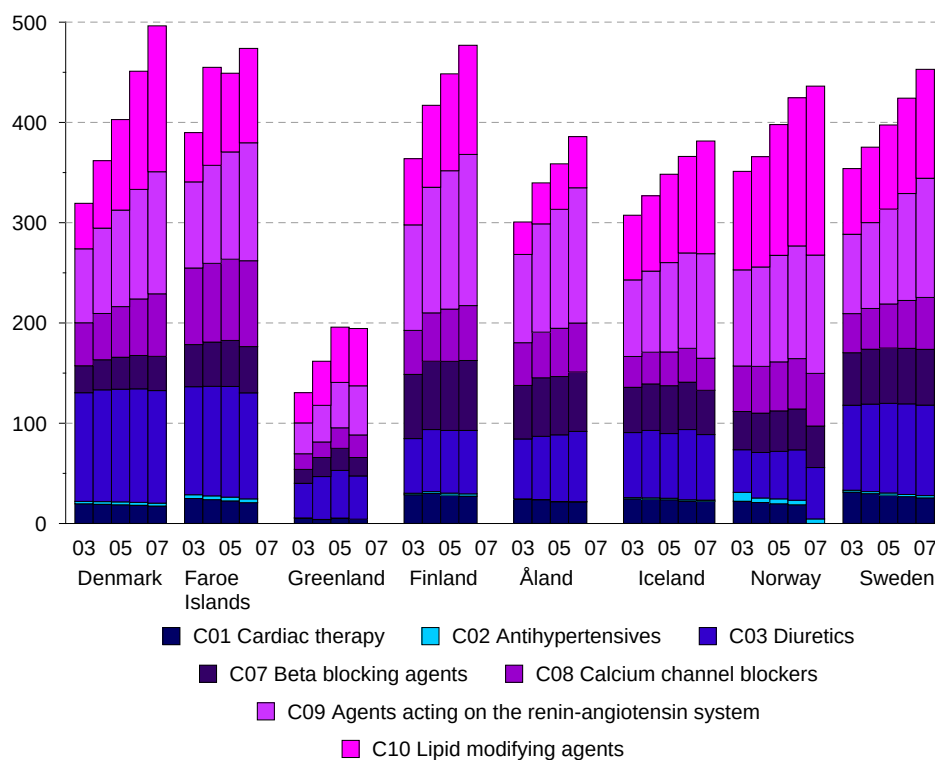
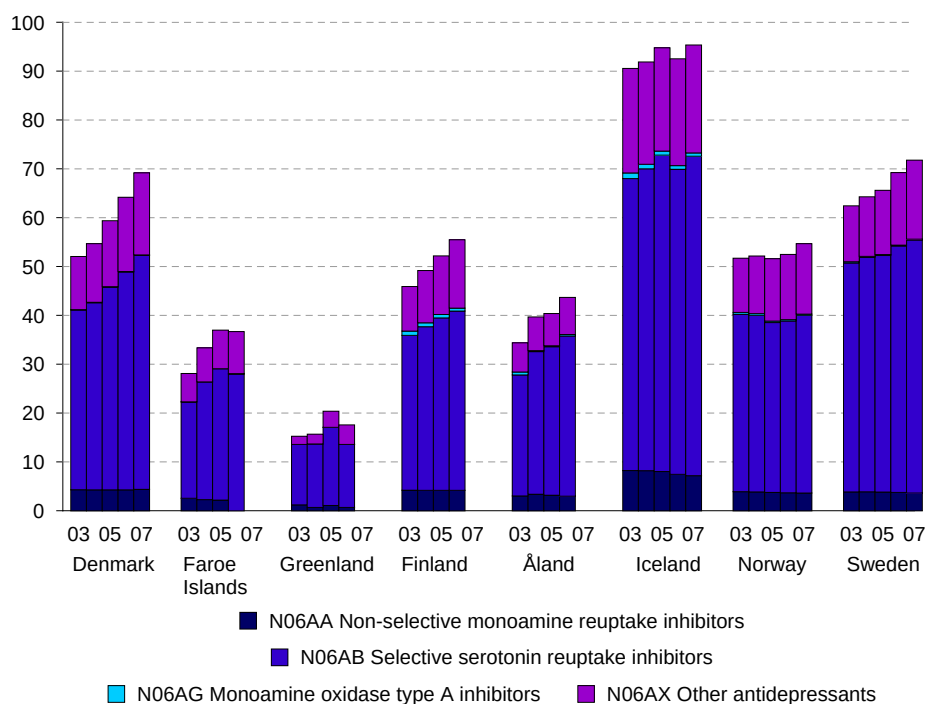


Figure 3.7.2 Sales of antidepressants (ATC-Group N06A), DDD/1 000 inhabitants/day 2003–2007

Salg af antidepressiver (ATC-gruppe N06A), DDD/1 000 innbyggere/døgn 2003–2007



CHAPTER IV

Mortality and causes of death

Dødelighed og dødsårsager

Extra material

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

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

EUROSTAT:

www.eurostat.eu

Supplerende materiale

[Den forkortede europæiske dødsårsagsliste](#)

[Data fra den europæiske forkortede dødsårsagsliste](#)

The International Classification of Diseases (ICD)

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

Den internationale sygdomsklassifikation (ICD)

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

sion procedures, and a revised version of ICD-10 was published in 2004.

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

Sources of error

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

sion af ICD-10 blev udgivet i 2004.

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

Fejlkilder

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

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

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

Change in classification

However, one must always be aware of the fact that an observed difference over time or between countries may be the result of a change in classification or other methodological issues. One way of quantifying the effect of a classification change is so-called bridge coding. In such studies the same material, such as death certificates or hospital records, is coded twice independently, first according to the pre-

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

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

Klassifikationsskifte

Man må imidlertid altid være klar over at en observeret forskel over tid eller mellem lande kan være effekten af et klassifikationsskifte samt andre metodologiske problemstillinger. En måde hvorpå man kan kvantificere betydningen af et klassifikationsskifte er den såkaldte "bridge kodning". Dette indebærer at man koder samme materiale, så som dødsattester og sygehusjournaler, to gange, uafhængig af hinanden, først efter den tidligere

vious classification and then according to the new classification. The differences observed when comparing the two sets of statistics give an indication of how much a certain group of diseases (e.g. the ICD chapter for circulatory diseases) has increased or decreased as a result of the change in classification itself. This type of study demands a great deal of resources and only a few, limited bridge-coding studies have been carried out on the change from ICD-9 to ICD-10.

klassifikation og derefter efter den nye. De forskelle som fremkommer når man siden hen sammenligner de statistiske grupperinger baseret på de to kodninger, giver en opfattelse af hvor meget en vis sygdomsgruppe (eksempelvis ICD-kapitlet om cirkulationsorganernes sygdomme) stiger eller falder som en direkte følge af klassifikationsskiftet. Denne type studier er dog ressourcekrævende og der er kun gennemført et fåtal begrænsede bridgekodnings-studier i forbindelse med overgangen fra ICD-9 til ICD-10.

Coding practice

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

Apart from the fact that the ICD rules governing mortality coding give room for interpretation, different national traditions for the choice of underlying cause of death may also develop. An example of this is the use of the diagnostic group "insufficiently defined conditions" (codes I469, I959, I99; J960, J969; P285.0; R000-R948; R96-99).

Kodningspraksis

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

Udover at ICD's regler for mortalitetskodning giver plads for fortolkning kan der også være tale om udvikling af nationale traditioner for valget af den underliggende dødsårsag. Som eksempel kan nævnes brugen af diagnosegruppen "mangelfuldt definerede tilstande" (koderne I469, I959, I99; J960, J969; P285.0;

The use of these codes as underlying causes of death is more widespread in Denmark than in the other Nordic countries, in situations where more specific causes of death are also recorded on the death certificate (See Table 4.1.11).

However, several other factors also influence comparability, such as the type of information the statistics producer has access to and the quality of that material (death certificates, etc.).

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

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

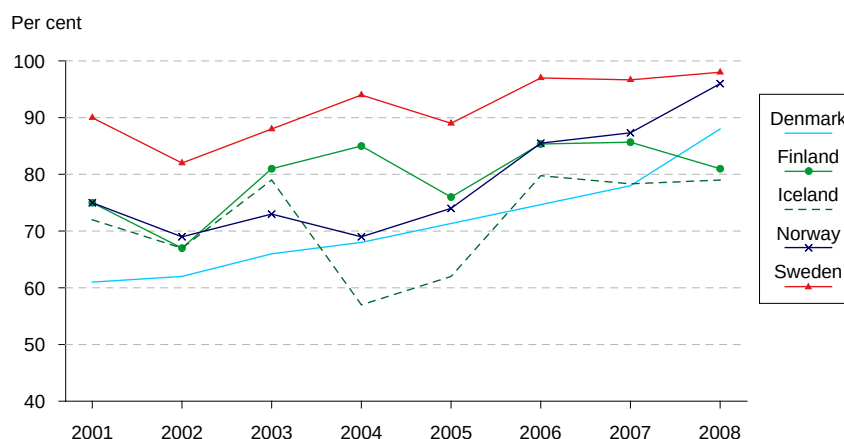
R000-R948; R96-99). Anvendelsen af disse koder som underliggende dødsårsag er mere udbredt i Danmark end i de andre nordiske lande i situationer hvor der også er oplyst mere specifikke dødsårsager på dødsattesten (Jfr. tabel 4.1.11).

Men der er også flere andre forhold der påvirker sammenligneligheden, blandt andet hvilken type af information statistikproducenten har tilgang til, herunder kvaliteten på dette materiale (dødsattester og andre oplysninger).

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

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

Figure 4.1.1 National coding compared to ACME 2001-2008
National kodning sammenlignet med ACME 2001-2008



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

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

Autopsy rate

Another factor influencing the quality of the statistics on causes of death is the decreasing autopsy rate (in 2006 7 per cent in Denmark as the lowest and 32 per cent in Finland as the highest). The autopsy rate has been more than halved in the Nordic countries over the last few decades. Studies have shown that in about 30 per cent of cases, the result of the autopsy has caused

Obduktioner

En yderligere faktor der spiller ind på dødsårsagsstatistikens kvalitet er de faldende rater for obduktion (i 2006 7 pct. i Danmark som det laveste og 32 pct. i Finland som det højeste). Anvendelsen af obduktion ved dødsfald er mere end halveret i de nordiske lande over de seneste årtier. Studier har vist, at i ca. 30 pct. af tilfældene med obduktion, har obduktionen medført at den underlig-

the underlying cause of death to be altered. gende dødsårsag er blevet ændret.

The reliability of the statistics Statistikkens pålidelighed

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

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

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

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

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

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

MORTALITY AND CAUSES OF DEATH

Table 4.1.1 Deaths by sex and age per 100 000 inhabitants 1995–2007

Døde efter køn og alder pr. 100 000 indbyggere 1995–2007

Age	Alder	Total I alt		Under 1 year ¹⁾ Under 1 år ¹⁾		1–14 years 1–14 år		15–24 years 15–24 år		25–64 years 25–64 år		65+ years 65+ år	
Sex	Køn	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W
<i>Denmark</i>													
	1995	1 212	1 203	557	452	25	17	79	33	506	338	7 114	5 724
	2000	1 069	1 099	607	456	17	12	79	30	444	294	6 368	5 455
	2005	1 001	1 030	509	359	14	9	58	19	425	275	5 761	5 131
	2006	1 006	1 029	380	304	14	9	58	20	446	273	5 633	5 109
<i>Faroe Islands</i>													
	1995	960	704	608	312	40	-	61	37	428	181	6 107	3 873
	2000	772	769	275	-	-	39	60	35	328	208	5 054	4 203
	2005	835	824	1 337	1 180	-	40	113	-	340	196	5 784	4 852
	2002–06	854	852	562	543	41	20	74	27	349	192	5 519	4 703
<i>Greenland</i>													
	1995	942	795	1 805	3 610	111	100	493	240	814	430	9 746	8 188
	2000	853	772	2 138	1 659	110	14	446	169	720	529	7 547	7 552
	2005	848	784	1 235	1 020	58	150	464	97	730	528	6 809	7 173
<i>Finland</i>													
	1995	977	955	431	355	21	16	93	26	530	218	6 263	4 752
	2000	952	954	424	324	14	14	96	34	504	222	5 545	4 606
	2005	934	888	333	286	18	13	69	29	517	229	4 838	4 045
	2007	958	900	309	231	14	13	85	34	509	219	4 818	4 040
<i>Åland</i>													
	1995	929	1 125	649	1 242	88	-	64	-	415	196	5 012	5 299
	2000	852	1 063	-	885	-	-	137	-	457	202	4 255	5 035
	2001–05	945	963	567	152	35	37	53	-	315	163	5 294	4 614
	2003–07	767	805	414	-	27	37	26	-	261	129	4 163	3 880
<i>Iceland</i>													
	1995	733	705	717	488	38	47	85	29	298	203	5 493	4 702
	2000	644	653	456	141	13	10	120	43	272	187	4 591	4 317
	2005	636	606	275	191	6	10	77	19	241	150	4 659	4 051
	2007	631	617	297	91	16	17	69	14	228	161	4 772	4 097
<i>Norway</i>													
	1995	1 068	1 006	491	314	22	16	86	30	361	200	6 393	4 858
	2000	974	985	427	329	18	15	93	33	339	201	6 052	4 965
	2005	877	906	329	283	18	11	73	31	307	198	5 533	4 846
	2006	848	921	367	266	13	10	68	26	310	195	5 284	4 836
<i>Sweden</i>													
	1995	1 091	1 038	470	357	15	11	52	26	347	208	5 942	4 631
	2000	1 041	1 065	399	281	15	12	59	24	305	200	5 829	4 854
	2005	996	1 026	215	206	17	13	48	21	298	195	5 420	4 725
	2007	970	1 024	313	265	13	9	53	26	293	195	5 259	4 706

1 Per 100 000 live births

1 Pr. 100 000 levendefødte

Source: The national central statistical bureaus

Kilde: De nationale centrale statistikbureauer

Table 4.1.2 Death rates from malignant neoplasms per 100 000 by age 1996-2007
Dødeligheden af ondartede svulster pr. 100 000 efter alder 1996-2007

		Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
		2006	2006	2005	2007	2003-07	2007	2006	2007
<i>Men</i>	<i>Mænd</i>								
<i>Age</i>	<i>Alder</i>								
0-14	1996-00	4	-	3	3	-	4	3	3
	2000	3	-	-	2	-	3	3	3
	2007	1	7	14	3	0	6	2	2
15-34	1996-00	9	6	9	7	6	8	7	7
	2000	9	-	11	6	32	7	7	8
	2007	8	-	12	6	0	6	5	5
35-44	1996-00	34	-	47	26	44	31	29	23
	2000	33	-	51	22	-	38	32	20
	2007	28	22	50	19	21	9	17	19
45-54	1996-00	148	39	136	107	170	100	120	97
	2000	145	32	230	105	196	102	127	91
	2007	129	93	267	82	42	89	88	75
55-64	1996-00	471	303	801	348	371	362	365	305
	2000	462	214	985	320	471	227	348	294
	2007	432	367	617	303	406	234	317	277
65-74	1996-00	1 216	903	1 525	953	1 001	970	1 007	861
	2000	1 189	312	1 525	902	204	900	953	826
	2007	1 092	866	1 715	752	1 055	780	870	737
75+	1996-00	2 405	2 258	3 942	2 062	2 081	2 216	2 215	1 947
	2000	2 440	1 043	3 113	1 947	1 830	1 888	2 142	1 935
	2007	2 483	1 894	6 627	1 821	2 262	2 120	2 115	1 938
<i>Women</i>	<i>Kvinder</i>								
<i>Age</i>	<i>Alder</i>								
0-14	1996-00	3	-	5	3	-	4	3	3
	2000	2	-	-	2	-	3	4	3
	2007	2	7	14	3	9	3	1	3
15-34	1996-00	9	11	12	6	6	9	7	7
	2000	9	-	13	7	-	2	6	9
	2007	7	11	14	6	7	9	6	5
35-44	1996-00	48	14	113	34	75	30	45	24
	2000	41	-	104	36	-	19	39	21
	2007	42	37	77	29	0	28	33	29
45-54	1996-00	175	113	312	108	184	124	141	99
	2000	164	36	109	106	340	113	126	94
	2007	137	75	177	88	79	118	114	96
55-64	1996-00	440	306	811	235	275	350	325	303
	2000	425	297	542	237	150	396	319	296
	2007	372	333	710	225	292	300	287	265
65-74	1996-00	895	698	1 355	511	531	727	605	743
	2000	905	589	1 427	505	557	775	600	719
	2007	809	762	1 695	444	424	677	545	581
75+	1996-00	1 433	997	2 302	1 071	1 198	1 348	1 149	1 211
	2000	1 460	685	2 600	1 077	1 362	1 285	1 184	1 210
	2007	1 530	1 167	2 863	1 009	1 112	1 348	1 244	1 187

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

Source- The national registers for causes of death

Kilde: De nationale dødsårsagsregistre

MORTALITY AND CAUSES OF DEATH

Table 4.1.3 Death rates from circulatory diseases per 100 000 by age 1996-2007
Dødeligheden af kredsløbssygdomme pr. 100 000 efter alder 1996-2007

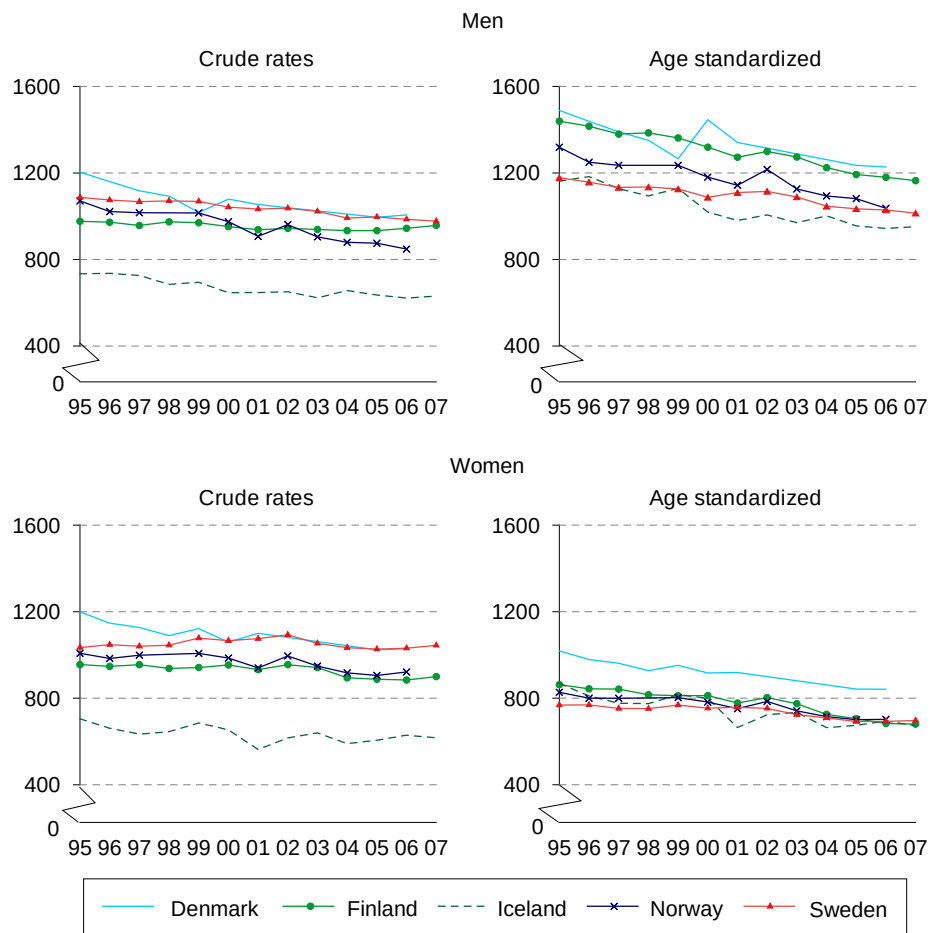
		Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
		2006	2002-06	2005		2003-07		2006	2007
Men	Mænd								
Age									
Alder									
0-34	1996-00	3	-	13	4	7	2	3	3
	2000	3	-	6	5	-	3	3	3
	2007	2	6	-	3	0	4	3	2
35-44	1996-00	22	6	50	50	11	23	27	25
	2000	23	-	51	44	-	38	25	21
	2007	27	44	33	35	10	30	24	21
45-54	1996-00	76	104	168	181	170	80	112	105
	2000	95	96	179	184	98	113	93	104
	2007	91	75	134	143	127	58	71	73
55-64	1996-00	274	367	491	529	445	329	343	341
	2000	326	299	473	481	538	209	282	303
	2007	256	301	274	390	171	215	220	237
65-74	1996-00	981	1 405	1 875	1 538	1 105	1 007	1 247	1 224
	2000	1 095	1 059	1 049	1 378	509	877	1 065	1 101
	2007	734	819	1 544	993	746	667	623	714
75+	1996-00	5 456	4 875	5 570	5 051	4 674	4 572	4 928	5 102
	2000	4 467	2 609	5 058	4 766	3 791	3 963	4 681	4 851
	2007	3 619	4 614	6 627	3 920	4 139	3 475	3 471	4 174
Women	Kvinder								
Age									
Alder									
0-34	1996-00	2	9	8	2	-	1	2	2
	2000	2	18	7	3	-	1	2	1
	2007	1	9	7	1	4	0	1	1
35-44	1996-00	20	7	41	16	11	8	10	11
	2000	14	33	42	17	-	10	11	11
	2007	12	6	58	10	0	5	8	6
45-54	1996-00	68	23	91	42	31	28	33	34
	2000	41	-	109	48	-	24	36	34
	2007	36	21	266	29	10	5	27	26
55-64	1996-00	225	74	274	132	97	136	107	117
	2000	131	198	271	129	75	198	102	112
	2007	101	102	304	97	45	73	75	87
65-74	1996-00	770	309	1 412	624	402	427	525	522
	2000	561	118	1 427	551	464	419	471	469
	2007	407	455	1 427	351	247	296	299	322
75+	1996-00	3 348	3 700	5 965	4 196	3 944	3 752	3 954	4 157
	2000	3 722	2 284	8 038	4 090	3 584	3 421	3 794	4 059
	2007	3 099	3 373	3 550	3 421	4 233	2 686	3 267	3 701

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

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

Figure 4.1.2 Deaths per 100 000 inhabitants by sex 1995–2007

Døde pr. 100 000 indbyggere efter køn 1995–2007



Age-standardized by the Nordic population 2000

Aldersstandardiseret med den nordiske befolkning 2000

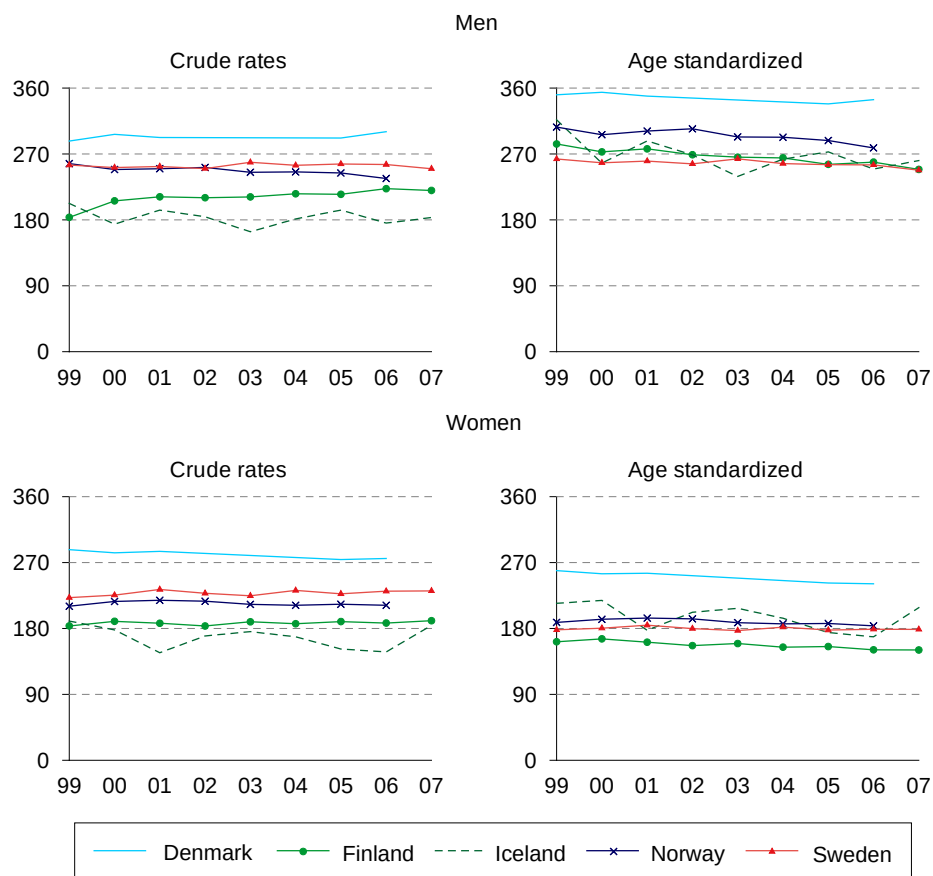
Source: Table 4.4.1

Kilde: Tabel 4.4.1

MORTALITY AND CAUSES OF DEATH

Figure 4.1.3 Deaths from malignant neoplasms per 100 000 inhabitants by sex 1999-2007

Døde som følge af ondartede svulster pr. 100 000 indbyggere efter køn 1999-2007

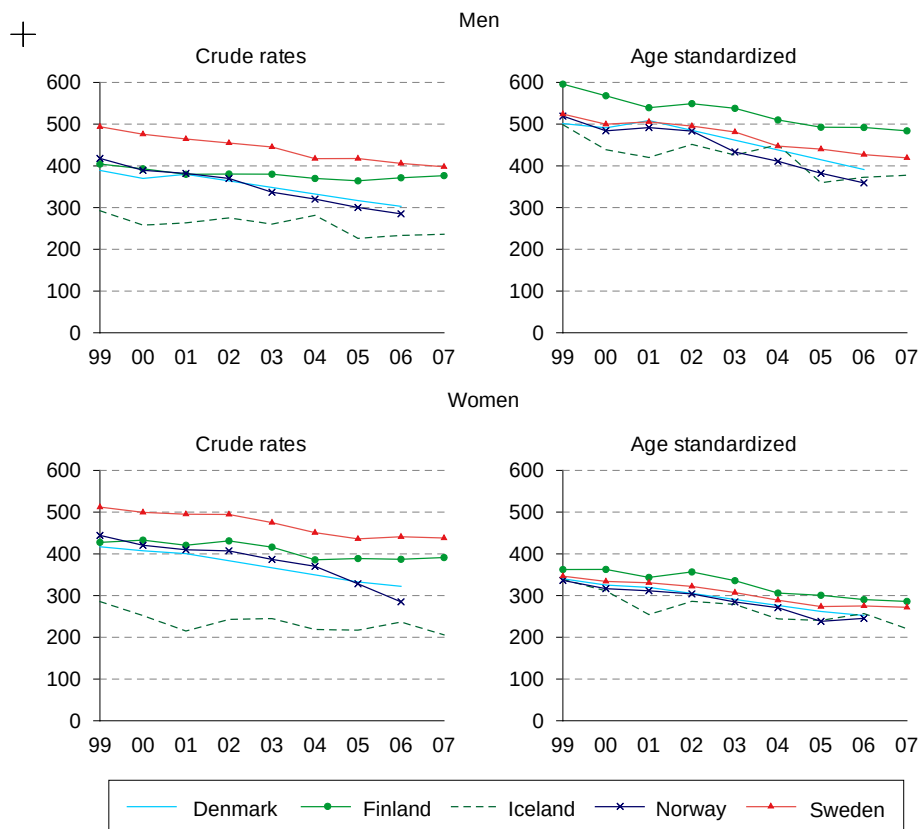


Age-standardized by the Nordic population 2000

Aldersstandardiseret med den nordiske befolkning 2000

Figure 4.1.4 Deaths from circulatory diseases per 100 000 inhabitants by sex 1999-2007

Døde som følge af kredsløbsygdomme pr. 100 000 indbyggere efter køn 1999-2007



Age-standardized by the Nordic population 2000

Aldersstandardiseret med den nordiske befolkning 2000

MORTALITY AND CAUSES OF DEATH

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

ICD10 codes		Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
		2006	2002-06	2005	2007	2003-07	2007	2006	2007
	Age								
	Alder								
C15	0-74 Malignant neoplasm of the oesophagus								
	Kræft i spiserør	5.0	3.6	7.1	3.4	2.5	2.7	2.4	2.8
C32- C34	0-74 Malignant neoplasm of the trachea, bronchus and lung								
	Kræft i luftrør, bronkie og lunge	48.3	20.1	58.8	25.2	27.8	26.9	27.5	24.6
C53	0-74 Malignant neoplasm of cervix uteri ¹⁾								
	Kræft i livmoderhalsen ¹⁾	2.6	1.9	7.7	0.8	1.7	0.7	2.4	2.4
E10- E14	0-74 Diabetes mellitus								
	Sukkersyge	11.0	7.1	7.1	4.9	4.1	2.4	4.8	6.2
I60- I69	0-74 Cerebrovascular diseases								
	Sygdom i hjernen	22.3	20.1	53.5	22.0	13.9	10.2	12.3	15.5
J40- J44	0-74 Obstructive lung diseases								
	Rygerlunger	20.4	8.5	28.5	8.1	11.5	8.2	12.2	8.8
J45- J46	0-14 Asthma								
	Astma	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.2	0.0
K70; K73- K74	0-74 Chronic liver disease and cirrhosis								
	Kronisk leversygdom og skrumpelever	16.3	4.0	1.8	23.7	7.4	2.0	3.1	4.3

1 Per 100 000 women

1 Pr. 100 000 kvinder

Source: The national registers for causes of death

Kilde: De nationale dødsårsagsregistre

Table 4.1.5 Deaths from HIV/AIDS, in total and per 100 000 inhabitants 1996-2007

Dødsfald som følge af HIV/AIDS, i alt og pr. 100 000 indbyggere 1996-2007

	Denmark ¹⁾	Faroe Islands	Greenland ¹⁾	Finland	Åland	Iceland	Norway ¹⁾	Sweden
<i>Number</i>								
<i>Antal</i>								
1996-00	63	-	4	12	-	1	25	39
2000	21	-	5	10	-	1	15	13
2005	39	-	3	9	-	-	24	31
2007	-	-	..	11	-	-	15	27
<i>Per 100 000 inhabitants</i>								
<i>Pr. 100 000 indbyggere</i>								
1996-00	1.0	-	7.1	0.2	-	0.3	0.6	0.4
2000	0.4	-	8.9	0.2	-	0.4	0.3	0.1
2005	0.7	-	5.3	0.2	-	-	0.5	0.3
2007	0.5	-	..	0.2	-	-	0.3	0.3

ICD-10: B20-B24

1 Refers to 2006

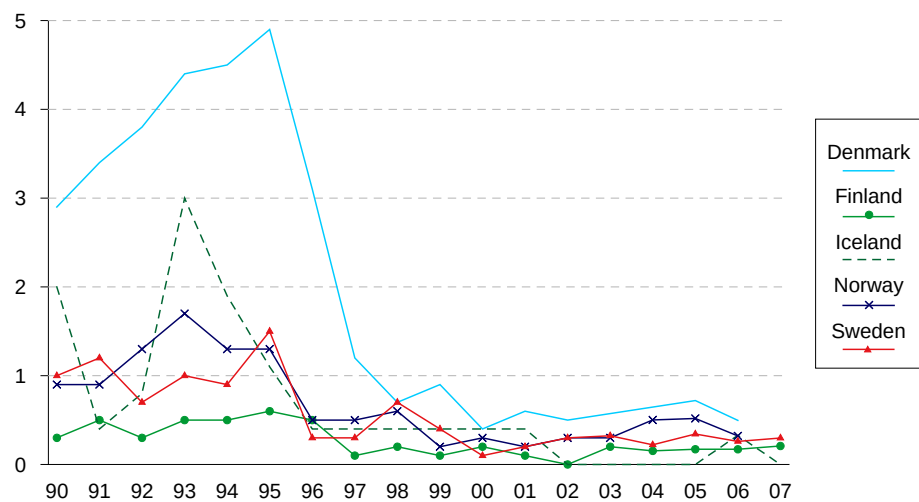
1 Refererer til 2006

Sources: The national registers for causes of death

Kilder: De nationale dødsårsagsregistre

Figure 4.1.5 Deaths from HIV/AIDS per 100 000 inhabitants 1990-2007

Døde som følge af HIV/AIDS pr. 100 000 indbyggere 1990-2007



Source: Table 4.1.5

Kilde: Tabel 4.1.5

MORTALITY AND CAUSES OF DEATH

Table 4.1.6 Deaths from suicide per 100 000 inhabitants by sex and age 1995-2007
Selvmord pr. 100 000 indbyggere efter køn og alder 1995-2007

	Men					Women				
	Total I alt	10-19	20-24	25-64	65+	Total I alt	10-19	20-24	25-64	65+
Denmark										
1995	27.7	5.3	16.7	29.1	48.9	12.7	0.7	3.3	12.5	24.6
2000	23.3	4.4	16.0	23.8	41.8	8.3	2.5	1.2	8.2	15.0
2005	16.9	3.3	8.8	18.9	41.8	6.3	0.6	3.5	6.8	14.2
2006	17.5	2.0	12.2	19.4	43.5	6.5	1.5	3.5	7.4	12.4
Faroe Islands										
1996-00	5.2	11.3	-	6.8	-	2.8	-	-	5.9	-
2001-05	11.5	5.3	12.3	17.6	7.1	0.9	-	-	1.8	-
2002-06	1.6	-	-	3.1	-	0.9	-	-	1.8	-
Greenland										
1996-00	171.6	199.4	427.1	146.8	68.1	53.7	41.7	47.5	47.4	34.0
2005	89.1	61.3	438.2	86.9	-	86.3	62.4	307.6	79.6	121.6
Finland										
1995	43.4	13.1	48.9	58.5	53.3	11.8	1.9	13.5	16.7	17.5
2000	34.6	10.5	41.8	46.6	36.8	11.0	4.1	9.4	15.5	17.5
2005	28.1	4.8	30.5	36.5	39.0	10.0	4.7	12.3	13.5	8.6
2007	28.9	10.0	35.0	36.5	36.8	9.0	2.8	13.7	11.8	8.7
Åland										
1996-00	30.4	12.8	26.9	37.8	47.1	12.3	-	-	14.7	24.4
2001-05	23.2	11.9	27.9	33.5	10.9	4.5	-	-	2.8	15.9
2003-07	18.2	11.6	0.0	16.5	51.8	5.9	0.0	32.4	2.7	15.8
Iceland										
1995	16.4	9.3	18.9	24.3	14.8	3.7	-	-	4.7	12.1
2000	29.8	22.9	73.4	38.1	13.6	5.7	-	9.4	8.6	5.6
2005	16.2	8.7	9.2	27.2	-	6.1	-	-	12.0	-
2007	18.9	8.5	44.5	22.1	24.5	4.6	-	9.3	6.4	5.1
Norway										
1995	19.1	12.9	24.6	22.4	28.8	6.2	3.9	5.1	8.1	7.4
2000	18.4	11.3	29.9	22.5	22.6	5.8	3.0	4.4	7.9	6.3
2004	15.8	6.9	24.7	18.6	16.9	7.3	4.3	7.2	9.8	5.4
2006	16.8	7.6	32.0	20.3	22.0	6.0	2.0	8.8	8.7	3.8
Sweden										
1995	21.5	5.8	16.2	27.4	35.1	9.3	2.0	6.6	11.5	14.2
2000	18.3	4.0	15.9	21.2	36.0	7.3	3.2	3.9	9.2	10.1
2005	18.6	3.8	18.2	22.3	32.3	8.4	3.1	8.5	10.4	11.2
2007	17.6	5.9	13.5	22.0	26.9	7.1	3.0	7.5	9.2	7.6

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

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

Table 4.1.7 Deaths from accidents per 100 000 inhabitants by sex and age 1995-2007Dødsfald som følge af ulykker pr. 100 000 indbyggere efter køn og alder
1995-2007

	Men						Women					
	Total I alt	0-14	15-24	25-64	65-79	80+	Total I alt	0-14	15-24	25-64	65-79	80+
Denmark												
1995	51.2	7.3	42.7	33.2	102.6	578.0	43.3	3.4	8.5	12.8	42.0	327.9
2000	45.3	6.3	37.7	30.2	80.2	544.7	43.6	2.9	10.3	11.3	64.2	525.9
2005	35.4	3.4	28.6	28.0	52.4	373.0	26.7	2.2	4.4	8.2	32.3	328.7
2006	36.5	3.1	32.3	27.5	57.9	383.2	29.7	3.4	7.1	7.5	44.7	353.4
Faroe Islands												
1997-01	44.0	7.4	72.1	29.1	64.4	479.4	25.8	7.7	7.2	3.9	88.4	257.7
2001-05	36.8	7.0	70.4	27.2	63.2	225.8	19.4	3.7	6.9	11.0	33.1	191.0
2002-06	45.0	21.1	458	34.4	88.3	305.3	20.8	3.7	6.6	12.6	33.5	198.8
Greenland												
1996-00	94.3	51.3	71.9	105.2	..	..	29.9	13.2	35.6	27.7	..	..
2005	82.5	55.1	46.4	75.3	356.1	1 063.8	52.5	28.3	24.3	79.6	-	-
Finland												
1995	72.6	7.0	33.2	81.7	155.6	386.6	32.0	3.6	7.4	16.3	33.9	235.5
2000	70.8	6.0	30.8	75.6	137.1	471.2	34.4	3.0	9.3	18.9	53.2	310.8
2005	80.9	7.7	27.8	87.3	153.0	464.7	35.8	2.7	6.6	22.7	51.7	285.7
2007	78.9	3.9	36.3	83.6	150.6	396.3	34.5	2.7	11.8	20.6	48.2	263.5
Åland												
1996-00	59.6	4.1	19.2	62.1	..	..	21.0	-	7.0	10.5	..	..
2001-05	43.2	24.6	13.2	44.7	56.7	186.3	16.5	8.6	-	5.6	12.4	156.8
2003-07	56.2	16.6	25.9	43.9	148.3	268.1	22.2	8.8	0.0	5.5	24.6	219.4
Iceland												
1995	51.5	26.9	47.0	56.3	74.0	186.1	35.2	34.6	14.6	31.1	65.4	115.5
2000	38.4	3.0	46.0	36.7	76.6	274.6	12.8	-	23.7	10.1	30.2	21.5
2005	25.6	-	36.2	14.2	82.1	253.0	17.6	-	4.7	13.3	44.5	163.9
2007	25.8	6.0	17.2	20.9	48.1	287.1	11.1	-	4.5	2.5	36.4	152.6
Norway												
1995	44.7	7.3	38.3	30.9	82.1	478.5	31.8	3.6	9.7	7.9	48.0	368.0
2000	43.9	4.8	35.4	31.8	81.0	442.9	34.2	5.0	9.4	8.1	44.6	381.3
2005	45.0	3.7	34.8	37.4	65.9	418.4	33.0	2.0	11.1	11.7	32.2	357.9
2006	43.9	3.2	29.3	36.0	63.5	433.1	32.6	1.6	8.1	12.0	38.2	346.1
Sweden												
1995	33.0	4.8	21.0	24.3	58.5	295.0	22.2	3.4	6.0	6.7	16.1	143.9
2000	36.2	3.1	27.1	25.5	66.9	310.0	22.7	1.6	6.4	6.5	28.4	227.4
2005	38.1	2.4	21.2	25.6	67.3	345.1	27.6	4.3	5.3	8.4	34.0	265.0
2007	40.1	1.9	23.7	27.8	61.8	372.4	26.1	4.8	5.9	7.1	24.4	271.1

Source: The national registers for causes of death

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

Kilde: De nationale dødsårsagsregistre

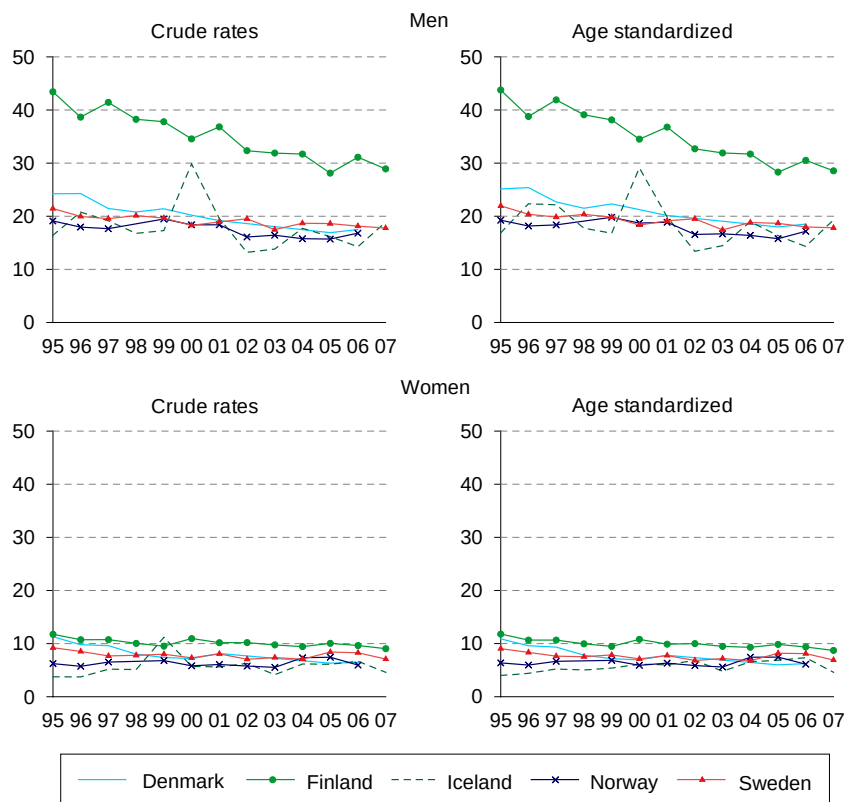
G: Chief Medical Officer

MORTALITY AND CAUSES OF DEATH

Figure 4.1.6 Deaths from suicide per 100 000 inhabitants by sex 1995-2007

Døde som følge af selvmord pr. 100 000 indbyggere efter køn 1995-2007

+

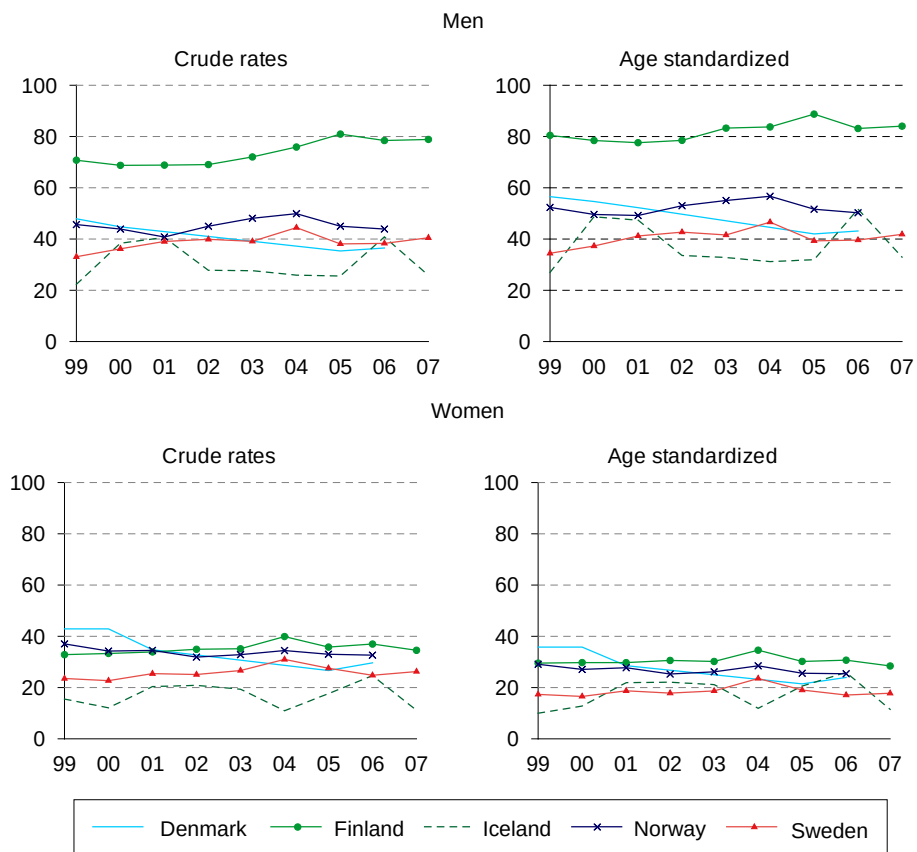


Age-standardized by the Nordic population 2000

Aldersstandardiseret med den nordiske befolkning 2000

Source: Table 4.1.6
Kilde: Tabel 4.1.6

Figure 4.1.7 Deaths from accidents per 100 000 inhabitants by sex 1999–2007
Døde som følge af ulykker pr. 100 000 indbyggere efter køn 1999–2007



Age-standardized by the Nordic population 2000

Aldersstandardiseret med den nordiske befolkning 2000

Source: Table 4.1.7
Kilde: Tabel 4.1.7

MORTALITY AND CAUSES OF DEATH

Table 4.1.8 Deaths from land transport accidents per 100 000 inhabitants by sex and age

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

	Men					Women				
	<i>Total I alt</i>	0-14	15-24	25-64	65+	<i>Total I alt</i>	0-14	15-24	25-64	65+
Denmark										
2001	12.2	2.7	24.1	11.2	20.5	4.5	1.7	6.7	3.6	9.1
2005	10.2	1.3	21.0	9.7	16.4	3.1	1.8	2.7	2.5	6.9
2006	8.6	0.6	20.4	7.7	13.8	3.4	1.8	6.4	2.2	6.8
Faroe Islands										
2001-05	10.6	3.5	58.7	3.2	-	2.6	3.7	-	3.7	-
2002-06	10.4	7.0	34.3	6.3	6.8	3.5	3.7	-	3.6	5.7
Finland										
2000	11.3	2.3	13.3	11.4	24.0	5.1	2.2	5.6	4.1	10.7
2005	12.3	4.1	14.7	11.9	22.8	3.7	1.3	4.4	3.2	6.8
2007	11.5	2.4	18.4	11.4	17.3	4.1	1.4	9.0	3.3	5.6
Åland										
2001-05	13.9	8.2	13.2	19.5	-	3.0	-	-	2.8	8.0
2003-07	15.2	8.3	25.9	13.7	20.7	3.0	-	-	2.7	7.9
Iceland										
2000	16.3	-	32.2	16.9	27.3	7.1	-	19.0	5.8	11.2
2005	9.4	-	31.7	6.5	12.7	4.1	-	4.7	5.3	5.3
2007	10.7	3.0	12.9	11.6	18.4	0.7	-	-	1.3	-
Norway										
2000	12.5	2.6	26.4	12.2	16.3	4.6	2.5	7.9	3.4	8.3
2005	7.4	1.1	15.9	7.0	10.4	3.3	0.7	6.1	3.1	4.6
2006	7.3	1.5	14.5	6.7	12.1	3.0	0.7	3.9	2.2	7.4
Sweden										
2000	10.8	1.4	19.1	10.7	16.6	3.2	1.0	4.2	2.6	6.1
2005	8.2	0.7	12.8	8.4	12.2	2.8	0.4	3.6	2.6	4.7
2007	8.1	0.5	14.6	7.9	11.6	2.9	0.7	4.2	2.6	4.7

Source: The national registers for causes of death

Kilde: De nationale dødsårsagsregistre

G: Chief Medical Officer

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

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

Alkoholrelaterede dødsårsager per 100 000 indbyggere

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
	2006	2002-06	2005	2007	2003-07	2007	2006	2007
<i>Men</i>								
Mænd								
0-34	1.2	-	-	4.4	3.6	-	0.3	0.3
35-44	27.6	10.9	33.0	54.1	21.0	4.3	2.8	5.5
45-64	110.9	19.7	67.5	155.9	37.2	13.1	28.9	22.1
65-74	117.2	23.6	171.5	99.6	127.3	33.9	34.7	26.3
75+	49.3	-	301.2	44.8	48.1	13.4	23.7	11.1
Total	46.7	8.0	33.0	65.1	28.9	6.3	11.7	9.7
<i>Women</i>								
Kvinder								
0-34	0.6	-	-	0.8	-	-	0.1	0.2
35-44	9.8	-	19.2	11.0	-	-	1.2	0.6
45-64	37.9	-	37.4	42.4	5.3	-	8.6	7.0
65-74	29.7	12.3	178.4	31.1	53.0	-	8.7	9.2
75+	18.2	-	190.8	6.4	14.3	-	5.0	1.6
Total	15.8	0.9	22.5	17.1	7.4	-	3.5	3.0
<i>M+W</i>								
M+K								
0-34	0.9	-	-	2.7	1.9	-	0.2	0.2
35-44	18.8	5.8	26.7	32.9	10.4	2.2	2.0	3.1
45-64	74.5	10.5	54.8	99.0	21.2	6.8	18.9	14.6
65-74	71.2	18.1	174.9	62.5	89.6	16.4	21.0	17.5
75+	30.0	-	233.6	19.6	26.8	5.7	12.1	5.4
Total	31.0	4.6	28.1	40.6	18.0	3.2	7.6	6.3

Source: The national registers for causes of death

Kilde: De nationale dødsårsagsregistre

ICD-10: E244, F10, G312, G621, G721, I426, K292,

K700-709, K860, O354, P043, Q860, Y15, X45

MORTALITY AND CAUSES OF DEATH

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

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
	2006	2002-06	2005	2007	2003-07	2007	2006	2007
<i>Men</i>								
Mænd								
0-34	5.2	6.5	26.0	2.6	-	-	12.5	7.6
35-44	12.8	10.9	-	5.9	-	-	23.9	16.1
45-64	8.4	6.6	-	2.4	-	2.6	16.3	19.9
65-74	1.4	23.6	-	0.5	-	-	3.9	12.8
75+	0.0	15.6	-	0.7	-	-	4.5	8.0
Total	6.7	8.8	13.2	2.7	-	0.6	14.2	12.5
<i>Women</i>								
Kvinder								
0-34	1.3	3.6	13.8	0.6	-	-	3.9	1.9
35-44	2.8	6.2	-	0.9	-	-	10.0	7.6
45-64	2.9	0.0	18.7	0.9	-	-	12.4	10.6
65-74	2.2	0.0	89.2	0.0	-	-	4.0	8.3
75+	3.4	0.0	-	0.0	-	-	3.6	3.9
Total	2.2	2.6	15.0	0.6	-	-	6.9	5.7
<i>M+W</i>								
M+K								
0-34	3.3	5.2	20.1	1.6	-	-	8.3	4.8
35-44	7.9	8.7	-	3.4	-	-	17.1	11.9
45-64	5.6	3.5	7.8	1.7	-	1.4	14.4	15.2
65-74	1.8	12.0	43.7	0.2	-	-	4.0	10.4
75+	2.1	6.3	-	0.2	-	-	3.9	5.5
Total	4.4	5.8	14.0	1.6	-	0.3	10.5	9.1

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

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

MORTALITY AND CAUSES OF DEATH

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

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
	2006	2002-06	2005	2007	2003-07	2007	2006	2007
<i>Men Mænd</i>								
0-44	0.3	1.3	-	-	-	1.9	0.2	0.1
45-64	7.3	-	27.0	0.1	-	7.8	4.4	1.3
65-74	30.0	35.4	-	0.5	-	11.3	10.9	3.1
75+	200.7	171.7	903.6	0.7	-	26.8	118.7	153.7
Total	15.3	12.0	16.5	0.1	-	5.0	8.9	11.3
<i>No death certificate, number</i>								
Uden dødsattest, antal	352	0.6	..	85	6	-	291	..
<i>Women Kvinder</i>								
0-44	-	1.4	-	-	-	-	0.1	-
45-64	3.2	-	-	-	-	2.8	0.9	0.4
65-74	14.2	-	89.2	-	-	10.6	1.2	2.2
75+	297.9	275.0	954.2	3.4	-	39.4	185.2	288.0
Total	27.8	23.3	22.5	0.3	-	3.9	17.8	30.7
<i>No death certificate, number</i>								
Uden dødsattest, antal	366	1	..	54	5	-	169	..
<i>M+W M+K</i>								
0-44	0.2	1.3	-	-	-	1.0	0.2	0.1
45-64	5.2	-	15.7	0.1	-	5.4	2.6	0.9
65-74	21.7	18.1	43.7	0.2	-	10.9	5.8	2.6
75+	261.1	233.3	934.6	2.5	-	34.1	160.0	235.2
Total	21.6	17.4	19.3	0.2	-	4.5	13.4	21.1
<i>No death certificate, number</i>								
Uden dødsattest, antal	718	1.6	..	139	11	-	460	..

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

Table 4.1.12 Autopsy rates as a percentage of all deaths 1995-2007
Obduktionsrater i procent af alle døde 1995-2007

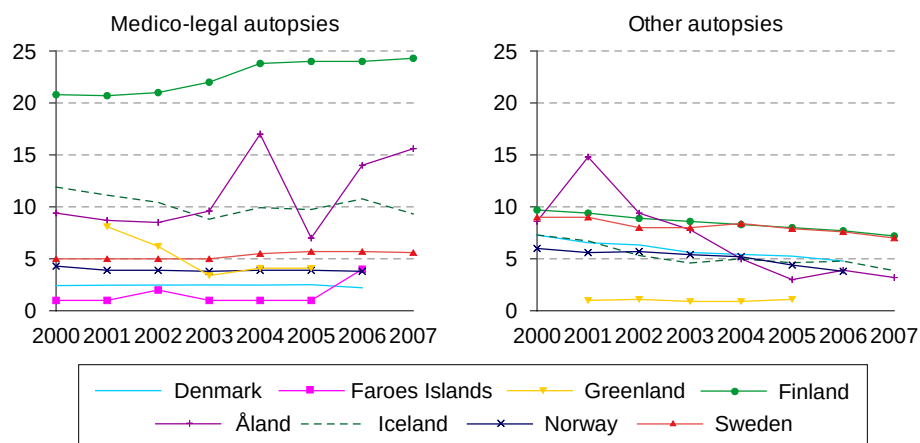
	Denmark	Faroe Islands	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
	2006						
<i>Medico- legal autopsies</i>							
Retsmedicinske obduktioner							
1995	2	2	19	10	..	..	5
2000	2	1	21	9	12	4	5
2004	2	1	24	17	10	4	6
2005	3	1	24	7	10	4	6
2007	2	4	24	16	9	4	6
<i>Other autopsies</i>							
Andre obduktioner							
1995	10	..	12	9	..	..	13
2000	7	..	10	9	7	6	9
2004	5	..	8	5	5	5	8
2005	5	..	8	3	5	4	8
2007	5	4	7	3	4	4	7

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

MORTALITY AND CAUSES OF DEATH

Figure 4.1.8 Autopsy rates as a percentage of all deaths 2000-2007

Obduktionsrater i pct. af alle døde 2000-2007



CHAPTER V

Resources
*Ressourcer***Extra material**

OECD:

www.oecd.org**Supplerende materiale**

OECD:

www.oecd.org**Introduction**

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

Indledning

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

5.1. Health care expenditure 5.1. Sundhedsudgifter**Development of health care expenditure**

Health plays a central role in peoples' everyday life and is an issue that people are concerned about. Thus health is often a topic for debate, and health issues receive much attention in the press. Attention is particularly focussed on production of health services. Questions are asked about whether health services are adequate and about what health care costs

Udviklingen i sundhedsudgifterne

Sundhed angår folks hverdag og har en central placering i folks bevidsthed. Dermed bliver temaet til genstand for debat og sundhedsspørgsmål får en mere dominerende plads i pressen. Der sættes især fokus på det stigende pres på forbruget af sundhedsydelser. Der stilles spørgsmål om sundhedsvæsenet er tilstrækkelig og i forlængelse af dette stilles der spørgsmål om

RESOURCES

society and individuals. The increasing cost of health care is an issue of concern in many countries. According to OECD, the reason for this concern is that health services are mainly publicly financed. Thus increasing health care expenditure is an extra burden on public budgets and, if priorities are not changed, this will lead to higher taxes for both citizens and companies.

In the Nordic countries, between 75 and 85 per cent of health care expenditure is publicly financed. In 2007, the level of public financing was lowest in Finland.

Measured in relation to gross domestic product (GDP), health care expenditure has been relatively stable or has shown a slight increase during the second half of the 1990s and the beginning of this century. Health care expenditure represents between 8 and 9 per cent of GDP.

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

hvad sundhedsvæsenet koster det offentlige og den enkelte. Stigende sundhedsudgifter er årsag til bekymring i mange lande. I følge OECD er årsagen til dette at det offentlige finansierer største delen af udgifterne. Stigende sundhedsudgifter bliver derved en ekstra byrde på de offentlige budgetter og vil, hvis der ikke foretages en omprioritering i budgetterne, medføre at skattetrykket for både borgere og virksomheder stiger.

I de nordiske lande finansierer det offentlige mellem 75 og 85 procent af sundhedsudgifterne. I 2007 var det offentliges andel lavest i Finland.

Målt i forhold til bruttonationalproduktet (BNP) har sundhedsudgifterne været relativt stabile eller svagt stigende i den sidste halvdel af 1990'erne og i begyndelsen af det nye årtusind. Sundhedsudgifternes andel af BNP er mellem ca. 8 og 9 procent.

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

Changes in the recording of health care expenditure

Health care expenditure includes all expenditure, both private and public, on consumption or investment in health services etc. Expenditure can be financed both privately and publicly, including by households. Examples of health care expenditure by households are the cost of spectacles, orthopaedic items, medicinal products, dental treatment, medical treatment, physiotherapy services and other health services. Other types of expenditure in-

Ændring af opgørelsesmetoden for sundhedsudgifterne

Udgifterne til sundhedsformål omfatter alle udgifter, både private og offentlige, der går til forbrug eller investeringer i sundhedsvæsenet m.v. Udgifterne kan finansieres både af offentlige og private kilder, inklusiv husholdningerne. Som sundhedsudgifter regnes eksempelvis husholdningernes køb af briller og ortopedisk udstyr, lægemidler, tandbehandling, lægebehandling, forbrug af fysioterapi og andre sundhedsydelser, samt det

clude national insurance or private insurance reimbursements for use of health services, and public expenditure (net) on hospitals and primary health services.	offentliges, eller forsikringernes refusion for brugen af sundhedsydelserne samt det offentlige udgifter (netto) til drift af sygehuse og det primære sundhedsvæsen m.v.
Public expenditure on preventive measures and administration of health services is included. Expenditure on running private hospitals that are not included in the public budget is also included.	Det offentlige udgifter til forbyggende foranstaltninger samt administration af sundhedsvæsenet er ligeledes inkluderet. Det samme gælder udgifter til drift af private sygehuse m.v. som ligger uden for de offentlige budgetter.
Health care expenditure also includes part of the expenditure on nursing and care for elderly people and people with disabilities. According to international guidelines, this applies to the part of expenditure on nursing and care that can be specified as expenditure related to health. Services for elderly people and people with disabilities are often integrated, and it can be difficult to draw a clear demarcation between what should be defined as expenditure on health services and what should be defined as expenditure on social services. What is included as expenditure on health services can vary for the different countries.	Sundhedsudgifterne omfatter også dele af udgifterne til pleje og omsorg for ældre og funktionshæmmede. Ifølge internationale retningslinier gælder dette den del af pleje og omsorgsudgifterne der kan specificeres som udgifter til sundhedsformål. Ydelserne til ældre og funktionshæmmede er ofte integrerede og det kan være vanskeligt at sætte klare grænser for hvad der skal defineres som sundhedsudgifter og hvad der er udgifter til social omsorg. Dette kan være en kilde til forskellig afgrænsning af hvad der medtages som sundhedsudgifter i de enkelte lande.
There will always be such problems when one compares statistics from several countries. This does not mean that comparisons are worthless, but one must be aware that some of the observed differences can be the result of different definitions and demarcations.	Der vil altid komme sådanne problemer når man sammenligner statistik for flere lande. Dette betyder dog ikke at sammenligningen er værdiløs, men man må tage hensyn til nogle af de forskelle der observeres der kan skyldes forskellige definitioner og afgrænsninger.
In order to ensure the best possible comparability of statistics, international organizations such as OECD, UN and EUROSTAT work on producing classifications, standards and definitions. For example, OECD have developed "A System	For at sikre den bedst mulige sammenlignelighed, arbejder internationale organisationer som OECD, FN og EUROSTAT med at etablere klassifikationer, standarder og definitioner. OECD har blandt andet udviklet et system for sundhedsregn-

RESOURCES

of Health Accounts". This accounting system has been developed in order to meet the political needs for data, and also the needs of researchers in this area. The common framework that the system is built on will ensure that the comparability of data between countries and over time is as good as possible. The system is also developed to provide comparable statistics, independently of how health services are organized in the countries.

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

ESSPROS includes all social arrange-

skab ("A System of Health Accounts"). Regnskabssystemet er udviklet for at møde politiske behov for data såvel behovet hos forskere på området. Den fælles ramme som systemet er bygget op på, vil sikre den bedst mulige sammenlignelighed af data mellem lande over tid. Systemet er også udviklet således at det giver sammenlignelige tal uafhængig af hvorledes sundhedsvæsenet er organiseret i landene.

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

ESSPROS omfatter alle sociale ordninger,

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

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

Developments in expenditure on medicinal products

Table 5.1.4 shows the total sales of medicinal products according to ATC group for each of the Nordic countries 2007. In order to have a better basis for comparison, expenditure in Table 5.1.5 is presented in EUR per capita.

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

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

Measured in EUR per capita, expenditure on medicinal products is considerably higher in Iceland and is lower in Greenland than in the other countries. The greatest difference in expenditure on medicinal products is for ATC group N.

Udvikling i lægemiddeludgifter

I tabel 5.1.4 ses de samlede udgifter til lægemidler i de enkelte nordiske lande fordelt på ATC-hovedgrupper 2007. For at få et bedre sammenligningsgrundlag er udgifterne i tabel 5.1.5 omregnet til EUR per capita.

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

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

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

RESOURCES

Table 5.1.1 Health care expenditure (million KR/EUR) 2007

Udgifter til sundheds- og sygepleje (mio. KR/EUR) 2007

	Denmark ¹⁾	Faroe Islands ⁴⁾	Greenland ⁴⁾	Finland ²⁾	Iceland	Norway	Sweden ^{1,3,4)}
	DKK	DKK	DKK	EUR	ISK	NOK	SEK
<i>Public financing</i>							
Offentlig finansiering	125 355	862	934	10 978	98 160	170 867	227 143
<i>Private financing</i>							
Privat finansiering	24 932	..	4	3 729	20 802	32 547	50 806
<i>Total health care expenditure</i>							
Samlede udgifter til sundheds- og sygepleje	150 287	..	938	14 706	118 962	203 414	277 949
1 Preliminary figures				1 Foreløbige tal			
2 Finnish figures include Åland				2 Finske tal inkluderer Åland			
3 Health Related functions are not included (H.C.R.)				3 Sundhedsrelateret funktioner er ikke inkluderet (H.C.R.)			
4 2006				4 2006			

Source: OECD HEALTH DATA 2008

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

Table 5.1.2 Health care expenditure (EUR/capita) 2007

Udgifter til sundheds- og sygepleje (EUR/capita) 2007

	Denmark ¹⁾	Faroe Islands ⁴⁾	Greenland ⁴⁾	Finland ²⁾	Iceland	Norway	Sweden ^{1,3)}
<i>Public financing</i>							
Offentlig finansiering	3 096	2 402	2 210	2 076	3 601	4 529	2 675
<i>Private financing</i>							
Privat finansiering	616	..	9	705	763	863	601
<i>Total health care expenditure</i>							
Samlede udgifter til sundheds- og sygepleje	3 712	..	2 210	2 781	4 364	5 392	3 286
1 Preliminary figures				1 Foreløbige tal			
2 Finnish figures include Åland				2 Finske tal inkluderer Åland			
3 Health Related functions are not included (H.C.R.)				3 Sundhedsrelateret funktioner er ikke inkluderet (H.C.R.)			
4 2006				4 2006			

Source: OECD HEALTH DATA 2008

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

Table 5.1.3 GDP and health care expenditure in total and per capita 1995–2007

BNP og udgifter til sundheds- og sygepleje i alt og pr. indbygger 1995–2007

	Denmark ¹⁾⁴⁾	Faroe Islands ^{2,6)}	Greenland ⁶⁾	Finland ³⁾	Iceland	Norway ⁴⁾	Sweden ^{1,4,6)}
	DKK	DKK	DKK	EUR	ISK	NOK	SEK
<i>Total expenditure per capita 2007</i>							
Samlede udgifter pr. indbygger 2007	28 836	17 874	16 414	2 781	512 065	43 196	30 383
<i>GDP (million) 2007</i>							
BNP (mio.) 2007	1 696 238	9 699	10 210	179 659	1 301 410	2 277 111	3 063 873
<i>Expenditure in 2007-prices (million)</i>							
Udgifter i 2007-priser (mio.)							
1995	125 685	..	1 151	10 088	79 737	..	183 888
2000	127 391	611	1 087	11 355	100 000	152 647 ⁵⁾	222 060
2005		849	961	13 939	112 137	184 116 ⁵⁾	254 852
2007	150 287	862	938	14 706	118 962	192 877 ⁵⁾	277 949
<i>Expenditure as a percentage of GDP</i>							
Udgifter i pct. af BNP							
1995	7.7	7.0	11.3	7.9	8.3	.	8.0
2000	7.8	8.5	10.6	7.2	9.5	6.5	8.2
2005	..	8.7	9.4	8.4	9.5	7.8	9.2
2007	8.9	8.9	9.2	8.2	9.1	8.5	9.1

1 Preliminary estimates

2 Expenditures 2003 in 2006 prices

3 Finnish figures include Åland

4 Changes in method of calculation from 2003 for Denmark, from 2000 for Norway and from 2001 for Sweden

5 2006 prices. Calculated using total health expenditure at constant prices

6 2007 = 2006

1 Foreløbige tal

2 Udgifter 2003 i 2006 priser

3 Finske tal inkluderer Åland

4 Ændringer i opgørelsesmetode fra 2003 for Danmark, for Norge fra 2000 og fra 2001 fra Sverige

5 2006 priser, beregnet som faste priser

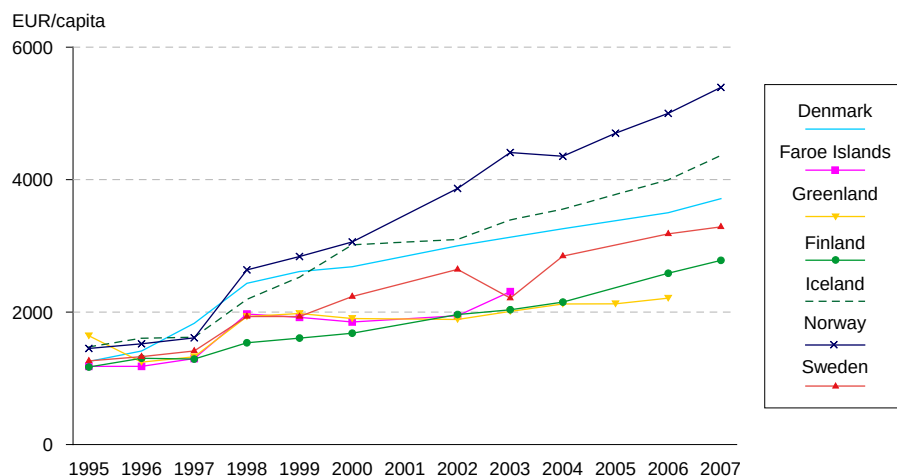
6 2007 = 2006

Source: OECD HEALTH DATA 2008

Kilde: FO: Statistics Faroe Islands; G: Directorate of Health; I: Statistic Iceland

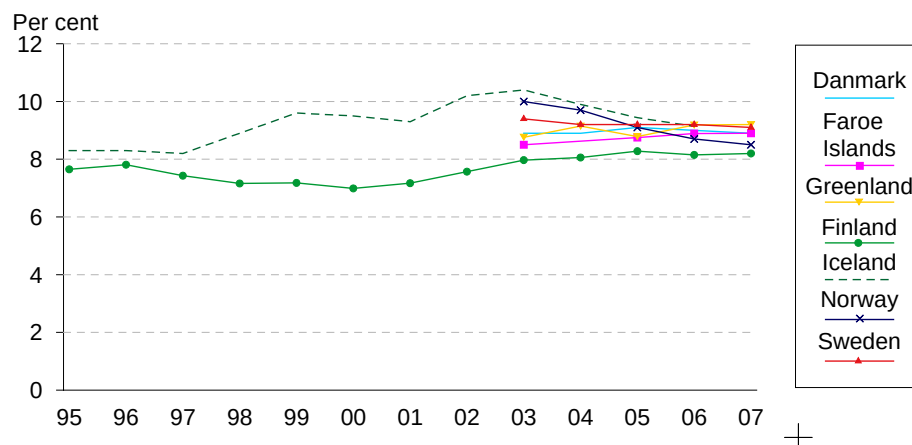
RESOURCES

Figure 5.1.1 Total health care expenditure (EUR/capita) 1995-2007
Samlede udgifter til sundheds- og sygepleje (EUR/capita) 1995-2007



Sources: Table 5.1.3
Kilder: Tabel 5.1.3

Figure 5.1.2 Health care expenditure as a percentage of GDP 1995-2007
Udgifter til sundheds- og sygepleje i pct. af BNP 1995-2007



Sources: OECD HEALTH DATA 2007
Kilder: FO: Statistics Faroe Islands; G: Directorate of Health

Table 5.1.4 Sales of medicinal products by ATC-group, measured in pharmacy retail prices (million EUR), 2007

Salg af lægemidler fordelt på ATC-grupper, apotekernes salgspris (mio. EUR) 2007

	Denmark ¹⁾	Faroe Islands ²⁾	Greenland ³⁾	Finland ⁴⁾	of which Åland ⁴⁾	Iceland	Norway	Sweden
A <i>Alimentary tract and metabolism</i>								
Fordøjelse og stofskifte	233	2.2	0.3	292	1.1	20	228	407
B <i>Blood and blood-forming organs</i>								
Blod og bloddannende organer	170	1.3	0.2	135	0.5	10	134	316
C <i>Cardiovascular system</i>								
Hjerte og kredsløb	295	3.3	0.4	352	1.3	24	266	367
D <i>Dermatologicals</i>								
Hudmidler	39	0.3	0.3	..	..	3	49	99
G <i>Genito-urinary system and sex hormones</i>								
Kønshormoner m.m.	130	8.3	0.3	166	0.6	11	109	182
H <i>Systemic hormonal preparations, excl. sex hormones and insulins</i>								
Hormoner til systemisk brug	55	3.6	0.1	45	0.4	3	50	89
wJ <i>Anti-infectives for systemic use</i>								
Infektionssygdomme	232	1.2	1.0	174	1.0	17	152	241
L <i>Antineoplastic and immunomodulating agents</i>								
Cancermidler m.m.	379	1.7	0.8	318	2.1	22	328	527
M <i>Musculo-skeletal system</i>								
Muskler, led og knogler	85	4.8	0.2	153	0.7	9	76	142
N <i>Nervous system</i>								
Nervesystemet	556	3.4	1.6	514	1.7	45	443	693
P <i>Antiparasitic products, insecticides and repellents</i>								
Parasitmidler	11	-	-	9	0.1	-	7	10
R <i>Respiratory system</i>								
Åndedrætsorganer	231	1.4	0.3	215	1.0	13	224	293
S <i>Sensory organs</i>								
Sanseorganer	48	2.9	0.1	52	0.3	4	48	75
V <i>Various</i>								
Diverse	68	1.8	0.4	13	0.1	2	20	59
Total I alt	2 533	36.2	6.2	2438	11	183	2 135	3 500
Of which user charges	..	-	-	-	-	41	643	666

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

1 Both for hospitals and pharmacies. Prices are calculated using different methods

2 2007 = 2006

3 Calculated on the basis of the purchase prices paid to the Hospital Pharmacy in the County of Copenhagen by Greenland's health service. 2005 refers to 2004.

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

1 Sammenlagt for hospitaler og apoteker. Der er forskellig opgørelses metoder

2 2007 = 2006

3 Beregnet på grundlag af indkøbsprisen fra amtshospitalet i København til Grønlands Sundhedsvæsen 2005 tal er 2004.

4 I Finland og Åland er salget i den primære sektor beregnet som apotekernes detail salg (Apotekernes salgspriser) og i hospitalsektoren som hospitalernes indkøbspriser

RESOURCES

Table 5.1.5 Sales of medical products by ATC-group, EUR/capita 2007 - based on pharmacy retail prices

Salg af lægemidler fordelt på ATC-grupper, EUR/capita 2007 - baseret på apotekernes salgspris

	Denmark ¹⁾	Faroe Islands ²⁾	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
<i>A Alimentary tract and metabolism</i>								
Fordøjelse og stofskifte	44	46	50	55	41	63	49	45
<i>B Blood and blood-forming organs</i>								
Blod og bloddannende organer	32	27	45	25	19	32	29	35
<i>C Cardiovascular system</i>								
Hjerte og kredsløb	51	69	75	66	47	68	57	40
<i>D Dermatologicals</i>								
Hudmidler	7	6	32	..	..	13	11	11
<i>G Genito-urinary system and sex hormones</i>								
Kønshormoner m.m.	23	17	51	31	24	36	23	20
<i>H Systemic hormonal preparations, excl. sex hormones and insulins</i>								
Hormoner til systemisk brug	11	7	16	9	14	11	11	10
<i>J Anti-infectives for systemic use</i>								
Infektionssygdomme	49	26	132	33	37	49	32	26
<i>L Antineoplastic and immunomodulating agents</i>								
Cancermidler m.m.	84	36	131	60	79	81	70	58
<i>M Musculo-skeletal system</i>								
Muskler, led og knogler	15	10	12	29	25	29	16	16
<i>N Nervous system</i>								
Nervesystemet	106	71	245	97	64	164	95	76
<i>P Antiparasitic products, insecticides and repellents</i>								
Parasitmidler	2	1	8	2	2	1	1	1
<i>R Respiratory system</i>								
Åndedrætsorganer	43	29	34	41	37	45	48	32
<i>S Sensory organs</i>								
Sanseorganer	10	6	19	10	9	12	10	8
<i>V Various</i>								
Diverse	7	4	49	2	3	6	4	6
Total I alt	485	355	898	460	401	611	456	384
<i>Of which user charges</i>		-		55	41		137	73

1 Total for hospitals and pharmacies. The methods for producing the statistics are different.

2 2006 for Faroe Islands

1 Sammenlagt for hospitaler og apoteker. Der er forskellig opgørelses metoder

2 2006 for Færøerne

Sources: See Table 5.1.4

Kilder: Se tabel 5.1.4

5.2 Health care personnel

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

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

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

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

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

5.2 Sundhedspersonale

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

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

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

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

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

RESOURCES

a group is included with physicians who do not work in the social and health care sectors, and not with medicine.

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

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

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

Note that the Finnish figures only cover the public sector. Figures from Åland both cover the public and the private sector.

Desuden skal det bemærkes at de finske data kun gælder den offentlige sektor. De ålandske data gælder både den offentlige og den private sektor.

Table 5.2.1 Employed health care personnel in health and social services 2007 (NACE 85.1 and 85.3)Erhvervsaktivt sundhedspersonale inden for sundheds- og socialområdet
2007(NACE 85.1 og 85.3)

	Denmark	Faroe Islands	Greenland ¹⁾	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden ²⁾
<i>Physicians</i>								
Læger	18 644	91	92	12 104	68	1 157	18 189	29 693
<i>Dentists</i>								
Tandlæger	4 617	40	28	2 358	26	294	4 110	7 541
<i>Dental hygienists</i>								
Tandplejere	1 382	..	-	3 921	10	19 ²⁾	861	3 298
<i>Dental surgery assistants</i>								
Tandlægeassistenter	4 368	44	75	-	28	294	3 364	-
<i>Psychologists</i>								
Psykologer	3 420	4	4	2 021	9	..	3 936	-
<i>Qualified nurses</i>								
Sygeplejersker	53 104	291	235	48 471	322	2 729	74 327	94 031
<i>Radiographers</i>								
Radiografer	1 275	8	-	1 973	7	107	2 304	543 ³⁾
<i>Qualified auxiliary nurses</i>								
Sygeplejerskeassistenter	30 353	71	-	38 502	462	1 632	75 978	..
<i>Other health care personnel</i>								
Andet plejepersonale	57 395	8	-	20 778	81	..	272 802	..
<i>Midwives</i>								
Jordemødre	1 436	20	15	1 833	13	245	2 412	6 449
<i>Physiotherapists</i>								
Fysioterapeuter	7 413	17	7	2 761	23	450	8 609	10 916
<i>Occupational therapists</i>								
Ergoterapeuter	5 360	9	2	759	8	169	2 788	7 568
<i>Hospital laboratory technicians</i>								
Hospitalslaboranter	5 492	32	10	3 944	21	287	4 622	..
<i>Other health care personnel with a higher education</i>								
Andet sundhedspersonale med en højere uddannelse	592	0	..	8 950	22	..	3 603	..

1 Refers to 2006

2 Estimate

3 Includes only radiographers who have obtained a license after 2000. The majority of radiographers do not have a license and are included in the group qualified nurses.

2 562 nurses, trained as radiographic nurses, received authorization and were assessed to be employed as radiographic nurses in 2006

1 Refererer til 2006

2 Estimeret

3 Indeholder kun radiografer der har opnået deres licens siden 2000. Størstedelen af radiograferne har ingen licens og er medregnet som sygeplejersker.

2 562 sygeplejersker som er uddannet før røntgen-sygeplejerskerne fik egen autorisation og vurderes til at arbejde som røntgensygeplejersker i 2006

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

RESOURCES

**Table 5.2.2 Employed health care personnel in health and social services 2007
per 100 000 inhabitants (NACE 85.1 and 85.3)**

Erhvervsaktivt sundhedspersonale inden for sundheds- og socialområdet per
100 000 indbyggere 2007 (NACE 85.1 og 85.3)

	Denmark	Faroe Islands	Greenland ¹⁾	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden ²⁾
<i>Physicians</i>								
Læger	342	189	162	230	251	369	386	326
<i>Dentists</i>								
Tandlæger	85	83	49	45	96	94	87	83
<i>Dental hygienists</i>								
Tandplejere	25	..	-	74	37	6 ²⁾	18	36
<i>Dental surgery assistants</i>								
Tandlægeassistenter	80	91	131	0	104	94	71	-
<i>Psychologists</i>								
Psykologer	63	8	7	38	33	..	84	-
<i>Qualified nurses</i>								
Sygeplejersker	973	604	412	920	1 191	871	1 578	1 032
<i>Radiographers</i>								
Radiografer	23	16	-	37	26	34	49	6 ³⁾
<i>Qualified auxiliary nurses</i>								
Sygeplejerskeassistenter	556	146	-	731	1 709	521	1 613	..
<i>Other health care personnel</i>								
Andet plejepersonale	1 052	16	-	395	300	..	5 793	..
<i>Midwives</i>								
Jordemødre	26	41	26	35	48	78	51	71
<i>Physiotherapists</i>								
Fysioterapeuter	136	35	12	52	85	144	183	120
<i>Occupational therapists</i>								
Ergoterapeuter	98	18	4	14	30	54	59	83
<i>Hospital laboratory technicians</i>								
Hospitalslaboranter	101	67	18	75	78	92	98	..
<i>Other health care personnel with a higher education</i>								
Andet sundhedspersonale med en højere uddannelse	11	0	..	170	81	..	77	..

1 Refers to 2006

2 Estimate

3 Includes only radiographers who have obtained a licence after 2000. The majority of radiographers do not have a licence and are included in the group qualified nurses

1 Refererer til 2006

2 Estimat

3 Indeholder kun radiografer der har opnået deres licens siden 2000. Størstedelen af radiograferne har ingen licens og er medtaget som sygeplejersker

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

**Table 5.2.3 Employed physicians by specialty in health and social services 2007
(NACE 85.1 and 85.3)**
Erhvervsaktive læger fordelt på specialer inden for social - og sundhedsom-
rådet 2007 (NACE 85.1 og 85.3)

	Denmark	Faroe Islands	Greenland ¹⁾	Finland ¹⁾	Åland	Iceland ²⁾	Norway	Sweden
<i>General practice</i>								
Almen medicin (alment praktiserende læger)	4 139	28	56	2 254	16	188	2 256	5 316
<i>Internal medicine</i>								
Intern medicin	1 388	8	3	2 080	12	156	1 363	1 227
<i>Paediatrics</i>								
Pædiatri	346	3	1	760	5	56	424	901
<i>Surgery</i>								
Kirurgi	773	6	3	1 928	3	75	740	1 248
<i>Plastic surgery</i>								
Plastik kirurgi	85	1	-	47	..	9	76	123
<i>Gynaecology and obstetrics</i>								
Gynækologi og obstetric	505	2	3	755	4	35	541	1 225
<i>Orthopaedic surgery, incl. hand surgery</i>								
Ortopædisk kirurgi, inkl. Hånd-kirurgi	607	2	3	160	2	37	397	1 116
<i>Ophthalmology</i>								
Øjensygdomme	301	2	-	422	2	31	337	661
<i>Ear, nose and throat</i>								
Øre næse hals	308	1	1	358	..	21	271	523
<i>Psychiatry</i>								
Psykiatri	884	2	2	1 502	6	81	1 166	1 521
<i>Skin and sexually transmitted diseases</i>								
Hud og kønssygdomme	147	0	-	208	..	17	130	323
<i>Neurology</i>								
Neurologi	226	1	-	379	..	16	243	300
<i>Oncology</i>								
Onkologi	104	0	-	141	1	18	129	303
<i>Anaesthetics</i>								
Anæstesiologi	860	4	2	734	3	61	626	1 312
<i>Radiology</i>								
Radiologi	449	4	2	651	1	38	498	936
<i>Clinical laboratory specialties incl. pathology</i>								
Kliniske/laboratoriespecialer, inkl. patologi	319	1	-	612	..	45	417	789
<i>Other specialties</i>								
Andre specialer	155	1	-	2 745	4	27	561	4 985
<i>Specialists in total</i>								
Specialister i alt	11 596	38	76	15 736	59	911	10 175	22 809
<i>Physicians without specialist authorization</i>								
Læger uden specialistgodkendelse	7 048	25.2	16	..	9	246	8 036	9 083
<i>Physicians in total within NACE 85.1 and 85.3</i>								
Læger i alt indenfor NACE 85.1 og 85.3	18 644	91.2	92	..	68	1 157	18 211	31 892

1 2006

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

1 2006

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

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

RESOURCES

Table 5.2.4 Employed physicians by specialty in health and social services per 100 000 inhabitants 2007 (NACE 85.1 and 85.3)

Erhvervsaktive læger fordelt på specialer inden for social - og sundhedsom-rådet per 100 000 indbyggere 2007 (NACE 85.1 og 85.3)

	Denmark	Faroe Islands	Greenland ¹⁾	Finland ¹⁾	Åland	Iceland ²⁾	Norway	Sweden
<i>General practice</i>								
Almen medicin (alment praktiserende læger)	76	58	98	43	59	60	48	58
<i>Internal medicine</i>								
Intern medicin	25	17	5	39	44	50	29	13
<i>Paediatrics</i>								
Pædiatri	6	6	2	14	18	18	9	10
<i>Surgery</i>								
Kirurgi	14	13	5	37	11	24	16	14
<i>Platic surgery</i>								
Plastik kirurgi	2	2	-	1	0	3	2	1
<i>Gynaecology and obstetrics</i>								
Gynækologi og obstetrik	9	4	5	14	15	11	11	13
<i>Orthopaedic surgery</i>								
incl. hand surgery								
Ortopædisk kirurgi, inkl håndkirurgi	11	4	5	3	7	12	8	12
<i>Ophthalmology</i>								
Øjensygdomme	6	4	-	8	7	10	7	7
<i>Ear, nose and throat</i>								
Øre næse hals	6	2	2	7	0	7	6	6
<i>Psychiatry</i>								
Psykiatri	16	4	4	29	22	26	25	17
<i>Skin and sexually transmitted diseases</i>								
Hud og kønssygdomme	3	0	-	4	0	5	3	4
<i>Neurology</i>								
Neurologi	4	2	-	7	0	5	5	3
<i>Oncology</i>								
Onkologi	2	0	-	3	4	6	3	3
<i>Anaesthetics</i>								
Anæstesiologi	16	8	4	14	11	19	13	14
<i>Radiology</i>								
Radiologi	8	8	4	12	4	12	11	10
<i>Clinical laboratory specialities</i>								
incl. pathology								
Kliniske/laboratoriespecialer, inkl patologi	6	2	-	12	0	14	9	9
<i>Other specialities</i>								
Andre specialer	3	2	-	52	15	9	12	55
<i>Specialists in total</i>								
Specialister i alt	212	79	133	299	218	291	216	250
<i>Physicians without specialist authorization</i>								
Læger uden specialistgodkendelse	129	53	29	..	33	78	171	100
<i>Physicians in total within NACE 85.1 and 85.3</i>								
Læger i alt indenfor NACE 85.1 og 85.3	342	190	162	..	251	369	387	350

1 2006

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

1 2006

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

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

Table 5.2.5 Employed physicians 2007
Erhvervsaktive læger 2007

	Denmark	Faroe Islands	Greenland ¹⁾	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
<i>Physicians employed in hospitals (NACE 85.1 and 85.3)</i>								
Læger beskæftiget på hospitaler (NACE 85.1 og 85.3)	12 808	62	92	8 200	41	894	10 768	-
<i>General practitioners (NACE 85.1 and 85.3)</i>								
Læger der arbejder som alment praktiserende læger (NACE 85.1 og 85.3)	4 164	28	..	3 640	16	200	5 360	5 316
<i>Of which those without specialist authorization</i>								
Heraf uden specialistgodkendelse		..		..	..	..	7 465	-
<i>Other physicians employed outside hospitals (mainly privately practising specialists) (NACE 85.1 and 85.3)</i>								
Andre læger der arbejder udenfor hospitaler (hovedsageligt privat praktiserende speciallæger) (NACE 85.1 og 85.3)	1 672	1	..	3 150	8	..	2 083	749
<i>Physicians employed in administrative medicine (NACE 75.1)</i>								
Læger beskæftiget med administrativ medicin (NACE 75.1)	187	1	2	..	3	..	340	749
<i>Physicians employed in medical research, teaching etc. (NACE 80.3, 73.1 and 24.4)</i>								
Læger beskæftiget med medicinsk forskning, undervisning m.v. (NACE 80.3, 73.1 og 24.4)	871	-	..	..	..	..	878	1 331
<i>Physicians employed within all other NACE codes</i>								
Læger beskæftiget på alle andre NACE-koder	1 211	-	..	..	..	..	1 039	1 740
1 2006				1 2006				

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

5.3 Capacity and services in hospitals

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

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

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

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

The tables about hospital discharges and average length of stay apply to patients admitted to ordinary hospitals and specialized hospitals. This limitation has been done in order to improve comparability between the countries.

5.3 Kapacitet og ydelser i sygehusvæsenet

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

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

I Grønland, Finland og Island er strukturen dog lidt anderledes, idet der til sundhedscentre er knyttet et antal sengepladser, som i tabellerne er rubriceret under andre hospitaler. En del af disse sengepladser er dog plejepladser, som i de andre lande findes ved 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.

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

Tabellerne over udskrivninger og gennemsnitlig liggetid omfatter indlagte patienter ved almindelige sygehuse og specialsygehuse. Denne afgrænsning er foretaget for at fremme sammenligneligheden mellem landene.

The trend is that the number of treatment places and the average length of stay have been reduced in ordinary hospitals. Within psychiatric treatment there has been a trend towards the use of more outpatient treatment, so that the number of psychiatric beds has been reduced.

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

RESOURCES

Table 5.3.1 Available hospital beds by speciality 2007
Disponible sengepladser ved sygehuse efter specialer 2007

	Denmark	Faroe Islands ¹⁾	Greenland	Finland ²⁾	Åland	Norway	Sweden
<i>Number</i>							
<i>Antal</i>							
<i>Medicine</i>							
Medicin	7 722	74	42	6 022	59	6 661	13 886
<i>Surgery</i>							
Kirurgi	6 483	76	50	4 800	47	5 802	7 837
<i>Medicine and surgery in total</i>							
Medicin og kirurgi ialt	14 205	150	92	10 822	106	12 463	21 723
<i>Psychiatry</i>							
Psykiatri	3 108	70	10	4 671	32	2 717	4 461
<i>Other</i>							
Andet	..	-	124	20 036	97	354	..
<i>Total</i>							
I alt	17 313	370	226	35 529	235	15 534	26 184
<i>Beds per 100 000 inhabitants</i>							
<i>Sengepladser pr. 100 000 indbyggere</i>							
<i>Medicine</i>							
Medicin	142	153	74	114	218	141	152
<i>Surgery</i>							
Kirurgi	119	157	89	91	174	123	86
<i>Psychiatry</i>							
Psykiatri	57	145	18	88	118	57	49
<i>Other</i>							
Andet	..	-	220	379	359	7	..
<i>Total</i>							
I alt	317	765	401	672	869	328	283

1 Prescribed number of hospital beds

2 The number of beddays divided by 365

1 Normerede sengepladser

2 Antal sengedage divideret med 365

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

Table 5.3.2 Discharges, bed days and average length of stay in wards in ordinary hospitals and specialized hospitals 2007

Udskrivninger, sengedage og gennemsnitlig liggetid på afdelinger ved almindelige sygehuse og specialsygehuse 2007

	Denmark ¹⁾	Faroe Islands	Greenland ²⁾	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
<i>Discharges per 1 000 inhabitants</i>								
<i>Udskrivninger pr. 1 000 indbyggere</i>								
<i>Medicine</i>								
Medicin	108	107	41	69	90	63	92	74
<i>Surgery</i>								
Kirurgi	95	146	67	108	102	96	81	69
<i>Psychiatry</i>								
Psykiatri	7	6	5	8	23	7	6	9
<i>Total</i>								
I alt	210	259	112	186	215	165	178	164
<i>Bed days per 1 000 inhabitants</i>								
<i>Sengedage pr. 1 000 indbyggere</i>								
<i>Medicine</i>								
Medicin	548	557	271	361	500	500	500	367
<i>Surgery</i>								
Kirurgi	370	456	322	310	350	292	355	283
<i>Psychiatry</i>								
Psykiatri	310	231	66	306	351	86	186	163
<i>Total</i>								
I alt	1 128	1 244	659	978	1 201	878	1 041	944
<i>Average length of stay</i>								
<i>Gennemsnitlig liggetid</i>								
<i>Medicine</i>								
Medicin	5	5.2	7	5.2	5.5	8.0	5.4	4.9
<i>Surgery</i>								
Kirurgi	4	3.1	5	2.9	3.5	3.0	4.4	4.1
<i>Psychiatry</i>								
Psykiatri	..	38.2	14	36.8	15.0	13.0	31.1	17.7
<i>Total</i>								
I alt	9	4.8	6	5.3	5.6	5.5	5.8	5.7

1 2005

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

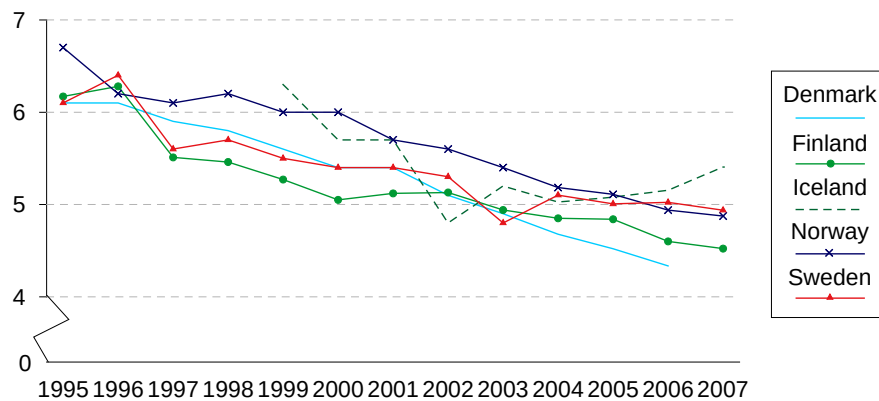
1 2005

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

Source: The national in-patient registers

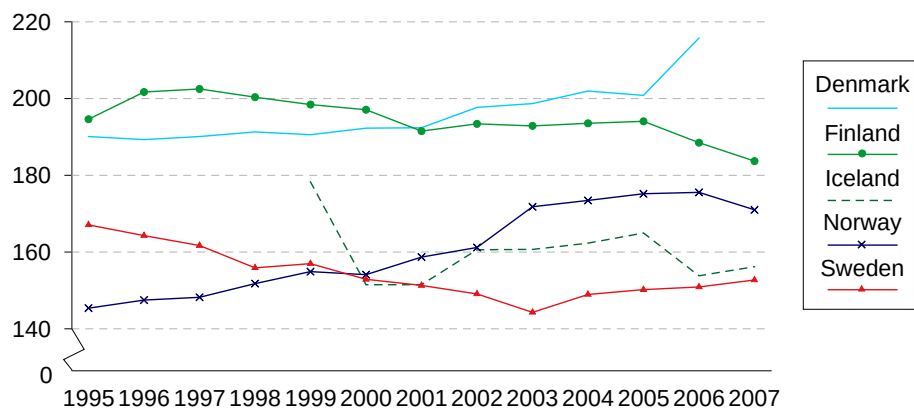
Kilde: De nationale patientregistre

Figure 5.3.1 Average length of stay in somatic wards 1995-2007
Gennemsnitlig liggetid på somatiske afdelinger 1995-2007



Source: Table 3.4.2
Kilde: Tabel 3.4.2

Figure 5.3.2 Number of discharges from somatic wards, per 1 000 inhabitants 1995-2007
Udskrivninger fra somatiske afdelinger pr. 1 000 indbyggere 1995-2007



Source: Table 3.4.3
Kilde: Tabel 3.4.3

Table 5.3.3 Hospital treatment in psychiatric units by age and sex, 2007
 Hospitalsbehandlinger på psykiatriske afdelinger efter alder og køn, 2007

	Denmark ¹⁾	Faroe Islands ²⁾	Finland	Åland ²⁾	Iceland	Norway ³⁾	Sweden
Discharges	38 563	331	47 190	622	2 055	37 496	84 446
Discharges per 1 000, Total	7.2	6.8	8.9	23.3	6.6	8.0	9.2
Bed-days	1 119 776	19 041	1 701 898	9 345	26 898	686 975	1 493 117
Bed-days per 1 000, Total	206.8	393.8	321.8	350.6	85.7	146.0	163.2
Patients treated	24 711	216	29 466	153	1 437	21 054	47 419
Patients treated per 1 000	4.6	4.5	5.6	5.7	4.6	4.5	5.2
Men							
0-14	0.3	0.0	2.6	0.2	1.8	0.7	0.4
15-29	4.8	6.9	4.9	7.0	10.2	5.8	5.9
30-44	6.8	7.9	10.8	7.6	2.7	6.2	6.9
45-64	5.5	10.6	6.6	8.0	16.5	4.5	8.0
65-79	3.5	3.3	4.2	8.0	9.7	3.2	4.5
80+	4.8	7.4	4.6	7.1	1.0	4.8	4.1
Total	4.4	6.2	5.7	6.2	4.9	4.3	5.4
Women							
0-14	0.5	0.8	1.5	0.0	0.5	0.5	0.7
15-29	5.9	9.6	6.0	7.0	9.4	7.1	7.3
30-44	5.8	6.1	9.0	5.8	2.5	5.8	5.9
45-64	5.6	14.6	6.1	5.6	15.0	5.1	5.8
65-79	5.1	7.6	5.2	7.3	11.0	4.6	4.5
80+	5.4	3.3	4.7	8.6	2.0	5.2	4.0
Total	4.7	7.6	5.5	5.3	4.6	4.7	4.9
M + W							
0-14	0.4	0.4	2.0	0.1	1.2	0.6	0.5
15-29	5.3	8.2	5.4	7.0	9.8	6.4	6.6
30-44	6.3	7.1	9.9	6.7	2.6	6.0	6.4
45-64	5.6	12.5	6.4	6.8	15.7	4.8	6.9
65-79	4.4	5.4	4.7	7.6	10.5	3.9	4.5
80+	5.2	4.8	4.7	8.1	0.1	5.1	4.0
Total	4.6	6.8	5.6	5.7	4.8	4.5	5.2
Average length of stay per discharge	29.0	57.5	36.1	15.0	13.0	19.0	17.7

1 2007 = 2005

2 2003-2007

3 Data are incomplete (about 98 per cent coverage for discharges and 80 per cent coverage for bed-days and diagnoses)

1 2007 = 2005

2 2003-2007

3 Data er ikke fuldstændigt (omkring 98 procent af udskrivelser og 80 procent af sengedage og diagnoser er inkluderet)

Source: National Hospital Registers

RESOURCES

Table 5.3.4 Discharges from hospitals* by sex and age, per 1 000 inhabitants in the age group 2007

Udskrivninger fra sygehuse* efter køn og alder, pr. 1 000 indbyggere i aldersgruppen 2007

	Denmark 2006	Faroe Islands	Finland	Åland	Iceland ¹⁾	Norway	Sweden
<i>Age Alder</i>							
<i>Men</i>							
Mænd							
0-14	139	233	123	138	143	96	77
15-44	94	104	84	83	57	76	52
45-64	217	249	193	170	130	180	137
65-69	395	485	335	325	271	349	289
70-74	527	557	414	457	352	423	375
75-79	648	638	527	594	449	541	481
80+	830	760	693	840	623	735	681
<i>Total</i>							
I alt	199	227	172	184	130	161	139
<i>Women</i>							
Kvinder							
0-14	115	205	94	110	126	79	63
15-44	210	262	164	191	196	159	138
45-64	193	215	177	184	152	161	124
65-69	316	345	270	267	259	277	232
70-74	405	482	331	313	321	324	294
75-79	495	536	414	454	392	396	381
80+	635	556	495	687	521	551	541
<i>Total</i>							
I alt	233	272	197	227	194	186	170

1 Discharges for stays in hospital shorter than 90 days

1 Kun udskrivninger ved indlæggelsestider på mindre end 90 dage

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

* Omfatter somatiske afdelinger ved almindelige sygehuse og ved somatiske specialsygehuse

Source: The national in-patient registers

Kilde: De nationale patientregistre

**Table 5.3.5 Bed days in hospitals* by sex and age,
per 1 000 inhabitants in the age group 2007**

Sengedage på sygehuse* efter køn og alder,
pr. 1 000 indbyggere i aldersgruppen 2007

	Denmark 2006	Faroe Islands	Finland	Åland	Iceland ¹⁾	Norway	Sweden
<i>Age Alder</i>							
<i>Men</i>							
Mænd							
0-14	395	626	469	473	453	368	284
15-44	281	514	408	290	265	255	164
45-64	941	1 138	872	775	731	816	631
65-69	1 998	2 876	1 596	1 624	1 904	1 944	1 551
70-74	2 879	3 858	2 043	2 662	2 684	2 549	2 146
75-79	3 755	5 021	2 572	3 268	3 780	3 483	3 017
80+	5 110	7 517	4 754	5 725	6 600	4 961	4 606
<i>Total</i>							
I alt	870	1 179	827	1 023	765	788	705
<i>Women</i>							
Kvinder							
0-14	349	618	341	363	357	322	248
15-44	587	896	657	598	600	528	382
45-64	791	1 229	708	759	785	738	549
65-69	1 620	2 330	1 174	1 328	1 643	1 557	1 253
70-74	2 343	3 639	1 484	1 596	2 562	1 990	1 715
75-79	3 131	5 458	1 956	2 663	3 812	2 610	2 424
80+	4 417	7 126	2 665	4 325	6 296	3 839	3 944
<i>Total</i>							
I alt	1 001	1 508	845	1 002	990	903	819

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

1 Sengedage for udskrivninger ved indlæggelsestider på mindre end 90 dage

* Definition, see Table 3.4.2

* Definition, se tabel 3.4.2

Source: The national in-patient registers

Kilde: De nationale patientregistre

SECTION B

Further information

Further information

Yderligere oplysninger om de statistikansvarlige i de nordiske lande

The following offices responsible for statistics can be contacted for further information concerning the statistics in this publication.

Denne oversigt over statistikansvarlige i de nordiske lande kan bruges til at søge yderligere oplysninger vedrørende statistikken i denne bog.

Denmark

Statistics Denmark
Sejrøgade 11
DK-2100 Copenhagen Ø
Phone: +45 39 17 39 17
Fax: +45 39 17 39 99
E-mail: dst@dst.dk
Website: www.dst.dk

Have responsibility for:

- Population statistics
- Statistics on alcohol consumption
- Statistics on health care economy
- Statistics on alcohol consumption

National Board of Health
Islands Brygge 67
DK-2300 Copenhagen S
Phone: 72 22 74 00
Fax: 72 22 74 11
E-mail: sst@sst.dk
Website: www.sst.dk

Have responsibility for:

- Statistics on births
- Statistics on abortions
- Statistics on malformations
- Statistics on causes of death
- Statistics on hospital services
- Statistics on health personnel
- Statistics on the use of tobacco

Statens Seruminstitut
Artillerivej 5
DK-2300 Copenhagen S
Phone: +45 32 68 32 68
Fax: +45 32 68 38 68
E-mail: serum@ssi.dk
Website: www.ssi.dk

Have responsibility for:

- Statistics on infectious diseases
- Statistics and information on vaccinations

FURTHER INFORMATION

Danish Medicines Agency
Axel Heides Gade 1
DK-2300 København S
Phone: +45 44 88 95 95
Fax: +45 44 88 95 99
E-mail: dkma@dkma.dk
Website: www.dkma.dk

Have responsibility for:

- Statistics on medicinal products

Faroe Islands

Statistics Faroe Islands
P.O. Box 2068
FO-165 Argir
Phone: +298 35 28 00
Fax: +298 35 28 01
E-mail: hagstova@hagstova.fo
Website: www.hagstova.fo

Have responsibility for:

- Population and vital statistics
- Statistics on health care economy

Chief Medical Officer
P.O. Box 9
FO-110 Tórshavn
Phone: +298 31 18 32
Fax: +298 31 76 60
E-mail: hdj@sst.dk
www.landslaeknin.fo

Have responsibility for:

- Statistics on infectious diseases
- Statistics on forensics
- Statistics on births
- Statistics on causes of death

Chief Pharmaceutical Officer
P.O. Box 187
FR-110 Tórshavn
Phone: +298 35 01 50
Fax: +298 35 01 51
www.apotek.fo

Have responsibility for:

- Statistics on medicinal products

Ministry of Health Affairs
Eiragardur 2
FO-100 Tórshavn
Phone: +298 30 40 50
Fax: +298 5 40 48
E-mail: ahr@ahr.fo
Website: www.hmr.fo

Have responsibility for:

- Statistics on health personnel
- Statistics on hospital services
- Statistics on abortions
- Statistics and information on vaccinations

Greenland

Statistics Greenland
P.O. Box 1025
DK-3900 Nuuk
Phone: +299 34 50 00
Fax: +299 32 29 54
E-mail: stat@gs.gh.gl
Website: www.stat.gl

Have responsibility for:

- Population and vital statistics
- Statistics on health personnel
- Statistics on hospital services
- Statistics on health care economy

National Board of Health
P.O. Box 120
DK-3900 Nuuk
Phone: +299 34 5192
Fax: +299 32 51 30
E-mail: eli@gh.gl

Have responsibility for:

- Statistics on births
- Statistics on abortions
- Statistics on malformations
- Statistics on infectious diseases
- Statistics and information on vaccinations

National Board of Health in Denmark
Islands Brygge 67
P.O. Box 1881
DK-2300 Copenhagen S
Phone: 72 22 74 00
Fax: 72 22 74 11
E-mail: sst@sst.dk
Website: www.sst.dk

Have responsibility for:

- Statistics on causes of death

The Central Pharmacy in Copenhagen
County
Marielundsvej 25
DK-2730 Herlev
Phone: +45 44 57 77 00
Fax: +45 44 57 77 09

Have responsibility for:

- Statistics on medicinal products

The Department of Health
P.O. Box 1160
DK-3900 Nuuk
Phone: +299 34 50 00
Fax: +299 32 55 05

Have responsibility for:

- Statistics on hospital services
- Statistics on health care economy
- Statistics on health personnel

FURTHER INFORMATION

Finland

Statistics Finland
Työpajankatu 13
FIN-00022 Tilastokeskus
Phone: +358 9 173 41
Fax: +358 9 173 42 750
Website: www.stat.fi

Has responsibility for:

- Population and vital statistics
- Statistics on causes of death
- Statistics on the use of tobacco
- Statistics on road traffic accidents

THL (National Institute for Health and Welfare)
Mannerheimintie 166
FIN-00300 Helsinki
Phone: +358 20 610 6100
Fax: +358 20 610 6101
Website: www.thl.fi

Has responsibility for:

- Register of Institutional Care
- Medical Birth Register and ART statistics
- Register of Abortions and Sterilizations
- Statistics on Health Care Personnel
- Statistics on public health care
- Statistics on private health care
- Statistics on labour force in health care
- Statistics on the use of alcohol and drugs
- Statistics on health care expenditure
- Definitions and classifications in health care
- Statistics on primary health care Register of Infectious Diseases
- Register of Coronary Heart Disease and Stroke
- Statistics and information on vaccinations
- Survey on health behaviour among adults and elderly
- Public Health Report

National Agency for Medicines
Mannerheimintie 103a
P.O. Box 55
FIN-00301 Helsinki
Phone: +358 9 473 341
Fax: +358 9 4733 4339
Website: www.fimea.fi

Has responsibility for:

- Registration of medicinal products and sales licences
- Register on Adverse Drug Reactions
- Statistics on pharmacies

FURTHER INFORMATION

Social Insurance Institution of Finland
 Nordenskiöldinkatu 12
 FIN-00250 Helsinki
 Phone: +358 20 43 411
 Fax: +358 20 434 5058
 Website: www.kela.fi

Has responsibility for:

- Sickness insurance benefits and allowances, reimbursements for medicine expenses, and disability pensions

Finnish Cancer Registry
 Pieni Roobertinkatu 9
 FIN-00130 Helsinki
 Phone: +358 9 135 331
 Fax: +358 9 135 1093
 Website: www.cancer.fi

Has responsibility for:

- Statistics on cancer

Finish Centre for Pensions
 Fin-00065 Eläketurvakeskus
 Phone: +358 9 107511
 Fax: + 358 9 14 81172
 Website: www.etk.fi

Has responsibility for:

- Pensions due to reduced capacity to work

Åland

The Åland Government
 P.O. Box 1060
 Ax-22111 Mariehamn
 Phone: +358 18 250 00
 Fax: +358 18 191 55

Have responsibility for:

- Statistics on infectious diseases
- Statistics on health personnel
- Statistics on hospital services
- Statistics on health care economy

Social Insurance Institution of Finland
 Statistics Finland
 THL
 National Agency for Medicines
 Finnish National Public Health Institute
 Finnish Cancer Registry

See Finland

FURTHER INFORMATION

Iceland

Statistics Iceland
Borgartún 21a
IS-150 Reykjavík
Phone: +354 528 1000
Fax: +354 528 1199
E-mail: hagstofa@hagstofa.is
Website: www.statice.is

Have responsibility for:

- Population and vital statistics
- Statistics on causes of death
- Statistics on alcohol consumption
- Statistics on health care expenditure
- National accounts

Directorate of Health
Austurströnd 5
IS-170 Seltjarnarnes
Phone: +354 510 1900
Fax: +354 510 1919
E-mail: postur@landlaeknir.is
Website: www.landlaeknir.is

Have responsibility for:

- Medical statistics on births
- Statistics on abortions
- Statistics on sterilizations
- Statistics on primary health care
- Statistics on hospital services
- Statistics on infectious diseases
- Statistics on vaccinations
- Statistics on health personnel

Icelandic Medicines Control Agency
Eiðistorg 13-15
172 Seltjarnarnes
Phone: +354 520 2100
Fax: +354 561 2170
E-mail: imca@imca.is
Website: www.imca.is

Have responsibility for:

- Statistics on pharmaceutical products

Public Health Institute of Iceland
Laugarvegur 116
IS-105 Reykjavík
Phone: +354 5 800 900
Fax: +354 5 800 901
E-mail: lydheilsustod@lydheilsustod.is
Website: www.lydheilsustod.is

Have responsibility for:

- Statistics on the use of tobacco

Icelandic Cancer Register
Skógarhlíð 8
IS-105 Reykjavík
Phone: +354 540 1900
Fax: +354 540 1910
E-mail: jongl@krabb.is; laufeyt@krabb.is;
Website: www.krabb.is

Have responsibility for:

- Statistics on cancer

Norway

Statistics Norway
P.O. Box 8131 Dep.
N-0033 Oslo
Phone: +47 21 09 00 00
Fax: +47 21 09 49 73
E-mail: ssb@ssb.no
Website: www.ssb.no

Have responsibility for:

- Population and vital statistics
- Statistics on causes of death
- Statistics on health and social conditions
- Statistics on health and social services
- Statistics on health personnel
- Statistics on hospital services
- Statistics on alcohol consumption
- Statistics on health care economy

Norwegian Institute of Public Health
P.O. Box 4404 Nydalen
N-0403 Oslo
Phone: +47 22 04 22 00
Fax: +47 23 40 81 46
E-mail: folkehelseinstituttet@fhi.no
Website: www.fhi.no

Have responsibility for:

- Statistics on sexually transmitted diseases and infectious diseases
- Statistics on tuberculosis
- Statistics on immunization
- Statistics on sale of medicinal products
- Statistics on drug prescribing

Norwegian Institute of Public Health
Department of Medical Birth Registry
Kalfarveien 31
N-5018 Bergen
Phone: +47 21 07 70 00
Fax: +47 22 35 36 05
E-mail: mfr@uib.no
Website: www.uib.no/mfr

Have responsibility for:

- Statistics on births and infant deaths
- Statistics on induced abortions

National Directorate for Health
P.O.Box. 7000 St Olavs plass
N-0130 Oslo
Phone: +47 810 200 50
Fax: +47 24 16 30 01
E-mail: postmottak@shdir.no
Website: www.shdir.no

Have responsibility for:

- Statistics on use of tobacco
- Statistics on hospital services

FURTHER INFORMATION

Cancer Registry of Norway
Institute of population-based cancer
research
Montebello
N-0310 Oslo
Phone: +47 22 45 13 00
Fax: +47 22 45 13 70
E-mail: kreftregisteret@kreftregisteret.no
Website: www.kreftregisteret.no

Have responsibility for:

- Statistics on cancer

Ministry of Health and Care Services
P.O. Box 8011 Dep.
N-0030 Oslo
Phone: + 47 22 24 90 90
E-mail: postmottak@hod.dep.no
Website: www.regjeringen.no

Have responsibility for:

- Statistics on in vitro fertilization

Sweden

Statistics Sweden
P.O. Box 24 300
SE-104 51 Stockholm
Phone: +46 8 506 940 00
Fax: +46 8 661 52 61
E-mail: scb@scb.se
Website: www.scb.se

Have responsibility for:

- Population and vital statistics
- Statistics on health care economy

National Board of Health and Welfare
SE-106 30 Stockholm
Phone: +46 75 247 30 00
Fax: +46 75 247 33 27
E-mail: socialstyrelsen@socialstyrelsen.se
Website: www.socialstyrelsen.se

Have responsibility for:

- Statistics on births
- Statistics on abortions
- Statistics on in-patients
- Statistics on cancer
- Statistics on causes of deaths
- Statistics of prescribed drugs

Swedish Institute for Infectious Disease
Control
SE-171 82 Solna
Phone: +46 8 457 23 00
Fax: +46 8 32 83 30
E-mail: smittskyddsinstitutet@smi.ki.se
Website: www.smittskyddsinstitutet.se

Have responsibility for:

- Statistics on infectious diseases
- Statistics and information on
vaccinations

FURTHER INFORMATION

National Corporation of Swedish
Pharmacies
SE-131 88 Stockholm
Phone: +46 8 466 10 00
Fax: +46 8 466 15 15
Website: www.apoteket.se

Have responsibility for:

- Statistics on drug sales and drug prescribing

Swedish Association of Local Authorities
and Regions
SE-118 82 Stockholm
Phone: +46 8 452 70 00
Fax: +46 8 452 70 50
E-mail: info@skl.se
Website: www.skl.se

Have responsibility for:

- Statistics on health personnel
- Statistics on hospital capacity
- Statistics on health care economy

NOMESCO Publications from 1995

43. Rates of Surgery in the Nordic Countries. Variation between and within nations. NOMESCO, Copenhagen 1995.
44. Health Statistics in the Nordic Countries 1993. NOMESCO, Copenhagen 1995.
45. Sygehusregistrering i de nordiske lande. NOMESKO, København 1995.
46. Classification of Surgical Procedures. NOMESCO, Copenhagen 1996.
47. Health Statistics in the Nordic Countries 1994. NOMESCO, Copenhagen 1996.
48. NOMESCO Classification of External Causes of Injuries. 3rd revised edition. NOMESCO, Copenhagen 1997.
49. Health Statistics in the Nordic Countries 1995. NOMESCO, Copenhagen 1997.
50. Health Statistics in the Nordic Countries 1996. NOMESCO, Copenhagen 1998.
51. Samordning av dödsorsaksstatistiken i de nordiska länderna. Förutsättningar och förslag. NOMESKO, Köpenhamn 1998.
52. Nordic and Baltic Health Statistics 1996. NOMESCO, Copenhagen 1998.
53. Health Statistic Indicators for the Barents Region. NOMESCO, Copenhagen 1998.
54. NOMESCO Classification of Surgical Procedures, Version 1.3. Copenhagen 1999
55. Sygehusregistrering i de nordiske lande, 2. reviderede udgave, Købehavn 1999
56. Health Statistics in the Nordic Countries 1997. NOMESCO, Copenhagen 1999.
57. NOMESCO Classification of Surgical Procedures, Version 1.4. Copenhagen 2000

58. Nordiske læger og sygeplejersker med autorisation i et andet nordisk land. København 2000.
59. NOMESCO Classification of Surgical Procedures, Version 1.5. Copenhagen 2001.
60. Health Statistics in the Nordic Countries 1998. NOMESCO, Copenhagen 2000.
61. Health Statistics in the Nordic Countries 1999. NOMESCO, Copenhagen 2001.
62. Nordic/Baltic Health Statistics 1999. NOMESCO, Copenhagen 2001.
63. NOMESCO Classification of Surgical Procedures, Version 1.6. Copenhagen 2002
64. Health Statistics in the Nordic Countries 2000. NOMESCO, Copenhagen 2002.
65. NOMESCO Classification of Surgical Procedures, Version 1.7. Copenhagen 2003
66. Health Statistics in the Nordic Countries 2001. NOMESCO, Copenhagen 2003
67. Sustainable Social and Health Development in the Nordic Countries. Seminar 27th May 2003, Stockholm. NOMESCO, Copenhagen 2003
68. NOMESCO Classification of Surgical Procedures, Version 1.8. Copenhagen 2004
69. Health Statistics in the Nordic Countries 2002. NOMESCO, Copenhagen 2004
70. NOMESCO Classification of Surgical Procedures, Version 1.9:2005. Copenhagen 2004
71. Nordic/Baltic Health Statistics 2002. NOMESCO, Copenhagen 2004.
72. Medicines Consumption in the Nordic Countries 1999-2003. NOMESCO, Copenhagen 2004.
73. Health Statistics in the Nordic Countries 2003. NOMESCO, Copenhagen 2005.

NOMESCO PUBLICATIONS

74. NOMESCO Classification of Surgical Procedures, Version 1.10:2006. Copenhagen 2005
75. Health Statistics in the Nordic Countries 2004. NOMESCO, Copenhagen 2006.
76. Smedby, Björn and Schiøler Gunner: Health Classifications in the Nordic Countries. Historic development in a national and international perspective 2006. NOMESCO, Copenhagen 2006
77. NOMESCO Classification of Surgical Procedures, Version 1.11:2007 Copenhagen 2006
78. Sustainable Social and Health Development in the Nordic Countries. Seminar, 6th April 2006, Oslo. Seminar Report. NOMESCO, Copenhagen 2006
79. NOMESCO Classification of External Causes of Injuries. Fourth revised edition. NOMESCO, Copenhagen 2007
80. Health Statistics in the Nordic Countries 2005. NOMESCO, Copenhagen 2007.
81. NOMESCO Classification of Surgical Procedures, Version 1.12:2008 Copenhagen 2007
82. Health Statistics in the Nordic Countries 2006. NOMESCO, Copenhagen 2008
83. Nordic/Baltic Health Statistics 2006. NOMESCO, Copenhagen 2009
84. Health Statistics in the Nordic Countries 2007. NOMESCO, Copenhagen 2009