

Health Statistics in the Nordic Countries 2000
Helsestatistik for de nordiske lande 2000

Health Statistics in the Nordic Countries 2000

Helsestatistik for de nordiske lande 2000

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

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

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

'Helsestatistik for de nordiske lande' kan bestilles hos:

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

eller på: **www.nom-nos.dk**

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

Danmark	Fuldmægtig Jørgen Jørgensen Sundhedsstyrelsen Medicinal-statistisk afdeling Islands Brygge 67 DK-2300 København S	<i>In addition, the following specialists have contributed to the publication:</i> Desuden har følgende specialister bidraget til publikationen:
Færøerne	Overlæge Pál Weihe Afdelingen for Arbejds-og Folkehelse Færøernes sygehusvæsen Sigmundargøta 5 FO-100 Tórshavn Fungerende afdelingschef Jóanis Erik Koltum Almanna- og Heilsumálastyret	<i>Reference group for theme section concerning validity of the statistics on Surgical Procedures:</i> Referencegruppen for temasektion om validering af operationsstatistikken: Jakob Lynge Sandegaard, Sundhedsstyrelsen, Danmark
Grønland	Administrerende Embedslæge Flemming Stenz Embedslægeinstitutionen i Grønland Postboks 120 DK-3900 Nuuk	Oleg Nikiforov, STAKES, Finland Leidulf Segadal, Haukeland Sykehus, Norge Glen Thorsen, Kompetensesenter for IT i Helsevesenet, Norge
Finland	Utvecklingschef Mika Gissler STAKES Postbox 220 FIN-00531 Helsingfors	Lisbeth Serdén, EpC Socialstyrelsen, Sverige Matti Virtanen, Nordiskt center för klassifikation av sjukdomar, Sverige
Åland	Landskapsläkare Birger Ch. Sandell Ålands landskapsstyrelse Postbox 1060 AX-22111 Mariehamn	Redaktør Head of Secretariat Johannes Nielsen NOMESCO's Secretariat Islands Brygge 67 DK-2300 København S
Island	Konsulent Sigríður Vilhjálmsdóttir Hagstofa Íslands Skuggasund 3 IS-150 Reykjavík	
Norge	Rådgiver Jens-Kristian Borgan Statistisk sentralbyrå Postboks 8131 Dep. N-0033 Oslo Rådgiver Linda Grytten Statens helsetilsyn Postboks 8128 Dep N-0032 Oslo	
Sverige	Utvecklingsledare Lars Johansson Landstingsförbundet SE-118 82 Stockholm	

© Nordisk Medicinalstatistisk Komité
København 2002

Omslag: Kjeld Brandt, Grafisk tegnestue ApS
Forsidefoto: Hans Jensen

Tryk: Notex - Tryk & Design

ISBN 87-89702-43-3

Contents

Indhold

Preface	Forord	9
SECTION A	SEKTION A	
Health Statistics 2000	Helsestatistik 2000	11
Chapter I	Kapitel I	
Organization of health services	Organiseringen af sundhedsvæsenet	12
• Introduction	• Indledning	12
• Current and future changes in the health services	• Igangværende og kommende ændringer i sundhedsvæsenet	13
• Organization of and responsibility for the health sector	• Organisering og ansvar for sundhedsvirksomheden	25
• Supervision of the health services	• Tilsyn med sundhedsvæsenet	39
• Financing of the health services	• Finansieringen af sundhedsvæsenet	46
• Charges for health care as at January, 1 2002	• Egenbetaling for sundhedsydelser pr. 1. januar 2002	47
• Consultation with physician	• Lægebesøg	47
• Reimbursement of pharmaceutical products	• Tilskud til lægemidler	51
• Treatment at hospitals	• Behandlinger ved sygehuse	56
• Reimbursement of dental treatment	• Tilskud til tandbehandling	58
• Maximum charges	• Maksimal egenbetaling	62
Chapter II	Kapitel II	
Population and fertility	Befolkning og fertilitet	67
• Introduction	• Indledning	67
• Population and population trends	• Befolkning og befolkningsudvikling	67
• Fertility, births, infant mortality, and contraception	• Fertilitet, fødsler, spædbørnsdødelighed og prævention	76

Chapter III

Morbidity, medical treatment, accidents and medicine

- Introduction
- Diseases related to lifestyle
- Cancer diseases
- Medical consultations and immunization schedules
- Discharges, average length of stay and surgical procedures
- Accidents
- Development in the consumption of medicines

Kapitel III

Sygelighed, sygdomsbehandling, ulykker og medicin

- Indledning 85
- Sygdomme relateret til livsstil 85
- Cancersygdomme 93
- Lægebesøg og vaccinationsprogrammer 100
- Udskrivninger, gennemsnitlig liggetid og kirurgiske indgreb 106
- Ulykker 143
- Udvikling i lægemiddelforbrug 146

Chapter IV

Mortality and causes of death

Kapitel IV

Dødelighed og dødsårsager 174

Chapter V

Resources

- Introduction
- Health care expenditure
- Health staff
- Capacity and services at hospitals

Kapitel V

Ressourcer

- Indledning 187
- Sundhedsudgifter 187
- Sundhedspersonale 196
- Kapacitet og ydelser i sygehusvæsenet 203

SECTION B

Validity and comparability of Nordic hospital statistics on surgical procedures

SEKSTION B

Validitet og sammenlignbarhet av statistikk over kirurgiske inngrep ved nordiske sykehus 212

SECTION C

Appendices

- Appendix 1: Obstetric definitions
Appendix 2: Hospital related definitions
Appendix 3: Tables of medical, surgical and psychiatric specialities in hospitals as they incur in the statistics of this publication

Further information

NOMESCO's Publications

SEKTION C

Bilag

- Bilag 1: Obstetriske definitioner 274
Bilag 2: Sygehusdefinitioner 276
Bilag 3: Oversigt over medicinske, kirurgiske og psykiatriske specialer ved hospitaler som de indgår i statistikken i denne publikation 277

Yderligere oplysninger 281

NOMESKO's publikationer 290

Symbols used in tables:

- Figures not available or too unreliable for use
Information non-existent
Less than half of the unit used
Nothing to report (value nil)
Five year averages are always written as 19xx-xy
Two year averages are always written as 19xx/xy
Data is always calculated in relation to the respective age groups

Symboler anvendt i tabellerne:

- Oplysninger foreligger ikke eller er for upålidelige til, at de kan bruges ..
Oplysninger kan i sagens natur ikke forekomme .
Mindre end halvdelen af den anvendte enhed 0.0/0
Nul –
Femårsgennemsnit skrives altid 19xx-xy
Toårsgennemsnit skrives altid 19xx/xy
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 as well as to follow international trends in questions of medical statistics.

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

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

Section B, which is this year's theme section, deals with a study of the validity of the surgical procedure statistics.

On the NOMESCO homepage at www.nom-nos.dk you will find supplementary information, including detailed data on hospital discharges and causes of death.

*Nordic Medico-Statistical Committee
(NOMESCO)*

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

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

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

Sektion B, der er årets temasektion, omhandler et validitetsstudium af operationsstatistikken.

På NOMESKO's hjemmeside på www.nom-nos.dk findes der supplerende informationer, blandt andet detaljerede data om udskrivelser og dødsårsager.

*Nordisk Medicinalstatistisk Komité
(NOMESKO)*

SECTION A

Health Statistics 2000
Helsestatistik 2000

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, as well as school health care and dental care for children and young people. Preventive occupational health services and general measures for the protection of the environment exist in all the countries.

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

Specialist medical treatment is also offered outside hospitals.

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

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

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

Indledning

I de nordiske lande er sundhedsvæsenet et offentligt anliggende.

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

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

Speciallægebehandling tilbydes også uden for sygehusene.

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

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

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

Current and future changes in the health services

DENMARK: The economic agreement with the counties for 2000 included a series of overall aims within the area of health for a three-year development plan for the period 2000-2002. The overall aims are related to quality, waiting time, user satisfaction, information and use of resources. In addition, in order to improve professional and organizational routines, it was also agreed that the structure of the hospitals should be changed, for example by joining treatment in the various specialities into larger functional units.

Within the framework of the three-year development plan, further initiatives were introduced with the budget for 2002, for example relating to elderly medical patients, people who are terminally ill and people who are mentally ill.

In order to provide the best possible scientific basis, the new government that came into power in November 2001, established an advisory committee, which, by the end of 2002, shall make proposals to help to achieve the government's goals within the area of health.

The committee shall generally describe, evaluate and make proposals for reforms of and changes to health care services and (in particular) hospital services, in relation to structure, financing, management and private/public cooperation, with a view to improving efficiency, including shortening waiting lists, improving quality, introducing innovation and taking patients' wishes and expectations into account. The advisory committee

Igangværende og kommende ændringer i sundhedsvæsenet

DANMARK: I økonomiaftalen med amterne for 2000 indgik en række overordnede målsætninger for sundhedsområdet i en treårig udviklingsplan for perioden 2000-2002. De overordnede mål vedrører kvalitet, ventetider, brugertilfredshed, information og ressourceudnyttelse. For at forbedre de faglige og organisatoriske rutiner blev det endvidere aftalt at ændre sygehusstrukturerne bl.a. ved at samle behandlingen inden for de forskellige specialer i større funktionsbærende enheder.

Inden for rammen af den treårige udviklingsplan blev der med økonomiaftalen for 2002 iværksat yderligere initiativer bl.a. hvad angår ældre medicinske patienter, døende og psykisk syge.

Med henblik på at tilvejebringe det bedst mulige vidensgrundlag har den nye regering, der tiltrådte i november 2001, nedsat et Rådgivende Udvalg, der inden udgangen af 2002 skal stille forslag, der kan bidrage til at indfri regeringens målsætninger på sundhedsområdet.

Udvalget skal generelt beskrive, vurdere og stille forslag om reformer og ændringer af sundheds- og (især) sygehusvæsenets struktur, finansiering, styring og privat-offentligt samarbejde med henblik på at opnå effektivitet, herunder en varig afkortning af ventelister, kvalitet, innovation og lydhørhed overfor patientønsker og forventninger. Det rådgivende udvalg afrapporterer løbende. Det har afgivet sin første delrapport den

shall continually report to the government. It delivered its first partial report on the 28 February and shall deliver a full report by the end of 2002.

From September 2001, the treatment guarantee has been extended to include all life-threatening diseases. In addition to cancers, certain types of heart disease are included in the guarantee. If a county cannot offer examination or treatment within the given time-limits, the patient shall be offered treatment at a public or private hospital at another place in the country or abroad.

Since the present efforts to shorten waiting-lists have been inadequate, particularly in relation to life-threatening disease, the new government has earmarked 1.5 billion kroner specifically to increase treatment capacity in the health services through extra work. With this vitamin injection, resources will be allocated that make it possible to increase the planned level of activity in hospitals by 17 per cent in 2002.

By 1 July 2002, the free choice arrangement will be extended, so that patients will also have free choice of private hospitals and hospitals abroad, if the public hospital service cannot offer treatment within two months. The aim of this new system is to ensure a wider range of health services and increased competition between suppliers.

The aim is not that all patients shall choose another place of treatment than the local one, but that patients have this possibility if they so wish.

There will be more and more pressure to provide adequate consumer information

28. februar og afgiver en samlet rapport inden udgangen af 2002.

Fra september 2001 er behandlingsgarantien blevet udvidet til at omfatte alle livstruende sygdomme. Udover kræftsygdomme er visse hjertesygdomme omfattet af garantien. Hvis et amt ikke kan tilbyde undersøgelse eller behandling inden for de givne tidsfrister, skal patienten tilbydes behandling på et offentligt eller privat sygehus et andet sted her i landet eller i udlandet.

Da den hidtidige indsats for at nedbringe ventetiderne ikke har været tilstrækkelig – specielt hvad angår de ikke livstruende sygdomme – har den nye regering afsat 1,5 mia. kroner til målrettet at øge behandlingskapaciteten i sundhedsvæsenet gennem merarbejde. Med denne saltvandsindsprøjtning bliver der tilført ressourcer, der muliggør en forøgelse af den planlagte aktivitet på sygehusene med 17 pct. i 2002.

Pr. 1. juli 2002 vil fritvalgsordningen blive udvidet, så patienter får frit valg også til private sygehuse og til sygehuse i udlandet, der indgår aftale med det offentlige, hvis det offentlige sygehusvæsen ikke kan tilbyde behandling inden for 2 måneder. Formålet med dette nye system er at sikre et mere varieret udbud af sundhedsydelser og øget konkurrence blandt udbyderne.

Målsætningen er ikke at alle patienter skal vælge et andet behandlingssted end det lokale, men at patienterne har mulighed for det, hvis de ønsker det.

Presset for at sikre forbrugeroplysninger til borgerne vil blive stadig større i de

to citizens over the next few years, as a result of the continually increasing emphasis placed on free choice. In order to ensure that citizens have access to information on the quality of the services that the health services provide, the government will purposefully work towards ensuring that hospitals, to an increasing degree, publicise information on quality.

In order to ensure an updated framework for work on quality improvement in the health services, a new national strategy for quality improvement, covering the period 2002-2006, has been developed. The strategy contains five main themes: developing a quality culture, patient career, measuring, evaluating and promoting quality, education and development of competence, and documentation and IT.

In November 2001, the National Council for Quality Improvement published a report, where it concluded that there is a need to develop and implement one common model for quality assessment of the Danish health service. The model shall contain common standards for quality and be based on external assessment.

In the National Budget for 2000, the sum of DKK 495 million was earmarked for more concentrated efforts in the field of cancer in the period 2000-2002. The aim was both to increase activity with a view to reducing waiting time and to improve quality by investing in new equipment.

The National Cancer Plan was published in February 2000 on the basis of the recommendations of the Steering Committee for Cancer. This group follows developments in the areas of cancer and

kommende år, bl.a. som følge af den stadig øgede vægt på det frie valg. For at sikre borgerne adgang til oplysninger om kvaliteten af de ydelser, der leveres i sundhedsvæsenet, vil regeringen arbejde målrettet for, at sygehusene i stigende grad offentliggør informationer om kvaliteten.

For at sikre en opdateret ramme for kvalitetsarbejdet i sundhedsvæsenet er der udarbejdet en ny national strategi for kvalitetsudvikling, der dækker perioden 2002-2006. Strategien indeholder fem hovedtemaer: Udviklingen af en kvalitetskultur, patientforløb, kvalitetsmåling, -vurdering og formidling, uddannelse og kompetenceudvikling og dokumentation og IT.

Det Nationale Råd for Kvalitetsudvikling offentliggjorde i november 2001 en rapport, der konkluderede, at der er behov for at udvikle og implementere én fælles model for kvalitetsvurdering af det danske sundhedsvæsen. Modellen skal indeholde fælles standarder for kvaliteten og være baseret på ekstern vurdering.

I aftalen om finansloven for 2000 blev der afsat 495 mill. DKK kr. til en styrket indsats på kræftområdet i perioden 2000-2002. Formålet var både at øge aktiviteten med henblik på at reducere ventetiderne og at højne kvaliteten i form af investering i nyt apparatur.

Den nationale kræftplan blev offentliggjort i februar 2000 på baggrund af anbefalinger fra kræftstyregruppen. Kræftstyregruppen følger udviklingen på kræftområdet og vurderer løbende beho-

continually evaluates the need for measures in the fields of prevention, investigations, treatment of cancer and aftercare for cancer patients. Among other things, the National Cancer Plan contains a series of recommendations concerning increased prevention and screening, improved education of health personnel, increased capacity for examination and treatment, rehabilitation, palliative treatment, organization, research and regional analyses.

To a large extent, the counties have followed up the recommendations laid out in the National Cancer Plan. Among other things, investments on scanners and radiation equipment have been made more quickly than predicted, and waiting times for examination, treatment and aftercare for life-threatening cancers have become shorter.

As an extension of the recommendations in the National Cancer Plan, an additional sum of DKK 500 million has been earmarked in the county budgets for 2002 for more concentrated efforts within the area of cancer treatment.

The ongoing development of services for mentally ill people is based on the 3-year psychiatry agreements that were made between the government and the municipalities in 1997 and 1999. During the period 1997-2002, the psychiatry agreements have been followed up by government grants to the health sector amounting to DKK 850 million. These grants are being utilized for projects in the counties and health services that aim to improve the physical framework and improve the quality of treatment services and education of personnel.

vet for tiltag med hensyn til forebyggelse, udredning, behandling og efterbehandling af kræft. Kræftplanen indeholder bl.a. en række anbefalinger vedrørende øget forebyggelse, screening, forbedret uddannelse af sundhedsfagligt personale, øget kapacitet til udredning og behandling, rehabilitering, palliativ behandling, organisering, forskning og regionale analyser.

Amterne har i vid udstrækning fulgt op på kræftplanens anbefalinger, bl.a. sker investeringerne i scannere og strålekancer hurtigere end forudsat, og ventetiderne til forundersøgelse, behandling og efterbehandling for de livstruende kræftsygdomme er faldende.

Med aftalen om amternes økonomi for 2002 blev der i forlængelse af kræftplanens anbefalinger afsat yderligere 500 mio. DKK. til en styrket indsats inden for kræftbehandlingen.

Den igangværende udbygning af tilbudene til sindslidende er forankret i de 3-årige psykiatraftaler, der er indgået mellem staten og de kommunale parter i henholdsvis 1997 og 1999. Psykiatraftalerne er i perioden 1997-2002 fulgt op med statslige bevillinger på i alt 850 mio. kr. til sundhedssektoren. Disse midler er under udmøntning i form af projekter i amterne og H:S, der retter sig mod et løft af de fysiske rammer samt kvalitetsudvikling af behandlingstilbuddene og uddannelse af personale.

The existing psychiatry agreements have set the agenda for both present and future efforts. Up until now, efforts have mainly been directed towards the most serious psychiatric illnesses. In the future, we must expect, based on the improvements that have been made, that there will be increased focus on people with non-psychotic mental illnesses, such as depression and eating disorders.

The government is currently reassessing public health work. In the course of the summer, the government expects to publish an overall framework for this work: comprehensive national action plans for the four major diseases: cardiovascular disease, allergy, maturity-onset diabetes and osteoporosis.

In December 1999, the Ministry of Health published a national strategy for IT in the hospital sector for 2000-2002. The aim is to meet the need for a greater focus on the patient by using IT, and for greater coordination and integration of IT activities. An additional aim is to have clearer priorities with regard to IT initiatives and use of resources, and more long-term planning of IT efforts in hospitals. Among other things, the strategy involves initiatives regarding use of IT within hospitals, including the introduction of electronic patient records, and initiatives to promote communication between the many actors in the health service. Even though the IT strategy lasts until the end of 2002, most of the initiatives have already been implemented. The Ministry of the Interior and Health has therefore begun to revise the strategy. The new IT strategy will not only focus on the use of IT within the hospital sector, but will also encompass the whole of the health sector.

De foreliggende psykiatriaftaler har lagt vigtige spor for den nuværende og fremtidige indsats. Hidtil har indsatsen i særlig grad været rettet mod de sværeste sindslidelser. Fremover må det forventes, at der med afsæt i de forbedringer, der er gennemført, vil blive sat større fokus på tilbuddene til mennesker med ikke-psykotiske sindslidelser, som eksempelvis depressioner og spiseforstyrrelser.

Regeringen arbejder i øjeblikket med en nyvurdering af arbejdet for folkesundhed. Regeringen forventer i løbet af sommeren at kunne offentliggøre en overordnet ramme for dette arbejde – omfattende nationale handleplaner for de fire store folkesygdomme hjerte-karsygdomme, overfølsomhedssygdomme, gammelmandssukkersyge og knogleskørhed.

Sundhedsministeriet fremlagde i december 1999 en national strategi for IT i sygehusvæsenet 2000-2002. Målet er at kunne opfylde behovet for en større patientfokusering med IT-anvendelsen og for større koordinering og samordning af IT-aktiviteterne. Derudover er det målet at få en klarere prioritering af IT-initiativer og ressourcer samt mere langsigtet planlægning af IT-indsatsen på landets sygehuse. Strategien berører blandt andet initiativer vedrørende IT-anvendelse internt på sygehusene, herunder indførelse af elektroniske patientjournaler samt initiativer, der skal fremme kommunikationen mellem sundhedsvæsenets mange parter. Selv om IT-strategien først udløber ved udgangen af 2002, er hovedparten af strategiens initiativer allerede ført ud i livet. Indenrigs- og sundhedsministeriet er derfor gået i gang med at revidere strategien. Den nye IT-strategi vil ikke blot fokusere på IT-anvendelsen inden for sygehusvæsenet, men vil komme til at omfatte hele sundhedsvæsenet.

For the year 2002, the government has put forward a proposal for a comprehensive change to the legislation that regulates supply of blood products to public hospitals. The proposal involves – in line with the government's general political aims to limit public monopolies – that supply of blood products in future will occur under market conditions.

In 2002 the Special Commission on Physicians published a report on further education for physicians.

The report contains a series of proposals to improve the quality of specialist education for physicians, in order to ensure that future specialists can meet the requirements that society and patients may demand of them in the future.

Subsequently one national and three regional boards for the further education of physicians have been established, which shall implement the proposals of the Special Commission on Physicians.

Among other things, the National Board is working with a new structure for medical specialties, including a new description of the aims for the specialties, for which there shall be a common education: a "common trunk".

GREENLAND: With effect from 1 January 2002, the health service has begun a process of establishing a central leadership for obstetrics with professional responsibility for all births in Greenland. The local midwives come under the obstetric leadership. A common procedure manual and visiting rules have been developed, along with a set of procedures for antenatal visits for all pregnant women in Greenland.

Regeringen har i foråret 2002 fremsat lovforslag om en grundlæggende ændring af reguleringen af de offentlige sygehuses forsyning med blodprodukter. Forslaget indebærer - i tråd med regeringens generelle politiske målsætning om at begrænse offentlige monopoler - at forsyningen med blodprodukter fremover vil ske på markedsvilkår.

I 2000 afgav Speciallægekommission betænkning om den lægelige videreuddannelse.

Betænkningen indeholder en række forslag til forbedring af speciallægeuddannelsens kvalitet, der skal sikre, at fremtidens speciallæge kan honorere de krav, samfundet og patienterne måtte stille til fremtidens speciallæge.

Der er efterfølgende nedsat et nationalt og tre regionale råd for lægers videreuddannelse, der skal implementere Speciallægekommissionens betænkning.

Det nationale råd arbejder aktuelt med bl.a. forslag til en ny specialestruktur, herunder nye målbeskrivelser for de specialer, der skal have en fælles uddannelse "common trunk".

GRØNLAND: Med virkning fra 1. januar 2002 er sundhedsvæsenet påbegyndt en proces med etablering af en central obstetrisk ledelse med det faglige ansvar for alle fødsler i Grønland. Det lokale fødepersonale er underlagt den obstetriske ledelse. Der er udarbejdet en fælles proceduremappe og visitationsregler, samt fast procedure for visitationskonference omfattende alle gravide kvinder i Grønland.

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

FINLAND: From 1 January 2002, the Ministry of Social Affairs and Health was reorganized. The Department for Social and Health Services became the Department of Health, and the Department for Promotion of Welfare and Health became the Department for Social Affairs and the Family.

User charges within the health and social services were changed from the beginning of 2002, such that the amounts were adjusted in relation to the consumer price indices for 2000 and 2001. At the same time the charges were converted to euro. User charges increased by about 6 per cent.

In addition, the following changes were implemented:

A new user charge of EUR 15 for consultations with a primary health care physician between the hours of 8pm and 8am, and visits on Saturdays, Sundays and public holidays.

For day surgery, a user charge of EUR 26 can be made, in addition to the user charge for the actual surgery, if the patient, because of complications or other reasons has to stay in hospital until the following day.

From 1 January 2002, the basis for calculating the user charge in health centres was changed to the calendar year, instead of for 12 months from the date of the first payment.

The basic charge for a short-term stay in an institution (FIM 150 in 2001) has been removed.

FINLAND: Social- og sundhedsministeriet blev omorganiseret den 1. januar 2002 således at afdelingen for social- og sundhedsydelser blev ændret til afdelingen for sundhed og afdelingen for forebyggende social- og sundhedspolitik blev ændret til familie- og socialafdelingen.

Egenbetalingen indenfor social- og sundhedsvæsenet blev ændret ved indgangen til 2002 således at beløbene blev justeret i forhold til udgiftsudviklingen i 2000 og 2001. Samtidig blev beløbene omregnet til euro og er fastsat i hele euro. Egenbetalingen steg med ca. 6 procent.

Desuden blev der indført følgende ændringer:

En ny egenbetaling på 15 EUR for besøg mellem kl. 20 og 8 samt lørdage, søndage og helligdage.

Ved dagkirurgi kan der opkræves en egenbetaling for behandling på 26 EUR oven i det beløb der betales for det dagkirurgiske indgreb, hvis patienten på grund af komplikationer eller af andre årsager er nødsaget til at blive på hospitalet det følgende døgn.

Grundlaget for beregningen af egenbetalingen ved helsecentrene ændres fra og med den 1. januar 2002 til et kalenderår i stedet for 12 måneder, beregnet fra den første betaling.

Grundbeløbet for kortvarigt institutionsophold (150 FIM i 2001) falder bort.

The age limit for free treatment is in general 18 years, with the exception of dental treatment, for which the age limit is 19 years. However, the age limit for dental treatment will also be changed to 18 years.

Reimbursement for dental treatment applies to everyone born in 1946 or later, but the arrangement will be extended from 1 December 2002 to apply to the whole population.

ICELAND: The new Act on Patient Insurance came into force on 1 January 2001. All providers of health services, in institutions and otherwise, including self-employed health personnel, are liable for damage according to this Act. This patient insurance is identical to the insurance that has been in force in the other Nordic countries and is expected to lead to a decrease in the number of complaints referred to the Directorate of Health.

Much work has been done to establish the new Landspítali-University Hospital, following the merging of the two largest hospitals in Reykjavík. The transfer of wards and the merging of wards has gone according to plan. A committee has been working on a proposal for the future development of the hospital at one site, and the central location of the old Landspítali is now one of the more likely choices for the future development. The vicinity of the University of Iceland is also a factor in favour of that choice.

There are plans to merge other health institutions, especially in the more sparsely populated areas where the units are relatively small. There are examples of such mergers that have turned out to have positive results.

Aldersgrænsen for fri behandlingen er normalt 18 år med undtagelse af tandbehandling hvor aldersgrænsen er 19 år. Reglerne om aldersgrænsen for tandbehandling bliver imidlertid ændret således at aldersgrænsen også bliver 18 år.

Tilskud til tandbehandling gælder alle der er født i 1946 eller senere, men ordningen udvides til at gælde hele befolkningen fra den 1. december 2002.

ISLAND: 1. januar 2001 trådte en ny lov om patientforsikring i kraft. Alle udbydere af sundhedsydelser, på institutioner eller anden måde, herunder også selvstændige, er ansvarlige for skader efter denne lov. Patientforsikringen er identisk med den lovgivning der er gældende i de andre nordiske lande og det forventes at det vil føre til færre klager over behandlingen der vurderes af Medicinaldirektoratet.

Der er blevet lagt meget arbejde i etableringen af det landsdækkende universitetshospital der opstod ved sammenlægningen af de to største hospitaler i Reykjavík. Flytning af afdelinger samt sammenlægninger af afdelinger er foregået som planlagt. Et udvalg har arbejdet med forslag til den videre udvikling af hospitalet som set i lyset af det tidligere landshospitals centrale placering vil betyde at den videre udbygning vil foregå der. Lokaliteten af Islands universitet forventes at understøtte dette valg.

Der er planlagt sammenlægninger af andre institutioner indenfor sundhedsvæsenet, særligt i de tyndt befolkede områder hvor enhederne er relativt små. Der er eksempler på at sådanne sammenlægninger har ført til et positivt resultat.

A new act came into force at the end of 2001, according to which the Minister of Health and Social Security is to establish a single negotiating committee on behalf of the state to make contracts to buy medical services in and outside institutions. Previously this was the task of various groups.

The Medicinal Products Act is being revised with the aim of improving cost-control.

NORWAY: During the first quarter of 2001 everyone in the population was invited to participate in the so-called regular general practitioner (GP) scheme. Everyone was given the opportunity to choose a regular GP from a list of all GPs in his or her municipality. Everyone who chose to join the scheme was allocated a GP during the second quarter of 2001. The scheme was launched on 1 July 2001. Patients may choose a different GP twice a year at the most, and are entitled to a second opinion from another regular GP free of charge. The scheme is based on a desire to enhance the relationship between the GP and the patient with a view to offering medical services of a high professional standard.

From 1 January 2001 patients can choose the hospital where they would like to receive treatment. In cases of emergency, patients are not entitled to choose hospital. Previously, choice of hospital was limited to the hospitals within a certain geographical area. The new scheme means that patients can take into account personal preferences, family situation and waiting lists. Free choice of hospital does not entitle patients to choose the level of treatment they desire, for example more specialized treatment than that which is offered. The scheme applies to all public hospitals in Norway.

I slutningen af 2001 trådte der en ny lov i kraft efter hvilken ministeriet for sundheds- og socialforsikring skal oprette en forhandlingskomite der på vegne af staten kan indgå kontrakter om at købe sundhedsydelser i og udenfor institutionerne. Tidligere blev dette varetaget af forskellige grupper.

Loven om medicin er blevet revideret med henblik på en bedre priskontrol.

NORGE: I løbet af 1. kvartal 2001 blev alle tilbudt at deltage i den nye ordning for alment praktiserende læger. Alle fik tilbudt at vælge en læge fra en liste over læger i kommunen. Alle der valgte at deltage fik tildelt egen læge i løbet af 2. kvartal af 2001 og ordningen trådte i kraft 1. juli 2001. Ifølge ordningen kan patienterne vælge en ny læge 2 gange om året og har ligeledes ret til at blive undersøgt en gang til hos en anden praktiserende læge uden betaling. Ordningen bygger på et ønske om en nærmere tilknytning mellem lægen og den enkelte patient for derigennem at højne standarden i behandlingen.

Fra 1. januar 2001 kan patienterne også frit vælge hvilket hospital man ønsker at blive behandlet på. Ved akut behandling findes der dog ingen valgmulighed. Tidligere var det frie hospitalsvalg begrænset til en nærmere afgrænset geografisk område. Med den nye lov kan patienterne også tage hensyn til personlige præferencer, familiesituationen og ventelister. Det frie hospitalsvalg giver dog ikke patienterne ret til at vælge et behandlingsniveau som for eksempel kræver en mere specialiseret behandling end den der er tilbudt. Ordningen omfatter alle offentlige hospitaler i Norge.

In June 2001 the Storting (the Norwegian Parliament) resolved that central government should take over responsibility for all public hospitals. From 1 January 2002, hospitals are organized and operate as health enterprises. This means that they are separate legal subjects and not an integral part of the central government administration. Principal health policy objectives and frameworks are determined by central government and form the basis for management of the enterprises. Thus ownership of the hospitals has been transferred to central government, such that responsibility is placed with one owner.

The reform also includes most county municipal specialist health services – within both somatic and psychiatric health care and the ambulance service. The dental health service has not been included in the reform, but this issue may be evaluated later. In 2002, the issue of whether central government should take over responsibility for the county municipal child welfare service and care services for substance abusers will be discussed.

SWEDEN: On 1 January 2002, the government sent a proposal concerning new benefits and subsidies for medicinal products to the Swedish parliament. Among other things, a new system for subsidising medicinal products is proposed. One of the recommendations is to establish a Medicinal Products Benefits and Subsidies Board, which shall have the task of deciding which medicinal products shall be subsidised. In addition it is recommended that prescription drugs shall always be the cheapest product that is available at the individual pharmacy. In order for medicinal products to be subsidised, the prescription must have a code for the workplace of the person who wrote the prescription.

Pr 1. juni 2001 besluttede Stortinget at staten skulle overtage alle offentlige sygehuse i Norge. Fra og med 1. januar 2002 er hospitalerne organiseret som sundhedsentrepriser. Det betyder at de enkelte hospitaler er separate retssubjekter og ikke en integreret del af den statslige administration. De generelle retningslinier og sundhedspolitikken fastsættes af regeringen. Ejerskabet af hospitalerne er statens således at ansvaret er placeret et sted.

Reformen omfatter også størsteparten af den amtslige og kommunale specialiserede sundhedsvæsen både indenfor somatikken og psykiatrien og herunder også den ambulante behandling. Tandbehandling er ikke inkluderet, men der skal tages stilling til dette på et senere tidspunkt. I løbet af 2002 vil der blive taget stilling til om staten skal overtage den amtslige og kommunale behandling af misbrugere.

SVERIGE: Den 1. januar 2002 oversendte regeringen forslaget om ”De nye läkemedelsförmånerna” til rigsdagen. Der foreslås blandt andet en ny ordning for tilskud til lægemidler. Et af forslagene er at der oprettes et nævn for sundhedsydelse der skal have til opgave at beslutte hvilke lægemidler der kan gives tilskud til. Det foreslås desuden at lægemidler der gives på recept altid skal være det billigste produkt der findes tilgængelig på de enkelte apoteker. For at lægemidlet kan være omfattet af tilskudsordningen skal recepten være forsynet med en arbejdspladskode.

In order to create greater motivation for rational use of medicinal products, several changes will be implemented during the next year. At the beginning of 2002, a new model for allocation of government grants for medicinal products to the county councils/regions will be implemented. The new model is based on calculated need, and not, as previously, on consumption.

During the autumn of 2001, an agreement was made between the government and the Federation of Swedish County Councils. According to this agreement, the county councils/regions, over a three-year period, will receive government grants, for which they undertake to reduce waiting times, improve monitoring of the availability of health services, and improve access to information for patients on waiting times and treatment options.

A proposal has been made to establish an institute for family medicine, with the participation of the Federation of Swedish County Councils, the Swedish Association of Local Authorities and the government. The institute shall have responsibility for developing information about primary health services and describing trends for the whole country.

A report is being prepared on the consequences of removing the age limits for certain health personnel and their right to receive public subsidies. This applies to private dental practitioners and dental hygienists, and private medical practitioners and physiotherapists who have a contract with the county councils in order to receive subsidies.

For at skabe en øget motivation for et rationel lægemiddelforbrug vil der blive gennemført flere forandringer de kommende år. I begyndelsen af 2002 indføres der fortløbende en ny model for fordelingen af statstilskuddet for lægemidler til landstingene/regionerne. Den nye model bygger på beregnede behov og ikke som tidligere på forbrug.

Der er i løbet af efteråret 2001 indgået en overenskomst mellem staten og Landstingsförbundet. Denne indebærer at landstingene/regionerne i en treårsperiode får et tilskud fra staten og for dette påtager landstingene sig at nedsætte ventetiderne, forbedre opfølgningen på adgangen til sundhedsydelserne samt forbedre informationen til patienterne både om ventetider og valgmuligheder i behandlingen.

Der er fremlagt forslag om at der oprettes et familiemedicinsk institut med deltagelse af Landstingsförbundet, Svenska Kommuneförbundet og staten. Institutet skal stå for en landsdækkende videns udvikling og beskrivelse indenfor det primære sundhedsvæsen.

Der pågår en udredning der skal se på konsekvenserne af at afskaffe aldersgrænsen for visse behandlers ret til offentlig tilskud. Det drejer sig om privatpraktiserende tandlæger og tandplejere samt privatpraktiserende læger og fysioterapeuter som modtager tilskud fra landstingene gennem en samarbejdsaftale.

The National Board of Health and Welfare has put forward a proposal for changes to the Act relating to patient records. Among other things, the value of having all the records for one patient collected together if possible, is stressed. Also, it should be clearly indicated who has the right to have access to the records.

The National Board of Health and Welfare has undertaken an evaluation of the Lex-Maria system. The main aim of this system is to improve safety for patients when they receive treatment.

The government has implemented an evaluation of certain aids for persons with reduced functional ability, and of certain measures provided according to the 'Act relating to support and service for people with certain functional impairments'.

A proposal for an act on biobanks within the health services etc. has been forwarded to the Swedish parliament.

In the report "Doctors in general practice" that is currently being prepared, different issues are discussed, such as which rights doctors should be given, who have a contract of employment with a county council to perform certain tasks, but who are not employees of the county council.

In the proposal "Better dental care for elderly people" it is stated that the government is working to introduce a payment ceiling for prosthetic treatment for elderly people.

Socialstyrelsen har fremlagt forslag om ændringer i loven om patientjournaler. Der betones blandt andet værdien i at journalen om muligt er samlet samt at det tydeligt fremgår hvem der har ret til at anvende journalen.

Socialstyrelsen har foretaget en evaluering af Lex Maria-ordningen. Ordningens hovedformål er at forbedre patient-sikkerheden i behandlingen.

Regeringen har iværksat en udredning om visse hjælpemidler til personer med nedsat funktionsevne samt om visse tiltag efter loven om *Stöd och service till vissa funktionshindrade*.

Der er oversendt et lovforslag til rigsdagen om biobanker indenfor sundhedsvæsenet m.v.

I udredningen *Läkare i allmän tjänst* der pågår udredes begrebet, herunder hvilke beføjelser der tilkommer læger der gennem en entreprise aftale, udfører arbejdsopgaver for et landsting uden at være ansat af landstinget.

I forslaget *Bättre tandvårdsstöd för äldre* m.v. redegøres der for at regeringen arbejder på at indføre et betalingsloft for tandproteser til ældre.

Organization and responsibility for the health sector

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

County councils and municipalities have the operational responsibility.

In the event of ordinary illness, the use of the health service by citizens is based on a century-long tradition for family doctors. The formal rules have been drawn up in accordance with the health insurance scheme, so that primary contact is always, in principle, with the general practitioner. One can only use the hospital service as an alternative in cases of emergency.

Likewise, consultations with dentists are made with privately practising dentists. The only public dental services are for some parts of the dental care scheme for children.

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

Child health care is linked to the health administration of the municipalities, and is provided according to the statutes for visiting nurse schemes, whereas health examinations of children are carried out by

Organisering og ansvar for sundhedsvirksomheden

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

Driftsansvaret påhviler amter og kommuner.

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

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

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

Børnesundhedsplejen, der gives i henhold til loven om sundhedsplejerskeordninger, er knyttet til kommunernes sundhedsforvaltning, mens helbredsundersøgelser af børn udføres af de alment prak-

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

general practitioners according to agreement with the health insurance scheme.

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

Immunization programmes are laid down by the Ministry of the Interior and Health and are carried out by general practitioners, generally in connection with routine health examinations of children.

Advice concerning family planning is also provided, as every person or family is entitled to receive advice on questions of family planning. The advice is given either by the general practitioner or by a special department (particular outpatient clinic). Midwives and visiting nurses may also, within their range of competence, advise families. As a general rule, contraceptive products are not subsidized.

School and occupational health services are regulated according to statutes. Municipalities are responsible for school health services, which are provided by health visitors and physicians. Occupational health services are organized within the framework of companies and are led by committees with representatives for both employees and employers.

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

The hospital service is placed organisationally under the counties, and the county councils are the responsible authorities. The counties own most of the hospitals. The hospitals in the City of Copenhagen and Frederiksberg municipi-

tiserende læger efter overenskomst med sygesikringen.

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

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

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

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

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

Sygehusvæsenet hører organisatorisk under amterne og Hovedstadens Sygehusfællesskab, og det er amtsrådene og bestyrelsen for Hovedstadens Sygehusfællesskab, der er den ansvarlige myndighed. Amterne ejer de fleste af sygehuse-

pality, and Rigshospitalet have been merged into the Joint Metropolitan Hospital Service. There are a few private hospitals which have an agreement of usership with the county in which they are located, and a few small private hospitals which operate totally independently of the public hospital service.

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

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

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

Pharmacies are organized as a liberal trade, 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: In 1995, the Danish Act concerning central administration of health care came into force in the Faroe Islands. The Danish Act concerning medical officers etc. also applies to the Faroe Islands. The Faroe Islands Act concerning

ne. Sygehusene i København og Frederiksberg kommuner samt Rigshospitalet, er samlet i Hovedstadens Sygehusfællesskab. Der er enkelte private sygehuse, som har en fast benyttelsesaftale med det amt hvori de ligger, mens nogle få mindre, private sygehuse fungerer helt uafhængigt af det offentlige sygehusvæsen.

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

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

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

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

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

health care came into force in 1996 and according to that Act the Faroe Islands' home rule sets out rules concerning the tasks of the health service, benefits and administration. The hospital structure and its organization, specialist fields and their organization, as well as the primary health service and its organization largely follow the Danish system. The same applies to nursing homes, home nurses and home help as well as dental treatment.

GREENLAND: The most important piece of legislation in Greenland is the Government's statutory instrument concerning the running and organization of the health service, the statutory instrument for the provision of health services, the home government statutes concerning user charges and the 1996 statute concerning the tasks of the Chief Medical Officer.

The health service is organized in 16 health districts and one central hospital, Dronning Ingrid's Hospital in Nuuk, where some specialized treatment is provided. Specialist treatment that cannot be provided at Dronning Ingrid's Hospital is provided in Denmark. Each district has a health care centre.

In a district health care centre all common diseases are treated, similar to in a large general medical practice in Denmark. The centres also take care of uncomplicated births, minor surgical procedures, common complaints regarding internal medicine and district psychiatry. The centres have a number of inpatient beds, in relation to the size of the population. In the event of more complicated cases of illness, patients are transferred to the central hospital in Nuuk or to Denmark.

sat i kraft i 1995 hvorefter Færøernes hjemmestyre fastsætter regler om sundhedsvæsenets opgaver, ydelser og administration. Hospitalsstrukturen og -organisationen, speciallægeordninger og deres organisation samt det primære sundhedsvæsen og dets organisation følger i alt væsentligt danske forhold. Det samme gør sig gældende for plejehjem, hjemmesygepleje og hjemmehjælp samt tandbehandling.

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

Sundhedsvæsenet er organiseret i 16 sundhedsdistrikter og ét landssygehus, Dronning Ingrid's Hospital i Nuuk, hvortil der er tilknyttet en del speciallæger. Specialer som ikke findes på landssygehuset behandles i Danmark. Der er et sundhedscenter i hvert distrikt.

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

Due to increasing difficulties in recruiting broadly trained physicians who can manage the wide range of tasks, a reorganization of the health service in Greenland is under consideration, with larger regional hospitals. Some of the existing hospitals on the coast will therefore in the future be transformed into medical stations that can be staffed by general medical practitioners.

In several health districts a nurse is employed in the large villages that have about 300 inhabitants. These villages have village clinics run by a nurse (station nurse), with one emergency bed.

There is one health assistant and one emergency bed in all small villages. In small villages with less than 70 inhabitants, there is a medicinal depot manager (village health worker) who administers the sale of medicines prescribed by a doctor from the district hospital.

Permanent positions have been created for somatic home nursing, district psychiatric home nursing and health care in the seven largest medical districts, including the clinic in Nuuk. In the small health districts there is a combined somatic and district psychiatric home nursing scheme as well as health care. In the three smallest towns and at the nursing stations, these tasks are performed by nurses and/or health care assistants, who work at the nursing stations or the district hospitals.

In each health district, there is one or several dental clinics staffed by dentists and dental nurses and dental hygienists. Some districts also employ dental technicians.

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

I flere sundhedsdistrikter er der store bygder med ca. 300 indbyggere, hvor der er normeret en sygeplejerskestilling. Der er i disse bygder bygdekonsultationer med en enkelt nødseng, som ledes af en sygeplejerske (stationssygeplejerske).

I alle mindre bygder er der normeret en sundhedshjælper, hvor der er et konsultationsrum og en enkelt nødseng. I de mindre bygder med under 70 indbyggere er der ansat en medicinaldepotforvalter (bygdesundhedsarbejder), som administrerer udleveringen af medicin som ordineres af lægen fra distriktssygehuset.

Der er normerede stillinger til somatisk hjemmesygepleje, distriktpsikiatrisk hjemmesygepleje og sundhedspleje i de 7 største lægedistrikter inkl. lægeklinikken i Nuuk. I de mindre sundhedsdistrikter er der kombineret somatisk- og distriktpsikiatrisk hjemmesygepleje samt sundhedspleje. I de 3 mindste byer samt på sygeplejestationerne varetages disse områder af sygeplejersker og/eller sundhedsmedhjælpere, som er ansat på sygeplejestationer og distriktssygehusene.

Der er desuden én eller flere tandklinikker med tilhørende tandlæger, klinikassister og tandplejere i hvert sundhedsdistrikt. I nogle sundhedsdistrikter er der også ansat laboratorietandteknikere.

In the villages where there are no dental clinics, the population is served several times a year by a mobile dental service. The regular service includes school children. All other people are treated individually.

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

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

- Guidance and preventive health care, including children's health, educational campaigns, 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 at health care centres, in inpatient departments or as home nursing care.

Moreover the municipalities must provide services for the mentally ill that it is reasonable to offer at health care centres.

Dental care includes information and prevention as well as dental examination and treatment. Dental examination and treatment is first and foremost to be given to those born in 1946 and later (after December 1, 2002, the whole population). At the health centres, dental care is also provided for adults, particularly in rural municipalities.

I byderne, hvor der ikke er tandklinikker, betjenes befolkningen nogle gange om året ved hjælp af mobilt tandplejestyre. Det systematiske tilbud omfatter skolebørn. Alle andre behandles individuelt.

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

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

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

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

Tandbehandlingen omfatter oplysning og forebyggelse samt undersøgelse og behandling af tænder. Undersøgelse og behandling af tænder skal først og fremmest gives til personer der er født i 1946 eller senere (efter 1. december 2002 hele befolkningen). Ved sundhedscentre, især i landkommunerne, gives der desuden tandbehandling til

Most dental treatment for adults is provided by dentists in private practice. Young people under the age of 19 are entitled to dental care free of charge. This age limit will be changed to 18 years during the year 2002.

Municipalities must also provide ambulance services and 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.

Physicians working in health care 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.

In 2000, there were about 22 000 beds in the health centres, primarily for the treatment of elderly people.

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

voksne. Det meste af voksenbehandlingen udføres af privatpraktiserende tandlæger. Unge under 19 år har ret til tandbehandling uden brugerbetaling. Denne aldersgrænse vil blive ændret til 18 år i løbet af 2002.

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

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

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

I 2000 var der ca. 22 000 senge ved sundhedscentrene, primært til behandling af ældre.

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

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

The tasks, structure and organization of the public health sector are regulated according to the Act for the Health Sector. This Act is a general Act which can be supplemented by public decree. Detailed rules concerning the sector are described annually in a sector plan. Issues that do not fall under the Åland legislation, or that are not regulated by separate legislation, follow Finnish legislation.	Det offentlige sundhedsvæsens forpligtigelser, struktur og organisation reguleres i landskabsloven om sundhedsvæsenet. Loven er en rammelov, som efter behov kan suppleres med bekendtgørelser. Detaljerede bestemmelser om virksomheden beskrives hvert år i en virksomhedsplan. Forhold som ikke hører under ålandsk lovgivning, eller som ikke har egen lovgivning, tilpasses finsk lovgivning.
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.	Hele det offentlige sundhedsvæsen, er underordnet en samlet organisation, <i>Ålands hälso- och sjukvård</i> (ÅHS). Organisationen ledes af en politisk valgt styrelse.
The Government of Åland 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. Specialist treatment, including psychiatric treatment, is one of two sectors in the ÅHS.	Landskapsstyrelsen er hovedansvarlig og har ansvaret for at befolkningen får den nødvendige sygdomsbehandling. Kommunernes ansvar og indflydelse er begrænset til visse nærmere afgrænsede finansieringsforpligtigelser. Den specialiserede sygdomsbehandling, inkl. behandlingen af psykiatriske patienter udgør den ene af to enheder i ÅHS.
Services that cannot be provided locally are bought from Finland and Sweden, either from private practitioners, private institutions or university hospitals.	Service som ikke kan produceres af egne enheder købes af producenter i Finland og Sverige, enten hos privatpraktiserende, private institutioner eller universitetssygehuse.
The Åland hospitals are specialized institutions that provide both outpatient and inpatient treatment.	De ålandske sygehuse er specialiserede institutioner, der udfører såvel ambulant behandling og behandling af indlagte patienter.
Specialized treatment outside the hospitals is provided in the form of consultative support for primary health care treatment and for private general practitioners.	Speciallægevirksomheden uden for sygehuse eksisterer i form af konsultativ bistand til den offentlige primære behandling og til de privatpraktiserende læger.
Primary health care is the other sector under the ÅHS. The structure corresponds functionally as well as ideologically to the Finnish public health care	Det primære sundhedsvæsen er den anden resultatenhed inden for ÅHS. Strukturen svarer ideologisk og driftsmæssigt til det finske folkesundhedsarbejde. Rådgiv-

system. Advice concerning contraception and counselling for mothers and infants functions as in Finland. Immunization programmes are voluntary and the recommendations are as in Finland. Physiotherapy under the ÅHS is a shared function both for the primary health care service and the hospitals. In addition a number of private physiotherapists are used by the public sector.

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

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

- The Act on the Rights of Patients
- The Act on Social Security
- The Act on Patient Insurance
- The Act on Communicable Diseases
- The Act on Physicians

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

Health centres are responsible for primary health care 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.

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

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

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

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

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

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

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

In Reykjavík there are a few private general practitioners who provide medical treatment.

Specialist treatment is provided in the more densely populated areas, largely by private medical specialists, who work under a contract with the State Social Security Institute. Outpatient specialist services are also provided at the hospitals. No referral is required for specialist treatment.

There are three types of hospitals: two highly specialized hospitals of which one is in Reykjavík (created by merging the two largest hospitals) and one in Akureyri; regional hospitals with a certain degree of specialization, and local hospitals. The local hospitals also function as old-age homes and nursing homes. Other health institutions include rehabilitation hospitals and clinics for alcohol abusers.

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

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

Most nursing homes and old-age homes function as private 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 the old-age homes, or through the health insurance scheme, as is the case for the nursing homes.

I Reykjavík findes der nogle få private alment praktiserende læger der tilbyder behandling.

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

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

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

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

De fleste pleje- og alderdomshjem 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.

Dental treatment is mainly provided by private dental practitioners. In Reykjavík there is a school dental service. Such a service is also provided at some of the health centres. These health centres have dental clinics that can be used by private dental practitioners.

Pharmacies are privately run.

NORWAY: Activities within the various areas of health services and for different health personnel (professions) within the health service are regulated by the present legislation at the various administrative levels (e.g. the municipalities and the county authorities).

The most important legislation of relevance to the health sector is the following:

- Health Care Personnel Act
- Patients' Rights Act
- Mental Health Care Act
- Specialized Health Services Act
- Communicable Diseases Act
- Supervision Act
- Act Relating to Dental Health Services
- Municipal Health Services Act

From 1 January 2002, central government took over responsibility for all public hospitals. The hospitals are organized and operate as health enterprises. This means that they are separate legal subjects and not an integral part of the central government administration. Principal health policy objectives and frameworks are determined by central government and form the basis for management of the enterprises. Thus ownership of the hospitals has been transferred to central government, such that responsibility is placed with one owner.

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

Apoteker drives af private.

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

De vigtigste regelsæt med betydning for sundhedsvæsenet er:

- Lov om sundhedspersonale
- Lov om patientrettigheder
- Lov psykiatrisk behandling
- Lov om specialistbehandling
- Lov om smitsomme sygdomme
- Lov om tilsyn
- Lov vedrørende tandbehandling
- Lov vedrørende kommunal sundhedsservice

Fra og med 1. januar 2002 overtog staten ansvaret for hospitalsvæsenet. Hospitalerne drives som entrepriser, hvilket betyder at de er separate retssubjekter og ikke en del af den statslige administration. De overordnede retningslinier samt sundhedspolitikken fastsættes af staten. Ejerskabet af hospitalerne er statens således at ansvaret er placeret et sted.

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

The reform also includes most county municipal specialist health services – within both somatic and psychiatric health care and the ambulance service.

The county authorities offer dental treatment to persons under the age of 21, to mentally disabled persons and persons who are offered service by the municipal health care sector.

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

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 department for treatment and care.

Reformen omfatter også størstedelen af den amtslige og kommunale specialistbehandling både indenfor somatikken, psykiatrien og den ambulante behandling.

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

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

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

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

In recent years, the various municipal health and social services have been increasingly integrated administratively.

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

Primary health care is run by 18 county councils and three regions. During a trial period (1991-1996), some municipalities had overall responsibility for primary health services. Three out of 289 municipalities continued the trial in 1997-2000, and two in 2001. The law allows for continuation of the trial until the end of 2003. The experiment will be continued by one municipality during 2002, while another discontinued the experiment per 31 March 2002.

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

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

The county and regional councils still have responsibility for both outpatient and inpatient psychiatric treatment. However, within psychiatry there is also a trend towards increased collaboration with other parties. Thus the municipalities, since

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

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

Det primære sundhedsvæsen drives af de 18 landsting og tre regioner. I en forsøgsperiode, 1991-1996, var nogle kommuner hovedansvarlige for det primære sundhedsvæsen. Tre (ud af 289 kommuner) fortsatte forsøget i 1997- 2000 og to kommuner i 2001. Loven åbner mulighed for at fortsætte med forsøgene indtil udgangen af 2003. En kommune fortsætter forsøget i løbet af 2002 og en kommune afbrød forsøget 31.03.2002.

Det primære sundhedsvæsen omfatter sundhedscentre med almenmedicinske læger, børne- og mødrecentre, distriktssygepleje, distriktsfysioterapi, sygdomsbehandling i hjemmet og offentlig tandpleje. Det primære sundhedsvæsen har til opgave at arbejde for hele befolkningens sundhed inden for et afgrænset geografisk område.

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

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

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

1995, have assumed greater responsibility for housing for psychiatric patients as well as 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 has issued recommendations for immunization of children.

Privately produced, but publicly financed health care is provided on a limited scale. There are a few private hospitals. About 25 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 general 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 councils.

The hospitals are run by the county councils and the regional councils.

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

andet medført at kommunerne fra og med 1995 fik et udtrakt ansvar for boligforhold samt støtte og omsorg til psykiatiske patienter.

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

Socialstyrelsen udarbejder den almindelige vejledning for vaccination af børn.

Privatproduceret men offentligt finansieret sygdomsbehandling udøves kun i begrænset omfang. Der findes et fåtal private sygehuse. Ca. 25 procent af alle lægebesøg foregår hos privatpraktiserende læger. Der findes endvidere privatpraktiserende fysioterapeuter. Inden for tandplejen er halvdelen af tandlægerne privatpraktiserende. Loven om vederlag m.v. til privatpraktiserende læger og fysioterapeuter fastsætter lægers og fysioterapeuters muligheder for at praktisere med finansiering fra landstingene.

Sygehusene drives af landstingene og regionerne.

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

regional councils cooperate in six treatment regions, each with at least one regional hospital.

Supervision of health services

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

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

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

lingsregioner, hver med mindst ét regionsygehus.

Tilsyn med sundhedsvæsenet

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

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

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

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

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

In connection with the statutory planning of the preparation of guidelines and debates about adhering to them, supervision of health services is primarily carried out through collaboration between the decentralized authorities. Daily activity is furthermore monitored through submission, by counties and municipalities, of specified budgets and accounts as well as statistical data to various centralized registers. It is only necessary in exceptional cases to demand supervision concerning specific questions.

Tilsynet med sundhedsvæsenets virksomhed udføres primært som et samarbejde mellem de decentrale myndigheder i forbindelse med det lovbestemte planlægningsarbejde om udformning af vejledende retningslinier og i en dialog om disses efterfølgelse. Desuden følges den løbende aktivitet gennem amternes og kommunernes indberetning af specificerede budgetter og regnskaber og statistiske data til forskellige centrale registre. Der er kun undtagelsesvis anledning til at rejse tilsynssager om konkrete spørgsmål.

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

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

GREENLAND: The Greenland Board of Health, an independent institution under the Greenland Home Rule Government, carries out health care supervision. The Board of Health advises and assists, the Greenland Home Rule Government, and other authorities in questions of health. Areas of supervision include health care institutions, health personnel, municipal institutions and other institutions. Complaints about health services are addressed in writing to the Greenland Board of Health, which evaluates the complaint and subjects it to a hearing before forwarding it to the

GRØNLAND: Tilsynsmyndigheden er Embedslægeinstitutionen i Grønland som er en sundhedsfagligt uafhængig institution under Grønlands Hjemmestyre. Embedslægeinstitutionen yder rådgivning og anden bistand i sundhedsfaglige spørgsmål til Landsstyret og andre myndigheder. Tilsynsområderne er sundhedsvæsenets institutioner, sundhedsfaglige personer samt kommunale og andre institutioner. Sundhedsfaglige klager rettes skriftligt til Embedslægeinstitutionen, som vurderer, forbereder og sagsfremstiller klagen, før den videresendes til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn i Kø-

Danish Patient Complaints Board in Copenhagen, which then effects the final processing, hearing and verdict. Complaints about health services and questions concerning compensation are dealt with by the Department of Health.

FINLAND: Supervision of the health care system in Finland is organized in a less official and formal way than in other Nordic countries. There is no-one who is officially authorized to supervise the health services. These duties are disseminated throughout the health care system.

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

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

benhavn som foretager den endelige behandling, høring og afgørelse. Klager over service samt krav om erstatninger behandles af Direktoratet for Sundhed.

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

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

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 indenfor hvilken tidsramme det skal ske.

Patients have many possibilities to express their complaints about the treatment or service they received. The simplest and most direct way is to express dissatisfaction to the physician who provided the treatment. The other possibility is to contact the physician in charge of the hospital department or health centre. If further assistance is needed in order to solve the complaint, the two possibilities are the Chief District Medical Officer and the National Board of Medico-Legal Affairs. Both these bodies can give an expert opinion, or give sanctions if necessary.

ÅLAND: Supervision of health personnel is carried out according to Finnish law and is administered by the Government of Åland.

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

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

The District Medical Officer carries out supervision in the district on behalf of

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

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

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

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

Distriktsoverlægerne fører tilsyn med sundhedsarbejdet i distriktet på admini-

the administration. The State Drug Inspectorate supervises pharmacies and pharmaceutical products.

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

NORWAY: According to the regulations, 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.

The vision for the Norwegian Board of Health is: good health and dependable health services through supervision, advice and guidance.

The Board of Health and the county medical officers are professional and independent supervision authorities, with competence in the fields of health, health legislation and government administration. Together they contribute to ensuring that:

- The needs of the population for health services are met
- Health services are run in accordance with acceptable professional standards and current laws and regulations
- Deficiencies in provision of health services are prevented
- Health service resources are utilized effectively and efficiently.

strationens vegne. Lægemeddeltilsynet fører det farmaceutiske tilsyn med apoteker og lægemidler.

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

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

Visionen for Statens Helsetilsyn er: god sundhed samt trygge forhold i sundhedsvæsenet gennem tilsyn og rådgivning.

Fylkeslægerne og helsetilsynet skal være faglig kompetente og uafhængige tilsynsmyndigheder hvor deres forskellige faglighed supplerer hinanden og samlet bidrager de til:

- At befolkningens behov for sundhedsydelser varetages
- At sundhedsvæsenet drives på en faglig forsvarlig måde efter gældende lov og forordninger
- Forebyggelse af mangler i sundhedsvæsenet
- At ressourcerne til sundhedsvæsenet anvendes på en forsvarlig og effektiv måde.

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

Together, the Norwegian Board of Health and the 19 county medical officers (one in each county) are responsible for supervision of health services and health personnel.

In addition, they act as complaints board. The Norwegian Board of Health and the county medical officers process complaints against both institutions and individual health personnel. Initially, the county medical officers deal with complaints. 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 an institution or health personnel, the complaint may be forwarded to the Norwegian Board of Health. If an institution is run in a way that is below acceptable standards, the Norwegian Board of Health may order changes to be made to rectify the situation.

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

Patients may also address their complaints to the person in charge of an institution (e.g. the municipal board in the case of health services pursuant to the Municipal Health Services Act) or to the Norwegian Patient Insurance Board, in the case of claims for compensation related to treatment in the public health service. The Patient's Rights Act, that came into force on 1 January 2001, enhances patients' possibilities to complain, among other things by describing both the complaints procedure and patient's rights.

Statens helsetilsyn og de 19 fylkeslæger (én i hver fylkeskommune) fører sammen tilsyn med sundhedsvæsenet og sundhedspersonale.

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

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

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

Patienterne vil også kunne klage til den ansvarlige for virksomheden (fx kommunalbestyrelsen når det gælder de nødvendige sundhedsydelser efter lov om sundhedsvæsenet i kommunerne) eller til Norsk patientskadeerstatning, hvis der er tale om erstatning som følge af behandling i det offentlige sundhedsvæsen. Lov om patientrettigheder, der gælder fra og med 2001, styrker patienternes klageadgang i forhold til tidligere ordninger, blandt andet ved at klageordningen beskrives og ved at forskellige rettigheder omtales.

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

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

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

Pursuant to the Act concerning Support and Service for Persons with Certain Functional Impairments, the municipalities have most of the responsibility for mentally disabled people. The county and regional councils only have responsibility for specific matters e.g., when advice and personal support require special knowledge about the life conditions for persons 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 purposes of such boards are twofold: to provide sound information and to ensure acceptable solutions for patients.

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

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

Socialstyrelsen er statens centrale tilsynsmyndighed for sundheds- og sygehusvæsenet. I følge loven om erhvervsvirksomhed indenfor sundhedsområdet er Socialstyrelsen tilsynsmyndighed for hele sundhedsvæsenet, med undtagelse af 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 nævne er at de skal bidrage med god information og at sikre løsninger som patienterne er indforståede med.

The National Medical Disciplinary Board (HSAN) is an independent Government authority that deals with complaints against health personnel.

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

Financing of the health services

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

Finansiering af sundhedsvæsenet

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

Charges for health care as per 1 January, 2002

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 levied in connection with outpatient treatment in health centres:

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

From 2002 an extra charge of EUR 15 can be levied for visits to a health centre on weekdays between the hours of 8pm and 8am, 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 where the National Social Insurance Institution reimburses 60 per cent of the physicians' fee. However, in most cases the actual charge is higher and thus the reimbursement is less than 60 per cent.

ÅLAND: For medical consultations within the primary health service at the clinic or in connection with home visits, there is a user charge of EUR 8. Outside the opening hours the charge is EUR 20. There is no charge for children under 12 years in the primary health care system

Egenbetaling for sundheds-ydelser pr. 1. januar 2002

Lægebesøg

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

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

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

Fra og med 2002 kan der opkræves en ekstrabetaling på 15 EUR for besøg ved helsecentrene på hverdage mellem kl. 20 og kl. 8 på hverdage 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 60 procent.

ÅLAND: Egenbetaling for lægebesøg inden for det primære sundhedsvæsen i konsultationen eller ved hjemmebesøg er 8 EUR. Uden for åbningstiden er det 20 EUR. Der betales ikke for børn under 12 år i det primære sundhedsvæsen og ved ambulant behandling. Der er indført

or for outpatient treatment. A maximum patient contribution of EUR 250 for doctor's home visits and outpatient treatment, or a total of EUR 600 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 21 per day to EUR 12 per day. The activities included in the maximum user charge have been fixed beforehand. If there is a waiting period of 45 minutes or more in connection with a scheduled visit, within opening hours, the user charge is reimbursed.

ICELAND¹: Prophylactic health care consultations for pregnant women and mothers with infants as well as school health care are free of charge.

The patient fee for a consultation in a health centre or with a private general medical practitioner during normal working hours is ISK 400. The fee is ISK 200 for patients with the right to have reduced charges and ISK 100 for children who are handicapped or chronically ill. For consultations outside normal working hours the charges are ISK 1 100/500/300 respectively. The charges for home visits are ISK 1 100/400/300 during the daytime and ISK 1 600/600/400 in the evenings and at night, respectively.

The charge for a consultation with a specialist is either ISK 1 600 plus 40 per cent of the remaining cost of the consultation, max. ISK 18 000 or ISK 500 plus one third of the remaining 40 per cent, though max. ISK 18 000. The reduced charge applies to pensioners, disabled people, long-term unemployed people

maksimal egenbetaling på 250 EUR for lægebesøg og ambulant behandling eller samlet 600 EUR indenfor et kalenderår hvorefter der ikke betales den resterende del af året med undtagelse af kortvarig institutions/hospitalsophold hvor betalingen reduceres fra 21 EUR pr døgn til 12 EUR pr døgn. De aktiviteter som medregnes i den maksimale egenbetaling er fastlagt på forhånd. Hvis der er en ventetid på 45 minutter eller mere ved en aftalt besøg, indenfor åbningstiden, tilbagebetales egenbetalingen.

ISLAND¹: Lægebesøg af forebyggende karakter for gravide, nye mødre og deres børn samt skolesundhedsplejen er uden egenbetaling.

Egenbetalingen for konsultation i sundhedscentrene eller ved en privat praktiserende læge er i dagtimerne 400 ISK og 200 ISK for de der er berettiget til at betale et reduceret beløb. Handicappede og langtidssyge børn betaler 100 ISK. Konsultation udenfor dagtimerne er henholdsvis 1 100/500/300 ISK. For hjemmebesøg er betalingen i dagtimerne 1 100/400/300 ISK mens aften- og nattaksten er 1 600/600/400 ISK.

Egenbetalingen for besøg hos en specialist er enten 1 600 ISK plus 40 pct. af de resterende udgifter dog max. 18 000 ISK, eller 500 ISK og en tredjedel af de resterende 40 pct. dog max. 18 000 ISK. Pensionister, handicappede og langtidsarbejdsløse samt børn under 18 år hvor egenbetalingen er minimum 250 ISK og maksimum 18 000

¹ Charges as per 20.03.2002

¹ Satser per 20.03.2002

and children under 18, except for handicapped and chronically ill children, where the charge is minimum ISK 250 and maximum ISK 18 000. The same rates also apply to outpatient treatment in hospitals and emergency wards.

Insured people pay ISK 1 000 for laboratory tests and ISK 1 500 plus 40 per cent of the remaining cost though max. ISK 18 000 for X-ray examinations. The charges for laboratory tests and x-ray examinations for people entitled to reduced rates are ISK 300 and ISK 500 plus 1/3 of 40 per cent of the remaining cost though max. ISK 18 000 respectively. The charge for laboratory tests for children who are handicapped or chronically ill is ISK 100 and min. ISK 200 and max. ISK 18 000 for X-ray examinations.

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

NORWAY: There is a user charge for medical consultations with general practitioners, specialists and outpatient treatment at hospitals. The health insurance offers full reimbursement for treatment of children under the age of 7 years, treatment of industrial injuries, 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). There may also be user charges for treatment from a physiotherapist, psychologist, and for treatment of patients in nursing homes.

ISK. Egenbetalingen er den samme ved behandling ved hospitalernes ambulatorier og skadestuer.

Forsikrede betaler 1 000 ISK for laboratorieprøver og for røntgenbehandling 1 500 ISK plus 40 pct. af de resterende udgifter. Egenbetalingen er henholdsvis 300 ISK og 500 ISK plus en tredjedel af de resterende udgifter for de der har ret til reduceret egenbetaling. Egenbetalingen for handicappede og langtidssyge børn er henholdsvis 100 ISK for laboratorieprøver og minimum 200 ISK og maksimum 18 000 ISK for 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, samt ambulant behandling ved sygehusene. 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). Der kan også opkræves egenbetaling for behandling ved fysioterapeut, psykolog og af patienter på sygehjem.

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

User charges for a consultation with a physician

	Are there consistent rules for the whole country?	Size of user charge	Deviations	User charge in relation to total cost of consultation
Denmark	Yes	–	No	–
Faroe Islands	Yes	–	No	–
Greenland	Yes	–	No	–
Finland	Yes	Public EUR 0-11; additionally EUR 15 if the visit occurs between 8 p.m. and 8. a.m. or on Saturday, Sunday or a public holiday. Private min. 40 per cent	No charges for children under 18 years of age	..
Åland	Yes	EUR 8	Public, no charge for children under 12 years; Free treatment after the payment of EUR 250	..
Iceland	Yes	ISK 400-1 600 in primary care, other rules for specialized care	ISK 200-600 for children under 18 years of age, and for pensioners, disabled and long-term unemployed. For handicapped and chronically ill children ISK 100-400.	Varies
Norway	Yes	NOK 110 in primary care, NOK 193 in specialized care	No	Approx. 35 per cent
Sweden	No	SEK 100- 250	SEK 260 for emergency consultations in hospitals in the county of Uppsala	..

SWEDEN: Local authorities (county and regional councils) set the charges themselves. According to the law, the maximum amount a patient shall pay for out-patient treatment is SEK 900 during a 12 month period. For medical consultations in out-patient clinics care or with a private general practitioner, the user charge varies from SEK 100 to 150, whereas it varies from SEK 150 to 250 for a medical consultation with a specialist (in hospitals or in private practice).

In most of the county/regional councils, children and young people under the age of 20 years may attend an outpatient clinic

SVERIGE: De lokale myndigheder (landstingene og regionerne) fastsætter selv taksterne. I følge loven skal patienter højest betale 900 SEK for ambulant behandling for en 12 måneders periode. For ambulant behandling, besøg på helsecentre eller hos huslægen varierer egenbetalingen fra 100 til 150 SEK, mens den varierer fra 150 til 250 SEK ved lægebesøg hos specialister (ved sygehusene eller hos privatpraktiserende læger).

I de fleste landsting/regioner kan børn og unge under 20 år gå til ambulant lægebehandling uden brugerbetaling. I en region

Egenbetaling for lægebesøg

	Er der ensartede regler i hele landet?	Egenbetalingens størrelse	Afvigelser	Egenbetalingens andel af de samlede udgifter til lægebesøg
Danmark	Ja	–	Nej	–
Færøerne	Ja	–	Nej	–
Grønland	Ja	–	Nej	–
Finland	Ja	Offentlig 0–11 EUR; ekstraafgift på 15 EUR for besøg mellem kl 20–8.00 på hverdage, samt lørdage, søndage og helligdage Privat mindst 40 pct.	Ingen betaling for børn under 18 år	..
Åland	Ja	8 EUR	Ingen egenbetaling for børn under 12 år; Fri behandling når der er betalt 250 EUR	..
Island	Ja	400–1 600 ISK hos almen læge, andre regler for besøg hos specialist	200–600 for børn under 18 år og for pensionister, handicappede og langtidssarbejdsløse. For handicappede og langtidssyge børn 100–400 ISK	Varierende
Norge	Ja	110 NOK hos almen læge. 193 NOK hos speciallæger	Nej	Ca. 35 pct.
Sverige	Nej	100–250 SEK	260 SEK ved akut besøg på sygehuse i Uppsala läns landsting	..

free of charge. In one region, children under 20 years of age pay half price. In the other regions, the age limit for paying user charges varies from 12 years to the calendar year in which a person turns 20.

betaler børn under 20 år halv pris. I de resterende varierer grænsen for at der ikke opkræves brugerbetaling mellem 12 år og det kalenderår hvor man fylder 20 år.

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.

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

ORGANIZATION OF HEALTH SERVICES

User charges for pharmaceutical products

	Are there consistent rules for the whole country?	Size of user charge	Deviations	User charge in relation to total cost of pharmaceutical products
Denmark	Yes	Reimbursement: 0, 50, 75, 85 and 100 per cent in relation to the level of the patient's consumption of drugs	No	31.5 per cent
Faroe Islands	Yes	As in Denmark	No	..
Greenland	Yes	–	No	–
Finland	Yes	EUR 8.41 and 50 per cent of the cost exceeding EUR 8.41	For certain diseases, EUR 4.20 and 0/25 per cent of the cost exceeding EUR 4.20 is paid	48 per cent (2000)
Åland	Yes	As in Finland	As in Finland	–
Iceland	Yes	ISK 1 700+ 65/80 per cent of the remaining cost, but max. ISK 3 400/4 950	Pensioners and disabled: ISK 600 + 50 per cent of the remaining cost, but max. ISK 1 050/1 375	Approx. 40 per cent
Norway	Yes	36 per cent maximum NOK 360 per receipt	For children below 7 years: 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: 0,50,75,85 og 100 pct. afhængig af størrelsen af den enkelte patients lægemiddelforbrug	Nej	31,5 pct.
Færøerne	Ja	Som i Danmark	Nej	..
Grønland	Ja	–	Nej	–
Finland	Ja	8,41 EUR og 50 pct. af det beløb som overskrider 8,41EUR	Ved visse sygdomme betales 4,20 EUR og 0/25 pct. af det beløb som overskrider 4,20 EUR.	48 pct. (2000)
Åland	Ja	Som i Finland	Som i Finland	–
Island	Ja	1 700 ISK + 65/80 pct. af den resterende pris, dog højst 3 400/4 950 ISK	Pensionister og handicappede: 600 ISK +50 pct. af den resterende pris, dog højst 1 050/1 375 ISK	Ca. 40 pct.
Norge	Ja	36 pct. maksimum 360 NOK pr. recept	For børn under 7 år: Ingen egenbetaling	..
Sverige	Ja	0 –1 800 SEK	–	..

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

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

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

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

FAROE ISLANDS: A sickness insurance fee is still payable on the Faroe Islands. The fee covers part of the cost of pharmaceutical products. In addition, direct user charges of 25-50 per cent of the costs of the reimbursable pharmaceutical products are payable. Pensioners are reimbursed user charges exceeding a certain amount. The same applies to people who have been granted pharmaceutical products in accordance with the Social Security Act.

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

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

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

FÆRØERNE: Der betales fortsat sygekassekontingent på Færøerne som dækker en del af medicinudgifterne. Derudover er der også direkte brugerbetaling på 25 til 50 pct. af udgifterne til den tilskudsberettigede medicin. Pensionister får refunderet brugerbetalingen over et vist beløb. Det samme gælder personer der har fået bevilget medicin efter forsorgsloven.

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

Some new and expensive drugs (e.g. for dementia and multiple sclerosis) are in specified cases paid for by the hospital or municipality. New drugs are not automatically accepted in 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 594.02 in the course of one calendar year.

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

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

There is also a reference price system. For generic drugs of the same form, strength and package size, the reim-

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

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

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

Som hovedregel dækker sygeforsikringen de udgifter til receptpligtige lægemidler som overskrider et beløb på 594,02 EUR i løbet af et kalenderår.

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

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

Der findes desuden et referenceprissystem. For synonympræparater med samme form, styrke og forpakning, be-

bursement is calculated in relation to the maximum reference price, i.e. the lowest priced generic product. The present reference price list covers about 16 per cent of the registered drugs.

NORWAY: Most pharmaceutical products are reimbursed according to a system based on diagnoses and approved pharmaceutical products prescribed by a physician. 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 360 per prescription. For other pharmaceutical products, the patient pays the full price.

SWEDEN: A new discount system for prescribed pharmaceutical products was introduced in 1997. The discount is calculated according to the value of the pharmaceutical product bought. For purchases of up to SEK 900 over a 12 month period, the user pays the full cost. A discount is given for costs exceeding this amount. For costs between SEK 900 and 1 700, there is a 50 per cent discount. Between SEK 1 700 and 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 for a sum 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.

regnes tilskuddet i forhold til den maksimale referencepris, forstået som den laveste pris på synonympræparatet. Den nuværende referenceprisliste dækker ca. 16 pct. af de registrerede lægemidler.

NORGE: De fleste lægemidler refunderes efter et system baseret på diagnoser og godkendte præparater foreskrevet af en læge. Udgangspunktet er at man langvarigt har behov for lægemidlet, medicinsk udstyr eller forbrugsvarer. Egenbetalingen for disse er 36 pct., dog maksimalt 360 NOK pr. recept. Andre lægemidler betales fuldt ud af patienten.

SVERIGE: I 1997 blev der indført et nyt rabatsystem for lægemidler på recept. Rabatten udregnes efter værdien på de lægemidler som købes. For indkøb op til 900 SEK i en 12 måneders periode betaler man selv det hele. På udgifter derudover ydes der rabat. For udgifter mellem 900 SEK og 1 700 SEK gives der 50 pct. rabat. Mellem 1 700 og 3 300 SEK er rabatten 75 pct. og for udgifter mellem 3 300 SEK og 4 300 SEK er rabatten 90 pct. Når der er købt lægemidler for 4 300 SEK har man nået op på egenbetalingens maksimum. Patienten har ved dette niveau selv betalt 1 800 SEK og får så tildelt et frikort for resten af 12 måneders perioden. Ordningen omfatter rabatberettigede lægemidler på recept, inkl. P-piller og brugsartikler til stomier. Insulin er gratis.

Treatment in hospitals

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

FINLAND AND ÅLAND: Patients pay a charge for admission to hospital, psychiatric wards or health centres. For short-term treatment there is a charge of EUR 12 per day. The charge for rehabilitation is EUR 9 per treatment day and the maximum user charge for day surgery is EUR 72 plus EUR 26 if the patient has to stay overnight. On Åland, the charge for day surgery is EUR 42. EUR 7 is payable per day for medical rehabilitation. A ceiling has been introduced for the maximum user charge of EUR 590 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 21 per day to EUR 12 per day.

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

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

Behandlinger ved sygehuse

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

FINLAND OG ÅLAND: Patienterne betaler for indlæggelse på hospital, psykiatrisk afdeling eller sundhedscenter. For korttidsbehandling betales der 12 EUR pr behandlingsdag. Betaling for revalidering er 9 EUR pr behandlingsdag og den maksimale betaling for dagkirurgi er 72 EUR, plus 26 EUR hvis der er behov for en overnatning. På Åland betales der ved dagkirurgi 42 EUR, ved medicinsk revalidering 7 EUR pr behandlingsdag. Der er indført et loft på den maksimale egenbetaling på 590 EUR i løbet af et kalenderår, hvorefter ydelser er gratis resten af året, bortset fra kortvarige institutions/hospitalsophold hvor egenbetalingen kan reduceres fra 21 EUR pr døgn til 12 EUR pr døgn.

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

Egenbetalingen er højst 80 SEK pr. dag men betalingen varierer mellem behandlingsnævnene. Nogle landsting og regioner differentierer egenbetalingen efter indkomst, andre efter alder eller alder og antal behandlingsdage. Nogle har valgt en ensartet,

User charges for hospitalization

	Are there consistent rules for the whole country?	Size of user charge	Deviations	User charges in relation to total cost of hospitalization
Denmark	Yes	–	No	–
Faroe Islands	Yes	–	No	–
Greenland	Yes	–	No	–
Finland	Yes	EUR 12 per day in short term care EUR 72 for day surgery plus EUR 26 if overnight stay needed	Payment for long-term stay according to means	8 per cent (1999)
Åland	Yes	EUR 20 per visit and EUR 21 per day in short term care.	Payment for long-term stay according to means	..
Iceland	Yes	–	No	–
Norway	Yes	–	No	–
Sweden	No	SEK 0–80 per day	Anticipatory pensioners under the age of 40 only pay half for the first 30 days of each sickness period	..

Egenbetaling for indlæggelse på sygehus

	Er der ensartede regler i hele landet?	Egenbetalingens størrelse	Afviigelser	Egenbetalingens andel af de samlede udgifter til indlæggelse på sygehus
Danmark	Ja	–	Nej	–
Færøerne	Ja	–	Nej	–
Grønland	Ja	–	Nej	–
Finland	Ja	12 EUR pr sengedag for korttidsophold 72 EUR for dagkirurgi plus 26 EUR hvis der er behov for overnatning	Betaling for langtidsophold efter betalingsevne	8 pct. (1999)
Åland	Ja	20 EUR pr besøg og 21 EUR for korttidsophold	Betaling for langtidsophold efter betalingsevne	..
Island	Ja	–	Nej	–
Norge	Ja	–	Nej	–
Sverige	Nej	0–80 SEK/dag	Førtidspensionister under 40 år betaler kun det halve i de første 30 dage af hver sygdomsperiode	..

days. Some have chosen a flat lower user charge with a ceiling for the size of the amount paid in total.

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

Reimbursement for dental treatment

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

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

Children and young people under 18 years of age receive free municipal dental care including orthodontic treatment. Elderly people who live in a nursing home or in their own home with technical aids are offered dental care for which there is a maximum annual charge of DKK 359.45. In addition, the municipalities provide a subsidy for dentures in cases of impaired function or disfigurement resulting from damage caused by accidents.

lavere egenbetaling med et loft over den samlede egenbetalings størrelse.

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

Tilskud til tandbehandling

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

Derudover er ca. 1,5 million danskere dækket af en privat forsikringsordning, hvorefter der kan opnås tilskud til både behandlinger, som den offentlige sygesikring yder tilskud til, samt til behandlinger, der ikke er dækket af den offentlige sygesikring. Tandplejeloven regulerer den kommunale og amtskommunale tandpleje.

Der er vederlagsfri kommunal tandpleje, herunder tandregulering, for børn og unge under 18 år. Ældre personer, der bor på plejehjem eller i eget hjem med mange hjælpeforanstaltninger, tilbydes omsorgstandpleje, for hvilken der maksimalt opkræves 359,45 DKK pr. år. Kommunen yder derudover støtte til tandproteser i tilfælde af funktionelt ødelæggende eller vansirende følger af ulykkesbetingede skader.

The counties offer specialist dental treatment (county dental service) to persons, who because of psychiatric illness or mental handicap, cannot use the existing dental services for children and young people, for adults, or for people needing special care. For these services, the county, from 1 January 2001, charges the patient a maximum of DKK 1 225.10 per year.

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

In addition, the county grants a special reimbursement for dental care to cancer patients, who either due to radiation of the head and neck, or due to chemotherapy, suffer considerable documented dental problems, as well as to persons who due to Sjögrens syndrome suffer considerable documented dental problems. From 1. January 2002, for these services the county may charge a user payment of a maximum of DKK 1 135.10 annually. Finally, the counties provide highly specialized dental advice, examination and treatment (in dental research centres for patients with rare diseases and handicaps, for whom the underlying condition leads to special problems with their teeth, mouth or jaws.

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

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

Amtet tilbyder specialiseret tandpleje (amtstandpleje) til personer, der på grund af sindslidelser eller psykisk udviklingshæmning, ikke kan udnytte de eksisterende tandplejetilbud i børne- og ungdomstandplejen, voksentandplejen eller i omsorgstandplejen. For disse ydelser kan amtet fra 1. januar 2002 opkræve en egenbetaling på maksimalt 1 225,10 DKK årligt.

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

Amtet yder herudover et særligt tilskud til tandpleje for kræftpatienter, der enten på grund af strålebehandling i hoved og halsregion eller på grund af kemoterapi har betydelige dokumenterede tandproblemer samt til personer, der på grund af Sjögrens Syndrom har betydelige dokumenterede tandproblemer. For disse ydelser kan amtet fra 1. januar 2002 opkræve en egenbetaling på maksimalt 1 135,10 DKK årligt. Endeligt yder amtet højt specialiseret odontologisk rådgivning, udredning og behandling (i odontologisk landsdels- og videnscenter) af patienter med sjældne sygdomme og handicap, hos hvem den tilgrundliggende tilstand giver anledning til specielle problemer i tænder, mund og kæbe.

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

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

FAROE ISLANDS: The same rules apply as in Denmark.

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

FINLAND: The sickness insurance scheme reimburses one annual dental examination to everyone born in 1946 or later. In addition, 60 per cent of the treatment costs are reimbursed within the rates fixed by the Social Security Institute. Orthodontic treatment is only reimbursed if the treatment is necessary to avoid other illnesses. Expenditure on dentures and dental laboratory costs are not included in the reimbursement scheme. As from 1 December 2002, the reimbursement scheme will be extended to apply to the whole population.

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

ÅLAND: All public dental treatment for persons under 19 years of age is free of charge. For others a dental visit costs the same as in Finland, with additional standard fees for certain institutions and for examinations. For orthodontic treatment and prosthetic treatment, the actual cost of treatment must be paid. The same rules as in Finland apply for treatment with private dentists.

ICELAND: The health insurance scheme reimburses the cost of dental treatment. Except for gold and porcelain

FÆRØERNE: Man følger de samme regler som i Danmark.

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

FINLAND: Sygeforsikringen giver tilskud til alle der er født i 1946 eller senere til en årlig tandlægeundersøgelse. Desuden refunderes 60 pct. af behandlingsudgifterne indenfor de af Folkpensionssanstalten fastsatte takster. 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. Fra og med den 1. december 2002 udvides tilskudssystemet således at det derefter gælder for hele befolkningen.

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 det samme som i Finland med tillæg for udgifter til de enkelte foranstaltninger og undersøgelser efter særlige takster. For tandregulering og proteser betales de faktiske udgifter. For besøg hos private tandlæger gælder de samme regler som i Finland.

ISLAND: Sygeforsikringen yder refusion til tandbehandling. Bortset fra guld- og porcelænskroner, broer og tandregu-

crowns and bridges, and orthodontic treatment, 75 per cent of the cost of dental treatment for children under the age of 18 years is reimbursed. The cost of orthodontic treatment may be refunded by up to ISK 100 000. People with chronic illness, old age pensioners and disability pensioners get their costs fully or partially covered. For this group, 50, 75 or 100 per cent of the cost of dental treatment may be covered, except for gold and porcelain crowns and bridges.

For treatment (including orthodontic treatment), for congenital malformations, serious abnormalities such as cleft palate and in cases of aplasia, accidents and illness, payments are made according to special rules. Dental treatment is not subsidized for the rest of the population.

NORWAY: Adults pay for their own dental treatment. Dental treatment, except for orthodontic treatment, is free of charge for young people under the age of 18 years. The same applies to certain other groups: e.g. mentally handicapped people, elderly people, people with chronic illnesses and disabled people.

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 maintenance 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 make a two-year agreement for treatment at a fixed price. For persons 65 years or more prosthetic treatment is limited to 7 700 SEK plus the cost of mate-

lering ydes der 75 pct. til tandbehandling af børn i alderen under 18 år.

Tandregulering kan refunderes med op til 100 000 ISK. Langtidssyge samt alders- og invalidepensionister får ligeledes dækket deres udgifter helt eller delvist. Der kan til denne gruppe ydes 50, 75 eller 100 pct. dækning af udgifterne til tandbehandling, dog ikke for guld- og porcelænskroner eller broer.

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

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

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

Alle personer som er 20 år eller ældre betaler en del af tandlægeregningen for den bevarende behandling. Det resterende beløb betales direkte til tandlægen af staten. Denne regel er ved at blive afskaffet for proteser. Der er fri prisdannelse på tandbehandling hvilket medfører at tandlægerne selv bestemmer prisen for de enkelte behandlingstyper. Det er også muligt at indgå en toårig aftale om behandling til fast pris. For personer på 65 år eller ældre

rials. The dental treatment insurance pays the rest of the cost directly to the dentist.

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

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

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

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

Maximum charges

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

FINLAND: If the total costs for pharmaceutical products exceed EUR 594.02 per year or if travelling costs exceed EUR 157.26 per year, the Social Insurance Institute reimburses the exceeding costs. If a person's ability to pay taxes is

er udgifter til proteser fastsat til maksimalt 7 700 SEK plus udgifter til materialer. Forsikringen for tandbehandling betaler det resterende beløb direkte til tandlægen.

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 sygdomsbehandling i en begrænset periode
- Tandbehandling til visse ældre og handicappede som har svært ved at klare mundhygiejne.

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

Maksimal egenbetaling

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

FINLAND: Hvis den maksimale egenbetaling for medicin udgør 594,02 EUR pr. år og hvis udgifterne til transport i forbindelse med behandling overstiger 157,26 EUR pr. år, vil Folkpensionssanstalten dække det overskydende be-

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

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

The so-called user charge ceiling of EUR 590 is applied by the municipal social and welfare sectors. Once the ceiling 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 carried out on referral from private practising physicians must still be paid for. Income regulated payments are not included in the maximum amount. Since 2001, the maximum amount is calculated for the calendar year. 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

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

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

Det såkaldte udgiftsloft på 590 EUR er taget i anvendelse for det kommunale social- og sundhedsvæsen. Når loftet 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 korttidsinstitutionsophold indenfor social- og sundhedsvæsenet. Der betales fortsat for tandbehandling og sygetransport, attester, laboratorieundersøgelser og radiologiske undersøgelser som udføres efter henvisning fra en privatpraktiserende læge. Indkomstregulerede betalinger medregnes ikke i maksimumsbeløbet. Maksimumsbeløbet er regnet i forhold til et kalenderår siden 2001. 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 Fin-

Finland. For treatment of illness, there is a maximum user charge for medical visits and outpatient treatment of no more than EUR 250 or a total of EUR 600 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 21 per day to EUR 12 per day. As part of the maximum user charge, payment for outpatient treatment and services received outside the county are also included. Dental treatment, treatment in hospital departments, and x-ray and laboratory examinations are not included. User charges may be deducted from municipal tax.

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

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

When the cost ceiling has been reached, an insured person will receive a 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 gen-

land. Ved sygdomsbehandling er der en maksimal egenbetaling ved lægebesøg og ambulant behandling på højest 250 EUR eller samlet 600 EUR i løbet af et kalenderår hvorefter al service er gratis den resterende del af året med undtagelse af kortvarige institutioner/hospitalsophold hvor betalingen reduceres fra 21 EUR pr døgn til 12 EUR pr døgn. Til den maksimale egenbetaling medregnes også betaling for ambulant behandling og ydelser som er modtaget uden for landskabet. Derimod medregnes bl.a. tandbehandling, behandling på hospitalsafdelinger, røntgen- og laboratorieundersøgelser ikke. Egenbetalingen kan fratrækkes i kommuneskatten.

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

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

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

Ordningen om udgiftsloft omfatter følgende ydelser: Besøg hos alment prakti-

eral medical practitioner or a specialist, home visit by a physician, outpatient treatment in a hospital or an emergency ward as well as laboratory examinations and X-ray treatment. The scheme does not cover treatment for in vitro fertilization.

NORWAY: Under the present scheme, reimbursement is granted for charges that exceed a certain annual amount. The following types of service are included in the cost ceiling: medical care, psychological treatment, necessary pharmaceutical products and travel costs, which are paid for by the National Insurance Scheme. 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. In 2002, the cost ceiling is NOK 1 350 per year. No user charges are levied for children under the age of 7.

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

The user charge 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 council), a card entitling the holder to exemption from charges is issued. The card is valid for the remaining part of the period.

serende 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 overstiger et vist beløb årligt. Følgende ydelser er omfattet af ordningen om udgiftsloft: Lægehjælp, psykologbistand, vigtige lægemidler og rejser, som Folketrygden betaler for. Egenbetalingen for de ydelser, der er omfattet af ordningen om udgiftsloft, noteres på et kvitteringskort. Når udgiftsloftet er nået, tildeles patienten et frikort, hvorefter Folketrygden yder fuld refusion for udgifterne i resten af året. Børn og unge under 16 år er omfattet af udgiftsloftet hos én af forældrene. I 2002 er udgiftsloftet 1 350 NOK pr. år. Børn under 7 år er fritaget for egenbetaling.

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

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

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

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

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

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

CHAPTER II

Population and fertility

Befolkning og fertilitet

Introduction

This chapter begins with a general description of the population 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.

Population and population trends

The population structure varies somewhat between the Nordic countries, Sweden having the oldest and Greenland the youngest population. The 0-14-year-olds' share of the total population decreased at the end of the 1980s and at the beginning of the 1990s but is now increasing. Especially the oldest age groups 65 years and over now make up a growing proportion of the population, whereas the share of the total population comprised of 15-64 year-olds remains largely unchanged.

The development in population growth varies somewhat between the Nordic countries with Iceland, the Faroe Islands and Greenland having the highest growth rates throughout the period, with a significant fall, however, from 1995 to 2000. However, in some years net migra-

Befolkning og befolkningsudvikling

Sammensætningen af befolkningen er noget forskellig fra land til land. Sverige har den ældste og Grønland den yngste befolkning. De 0-14-åriges andel af den samlede befolkning faldt i slutningen af 1980'erne og i begyndelsen af 1990'erne, men er nu igen begyndt at stige. Særligt de ældste aldersklasser 65 år og derofter udgør efterhånden en stigende andel af befolkningen, hvorimod de 15-64-åriges andel af den samlede befolkning stort set er uændret.

Udviklingen i befolkningstilvæksten varierer en del de nordiske lande imellem. Fødselsoverskuddet har hele perioden igennem været størst i Island, Færøerne og Grønland, dog med et markant fald fra 1995 til 2000. Nettomigrationen har dog i nogle år medført en reduktion i den

tion has caused a reduction in the population of the Faroe Islands and has contributed to reducing the overall increase in the population in Greenland and Iceland. Conversely, net migration has contributed to the increase in the total growth of the population in the other countries, which has also been the case in Iceland and the Faroe Islands in 2000.

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.

færøske befolkning og har været medvirkende til at begrænse den samlede befolkningstilvækst i Grønland og Island. Omvendt har nettomigrationen medvirket til at øge den samlede befolkningstilvækst i de øvrige lande, hvilket også er tilfældet for Island og Færøerne i 2000.

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

Table 2.1 Mean population 1985–2000
Middelfolketallet 1985–2000

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	of which Åland	Iceland	Norway	Sweden
(1 000)								
<i>Men</i>								
Mænd								
1985	2 519	24	29	2 374	12	121	2 053	4 124
1990	2 533	25	30	2 419	12	128	2 097	4 228
1995	2 580	23	30	2 487	12	134	2 155	4 361
1999	2 630	23	30	2 520	13	139	2 208	4 378
2000	2 639	24	30	2 526	13	141	2 224	4 386
<i>Women</i>								
Kvinder								
1985	2 595	22	24	2 529	12	120	2 099	4 226
1990	2 607	23	26	2 567	12	127	2 144	4 331
1995	2 648	21	26	2 621	13	133	2 204	4 466
1999	2 692	22	26	2 646	13	138	2 254	4 480
2000	2 700	22	26	2 650	13	140	2 267	4 486
<i>Men and women</i>								
Mænd og kvinder								
1985	5 114	46	53	4 903	24	241	4 153	8 350
1990	5 140	48	56	4 986	24	255	4 241	8 559
1995	5 229	44	56	5 108	25	267	4 359	8 827
1999	5 322	45	56	5 165	26	277	4 462	8 858
2000	5 340	46	56	5 176	26	281	4 491	8 872

Sources: The central statistical bureaus: D: Statistics Denmark; FI: Statistics Faroe Islands; G: Statistics Greenland ;

Kilder: F & Å: Statistics Finland; I: Statistics Iceland; N: Statistics Norway; S: Statistics Sweden

De statistiske centralbureauer: D: Danmarks Statistik; FI: Hagstova Føroya; G: Grønlands Statistik; F & Å: Statistikcentralen; I: Hagstofa Íslands; N: Statistisk sentralbyrå; S: Statistiska centralbyrån

Figure 2.1 Mean population by sex and age as a percentage of the total population 2000

Middelfolketalet efter køn og alder i pct. af hele befolkningen 2000

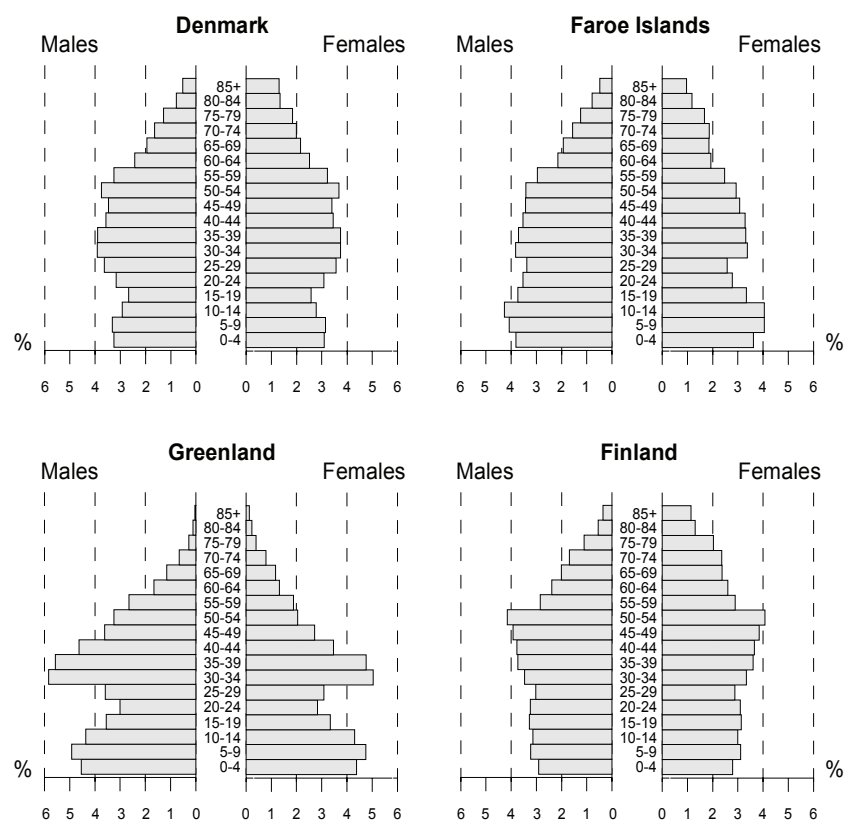


Figure 2.1 ... continued
... fortsat

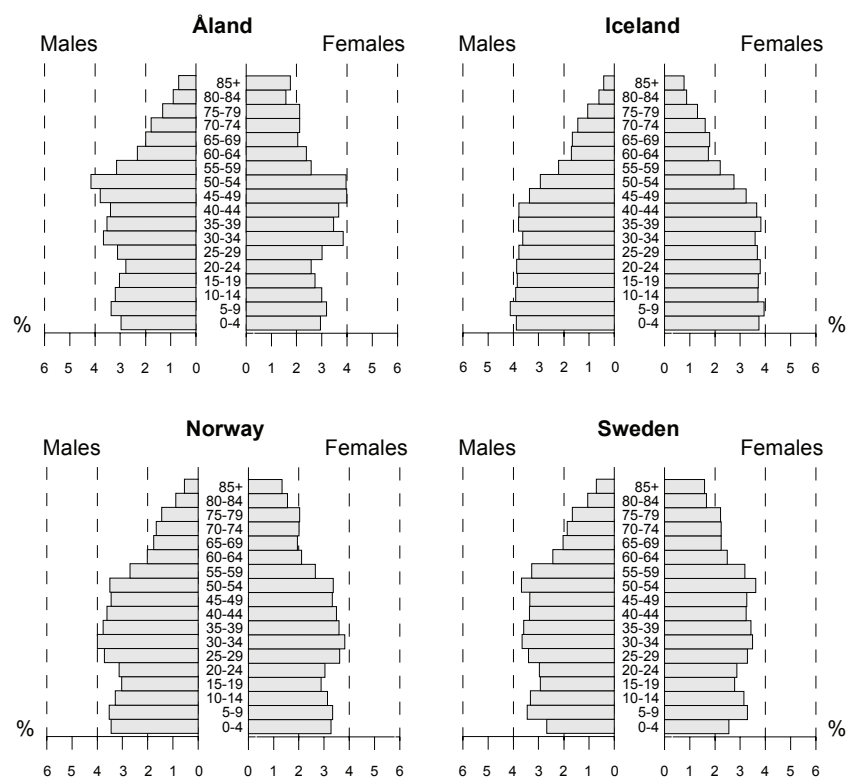


Figure 2.2 Mean population 1985 and 2000 distributed by age groups 0-14, 15-64, 65-79 and 80+ years
 Middelfolketallet 1985 og 2000 fordelt efter aldersgrupperne 0-14, 15-64, 65-79 og 80+ år

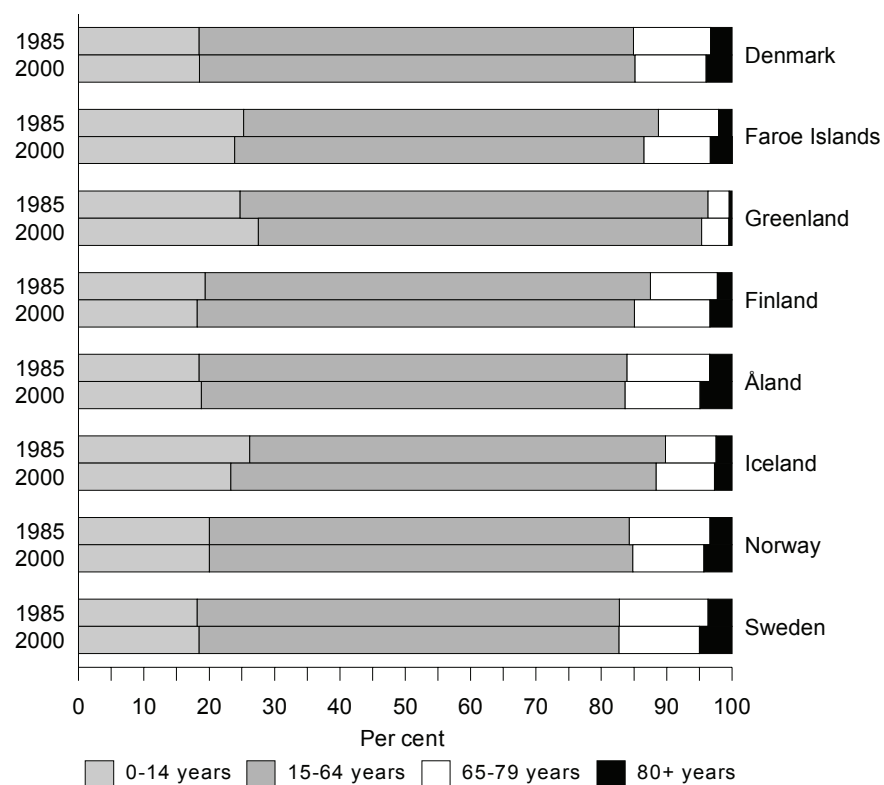


Table 2.2 Vital statistics per 1 000 inhabitants 1985-2000
Befolkningens bevægelser pr. 1 000 indbyggere 1985-2000

	<i>Live births</i> Levendefødte	<i>Deaths</i> Døde	<i>Natural increase</i> Fødselsoverskud	<i>Net migration</i> Nettomigration	<i>Population increase</i> Befolkningstilvækst
<i>Denmark</i>					
1985	10.5	11.4	-0.9	1.9	1.0
1990	12.3	11.9	0.5	1.6	2.1
1995	13.3	12.1	1.3	5.5	6.7
2000	12.6	10.9	1.7	1.8	3.5
<i>Faroe Islands</i>					
1985	16.2	7.4	8.8	-1.7	7.1
1990	19.9	7.5	12.4	-22.3	-9.9
1995	14.7	8.3	6.4	-13.4	-7.0
2000	15.1	7.7	7.5	9.6	17.1
<i>Greenland</i>					
1985	21.4	8.2	13.2	..	8.8
1990	22.6	8.4	14.2	-10.6	3.6
1995	20.1	8.7	11.4	-8.3	3.1
2000	15.8	8.1	7.7	-3.6	4.1
<i>Finland</i>					
1985	12.9	9.8	3.0	0.5	3.5
1990	13.2	10.1	3.1	1.4	4.5
1995	12.3	9.6	2.7	0.6	3.3
2000	11.0	9.5	1.4	0.5	1.9
<i>Åland</i>					
1985	12.2	10.2	1.9	-1.2	0.7
1990	14.8	9.3	5.6	8.6	14.2
1995	13.4	10.2	3.2	-2.3	0.9
2000	10.0	9.6	0.4	2.7	3.1
<i>Iceland</i>					
1985	16.0	6.9	9.1	-2.3	6.8
1990	18.7	6.7	12.0	-2.7	9.3
1995	16.0	7.2	8.8	-5.3	3.5
2000	15.2	6.4	8.8	6.0	14.8
<i>Norway</i>					
1985	12.3	10.7	1.6	1.5	3.2
1990	14.4	10.9	3.5	0.4	3.9
1995	13.8	10.4	3.5	1.5	4.9
2000	13.2	9.8	3.4	2.2	5.6
<i>Sweden</i>					
1985	11.8	11.3	0.5	1.3	1.9
1990	14.5	11.1	3.4	4.1	7.4
1995	11.7	10.6	1.1	1.3	2.4
2000	10.2	10.5	-0.3	2.8	2.4

Sources: The central statistical bureaus

Kilder: De statistiske centralbureauer

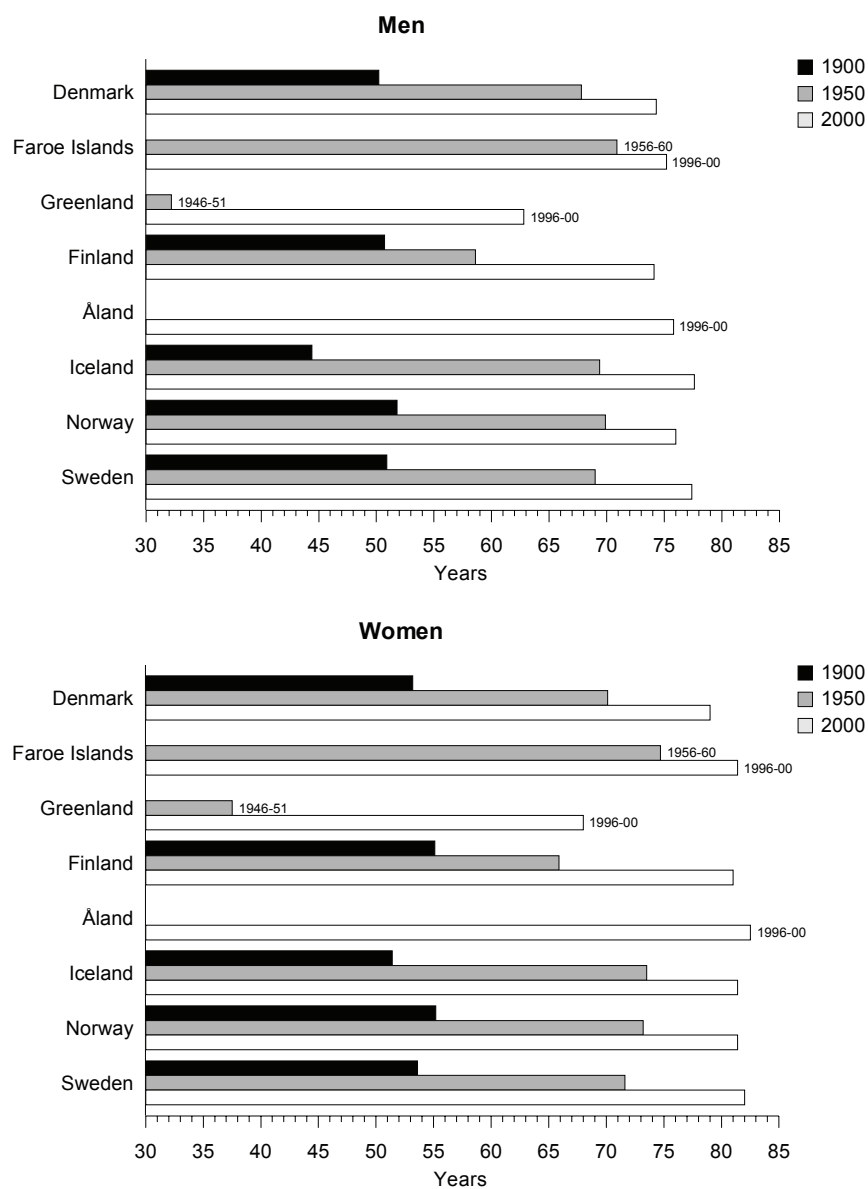
Table 2.3 Average life expectancy 1986–2000
Middellevetiden 1986–2000

Age	Men Mænd					Women Kvinder				
	0	15	45	65	80	0	15	45	65	80
<i>Denmark</i>										
1986–90	71.9	57.8	29.7	14.1	6.4	77.7	63.4	34.5	17.9	8.1
1991–95	72.5	58.3	30.1	14.2	6.4	77.8	63.5	34.5	17.7	8.1
1998/99	74.0	59.6	31.2	14.9	6.6	78.8	64.3	35.2	18.1	8.5
1999/00	74.3	59.9	31.4	15.0	6.7	79.0	64.4	35.3	18.1	8.5
<i>Faroe Islands</i>										
1986–90	72.8	59.2	30.1	14.5	6.7	79.6	65.5	36.3	18.2	7.7
1991–95	73.3	59.2	31.1	14.8	6.8	80.3	66.0	37.9	19.0	8.5
1996–00	75.2	60.7	32.2	15.5	7.0	81.4	66.8	37.4	19.4	8.8
<i>Greenland</i>										
1986–90	60.7	48.5	24.6	10.6	4.4	68.4	53.8	28.7	13.7	5.4
1991–95	62.3	49.6	25.5	10.4	4.8	68.3	55.5	28.0	12.6	5.4
1996–00	62.8	50.3	26.2	11.1	5.0	68.0	55.0	27.6	12.5	5.3
<i>Finland</i>										
1986–90	70.7	56.4	28.8	13.6	6.1	78.8	64.4	35.3	17.6	7.5
1991–95	72.1	57.7	30.0	14.2	6.3	79.7	65.2	36.1	18.2	7.7
1999	73.7	59.2	31.2	15.2	6.6	81.0	66.5	37.3	19.3	8.2
2000	74.1	59.6	31.6	15.5	6.6	81.0	66.4	37.3	19.4	8.2
<i>Åland</i>										
1986–90	76.6	62.3	33.8	17.0	7.5	83.5	68.7	39.2	21.4	10.0
1991–95	78.7	64.2	35.1	17.9	8.5	84.8	70.1	40.6	21.8	9.8
1996–00	75.8	61.3	32.7	16.2	7.1	82.5	67.6	38.4	20.5	9.0
<i>Iceland</i>										
1986–90	75.0	60.7	32.5	15.8	7.3	80.1	65.8	36.6	19.1	8.8
1991–95	76.3	61.9	33.4	16.4	7.3	80.8	66.3	37.0	19.3	8.7
1998/99	77.5	62.9	34.1	16.7	7.1	81.4	66.8	37.5	19.5	8.4
1999/00	77.6	63.1	34.6	17.3	7.5	81.4	66.7	37.3	19.5	8.4
<i>Norway</i>										
1986–90	73.1	59.0	30.8	14.5	6.5	79.7	65.5	36.3	18.6	8.1
1991–95	74.4	60.1	31.6	15.0	6.5	80.4	66.0	36.8	19.0	8.3
1999	75.6	61.2	32.7	15.7	6.6	81.1	66.6	37.4	19.5	8.5
2000	76.0	61.5	33.2	16.1	6.8	81.4	66.8	37.6	19.7	8.6
<i>Sweden</i>										
1986–90	74.4	60.1	31.7	15.1	6.5	80.2	65.8	36.7	18.9	8.2
1991–95	75.6	61.2	32.6	15.7	6.8	81.0	66.5	37.3	19.4	8.6
1999	77.1	62.5	33.7	16.5	7.0	81.9	67.3	37.9	19.9	8.8
2000	77.4	62.8	34.0	16.7	7.1	82.0	67.4	38.0	20.1	8.9

Sources: The central statistical bureaus

Kilder: De statistiske centralbureauer

Figure 2.3 Life expectancy at birth 1900, 1950 and 2000
Middellevetiden for nyfødte 1900, 1950 og 2000



Fertility, births, infant mortality, and contraception

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

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

Greenland also has the highest mortality rate for the first year of life. Iceland had the lowest mortality rate for the first year of life in 2000.

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

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

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

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

Fertilitet, fødsler, spædbørnsdødelighed og prævention

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

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

Grønland har ligeledes den højeste dødelighed for det første leveår. Island har den laveste dødelighed i det første leveår i 2000.

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

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

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

I de fleste af de nordiske lande har der siden midten af 1970'erne været adgang til svangerskabsafbrydelse. I Sverige er det en betingelse, at det sker før udgan-

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

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

There is a certain divergence between the countries regarding abortion rates. In some of the countries, there is an increase and in others a decrease, both regarding the total abortion rate and the number of abortions per 1 000 live births.

gen af den 18. graviditetsuge, mens svangerskabsafbrydelsen i de øvrige nordiske lande skal ske inden udgangen af den 12. svangerskabsuge. Provokeret abort kan dog også foretages efter henholdsvis 12. og 18. svangerskabsuge; men da først efter særlig vurdering og tilladelse.

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

Der er en vis spredning mellem landene med hensyn til abortraterne. I nogle af landene kan der spores en stigning og i andre et fald både hvad angår den samlede abortrate og for aborter pr. 1 000 levendefødte.

Table 2.4 Live births and fertility rate 1986–2000
 Levendefødte og fertilitetsrate 1986–2000

	Number of live births Antal levendefødte	Live births per 1 000 women by age Levendefødte pr. 1 000 kvinder i alderen							Total fertility rate Samlet fertilitet
		15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
<i>Denmark</i>									
1986-90	59 032	9.2	72.1	127.4	77.2	23.6	3.4	0.1	1 565
1991-95	67 778	8.8	65.4	138.6	100.5	34.0	4.8	0.2	1 762
1996-00	66 951	8.0	54.7	129.7	109.3	41.3	6.0	0.2	1 746
2000	67 081	7.9	51.6	128.9	113.7	44.2	6.7	0.2	1 771
<i>Faroe Islands</i>									
1986-90	860	35.4	134.7	170.0	111.3	47.8	9.0	0.3	2 525
1991-95	753	28.4	126.0	164.2	117.2	51.6	10.7	0.4	2 493
1996-00	657	19.3	108.0	166.0	129.1	58.1	11.1	0.3	2 459
<i>Greenland</i>									
1986-90	1 168	75.3	139.2	112.9	77.4	36.5	7.5	0.2	2 245
1991-95	1 177	79.6	150.0	130.3	87.0	40.1	9.3	0.6	2 284
1996-00	994	55.9	160.9	118.4	87.7	47.6	13.5	1.4	2 426
<i>Finland</i>									
1986-90	62 552	12.3	70.2	126.0	85.6	33.2	7.5	0.4	1 676
1991-95	65 050	10.9	71.0	134.2	101.4	39.2	7.7	0.4	1 822
1996-00	58 295	9.5	61.4	119.8	101.6	44.7	8.8	0.5	1 735
2000	56 742	10.0	60.4	115.6	102.7	46.3	9.3	0.5	1 729
<i>Åland</i>									
1986-90	316	8.8	72.1	134.8	94.6	34.6	7.8	-	1 763
1991-95	324	8.4	61.4	133.8	104.1	44.4	6.7	0.2	1 795
1996-00	286	4.9	42.7	122.0	106.3	50.1	8.5	0.6	1 665
<i>Iceland</i>									
1986-90	4 415	30.6	115.2	136.1	99.7	42.7	7.7	0.2	2 161
1991-95	4 497	24.8	100.7	137.7	108.4	52.1	9.9	0.2	2 169
1996-00	4 215	23.4	90.2	129.0	107.2	51.6	9.4	0.2	2 055
2000	4 315	22.5	88.4	130.4	112.4	50.6	10.5	0.4	2 076
<i>Norway</i>									
1986-90	56 862	17.8	93.2	136.9	85.2	27.3	4.4	0.2	1 824
1991-95	60 196	15.2	82.6	137.7	100.2	37.2	5.6	0.2	1 879
1996-00	59 522	12.4	70.6	130.9	107.8	43.5	6.9	0.2	1 851
2000	59 234	11.7	67.3	129.3	110.5	45.7	7.3	0.2	1 851
<i>Sweden</i>									
1986-90	111 738	12.1	89.9	145.6	99.8	36.2	6.2	0.3	1 950
1991-95	116 052	10.9	81.3	143.1	107.5	42.8	7.4	0.3	1 966
1996-00	90 688	7.0	52.5	108.4	93.4	40.0	7.3	0.3	1 540
2000	90 441	7.0	47.5	107.0	98.2	42.5	7.7	0.3	1 547

Sources: The central statistical bureaus

Kilder: De statistiske centraltbureauer

Figure 2.4 Total fertility rate 1986-2000
Samlet fertilitetsrate 1986-2000

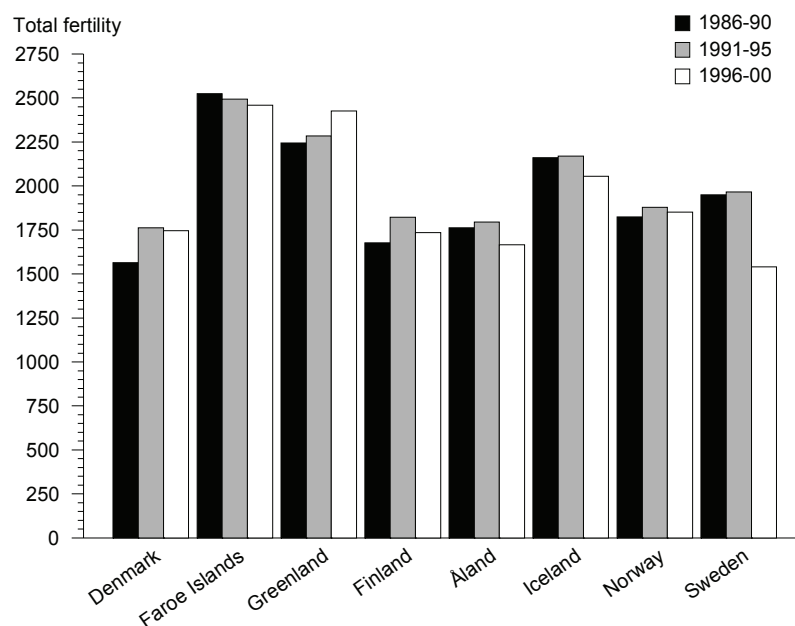


Figure 2.5 Infant mortality per 1 000 live births 1986-2000
Dødelighed i første leveår pr. 1 000 levendefødte 1986-2000

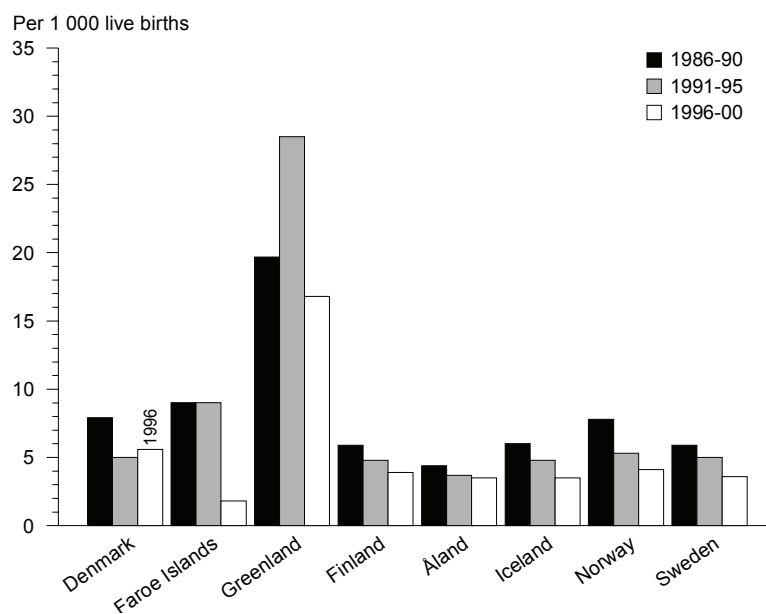


Table 2.5 Stillbirths and infant mortality¹⁾ 1986–2000
Dødfødte og dødelighed i første leveår¹⁾ 1986–2000

	Number Antal		Per 1 000 births Pr. 1 000 fødte		Deaths per 1 000 live births Døde pr. 1 000 levendefødte			
	Stillbirths Dødfødte	Infant deaths Døde i 1. leveår	Stillbirths Dødfødte	Perinatal deaths Perinatalt døde	First 24 hours Første 24 timer	1–6 days 1–6 dage	7–27 days 7–27 dage	Total under 1 year I alt under 1 år
<i>Denmark</i>								
1986–90	287	467	4.8	8.6	2.2	1.6	0.9	7.9
1991–95	314	403	4.6	7.0	1.9	1.3	0.7	5.0
1996	324	376	4.8	8.0	2.0	1.3	0.6	5.6
<i>Faroe Islands</i>								
1986–90	3	8	3.9	10.6	5.6	1.1	0.0	9.0
1991–95	3	5	4.5	6.6	2.1	4.0	0.5	9.0
1996–00 ²⁾	3	1	4.9	6.1	..	1.2	..	1.8
<i>Greenland</i>								
1986–90	9	37	9.2	22.8	9.2	4.5	0.9	19.7
1991–95	5	33	4.0	21.9	12.1	5.8	1.2	28.5
1996–00	8	17	8.1	19.6	8.1	3.1	1.0	16.8
<i>Finland</i>								
1986–90	203	372	3.3	6.4	1.7	1.8	0.8	5.9
1991–95	190	307	2.9	5.7	1.6	1.1	0.6	4.8
1996–00	214	227	3.7	5.8	1.3	0.8	0.6	3.9
<i>Åland</i>								
1986–90	1	1	3.2	5.0	–	1.9	0.6	4.4
1991–95	1	1	3.7	4.9	–	1.2	–	3.7
1996–00	0	1	1.4	3.5	0.7	1.4	–	3.5
<i>Iceland</i>								
1986–90	14	26	3.2	6.8	1.9	1.8	0.4	6.0
1991–95	12	22	2.7	5.2	1.2	1.3	0.5	4.8
1996–00	15	15	3.5	5.7	1.3	0.8	0.3	3.5
<i>Norway</i>								
1986–90	269	441	4.7	7.9	2.2	1.1	0.9	7.8
1991–95	257	322	4.3	7.0	1.7	1.1	0.7	5.3
1996–00 ³⁾	244	244	4.1	6.2	1.0	1.1	0.6	4.1
<i>Sweden</i>								
1986–90	425	661	3.8	6.9	1.3	1.8	0.7	5.9
1991–95	392	583	3.4	5.8	1.1	1.3	0.7	5.0
1996–00	332	325	3.7	5.4	0.8	0.9	0.6	3.6

1 Computed by year of death.

2 1–6 days = 0–6 days.

3 Preliminary figures.

1 Opgjort efter dødsår.

2 1–6 dage = 0–6 dage.

3 Foreløbige tal.

Sources: D: Statistics Denmark; FI: Chief Medical Officer in the Faroes; G: Chief Medical Officer; F: Statistics
Kilder: Finland; I: Statistics Iceland; N: Statistics Norway; S: Statistics Sweden

Table 2.6 Stillbirths and deaths during first year of life per 1 000 births 1985–1999, with birthweight 1 000 grams and more, total figures and rates per 1 000 births¹⁾

Dødfødte og døde i løbet af første leveår med en fødselsvægt på 1 000 gram og mere, i alt og pr. 1 000 fødte 1985–1999¹⁾

	Number Antal		Per 1 000 births Pr. 1 000 fødte	Deaths per 1 000 live births Døde pr. 1 000 levendefødte				
	Stillbirths Dødfødte	Infant deaths Døde i 1. leveår	Stillbirths Dødfødte	First 24 hours Første 24 timer	1–6 days 1–6 dage	7–27 days 7–27 dage	28 days to 1 year 28 dage til 1 år	Total under 1 year I alt under 1 år
<i>Denmark</i>								
1985	212	350	3.9	1.3	1.3	0.9	3.0	6.5
1990	262	382	4.1	0.9	1.3	0.7	3.1	6.1
1995	282	330	4.0	1.0	1.9	0.6	1.3	4.7
1996	284	270	4.2	1.0	0.9	0.6	1.5	4.0
<i>Finland</i>								
1985	199	327	3.2	1.1	1.5	0.8	1.8	5.2
1990	212	279	3.2	0.6	1.4	0.5	1.8	4.3
1995	180	169	2.8	0.5	0.7	0.5	1.0	2.7
1999	118	129	2.0	0.5	0.6	0.4	0.7	2.2
<i>Iceland</i>								
1985	10	17	2.6	0.5	1.1	0.3	2.1	4.0
1990	12	20	2.5	0.4	1.1	0.4	2.3	4.2
1995	7	13	1.6	0.9	0.7	–	1.4	3.0
1999	16	8	3.9	0.5	0.5	0.2	0.7	1.9
<i>Norway</i>								
1985	249	326	4.9	1.0	1.2	0.5	3.7	6.4
1990	242	276	4.0	0.9	0.6	0.3	2.6	4.5
1995	177	182	2.9	0.7	0.7	0.4	1.3	3.0
1997	185	170	3.1	0.6	0.8	0.4	1.0	2.9
<i>Sweden</i>								
1985	318	514	3.3	1.1	1.6	0.7	2.1	5.3
1990	391	566	3.2	0.8	1.0	0.5	2.4	4.7
1995	318	299	3.1	0.6	0.7	0.5	1.2	3.0
1999	331	301	3.8	0.9	0.9	0.5	1.2	3.5

1 Computed by year of birth.

1 Opgjort efter fødselsår.

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

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

Table 2.7 Sterilizations 1985–2000
Sterilisationer 1985–2000

	Denmark ¹⁾	Faroe Islands ²⁾	Greenland	Finland	Of which Åland	Iceland ³⁾	Norway	Sweden ⁴⁾
<i>Men</i>								
Mænd								
1985	4 348	3	..	558	-	31	2 525	1 624
1990	3 543	8	..	596	-	28	2 070	1 697
1995	5 256	3	4	800	-	87	2 697	1 507
1999	5 884	7	11	1 795	2	200	3 416	1 463
2000	5 544	14	18	1 769	2	..	3 244	..
<i>Women</i>								
Kvinder								
1985	5 919	10	..	8 675	8	595	7 490	6 224
1990	5 080	46	..	12 887	8	543	6 166	6 338
1995	4 815	60	67	10 554	31	553	4 525	5 919
1999	5 395	57	86	9 037	27	560	4 761	4 931
2000	5 101	29	127	8 703	31	..	4 512	..
<i>Total</i>								
I alt								
1985	10 267	13	..	9 233	8	626	10 015	7 848
1990	8 533	54	..	13 483	10	571	8 236	8 035
1995	10 071	63	71	11 354	31	640	7 222	7 426
1999	11 279	64	97	10 832	29	760	8 177	6 394
2000	10 645	43	145	10 472	33	..	7 756	..
[2000]								
<i>Per 1 000 in the age group</i>								
Pr. 1 000 i alderen								
<i>Men</i>								
Mænd								
25-34	3.0	-	1.0	1.0	-	1.4	1.9	0.3
35-44	8.6	0.6	1.9	2.8	1.1	4.4	5.9	1.4
45-54	2.1	-	0.5	0.7	-	0.9	2.0	0.6
<i>Women</i>								
Kvinder								
25-34	4.8	5.5	14.3	6.3	2.4	7.0	3.6	1.8
35-44	7.8	5.5	10.5	16.6	15.3	22.3	9.6	6.0
45-54	0.6	0.4	0.7	1.0	0.5	3.3	0.8	0.5

1 Includes sterilizations performed in hospitals. The figures for 1985 and 1990 concerning men include only sterilizations performed during hospitalization.

2 Rates are for 1998.

3 Figures for 1998 and 1999 are preliminary. Rates are for 1997.

4 Rates are for 1999.

1 Omfatter sterilisationer udført på sygehuse. Tallene for 1985 og 1990 for mænd omfatter kun sterilisationer, der er udført under indlæggelse.

2 Raterne er for 1998.

3 Tallene for 1998 og 1999 er foreløbige. Raterne er for 1997.

4 Raterne er for 1999.

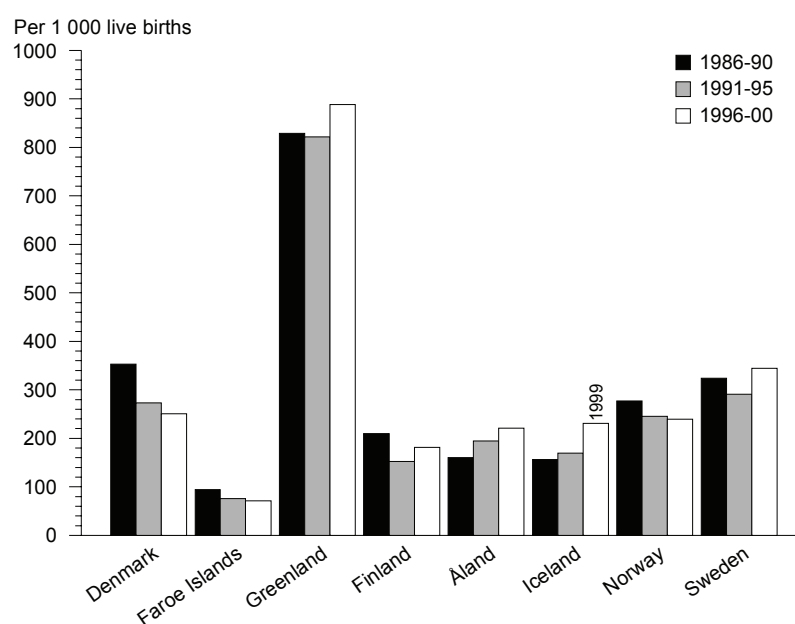
Sources: D: National Board of Health; FI: Chief Medical Officer; G: Chief Medical Officer; F & Å: STAKES;
Kilder: National Research and Development Centre for Welfare and Health; I: Directorate of Health;
N: Statistics Norway; S: National Board of Health and Welfare

Table 2.8 Sales of oral contraceptives per 1 000 women aged 15–44 years
1985–2000. DDD per 1 000 women 15–44 years per day
Omsætning af p-piller pr. 1 000 kvinder i alderen 15–44 år 1985–2000.
DDD pr. 1 000 kvinder i alderen 15–44 år pr. dag

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
1985	277	..	..	177	..	194	164	260
1990	269	105	..	222	..	197	171	226
1995	280	214	143	201	257	226	198	289
1999	319	209	167	221	288	257	216	313
2000	346	258	177	226	284	265	225	317

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

Figure 2.6 Abortions per 1 000 live births 1986–2000
Aborter pr. 1 000 levendefødte 1986–2000



Source: Table 2.9
Kilde: Tabel 2.9

Table 2.9 Number of induced abortions 1986–2000
Antal fremkaldte aborter 1986–2000

	Number of abortions	Abortions per 1 000 women by age Aborter pr. 1 000 kvinder i alderen							Total abortion rate ¹⁾	Abortions per 1 000 live births
	Antal aborter	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Samlet abortrate ¹⁾	Aborter pr. 1 000 levendefødte
Denmark										
1986-90	20 828	16.3	30.2	25.0	18.6	13.1	5.9	..	550.5	353.3
1991-95	18 513	16.3	24.6	22.8	18.6	12.0	5.0	0.4	498.0	273.0
1996-00	16 877	14.5	21.2	19.7	18.5	13.0	4.8	0.5	457.3	250.6
2000	15 681	14.3	19.9	18.0	17.8	12.6	4.8	0.5	450.9	234.0
Faroe Islands										
1986-90	81	..	..	..	..	..	..	..	..	94.0
1991-95	57	..	..	..	..	..	..	..	..	75.9
1996-00	47	4.4	5.2	7.3	7.8	5.5	2.9	0.6	168.3	70.9
2000	47	4.6	9.5	6.8	4.5	4.0	4.0	0.7	170.2	67.3
Greenland										
1986-90	978	113.1	121.0	84.1	62.0	31.3	11.1	1.5	2 121.0	829.0
1991-95	949	102.6	119.7	88.9	55.1	27.9	12.2	0.7	2 035.5	821.4
1996-00	881	114.6	138.7	87.7	57.8	28.0	9.2	1.1	2 185.5	888.6
2000	944	124.2	159.9	90.7	68.3	24.6	7.0	1.3	2 378.0	1 064.3
Finland										
1986-90	12 791	16.8	18.7	12.1	9.5	8.1	5.0	0.8	355.0	209.5
1991-95	10 611	11.6	15.8	12.8	9.7	7.0	3.5	0.5	304.6	152.6
1996-00	10 634	13.1	15.2	13.6	11.2	7.5	2.9	0.3	318.9	181.2
2000	10 930	14.8	15.9	13.0	11.2	7.9	3.0	0.2	330.2	191.2
Åland										
1986-90	51	3.7	13.9	10.7	7.8	7.3	4.2	0.6	241.0	160.0
1991-95	61	18.3	14.9	11.2	10.7	10.5	5.3	0.8	358.5	194.4
1996-00	63	16.6	20.8	12.6	13.8	10.0	4.8	0.8	396.4	220.7
2000	59	22.7	21.4	9.5	11.5	6.6	5.4	0.0	385.5	228.7
Iceland										
1986-90	687	14.4	17.7	12.9	10.6	8.7	4.6	0.4	345.3	156.6
1991-95	762	14.7	21.4	14.3	11.0	8.3	4.5	0.4	373.0	169.7
1999 ²⁾	947	21.4	25.0	19.1	12.7	9.4	3.6	0.2	457.3	231.0
Norway										
1986-90	15 701	21.7	28.9	20.5	14.3	10.1	4.3	0.5	501.6	276.9
1991-95	14 779	18.5	26.5	21.1	15.0	9.6	3.6	0.4	473.4	245.5
1996-00	14 248	18.7	26.1	19.7	15.2	9.9	3.5	0.3	471.0	239.4
2000	14 635	19.6	28.0	20.0	15.2	10.8	3.6	0.3	490.0	247.1
Sweden										
1986-90	36 165	23.0	32.6	25.6	19.7	15.6	7.4	0.9	621.8	324.3
1991-95	33 708	19.4	29.4	25.3	20.8	14.6	6.5	0.8	584.3	290.8
1996-00	31 250	18.2	27.0	23.4	20.2	15.0	5.9	0.6	551.5	344.4
2000	30 980	20.2	27.0	22.5	19.3	14.7	6.0	0.5	551.8	341.6

1 The number of legal abortions which could have been performed on 1 000 women if they had lived to be 50 years old, calculated from the age-specific abortion rate for the year.

2 Preliminary figures.

1 Det antal fremkaldte aborter, som 1 000 kvinder ville have fået udført, forudsat de levede til de var 50 år, beregnet ud fra de aldersspecifikke abortrater i observationsåret.

2 Foreløbige tal.

Sources: D: National Board of Health; FI: Chief Medical Officer; G: Chief Medical Officer; F & Å: STAKES: National Research and Development Centre for Welfare and Health; I: Directorate of Health; N: Statistics Norway and the Norwegian Board of Health (1995); S: National Board of Health and Welfare

CHAPTER III

Morbidity, medical treatment, accidents and medicine

Sygelighed, sygdomsbehandling, ulykker og medicin

Introduction

In the Nordic countries, statistical data on morbidity are insufficient. 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 the prevalence of accidents and on admissions to hospitals due to accidents are presented. Finally data on consumption of medicinal products are presented.

Diseases related to lifestyle

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

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

Indledning

De nordiske lande har mangelfulde statistiske oplysninger når det gælder sygelighed i befolkningen. I dette kapitel omtales først et antal sygdomme der kan relateres til befolkningens livsstil/sociale adfærd, efterfulgt af forekomsten af nye tilfælde af cancer. Herefter belyses den behandling der gives udenfor sygehusene, efterfulgt af en belysning af behandling ved sygehusene fordelt på diagnosegrupper og ved vigtige kirurgiske indgreb. Herefter omtales ulykkesforekomst og personer indlagt på sygehuse på grund af ulykker. Og til sidst omtales medicinforbruget.

Sygdomme relateret til livsstil

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

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

ers, both for men and for women. The number of smokers is still highest in Denmark and lowest in Sweden, where only 19 per cent of the population are daily smokers. Among other things, this pattern of behaviour is reflected in the incidence of lung cancer, as shown in Figure 3.1.

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

There are significant differences in the prevalence of diagnosed cases of both hepatitis B and C. However, some of this may be explained by differences in registration practice. The number of diagnosed cases of tuberculosis is increasing in some countries and falling in others.

Cases of hepatitis and tuberculosis are found particularly among refugees and immigrants in the Nordic countries. However, these diseases are also relatively common among drug abusers with poor living conditions.

The spread of HIV-infection shows clear patterns. The incidence in Denmark is similar to that in other countries on the north-western European continent (Germany and Holland), while the incidence in Norway, Sweden and Iceland is lower, and shows a pattern that is strikingly similar to that in Great Britain. Finland has the lowest incidence of HIV-infection of all

fortsat flest tobaksbrugere i Danmark og de færreste i Sverige, hvor kun 19 pct. af befolkningen i dag er daglige rygere. Dette adfærdsmønster afspejler sig blandt andet i forekomsten af nye tilfælde af lungecancer som det fremgår af figur 3.1.

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

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

Forekomsten af såvel hepatitis som tuberkulose findes især hos flygtninge/indvandrere i de nordiske lande, men det er også sygdomme som er relativt hyppigt forekommende blandt misbrugere med dårlige levevilkår.

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

the countries in "old" Western Europe. However, it should be noted that, with the exception of Sweden, there has been an increase again in the number of detected new cases of HIV in the Nordic countries.

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

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

den laveste forekomst af HIV-smitte i det 'gamle' Vesteuropa. Her er det dog værd at bemærke, at det med undtagelse af Sverige igen er en stigning i påviste nye tilfælde af HIV i de nordiske lande.

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

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.

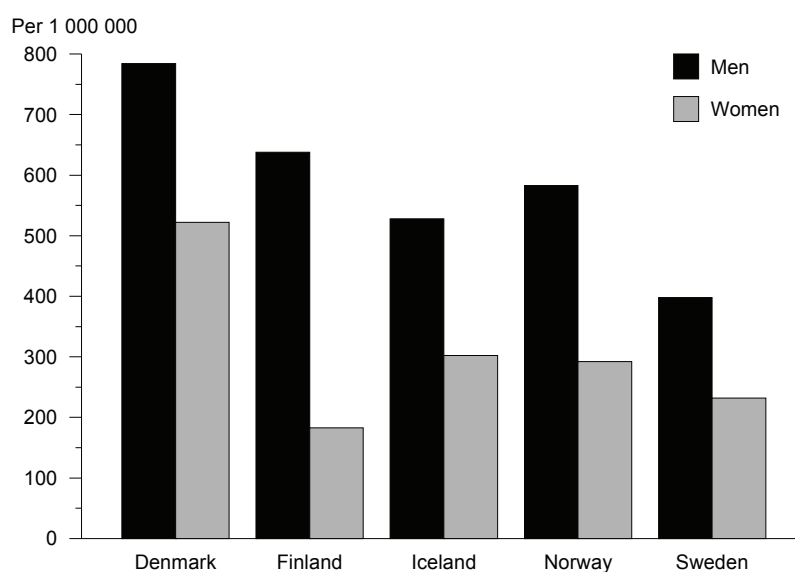
MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.1 Percentage of daily smokers by sex 2000
Daglige rygere procentvis efter køn 2000

	Denmark ¹⁾	Faroe Islands ²⁾	Finland	Iceland ³⁾	Norway	Sweden
<i>Smoking men as a percentage of men 15 years and over</i>						
Mænd, rygere, i pct. af mænd 15 år og derover	37	38	27	23	31	17
<i>Smoking women as a percentage of women 15 years and over</i>						
Kvinder, rygere, i pct. af kvinder 15 år og derover	34	42	20	22	32	21
1 1998.		1 1998.				
2 1999.		2 1999.				
3 15-79 years.		3 15-79 år.				

Sources: D: Danish Council on Smoking and Health; F: National Public Health Institute; I: Committee for Tobacco
Kilder: Use Prevention; N: National Council for Tobacco and Health; S: Statistics Sweden

Figure 3.1 Rates for new cases of lung cancer per 1 000 000 inhabitants 1997
Rater for nye tilfælde af lungecancer pr. 1 000 000 indbyggere 1997



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

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

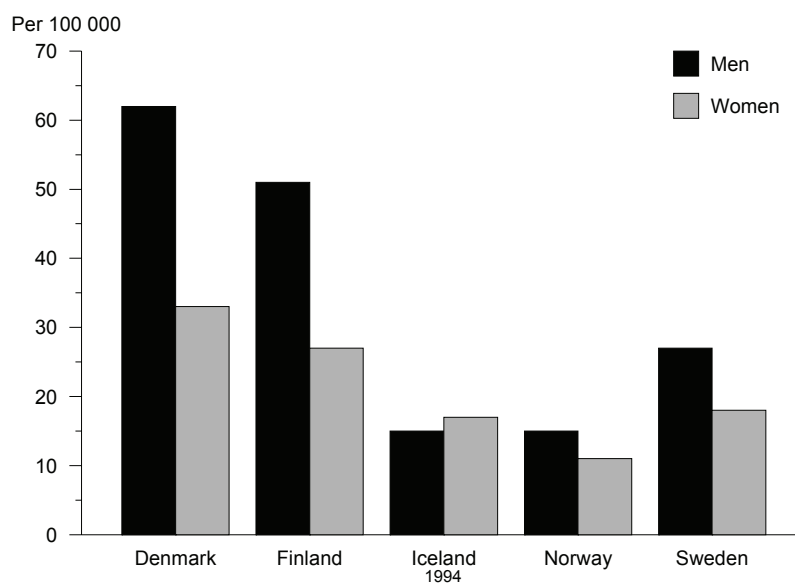
Table 3.2 Alcoholic beverages in litres of 100 per cent pure alcohol per capita aged 15 years and over 1985–2000
Alkoholiske drikke i liter 100 pct. ren alkohol pr. indbygger 15 år og derover 1985–2000

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
1985	12.1	6.6	18.5	8.0	6.3	4.3	5.1	6.1
1990	11.6	6.7	15.5	9.5	7.1	5.3	5.0	6.4
1995	12.1	6.3	12.6	8.3	5.8	4.8	4.8	6.1
1999	11.6	6.6	13.2	8.6	6.1	5.9	5.5	6.1
2000	11.5	6.8	13.4	8.6	6.1	6.1	5.6	6.2

Sources: D, FI, G, I N& S: *The Central Statistical Bureaus* De statistiske centralbureauer

Kilder: F & Å: STAKES; S: National Board of Health and Welfare (-1993), Alkoholinspektionen (1994-)

Figure 3.2 Discharges from somatic hospitals.
Alcoholic liver disease per 100 000 inhabitants 2000
Udskrivninger fra somatiske sygehuse.
Alkoholisk leversygdom pr. 100 000 indbyggere 2000



Source: Table 3.30

Kilde: Tabel 3.30

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.3 Diagnosed cases of acute hepatitis B and C per 100 000 inhabitants by sex 1989–2000

Diagnosticerede tilfælde af akut hepatitis B og C pr. 100 000 indbyggere efter køn 1989–2000

	Denmark		Faroe Islands	Greenland	Finland ¹⁾	Åland ¹⁾	Iceland ²⁾		Norway		Sweden ⁴⁾	
	M	F	M+F	M+F	M+F	M+F	M	F	M	F	M	F
<i>Hepatitis B</i>												
1989	..	..	..	7.3	2.1	..	18.9	3.2	..	..	3.9	2.3
1990	2.7	1.3	2.7	7.2	4.0	..	36.7	16.5	1.8	1.3	3.7	2.3
1995	2.8	1.4	2.8	3.6	2.2	3.9	1.5	5.2	3.4	1.2	4.6	2.1
1999	1.5	0.8	-	1.8	4.9	-	10.8	13.7	7.7	2.9	3.1	1.8
2000	1.6	0.7	0.0	1.8	4.6	-	13.5	11.4	7.7	4.0	3.3	1.8
<i>Hepatitis C</i>												
1989	..	..	..	..	0.0	..	15.0	4.0	..	..	..	..
1990	..	..	..	..	1.2	..	10.2	2.4	..	..	7.0	3.5
1995	0.3	0.1	0.3	..	26.6	11.9	21.6	8.2	0.9	0.5	46.0	19.2
1999	0.3	0.2	2.2	..	2.4	7.8	36.0	22.4	0.6 ³⁾	..	35.1	17.1
2000	0.3	0.1	0.0	1.8	2.1	-	41.2	18.5	0.5	0.4	31.4	13.7

1 Both acute and chronic in 1995.

2 Both acute and chronic.

3 Both men and women.

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

1 Både akutte og kroniske i 1995.

2 Både akutte og kroniske.

3 Tal for både mænd og kvinder.

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

Sources: D: Statens Seruminstitut; FI: Chief Medical Officer; G: Chief Medical Officer; F & Å: National Public Health Institute; I: Directorate of Health; N: Norwegian Institute of Public Health; S: Swedish Institute for Infectious Disease Control

Table 3.4 Diagnosed cases of tuberculosis per 100 000 inhabitants 1985–2000

Diagnosticerede tilfælde af tuberkulose pr. 100 000 indbyggere 1985–2000

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
<i>Men</i>								
Mænd					M+F			
1985	6.5	16.7	..	..	..	5.8	10.9	9.7
1990	8.2	4.4	63.2	..	27.7	9.4	7.6	8.1
1995	9.8	-	94.3	14.5	7.9	4.5	6.4	6.5
1999	11.4	4.3	86.8	11.9	3.9	4.3	6.4	5.8
2000	12.1	21.7	50.0	12.3	3.9	2.8	5.8	5.2
<i>Women</i>								
Kvinder								
1985	5.6	4.6	..	..	.	4.9	6.7	7.1
1990	5.5	-	109.8	..	.	5.5	5.7	4.9
1995	7.5	9.5	76.8	11.5	.	4.5	4.5	6.3
1999	8.8	9.1	141.5	9.9	.	4.3	5.9	5.4
2000	8.5	4.5	111.0	8.5	.	6.4	4.8	5.2

Sources: See Table 3.3

Kilder: Se tabel 3.3

I: Icelandic Register of Tuberculosis; N: National Health Screening Service

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

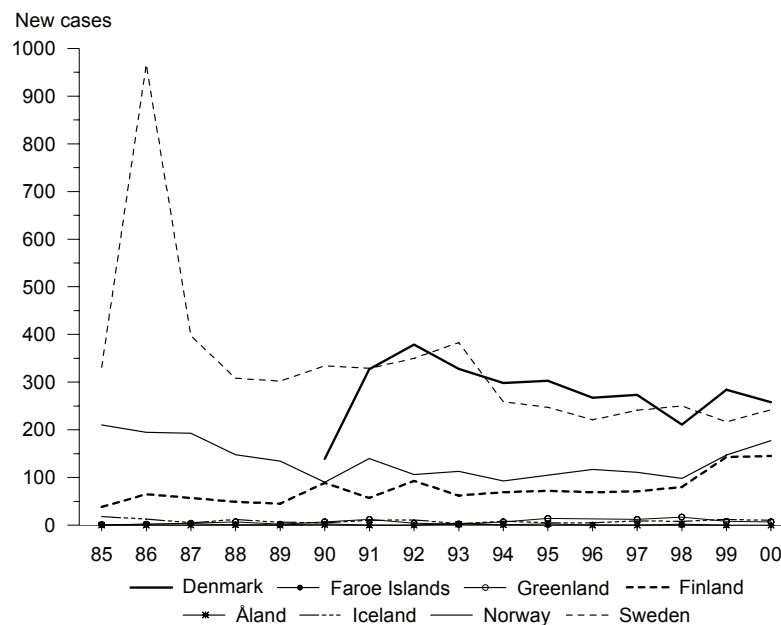
Table 3.5 Confirmed new cases of HIV 1986-2000
Påviste nye tilfælde af HIV 1986-2000

Five year average Femårs gennemsnit	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Of which Åland	Iceland	Norway	Sweden
<i>Men</i>								
Mænd								
1986-90	..	2	3	53	-	7	116	383
1991-95	245	1	4	53	1	6	81	213
1996-00	180	0	6	76	0	6	81	155
2000	162	1	4	94	-	7	102	159
<i>Women</i>								
Kvinder								
1986-90	..	-	1	8	-	1	36	78
1991-95	82	-	4	18	-	2	31	102
1996-00	79	-	4	24	0	3	49	78
2000	96	-	3	51	-	3	75	83
<i>Total</i>								
I alt								
1986-90	..	2	4	61	-	8	152	461
1991-95	327	1	8	71	1	8	112	315
1996-00	259	0	9	102	0	9	130	233
2000	258	1	7	145	-	10	177	242

Sources: See Table 3.3

Kilder: Se tabel 3.3

Figure 3.3 Confirmed new cases of HIV 1985-2000



Sources: See Table 3.3

Kilder: Se tabel 3.3

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.6 Notified cases of gonorrhoea and syphilis per 100 000 inhabitants aged 15 years and over 2000

Anmeldte tilfælde af gonorré og syfilis pr. 100 000 indbyggere 15 år og derover 2000

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
<i>Gonorrhoea</i>								
Gonorré	3.5	4.0	1 259	6.7	-	4.6	7.0	8.2
<i>Syphilis</i>								
Syfilis	0.3	-	2.5	4.8	-	7.0	1.1	1.4

Sources: See Table 3.3

Kilder: Se tabel 3.3

Table 3.7 Diagnosed cases of chlamydia per 100 000 inhabitants 1989–2000

Diagnosticerede tilfælde af chlamydia pr. 100 000 indbyggere 1989–2000

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland ¹⁾	Norway ²⁾	Sweden
<i>Men</i>		M+F			M+F			
Mænd								
1989	..	102	..	197	323	326	..	252
1990	..	82	..	190	374	285	..	230
1995	124	67	..	138	95	368	157	131
1999	153	95	2 532	162	198	451	297 ²⁾	169
2000	165	79	2 791	179	151	481	326 ²⁾	187
<i>Women</i>								
Kvinder								
1989	..	.	..	321	.	395	..	466
1990	..	.	..	308	.	313	..	414
1995	370	.	..	224	.	428	276	192
1999	367	.	4 414	247	.	735	. ²⁾	231
2000	384	.	4 817	271	.	793	. ²⁾	246

1 Notified cases. For 1999 and 2000 cases verified by laboratories. In 2000 information about sex is lacking for 48 cases or 17.1 per 100 000 population.

2 Figures for 1999 and 2000 are for both men and women.

1 Anmeldte tilfælde. For 1999 og 2000 er det tilfælde der er verificeret via laboratorier. I 2000 er der 48 tilfælde hvor der mangler oplysninger om køn svarende til 17,1 per 100 000 indbyggere.

2 Tallene for 1999 og 2000 er for både mænd og kvinder.

Sources: See Table 3.3

Kilder: Se tabel 3.3

Cancer

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

While in earlier publications, NOMESCO has only given incidence rates in the World standard, in this publication data is given for crude rates, supplemented by tables showing age-specific rates.

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. These exceptions are cancer of the lip, oesophagus, stomach and cervix, except for cancer of the cervix in Greenland, where the incidence has remained stable. The decrease in the incidence of cancer of the cervix in the Nordic countries is related

Cancersygdomme

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

Mens NOMESCO i de tidligere publikationer alene har vist incidensrater i World standard, er der i denne publikation medtaget data i crude rates suppleret med tabeller med aldersspecifikke rater.

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

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

Udviklingen i kræftsygdommene i de nordiske lande er analog for de fleste kræftformer, men der er interessante forskelle. Generelt er antallet af kræfttilfælde gennem tiden øget, med få undtagelser hvor forekomsten er faldende. Det gælder for lungekræft, spiserørskræft, kræft i mavesækken og kræft i livmoderhalsen – for sidstnævntes vedkommende med den undtagelse, at forekomsten i Grønland er forblevet på samme niveau som tidligere. Den viste nedgang i forekomsten af liv-

to the public screening programmes to detect pre-cancerous lesions and early lesions, and the ensuing treatment. The trend in cancer of the oesophagus among Danish and Swedish men has changed to a slight increase over recent years, contrary to the other Nordic countries. For cancer of the oesophagus, both alcohol and tobacco consumption are known to be major risk factors.

The incidence of breast cancer, cancer of the prostate and colorectal cancer is increasing in almost all countries. Dietary factors are probably significant for this development, but for cancer of the breast and prostate, hormonal factors also play an important role. The incidence of cancer of the testis is increasing in all countries, but the incidence is particularly high in Denmark. The high and rapidly increasing incidence in tobacco-related cancers, such as cancer of the lung in Denmark, Iceland, Norway and Sweden, give cause for concern. However, the incidence of lung cancer among men is decreasing.

Differences in cancer incidence between the Nordic countries and the autonomous areas the Faroe Islands, Greenland and Åland must be interpreted with caution, as the size of the population in these countries is small, such that incidence rates are unstable.

moderhalskræft i de nordiske lande, skal ses i sammenhæng med befolkningsbaseret screening for forstadier og tidlig kræft, og disses behandling. Udviklingen i spiserørskræft blandt danske og svenske mænd er i de seneste år, i modsætning til de øvrige nordiske lande, vendt til en svag stigning. For spiserørskræfts vedkommende er både alkohol- og tobaksforbrug erkendte større risikofaktorer.

Bryst- og prostatacancer samt colorektal cancer stiger i næsten alle lande. Kostfaktorer er formentlig af væsentlig betydning for denne udvikling, men for bryst- og prostatacancer spiller hormonelle faktorer også en vigtig rolle. Forekomsten af testikelkræft stiger i alle lande, men forekomsten er specielt høj i Danmark. Betydende er den høje incidens og stærke stigning i forekomsten af tobaksrelaterede kræftformer, såsom lungecancer i Danmark, Island, Norge og Sverige. Det skal dog bemærkes, at lungekræft blandt mænd er faldende.

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

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.8 New cases of cancer per 1 000 000 inhabitants 1986–1997, men
Nye tilfælde af cancer pr. 1 000 000 indbyggere 1986–1997, mænd

	<i>Total*</i> <i>I alt*</i>	<i>C62</i> <i>Testis</i> <i>Testikler</i>	<i>C61</i> <i>Prostate</i> <i>Prostata</i>	<i>C16</i> <i>Stomach</i> <i>Mave</i>	<i>C18-21</i> <i>Colon and</i> <i>rectum</i> <i>Tyktarm og</i> <i>endetarm</i>	<i>C25</i> <i>Pancreas</i> <i>Pancreas</i>	<i>C33-34</i> <i>Lungs</i> <i>Lunger</i>	<i>C43</i> <i>Melanoma</i> <i>of the skin</i> <i>Melanom</i> <i>i hud</i>
<i>Denmark</i>								
1986-90	5 228	102	592	172	629	136	892	121
1991-95	5 411	113	569	141	643	120	830	143
1997	5 431	112	577	122	635	130	784	145
<i>Faroe Islands¹⁾</i>								
1996-00	3 586	86	405	172	474	138	465	34
<i>Greenland</i>								
1986-90	1 677	34	27	81	162	61	365	0
1991-95	1 920	34	34	141	162	54	586	7
<i>Finland</i>								
1986-90	4 031	26	551	233	303	128	749	100
1991-95	4 443	29	787	197	352	126	704	104
1997	4 936	30	1 141	177	387	140	638	104
<i>Iceland</i>								
1986-90	3 496	59	826	286	351	134	423	35
1991-95	3 609	74	957	226	297	91	426	55
1997	4 073	59	1 035	294	477	66	528	132
<i>Norway</i>								
1986-90	4 300	78	889	254	611	140	572	168
1991-95	4 703	90	1 074	215	667	131	591	200
1997	4 952	93	1 184	183	698	125	583	213
<i>Sweden</i>								
1986-90	4 741	48	1 156	224	560	147	462	156
1991-95	4 859	52	1 292	188	587	122	429	169
1997	4 905	63	1 357	161	600	100	398	192

Numbers refer to ICD-10.

* The total covers chapter C except C84.0 + D09.0, D41.4, D32-33, D42 and D43.
 Totalen dækker kapitel C undtagen C84.0 + D09.0, D41.4, D32-33, D42 og D43.

1 Based on 5 year average discharges 1996-2000 from the patient register. 1 Baseret på udskrivelser for 5 års gennemsnit 1996-2000 fra patientregisteret.

Sources: The cancer registers in the Nordic countries

Kilder: De nordiske cancerregistre
 G: Danish Cancer Society

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.9 New cases of cancer per 1 000 000 inhabitants 1986–1997, women
Nye tilfælde af cancer pr. 1 000 000 indbyggere 1986–1997, kvinder

	Total* I alt*	C50 Breast Bryst	C53 Cervix uteri Livmo- derhals	C16 Stomach Mave	C18-21 Colon and rectum Tyktarm og endetarm	C25 Pancreas Pancreas	C33-34 Lungs Lunger	C43 Melanoma of the skin Melanom i hud
<i>Denmark</i>								
1986-90	5 279	1 139	215	115	651	143	428	156
1991-95	5 723	1 266	190	87	642	131	483	187
1997	5 780	1 322	160	73	684	125	522	178
<i>Faroe Islands¹⁾</i>								
1996-00	3 946	922	221	101	470	175	267	37
<i>Greenland</i>								
1986-90	2 057	297	378	72	145	88	354	0
1991-95	2 390	388	310	78	217	78	380	0
<i>Finland</i>								
1986-90	4 414	943	58	203	362	151	151	98
1991-95	4 850	1 086	59	169	398	151	172	100
1997	5 099	1 204	60	138	420	145	183	113
<i>Iceland</i>								
1986-90	3 388	936	100	160	350	95	347	79
1991-95	3 617	882	101	140	315	101	431	104
1997	3 712	1 090	96	140	361	66	302	140
<i>Norway</i>								
1986-90	3 950	898	159	165	612	134	201	202
1991-95	4 236	939	166	140	678	138	253	218
1997	4 534	1 067	159	114	701	135	292	240
<i>Sweden</i>								
1986-90	4 494	1 182	117	148	552	151	196	159
1991-95	4 562	1 245	111	115	563	133	228	168
1997	4 639	1 301	114	102	541	109	232	196

Numbers refer to ICD-10.

* The total covers chapter C except C84.0 + D09.0, D41.4, D32-33, D42 and D43.
Totalen dækker kapitel C undtagen C84.0 + D09.0, D41.4, D32-33, D42 og D43.

1 Based on 5 year average discharges 1996-2000 from the patient register. 1 Baseret på udskrivninger for 5 års gennemsnit 1996-2000 fra patientregisteret.

Sources: The cancer registers in the Nordic countries

Kilder: De nordiske cancerregistre
G: Danish Cancer Society

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.10 New cases of leukemia per 1 000 000 inhabitants 1985-97, 0-14 year-olds
Nye tilfælde af leukæmi pr. 1 000 000 indbyggere 1985-97, 0-14-årige

	Denmark	Finland	Iceland	Norway	Sweden
1985	42	58	32	36	43
1990	43	52	110	52	43
1995	54	42	15	38	53
1997	33	50	15	51	59

The table covers the number C204 in ICD-10.
Tabellen dækker nummer C204 i ICD-10.

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

Table 3.11 New cases of cancer of the colon and rectum per 1 000 000 inhabitants 1997
Nye tilfælde af cancer i tyktarm og endetarm pr. 1 000 000 indbyggere 1997

	Denmark	Faroe Islands ¹⁾	Greenland	Finland	Iceland	Norway	Sweden
<i>Men Mænd</i>							
<i>Age Alder</i>							
0-24	2	-	0	7	-	1	-
25-44	63	62	0	39	73	57	36
45-64	750	716	507	456	569	766	556
65-84	3 314	2 712	1 075	2 164	3 456	3 787	2 969
85+	4 257	2 892	0	3 483	1 669	4 722	3 613
<i>Women</i>							
<i>Kvinder</i>							
<i>Age Alder</i>							
0-24	4	-	0	9	19	1	3
25-44	48	70	210	83	74	65	44
45-64	628	478	1 413	370	348	701	433
65-84	2 873	1 997	2 886	1 538	1 966	2 761	2 051
85+	3 506	3 861	0	2 895	2 809	3 940	2 630

The table covers the numbers C18-21 in ICD-10.
Tabellen dækker numrene C18-21 i ICD-10.

1 Based on 5 year average discharges 1996-2000 from the patient register. 1 Baseret på udskrivninger for 5 års gennemsnit 1996-2000 fra patientregisteret.

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

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.12 New cases of lung cancer per 1 000 000 inhabitants 1997
Nye tilfælde af lungecancer pr. 1 000 000 indbyggere 1997

	Denmark	Faroe Islands ¹⁾	Greenland	Finland	Iceland	Norway	Sweden
<i>Men Mænd</i>							
<i>Age Alder</i>							
0-24	-	-	0	4	-	3	1
25-44	42	62	175	25	97	42	14
45-64	1 012	603	845	667	949	724	467
65-84	4 246	2 791	2 151	3 998	3 226	3 162	1 951
85+	2 470	964	0	4 382	835	2 252	981
<i>Women</i>							
<i>Kvinder</i>							
<i>Age Alder</i>							
0-24	1	-	0	-	-	-	-
25-44	44	-	0	25	-	28	29
45-64	745	521	2 120	192	502	494	326
65-84	2 080	1 131	3 608	705	1 704	1 055	805
85+	638	..	0	856	936	477	334

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

Tabellen dækker numrene C33-34 i ICD-10.

1 Based on 5 year average discharges 1996-2000 from the patient register.

1 Baseret på 5 års gennemsnits udskrivninger 1996-2000 fra patientregisteret.

Sources: The cancer registers in the Nordic countries

Kilder: De nordiske cancerregistre
G: Danish Cancer Society

Table 3.13 New cases of cancer of the cervix uteri per 1 000 000 women 1997
Nye tilfælde af livmoderhalscancer pr. 1 000 000 kvinder 1997

	Denmark	Faroe Islands ¹⁾	Greenland	Finland	Iceland	Norway	Sweden
<i>Age Alder</i>							
0-24	5	-	92	-	19	7	5
25-44	198	247	525	57	198	197	157
45-64	221	434	707	85	77	254	145
65-84	279	466	722	128	131	247	194
85+	228	-	0	146	-	230	122

The table covers the number C53 in ICD-10.

Tabellen dækker numrene C53 i ICD-10.

1 Based on 5 year average discharges 1996-2000 from the patient register.

1 Baseret på udskrivninger for 5 års gennemsnit 1996-2000 fra patientregisteret.

Sources: The cancer registers in the Nordic countries

Kilder: De nordiske cancerregistre
G: Danish Cancer Society

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.14 New cases of cancer of the testis per 1 000 000 men 1997
Nye tilfælde af testikelcancer pr. 1 000 000 mænd 1997

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Iceland	Norway	Sweden
<i>Age Alder</i>							
0-24	58	-	0	18	18	55	38
25-44	230	250	0	56	122	188	134
45-64	79	75	0	20	76	57	39
65-84	30	-	0	15	-	34	24
85+	-	-	0	-	-	-	34

The table covers the number C178 in ICD-10.

Tabellen dækker nummer C178 i ICD-10.

1 Based on 5 year average discharges 1996-2000 from the patient register. 1 Baseret på udskrivninger for 5 års gennemsnit 1996-2000 fra patientregisteret.

Sources: The cancer registers in the Nordic countries

Kilder: De nordiske cancerregistre

G: Danish Cancer Society

Table 3.15 New cases of melanoma of the skin per 1 000 000 inhabitants 1997
Nye tilfælde af melanom i hud pr. 1 000 000 indbyggere 1997

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Iceland	Norway	Sweden
<i>Men Mænd</i>							
<i>Age Alder</i>							
0-24	6	-	0	2	-	8	9
25-44	86	-	0	48	73	132	97
45-64	261	75	0	191	228	393	239
65-84	404	160	0	320	614	640	692
85+	380	-	0	730	835	347	654
<i>Women Kvinder</i>							
<i>Age Alder</i>							
0-24	10	-	0	10	96	33	14
25-44	185	71	0	103	124	215	152
45-64	276	43	0	130	193	393	280
65-84	326	-	0	273	262	448	416
85+	228	483	0	310	-	477	486

The table covers the number C43 in ICD-10.

Tabellen dækker nummer C43 i ICD-10.

1 Based on 5 year average discharges 1996-2000 from the patient register. 1 Baseret på udskrivninger for 5 års gennemsnit 1996-2000 fra patientregisteret.

Sources: The cancer registers in the Nordic countries

Kilder: De nordiske cancerregistre

G: Danish Cancer Society

Medical consultations and immunization schedules

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

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

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

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

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

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

Lægebesøg og vaccinationsprogrammer

I de nordiske lande er ansvaret for det primære sundhedsvæsen forankret i den offentlige sektor.

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

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

Registreringspraksis for lægebesøg er meget forskellig fra land til land.

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

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

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

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

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

terne i de andre lande er registrerede/ikke registrerede kontakter med andet sundhedspersonale. Blandt andet disse forhold gør at statistikken om lægebesøg ikke er sammenlignelig mellem de nordiske lande.

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

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

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.16 Medical consultations¹⁾ 2000
Lægekonsultationer¹⁾ 2000

	Denmark ²⁾	Finland	Åland	Iceland ²⁾	Sweden ³⁾
<i>Total number of consultations (millions)</i>					
Konsultationer i alt (mill.)	26.5	22.1	0.1	1.4	25.8
<i>of which: heraf:</i>					
<i>Consultations with a general practitioner</i>					
Besøg hos alment praktiserende læge i konsultationen	18.0	12.5	0.0	0.7	11.7
<i>Consultations with a specialist</i>					
Besøg hos specialist	8.5	9.6	0.1	0.7	14.1
<i>Consultations per capita</i>					
Besøg pr person	5.0	4.3	4.0	5.2	2.9

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

2 1998.

3 Incl. home visits, excl. medical consultations in municipalities where studies on municipal primary health care are being carried out. In 2000 this amounted to 245 000 medical consultations in three municipalities.

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

2 1998.

3 Inkl. hjemmebesøg, ekskl. lægebesøg i de kommuner hvor der pågår forsøg med kommunal primær sundhedstjeneste. I 2000 drejede det sig om 245 000 lægebesøg i tre kommuner.

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

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.17 Recommended immunization schedules per 1 January, 2002

	<i>Denmark</i>	<i>Finland</i>	<i>Iceland</i>	<i>Norway</i>	<i>Sweden</i>
BCG	-	< 7 days	-	Risk groups: First week of life. Negatives: 13-14 years	Risk groups
Pertussis	3, 5 and 12 months	3, 4, 5 and 20-24 months	3, 5, 12 months and 5 years	3, 5 and 11-12 months	3, 5 and 12 months
Tetanus	3, 5 and 12 months and 5 years	3, 4, 5 and 20-24 months, 11-13 years	3, 5, 12 months, 5 years and 14 years	3, 5 and 11-12 months, 11-12 years	3, 5 and 12 months, 10 years
Diphtheria	3, 5 and 12 months and 5 years	3, 4, 5 and 20-24 months, 11-13 years	3, 4, 12 months and 14 years	3, 5 and 11 months, 11-12 years	3, 5 and 12 months, 10 years
Polio	IPV: 3, 5 and 12 months OPV: 2, 3 and 4 years ¹⁾	IPV: 6, 12 and 20-24 months + 6, 11 and 16-18 years	IPV: 3, 5, 12 months and 14 years	IPV: 3, 5 and 11 months, 6-8 and 14 years	IPV: 3, 5 and 12 months, 5-6 years
Measles, Mumps, Rubella	15 months. 12 years	14-18 months and 11-13 years	18 months and 9 years	15 months and 12-13 years	18 months and 12 years
Rubella, only	Women of fertile age	-	Seronegative girls: 12 years	Seronegative women of fertile age	-
Measles, only	-	-	-	-	-
Haemophilus influenzae b	3, 5 and 12 months	4, 6 and 14-18 months	3, 5 and 12 months	3, 5 and 11 months	3, 5 and 12 months

IPV = Inactivated polio vaccine
OPV = Oral polio vaccine

The Faroe Islands, Greenland and Åland have the same immunization schedules as Denmark and Finland respectively. In Greenland, however, BCG is included.

1 From 1 July 2001 children aged 2 years do not receive OPV, but an IPV-booster instead at the age of 5.
Children who have received one or two OPV complete their vaccinations according to the earlier programme.

Sources: WHO/EPI

D: Statens seruminstitut; F: National Public Health Institute; I: Directorate of Health;
N: Norwegian Institute of Public Health; S: The National Board of Health and Welfare

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Tabel 3.17 Anbefalede vaccinationsprogrammer pr. 1. januar 2002

	<i>Danmark</i>	<i>Finland</i>	<i>Island</i>	<i>Norge</i>	<i>Sverige</i>
Tuberkulose	-	< 7 dage	-	Risikogrupper: Første leveuge Negative: 13-14 år	Risikogrupper
Kighoste	3, 5 og 12 måneder	3, 4, 5 og 20-24 måneder	3, 5, 12 måneder og 5 år	3, 5 og 11-12 måneder	3, 5 og 12 måneder
Stivkrampe	3, 5 og 12 måneder og 5 år	3, 4, 5 og 20-24 måneder, 11-13 år	3, 5, 12 måneder, 5 år og 14 år	3, 5 og 11-12 måneder, samt 11-12 år	3, 5 og 12 måneder, 10 år
Difteri	3, 5 og 12 måneder og 5 år	3, 4, 5 og 20-24 måneder, 11-13 år	3, 4, 12 måneder 5 og 14 år	3, 5 og 11 måneder samt 11-12 år	3, 5 og 12 måneder, 10 år
Polio	IPV: 3, 5 og 12 måneder OPV: 2, 3 og 4 år ¹⁾	IPV: 6, 12 og 20-24 måneder + 6, 11 og 16-18 år	IPV: 3, 5, 12 måneder og 14 år	IPV: 3, 5 og 11 måneder, 6-8 år og 14 år	IPV: 3, 5 og 12 måneder, 5-6 år
Mæslinger, fåresyge, røde hunde	15 måneder, 12 år	14-18 måneder og 11-13 år	18 måneder og 9 år	15 måneder og 12-13 år	18 måneder og 12 år
Røde hunde, alene	Kvinder i den fertile alder	-	Seronegative piger: 12 år	Seronegative kvinder i den fertile alder	-
Mæslinger, alene	-	-	-	-	-
Haemophilus influenzae b	3, 5 og 12 måneder	4, 6 og 14-18 måneder	3, 5, 12 måneder	3, 5 og 11 måneder	3, 5 og 12 måneder

IPV = Inaktiveret polio vaccine
OPV = Oral poliovaccine

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

1 Fra 1.7.2001 skal børn der er fyldt 2 år ikke længere vacineres med OPV men i stedet IPV når de er fyldt 5 år. Børn der har modtaget en eller to OPV vaccinationer skal gennemføre vaccinationsprogrammet i henhold til det tidligere program.

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

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.18 Children under the age of two immunized according to immunization schedules (per cent) 2000
Børn under to år vaccineret i henhold til det anbefalede vaccinationsprogram (pct.) 2000

	Denmark	Faroe Islands	Finland ¹⁾	Iceland	Norway ²⁾	Sweden
<i>BCG</i>						
Tuberkulose	.	.	99	-	..	16
<i>Pertussis</i>						
Kighoste	97	99	95	98	90	99
<i>Tetanus</i>						
Stivkrampe	97	99	95	98	90	99
<i>Diphtheria</i>						
Difteri	97	99	95	98	90	99
<i>Polio</i>						
Polio	97	99	96	93	91	99
<i>Rubella</i>						
Røde hunde	100	98	96	90	88	94
<i>Measles</i>						
Mæslinger	100	98	96	90	88	94

1 Figures based on 1 000 children born i 1997 selected randomly from the population register. Coverage has been calculated for the combination DTP only, not for its individual components.

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

1 Tallene er baseret på 1 000 børn født i 1997 tilfældigt udvalgt fra befolkningsregisteret. Dækningsgraden er beregnet ud fra DTP, ikke for de enkelte delkomponenter.

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

Source: WHO/EPI; D: Statens Seruminstitut; F: National Public Health Institute; I: Directorate of Health;
Kilde: N: Norwegian Board of Health; S: Swedish Institute for Infectious Disease Control

Discharges, average length of stay and surgical procedures

In this section, data on treatment in hospitals are presented, with data from selected diagnostic groups and with data on surgery according to 14 major surgical procedure groups. The statistics based on diagnosis are first presented with the total number of discharges from hospitals, the average length of stay, and the number of patients who have been treated during the year, according to the ICD-10's main chapters. Then follow tables on hospital discharges and average length of stay for 10 selected diagnostic groups. On the NOMESCO homepage at www.nom-nos.dk you will find detailed data on the total number of discharges according to the 61 groups in the Nordic abbreviated list of morbidity.

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 the 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 is presented in this version.

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.

Udskrivninger, gennemsnitlig liggetid og kirurgiske indgreb

I dette afsnit gives der data for behandlingen ved sygehuse med data fra udvalgte diagnosegrupper og med data for operationer opgjort efter 14 hovedoperasjonsgrupper. Den diagnosebaserede statistik vises først med det samlede antal udskrivninger, den gennemsnitlig liggetid, samt patienter der er behandlet i løbet af året, fordelt efter ICD-10's hovedkapitler. Herefter kommer tabeller om udskrivninger samt den gennemsnitlige liggetid for 10 udvalgte diagnosegrupper. På NOMESCO's hjemmeside på www.nom-nos.dk findes der detaljerede data om det samlede antal udskrivninger fordelt på de 61 grupper i den nordiske forkortede morbiditetsliste.

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 er medtaget i denne publikation.

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

Det som kan spille en væsentlig rolle for statistikken er kvaliteten af de data der findes i patientregistrene, såsom repræsentativitet, fuldstændighed og pålidelighed. Her er det generelle billede at de nordiske data har en høj dækningsgrad. For at gøre tallene så sammenlignelige som muligt er de data der vises i denne publikation fra somatiske hospitalsafdelinger på almindelige sygehuse samt somatiske specialsygehuse. For Norges vedkommende er det imidlertid ikke muligt at give data fra sygehusafdelinger men kun sygehuse i sin helhed, hvilket gør at de norske data er underestimerede sammenlignet med de andre lande.

Det som man imidlertid må være opmærksom på er, at statistikken om udskrivninger, gennemsnitlig liggetid samt personer der er behandlet i løbet af året er opgjort efter hoveddiagnose/diagnosegruppe. Det betyder at patientstatistikken ikke viser alle forekomster af de enkelte sygdomstilfælde ved indlæggelse, men kun den diagnose der var hovedårsagen til at den pågældende blev indlagt/behandlet ved et hospital. Begrebet hoveddiagnose er veldefineret af WHO, men der findes en vis variation mellem de nordiske lande i hvorledes hoveddiagnosen tolkes. I de nationale statistikker findes der også bi-diagnoser, men da omfanget af disse er forskellige i de nationale registreringssystemer, vil statistik der tæller forekomsten af de enkelte diagnoser ikke give et sammenligneligt billede.

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.

change in the classification. This is described in detail in Chapter 5 together with the causes of death. Today, all five Nordic countries use ICD-10, so that comparability is only a problem in the historic data. For example, the present tables 3.19-3.21, calculated according to the main chapters in ICD-10, are not completely comparable with the previous corresponding tables calculated according to the main chapters in ICD-9.

When evaluating the statistics it is important to note that the wrong diagnosis may have been made, or the wrong code may have been used for the correct diagnosis. Nordic studies show, however, that when it comes to the main diagnosis, validity is good.

In several countries the introduction of diagnosis related groups (DRG) has been seen to influence diagnosis in hospitals, for example more secondary diagnoses are registered and the choice of main diagnosis has changed in certain cases.

One last aspect is the different ways in which countries organize their hospital sectors, including differences in treatment practice. Differences are typically seen in the extent of out-patient versus in-patient treatment.

Tables 3.32 -3.34 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.

In order to present a more complete picture, Table 3.35 covers the most fre-

Dette er omfattende beskrevet i kapitel 5 sammen med dødsårsagerne. I dag anvender alle 5 nordiske lande ICD-10 hvorfor det kun er i de historiske data der kan komme brist i sammenligneligheden. De nuværende tabeller 3.19-3.21 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 diagnostiseringen ved sygehusene, blandt andet ved at flere bi-diagnoser registreres og valget af hoveddiagnose i visse tilfælde ændres.

Et sidste forhold der gør sig gældende er landenes forskelle i organiseringen af sygehusvæsenet og herunder også forskelle i behandlingspraksis. Her kan der typisk være forskelle med hensyn til omfanget af ambulant behandling eller om behandlingen foregår under indlæggelse.

Tabellerne 3.32-3.34 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.

For at få et mere fuldkomment billede er der i tabel 3.35 medtaget de mest fore-

quent procedures carried out as day surgery. At present data are available only for Denmark, Finland and Norway.

In order to give more detail, the 14 groups are presented by sex, and in some cases by age, in Tables 3.36-3.49. In this way, the differences between the countries appear more clearly.

Comparisons of operations between various geographic areas are however difficult, and the comparisons contain a number of potential sources of error, which in principle are the same as those mentioned for the diagnosis-related statistics.

In addition, there are differences from country to country in the way in which operations in hospitals are counted.

kommende indgreb som sker uden indlæggelse - dagkirurgisk. I øjeblikket er der kun tilgængelige data for Danmark, Finland og Norge.

For at få et mere komplet billede, er de 14 grupper medtaget fordelt på køn og i visse aldersgrupper i tabellerne 3.36-3.49. 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 3.19 Discharges from hospitals* by main diagnostic group, per 1 000 inhabitants
2000

	Denmark	Faroe ¹⁾ Islands	Finland ²⁾	Åland ²⁾
Certain infectious and parasitic diseases	4.7	4.2	4.6	6.4
Neoplasms	19.7	16.5	21.2	25.3
Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune system	2.3	2.7	1.6	0.8
Endocrine, nutritional and metabolic diseases	4.6	4.9	2.9	4.0
Mental and behavioural disorders	2.6	8.5	2.3	4.2
Diseases of the nervous system	4.6	6.1	8.2	14.9
Diseases of the eye and adnexa	1.6	3.8	8.7	3.3
Diseases of the ear and mastoid process	1.3	2.3	3.0	4.9
Diseases of the circulatory system	26.4	23.8	27.7	26.6
Diseases of the respiratory system	16.0	15.5	16.2	22.0
Diseases of the digestive system	16.5	25.2	16.1	21.1
Diseases of the skin and subcutaneous tissue	2.8	2.8	2.6	3.0
Diseases of the musculo-skeletal system and connective tissue	10.1	14.2	20.3	21.1
Diseases of the genito-urinary system	10.2	10.4	11.6	13.7
Pregnancy, childbirth and the puerperium	17.0	21.2	16.6	16.0
Certain conditions originating in the perinatal period	1.8	0.5	1.4	1.7
Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities	1.9	1.9	2.3	1.8
Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified	12.9	9.6	12.7	15.1
Traumas and poisonings	18.9	17.5	17.4	18.3
Patients without symptoms or diseases	16.7	29.6	4.3	4.3
Total	192.3	223.2	201.7	228.5

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

1 Including wards in psychiatric hospitals.

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

3 1998

4 Figures are for discharges from hospitals, not for finished treatment at wards.

Sources: The national in-patient registers

I: The Ministry of Health and Social Security

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Udskrivninger fra sygehuse* efter hoveddiagnosegrupper, Tabel 3.19
pr. 1 000 indbyggere 2000

<i>Iceland³⁾</i>	<i>Norway⁴⁾</i>	<i>Sweden</i>	
3.7	3.5	4.4	Visse infektions- og parasitære sygdomme
15.9	17.1	16.7	Svulster
4.9	1.0	1.2	Sygdomme i blod og bloddannende organer og visse lidelser i forbindelse med immunsystemet
2.2	2.1	3.4	Endokrine, ernærings- og stofskiftesygdomme
..	1.8	1.7	Psykiske og adfærdsmæssige lidelser
7.9	5.0	4.5	Sygdomme i nervesystem
1.8	1.9	1.2	Sygdomme i øje og øjenomgivelser
1.3	0.7	0.9	Sygdomme i øre og processus mastoideus
22.0	22.5	27.7	Sygdomme i kredsløbsorganer
14.9	13.1	10.7	Sygdomme i åndedrætsorganer
12.7	11.1	12.8	Sygdomme i fordøjelsesorganer
3.0	1.6	1.2	Sygdomme i hud og underhud
13.0	10.1	8.2	Sygdomme i knogler, bevægelsessystem og bindevæv
13.7	7.8	7.7	Sygdomme i urin- og kønsorganer
22.6	15.8	12.6	Svangerskab, fødsel og barsel
2.3	2.1	1.3	Visse årsager til sygdomme i perinatalperioden
2.5	2.0	1.4	Medfødte misdannelser og kromosomanomalier
6.8	10.6	15.4	Symptomer og abnorme fund ikke klassificeret andetsteds
13.1	16.7	15.6	Traumer og forgiftninger
12.9	7.6	4.2	Patienter uden symptomer eller sygdomme
..	154.1	152.9	I alt

* Omfatter somatiske afdelinger ved almindelige sygehuse og ved somatiske specialsygehuse

1 Tallene inkluderer psykiatriske hospitalsafdelinger.

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

3 1998

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

Kilder: Landspatientregistre

I: Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.20 Average length of stay in hospitals* by main diagnostic group 2000

	Denmark	Faroe ¹⁾ Islands	Finland ²⁾	Åland ²⁾
Certain infectious and parasitic diseases	5.3	4.4	5.9	4.7
Neoplasms	6.6	5.1	4.8	7.1
Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune system	5.1	4.1	4.5	6.3
Endocrine, nutritional and metabolic diseases	6.6	8.8	5.6	6.8
Mental and behavioural disorders	5.4	34.4	8.3	7.1
Diseases of the nervous system	6.3	5.5	4.4	3.2
Diseases of the eye and adnexa	2.7	3.6	1.4	2.5
Diseases of the ear and mastoid process	2.8	0.9	1.7	2.4
Diseases of the circulatory system	7.1	9.2	5.9	6.7
Diseases of the respiratory system	5.4	5.3	4.2	4.3
Diseases of the digestive system	4.9	3.3	4.0	4.9
Diseases of the skin and subcutaneous tissue	5.9	6.9	4.9	4.5
Diseases of the musculo-skeletal system and connective tissue	7.0	6.6	4.0	5.1
Diseases of the genito-urinary system	4.1	3.4	3.3	3.5
Pregnancy, childbirth and the puerperium	3.4	4.7	3.5	3.7
Certain conditions originating in the perinatal period	11.0	7.4	9.5	3.0
Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities	4.4	2.0	4.1	3.6
Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified	3.4	3.0	3.0	3.2
Traumas and poisonings	5.8	5.7	5.1	5.2
Patients without symptoms or diseases	4.6	2.6	2.4	3.7
Total	5.4	7.2	4.3	4.9

* Definition, see Table 3.19

1 Including psychiatric hospital wards.

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

Sources: See Table 3.19

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Gennemsnitlig liggetid ved sygehuse* efter hoveddiagnosegrupper 2000 Tabel 3.20

<i>Iceland</i>	<i>Norway</i>	<i>Sweden</i>	
..	6.2	5.4	Visse infektions- og parasitære sygdomme
..	8.4	7.3	Svulster
..	5.2	5.3	Sygdomme i blod og bloddannende organer og visse lidelser i forbindelse med immunsystemet
..	6.0	6.6	Endokrine, ernærings- og stofskiftesygdomme
..	4.5	6.2	Psykiske og adfærdsmæssige lidelser
..	5.5	5.8	Sygdomme i nervesystem
..	4.1	3.0	Sygdomme i øje og øjenomgivelser
..	3.0	2.4	Sygdomme i øre og processus mastoideus
..	6.3	6.5	Sygdomme i kredsløbsorganer
..	6.4	5.5	Sygdomme i åndedrætsorganer
..	5.5	4.8	Sygdomme i fordøjelsesorganer
..	7.4	7.1	Sygdomme i hud og underhud
..	6.8	6.6	Sygdomme i knogler, bevægelsessystem og bindevæv
..	4.7	4.4	Sygdomme i urin- og kønsorganer
..	4.3	3.2	Svangerskab, fødsel og barsel
..	11.5	11.8	Visse årsager til sygdomme i perinatalperioden
..	5.3	4.7	Medfødte misdannelser og kromosomanomalier
..	2.8	2.7	Symptomer og abnorme fund ikke klassificeret andetsteds
..	5.3	5.8	Traumer og forgiftninger
..	9.8	5.0	Patienter uden symptomer eller sygdomme
..	6.0	5.4	I alt

* Definition, se tabel 3.19

1 Inklusiv psykiatriske hospitalsafdelinger.

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

Kilder: Se tabel 3.19

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.21 Patients treated in hospitals* during 2000 by main diagnostic group, per 1 000 inhabitants

	<i>Denmark</i>	<i>Faroe¹⁾ Islands</i>	<i>Finland²⁾</i>
Certain infectious and parasitic diseases	4.1	3.8	4.0
Neoplasms	9.7	7.4	9.8
Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune system	1.5	1.7	1.0
Endocrine, nutritional and metabolic diseases	3.5	3.6	2.4
Mental and behavioural disorders	2.1	5.6	1.9
Diseases of the nervous system	3.3	4.1	6.0
Diseases of the eye and adnexa	1.3	3.1	7.5
Diseases of the ear and mastoid process	1.2	2.2	2.7
Diseases of the circulatory system	16.4	15.3	18.0
Diseases of the respiratory system	11.3	10.8	12.8
Diseases of the digestive system	12.5	17.6	13.0
Diseases of the skin and subcutaneous tissue	2.3	2.0	2.0
Diseases of the musculo-skeletal system and connective tissue	8.2	10.3	16.3
Diseases of the genito-urinary system	8.0	6.6	9.7
Pregnancy, childbirth and the puerperium	14.9	17.7	14.1
Certain conditions originating in the perinatal period	1.5	0.3	1.3
Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities	1.2	1.2	1.5
Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified	11.2	5.4	10.9
Traumas and poisonings	15.6	11.8	14.2
Patients without symptoms or diseases	14.0	15.9	3.8
Total	143.8	148.5	129.9

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

1 Including psychiatric hospital wards.

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

3 The figures cover treatment at the same hospital. If a patient is transferred to another hospital, this is recorded as a new treatment period.

Sources: See Table 3.19

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Patienter behandlet ved sygehuse* i løbet af 2000, efter hoveddiagnosegrupper, pr. 1 000 indbyggere Tabel 3.21

Åland ²⁾	Norway ³⁾	Sweden	
5.8	3.3	3.9	Visse infektions- og parasitære sygdomme
12.3	10.2	8.4	Svulster
0.7	0.8	0.9	Sygdomme i blod og bloddannende organer og visse lidelser i forbindelse med immunsystemet
3.2	1.8	2.7	Endokrine, ernærings- og stofskiftesygdomme
3.4	1.6	1.5	Psykiske og adfærdsmæssige lidelser
11.3	4.1	3.4	Sygdomme i nervesystem
2.9	1.7	1.0	Sygdomme i øje og øjenomgivelser
4.3	0.7	0.9	Sygdomme i øre og processus mastoideus
19.0	17.5	17.7	Sygdomme i kredsløbsorganer
18.8	10.9	8.1	Sygdomme i åndedrætsorganer
16.4	9.4	10.2	Sygdomme i fordøjelsesorganer
2.5	1.4	1.0	Sygdomme i hud og underhud
17.8	8.8	6.6	Sygdomme i knogler, bevægelsessystem og bindevæv
12.2	6.8	6.5	Sygdomme i urin- og kønsorganer
14.0	14.2	10.8	Svangerskab, fødsel og barsel
1.6	2.0	0.8	Visse årsager til sygdomme i perinatalperioden
1.2	1.5	0.8	Medfødte misdannelser og kromosomanomalier
13.4	9.7	13.2	Symptomer og abnorme fund ikke klassificeret andetsteds
15.3	15.1	12.8	Traumer og forgiftninger
4.1	6.4	3.7	Patienter uden symptomer eller sygdomme
148.5	127.7	114.9	I alt

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

1 Inklusiv psykiatriske hospitalsafdelinger.

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

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

Kilder: Se tabel 3.19

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.22 Discharges and average length of stay in hospitals*.
Malignant neoplasm of the breast, women 2000
Udskrivninger og gennemsnitlig liggetid ved sygehuse*.
Kræft i bryst, kvinder 2000

	Denmark	Faroe Islands ¹⁾	Finland	Åland ¹⁾	Iceland ²⁾	Norway	Sweden
<i>Discharges Udskrivninger</i>							
<i>Total I alt</i>	9 870	107	9 777	75	382	7 093	13 033
<i>Per 100 000 women in the age group</i>							
<i>Pr. 100 000 kvinder i alderen</i>							
0-24	0	-	1	-	2	0	1
25-44	140	418	169	193	140	136	111
45-64	817	1 154	813	1 661	676	704	574
65+	693	895	634	610	837	643	597
<i>Total rate</i>							
<i>Samlet rate</i>	366	494	369	578	279	312	297
<i>Average length of stay</i>							
<i>Gennemsnitlig liggetid</i>	5.8	2.8	4.0	5.2	..	7.2	5.1

1 Average 1996-2000.

2 1998.

The table includes ICD-9: 174-175 and ICD-10: C50.

Tabellen omfatter ICD-9: 174-175 og ICD-10: C50.

1 Gennemsnit for årene 1996 til 2000.

2 1998.

Source: * Definition, see Table 3.19

Kilde: * Definition, se tabel 3.19

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.23 Discharges and average length of stay in hospitals*.
Malignant neoplasm of the larynx, trachea, bronchus and lung 2000
Udskrivninger og gennemsnitlig liggetid ved sygehuse*.
Kræft i strubehoved, luftrør, bronkie og lunge 2000

	Denmark	Faroe Islands ¹⁾	Finland	Åland ¹⁾	Iceland ²⁾	Norway	Sweden
<i>Discharges Udskrivninger</i>							
<i>Men Mænd</i>							
<i>Total I alt</i>	6 091	24	5 106	37	274	4 207	5 916
<i>Per 100 000 men in the age group</i>							
<i>Pr. 100 000 mænd i alderen</i>							
0-24	0	-	0	-	0	0	0
25-44	19	9	8	-	43	19	9
45-64	374	114	291	496	339	295	185
65+	1 018	656	1 021	1 178	1 161	888	569
<i>Total rate</i>							
<i>Samlet rate</i>	231	105	202	292	200	189	135
<i>Women Kvinder</i>							
<i>Total I alt</i>	4 603	24	1 778	16	191	2 428	4 271
<i>Per 100 000 women in the age group</i>							
<i>Pr. 100 000 kvinder i alderen</i>							
0-24	1	-	-	-	0	0	1
25-44	19	-	14	11	15	11	8
45-64	321	232	103	226	262	194	164
65+	489	386	207	325	665	339	264
<i>Total rate</i>							
<i>Samlet rate</i>	171	110	67	120	140	107	95
<i>Average length of stay</i>							
<i>Gennemsnitlig liggetid</i>	7.1	6.2	6.1	9.5	..	10.0	9.0

1 Average 1996-2000.

2 1998.

1 Gennemsnit for årene 1996 til 2000.

2 1998.

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

Source: * Definition, see Table 3.19
Kilde: * Definition, se tabel 3.19

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.24 Discharges and average length of stay in hospitals*.
Acute myocardial infarction 2000
Udskrivninger og gennemsnitlig liggetid ved sygehuse*.
Akut hjerteinfarkt 2000

		Denmark	Faroe Islands ¹⁾	Finland	Åland ¹⁾	Iceland ²⁾	Norway	Sweden
<i>Discharges</i>	<i>Udskrivninger</i>							
<i>Men</i>	<i>Mænd</i>							
<i>Total</i>	<i>I alt</i>	7 552	68	7 193	42	333	7 496	17 639
<i>Per 100 000 men</i>								
<i>in the age group</i>								
<i>Pr. 100 000 mænd i alderen</i>								
0-44		24	9	18	29	9	27	15
45-64		414	450	365	311	417	476	403
65+		1 303	1577	1 477	1 709	1 492	1 623	1 949
<i>Total rate</i>								
<i>Samlet rate</i>		286	294	284	332	243	336	402
<i>Women</i>	<i>Kvinder</i>							
<i>Total</i>	<i>I alt</i>	4 454	30	5 467	31	166	4 396	11 600
<i>Per 100 000 women</i>								
<i>in the age group</i>								
<i>Pr. 100 000 kvinder i alderen</i>								
0-44		7	-	3	3	1	5	4
45-64		126	122	91	63	160	119	123
65+		756	714	1 019	1 179	705	934	1 149
<i>Total rate</i>								
<i>Samlet rate</i>		165	139	206	240	121	193	258
<i>Average length of stay</i>								
<i>Gennemsnitlig liggetid</i>		6.6	7.9	8.2	10.4	..	7.4	6.6

1 Average 1996-2000.

2 1998.

1 Gennemsnit for årene 1996 til 2000.

2 1998.

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

Source: * Definition, see Table 3.19
Kilde: * Definition, se tabel 3.19

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.25 Discharges and average length of stay in hospitals*.
Cerebrovascular diseases 2000
Udskrivninger og gennemsnitlig liggetid ved sygehuse*.
Karsygdomme i hjerne 2000

	Denmark	Faroe Islands ¹⁾	Finland	Åland ¹⁾	Iceland ²⁾	Norway	Sweden
<i>Discharges</i> Udskrivninger							
<i>Men</i> Mænd							
<i>Total</i> I alt	12 707	100	10 321	54	492	7 391	22 218
<i>Per 100 000 men in the age group</i>							
Pr. 100 000 mænd i alderen							
0-44	33	18	50	51	9	29	25
45-64	543	450	536	460	473	320	411
65-79	2 198	2 581	1 835	1 706	2 192	1 518	2 016
80+	3 866	3 208	2 614	3 140	3 807	3 029	4 398
<i>Total rate</i>							
Samlet rate	482	432	408	431	359	331	506
<i>Women</i> Kvinder							
<i>Total</i> I alt	12 076	66	9 374	51	377	7 210	22 330
<i>Per 100 000 women in the age group</i>							
Pr. 100 000 kvinder i alderen							
0-44	37	10	40	19	18	27	26
45-64	332	205	301	389	213	224	265
65-79	1 500	1 148	1 199	1 114	1 200	961	1 368
80+	3 136	2 832	2 019	2 230	3 291	2 388	3 641
<i>Total rate</i>							
Samlet rate	447	303	354	390	276	317	497
<i>Average length of stay</i>							
Gennemsnitlig liggetid	15.6	27.8	10.9	13.8	..	9.8	12.5

1 Average 1996-2000.

2 1998.

1 Gennemsnit for årene 1996 til 2000.

2 1998.

The table includes ICD-9: 430-434. 436-438 and ICD-10: I60-I69.

Tabellen omfatter ICD-9: 430-434 og ICD-10: I60-I69.

Source: * Definition, see Table 3.19

Kilde: * Definition, se tabel 3.19

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.26 Discharges and average length of stay in hospitals*. Asthma, bronchitis, emphysema and other chronic obstructive pulmonary disease 2000
Udskrivninger og gennemsnitlig liggetid ved sygehuse*.
Astma, bronkit, emfysem og anden obstruktiv lungesygdom 2000

		Denmark	Faroe Islands ¹⁾	Finland	Åland ¹⁾	Iceland ²⁾	Norway	Sweden
<i>Discharges</i>	<i>Udskrivninger</i>							
<i>Total</i>	<i>I alt</i>	30 213	176	18 195	120	1 004	13 200	25 672
<i>Per 100 000 in the age group</i>								
<i>Pr. 100 000 i alderen</i>								
	0-4	940	1 567	600	472	297	541	544
	5-14	168	291	134	335	65	109	14
	15-24	62	65	80	105	19	56	18
	25-64	266	176	186	168	165	138	486
	65-74	2 186	742	1 145	1 082	1 694	1 027	895
	75+	2 299	1 226	1 454	1 852	2 762	1 130	1 353
<i>Total rate</i>								
	<i>Samlet rate</i>	566	392	351	472	367	293	289
<i>Average length of stay</i>								
	<i>Gennemsnitlig liggetid</i>	6.0	6.8	5.2	5.8	..	5.4	5.9

1 Average 1996-2000.

2 1998.

1 Gennemsnit for årene 1996 til 2000.

2 1998.

The table includes ICD-9: 490-493. 496 and ICD-10: J40-J46.

Tabellen omfatter ICD-9: 490-493. 496 og ICD-10: J40-J46.

Source: * Definition, see Table 3.19

Kilde: * Definition, se tabel 3.19

Table 3.27 Discharges and average length of stay in hospitals*.
Cervical and other intervertebral disc disorders 2000
Udskrivninger og gennemsnitlig liggetid ved sygehuse*.
Diskusprolaps i halsens ryghvirvler og andre ryghvirvler 2000

		Denmark	Faroe Islands ¹⁾	Finland	Åland ¹⁾	Iceland	Norway	Sweden
<i>Discharges</i>	<i>Udskrivninger</i>							
<i>Total</i>	<i>I alt</i>	6 828	61	8 033	43	..	5 718	3 544
<i>Per 100 000 in the age group</i>								
<i>Pr. 100 000 i alderen</i>								
	0-24	14	20	20	34	..	14	5
	25-44	181	183	229	195	..	205	69
	45-64	214	241	260	315	..	229	59
	65+	104	189	108	135	..	55	26
<i>Total rate</i>								
	<i>Samlet rate</i>	128	136	155	168	..	127	40
<i>Average length of stay</i>								
	<i>Gennemsnitlig liggetid</i>	7.8	14.7	4.2	6.2	..	5.6	6.0

1 Average 1996-2000.

1 Gennemsnit for årene 1996 til 2000.

The table includes ICD-9: 722 and ICD-10: M50-M51.

Tabellen omfatter ICD-9: 722 og ICD-10: M50-M51.

Source: * Definition, see Table 3.19

Kilde: * Definition, se tabel 3.19

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.28 Discharges and average length of stay in hospitals*.
Osteoporosis and osteomalacia, women 2000
Udskrivninger og gennemsnitlig liggetid ved sygehuse*.
Osteoporose og osteomalaci, kvinder 2000

	Denmark	Faroe Islands ¹⁾	Finland	Åland ¹⁾	Iceland	Norway	Sweden
<i>Discharges</i> <i>Udskrivninger</i>							
<i>Women</i> <i>Kvinder</i>							
<i>Total</i> <i>I alt</i>	1 500	9	360	10	..	707	1 623
<i>Per 100 000 women</i>							
<i>in the age group</i>							
<i>Pr. 100 000 kvinder i alderen</i>							
0-44	3	4	1	-	..	1	0
45-64	13	22	6	-	..	8	2
65-74	147	149	32	220	..	81	29
75-79	331	267	87	382	..	148	98
80+	544	259	109	664	..	287	226
<i>Total rate</i>							
<i>Samlet rate</i>	57	40	14	77	..	31	18
<i>Average length of stay</i>							
<i>Gennemsnitlig liggetid</i>	13.1	11.4	10.2	8.1	..	7.9	10.9

1 Average 1996-2000.

1 Gennemsnit for årene 1996 til 2000.

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

Source: * Definition, see Table 3.19
Kilde: * Definition, se tabel 3.19

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.29 Discharges and average length of stay in hospitals*.
Fracture of the neck of the femur 2000
Udskrivninger og gennemsnitlig liggetid ved sygehuse*. Brud af lår 2000

	Denmark	Faroe Islands ¹⁾	Finland	Åland ¹⁾	Iceland ²⁾	Norway	Sweden
<i>Discharges</i> Udskrivninger							
<i>Men</i> Mænd							
<i>Total</i> I alt	3 308	27	2 344	10	94	2 701	6 397
<i>Per 100 000 men in the age group</i>							
Pr. 100 000 mænd i alderen							
0-44	10	30	13	3	5	10	6
45-64	75	68	72	18	48	61	51
65-74	305	375	258	188	127	286	282
75-79	813	552	655	363	607	792	767
80+	2 122	1 716	1 548	1 619	1 740	1 968	2 244
<i>Total rate</i>							
Samlet rate	125	115	93	83	69	121	146
<i>Women</i> Kvinder							
<i>Total</i> I alt	8 386	48	5 583	30	277	6 964	16 327
<i>Per 100 000 women in the age group</i>							
Pr. 100 000 kvinder i alderen							
0-44	5	6	4	-	2	4	3
45-64	74	70	48	25	49	73	57
65-74	550	459	310	348	520	509	438
75-79	1 472	1 738	1 051	610	1 117	1 321	1 335
80+	3 632	2 508	2 618	2 539	3 844	3 397	3 858
<i>Total rate</i>							
Samlet rate	311	223	211	230	203	306	364
<i>Average length of stay</i>							
Gennemsnitlig liggetid	13.7	16.8	9.3	11.6	..	10.7	8.9

1 Average 1996-2000.

2 1998.

1 Gennemsnit for årene 1996 til 2000.

2 1998.

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

Source: * Definition, see Table 3.19
Kilde: * Definition, se tabel 3.19

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.30 Discharges and average length of stay in hospitals*.
Alcoholic liver disease 2000
Udskrivninger og gennemsnitlig liggetid ved sygehuse*.
Alkoholisk leversygdom 2000

	Denmark	Faroe Islands ¹⁾	Finland	Åland ¹⁾	Iceland	Norway	Sweden
<i>Discharges</i> <i>Udskrivninger</i>							
<i>Men</i> <i>Mænd</i>							
<i>Total</i> <i>I alt</i>	1 638	7	1 298	6	..	337	1 195
<i>Per 100 000 men</i> <i>in the age group</i>							
Pr. 100 000 mænd i alderen							
0-44	15	1	16	5	..	3	3
45-64	157	110	127	132	..	40	61
65+	96	37	62	59	..	29	64
<i>Total rate</i>							
Samlet rate	62	30	51	46	..	15	27
<i>Women</i> <i>Kvinder</i>							
<i>Total</i> <i>I alt</i>	904	5	711	2	..	251	825
<i>Per 100 000 women</i> <i>in the age group</i>							
Pr. 100 000 kvinder i alderen							
0-44	10	-	7	3	..	3	2
45-64	78	39	58	38	..	24	37
65+	45	82	44	16	..	22	39
<i>Total rate</i>							
Samlet rate	33	21	27	14	..	11	18
<i>Average length of stay</i> <i>Gennemsnitlig liggetid</i>	8.6	6.3	7.8	9.9	..	10.8	9.5

1 Average 1996-2000.

1 Gennemsnit for årene 1996 til 2000.

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

Source: * Definition, see Table 3.19
Kilde: * Definition, se tabel 3.19

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.31 Discharges and average length of stay in hospitals*.
Non-alcoholic liver disease 2000
Udskrivninger og gennemsnitlig liggetid ved sygehuse*.
Ikke-alkoholisk leversygdom 2000

		Denmark	Faroe Islands ¹⁾	Finland	Åland ¹⁾	Iceland	Norway	Sweden
<i>Discharges</i> Udskrivninger								
<i>Men</i> Mænd								
<i>Total</i> I alt		636	6	603	1	..	293	745
<i>Per 100 000 men in the age group</i>								
Pr. 100 000 mænd i alderen								
0-44		11	16	17	3	..	10	9
45-64		44	42	34	12	..	16	23
65+		47	59	37	35	..	26	38
<i>Total rate</i>								
Samlet rate		24	27	24	10	..	13	17
<i>Women</i> Kvinder								
<i>Total</i> I alt		671	5	777	2	..	392	803
<i>Per 100 000 women in the age group</i>								
Pr. 100 000 kvinder i alderen								
0-44		11	10	17	3	..	9	10
45-64		44	57	43	38	..	26	26
65+		44	23	47	24	..	33	31
<i>Total rate</i>								
Samlet rate		25	22	29	15	..	17	18
<i>Average length of stay</i>								
Gennemsnitlig liggetid		8.3	6.5	4.8	8.2	..	7.4	5.2

1 Average 1996-2000.

1 Gennemsnit for årene 1996 til 2000.

The table includes ICD-9: 570; 571.8; 572-573 and ICD-10: K71-K73; K75-K77. Source: * Definition, see Table 3.19
Tabellen omfatter ICD-9: 570; 571.8; 572-573 og ICD-10: K71-K73; K75-K77. Kilde: * Definition, se tabel 3.19

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.32 Fourteen major surgical procedure groups, total numbers 2000
Fjorten store operationsgrupper, i alt 2000

NCSP codes		Denmark	Faroe Islands ¹⁾	Finland	of which Åland ²⁾	Iceland ⁴⁾	Norway	Sweden
FNA; FNB; FNC; FND; FNE	Coronary bypass operations, excl. PTCA Bypass operationer af koronarkar, ekskl. PTCA	3 173	-	3 384	1	..	3 419	6 463
FNG 02; FNG 05	Percutaneous expansion of the coronary artery (PTCA) Perkutan coronar angioplastik (PTCA)	4 903	-	2 851	1	..	5 265	8 350
BAA 20-60	Operations on the thyroid gland Thyreoidaoperationer	1 742	2	1 914	6	83	1 120	2 165
KAS 00-20	Kidney transplant Nyretransplantation	150	-	183	1	0	216	284
LCC 10-20; LCD; LCE	Hysterectomy Hysterektomi	6 189	28	9 860	33	423	4 582	7 632
KED 22-72	Prostatectomy TURP Prostatektomi TURP	4 966	22	3 311	25	218	4 554	7 634
KEC	Prostatectomy, open Prostatektomi, åben	112	0	778	2	17	227	865
NFB; NFC	Total hip replacement Total hofteledsplastik	8 391	28	5 025	26	329	7 699	14 755
HAC 10-25; HAC 99	Mastectomy (women) Ablatio mammae (kvinder)	2 989	10	2 143	30	95	1 874	3 073
HAB	Partial excision of mammary gland (women) Resektion af mammae (kvinder)	3 140	13	3 333	13	149	2 206	3 990
JEA	Appendectomy Appendektomi	7 372	40	8 220	46	449	5 152	12 157 ⁴⁾
ABC 01-26	Disc operations Disk-operationer	2 261	11	4 090	18	..	3 061	2 173
JKA 20-21	Cholecystectomy Kolecystektomi	5 987	29	9 187	38	401	3 488	11 337
MCA	Caesarean section Kejsersnit	10 167	78	8 898	48	639	7 682	12 892

The NCSP codes refer to NOMESCO Classification of Surgical Procedures. Version 1.5. NOMESCO 59:2001.

1 Average 1996-2000.

2 Average 1998-2000.

3 1998.

4 Incl. *en passant* operations.

1 Gennemsnit for årene 1996 til 2000.

2 Gennemsnit for årene 1998 til 2000.

3 1998.

4 Inkl. *en passant*-operationer.

Sources: D: National Board of Health; F & Å: STAKES; N: Norwegian Patient Register; S: National Board of
Kilder: Health and Welfare

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.33 Fourteen major surgical procedure groups, per 100 000 inhabitants 2000
Fjorten store operationsgrupper, pr. 100 000 indbyggere 2000

NCSF codes		Denmark	Faroe Islands ¹⁾	Finland	Åland ²⁾	Iceland ³⁾	Norway	Sweden
FNA; FNB; FNC; FND; FNE	Coronary bypass operations, excl. PTCA Bypass operationer af koronarkar, ekskl. PTCA	59	-	65	3	..	76	73
FNG 02; FNG 05	Percutaneous expansion of the coronary artery (PTCA) Perkutan koronar angioplastik (PTCA)	92	-	55	4	..	117	94
BAA 20-60	Operations on the thyroid gland Thyreideaoperationer	33	4	37	22	30	25	24
KAS 00-20	Kidney transplant Nyretransplantation	3	-	4	4	0	5	3
LCC 10-20; LCD; LCE	Hysterectomy ⁴⁾ Hysterektomi ⁴⁾	229	128	387	233	309	202	170
KED 22-72	Prostatectomy TURP ⁵⁾ Prostatektomi TURP ⁵⁾	188	97	131	208	159	204	174
KEC	Prostatectomy, open ⁵⁾ Prostatektomi, åben ⁵⁾	4	1	31	14	12	10	20
NFB; NFC	Total hip replacement Total hofteledsplastik	157	62	97	99	120	171	166
HAC 10-25; HAC 99	Mastectomy (women) ⁴⁾ Ablatio mammae (kvinder) ⁴⁾	111	48	84	71	69	82	68
HAB	Partial excision of mammary gland (women) ⁴⁾ Resektion af mammae (kvinder) ⁴⁾	116	60	131	91	109	97	89
JEA	Appendectomy Appendektomi	138	89	159	177	164	114	137 ⁷⁾
ABC 01-26	Disc operations Disk-operationer	42	25	79	68	..	68	24
JKA 20-21	Cholecystectomy Kolecystektomi	112	64	177	147	146	77	128
MCA	Caesarean section ⁶⁾ Kejsersnit ⁶⁾	152	116	156	175	153	130	145

The NCSF codes refer to NOMESCO Classification of Surgical Procedures. Version 1.5. NOMESCO 59:2001

1 Average 1996-2000.

2 Average 1998-2000.

3 1998.

4 Per 100 000 women.

5 Per 100 000 men.

6 Per 1 000 live births.

7 Incl. en passant operations.

1 Gennemsnit for årene 1996 til 2000.

2 Gennemsnit for årene 1998 til 2000.

3 1998.

4 Pr. 100 000 kvinder.

5 Pr. 100 000 mænd.

6 Pr. 1 000 levendefødte.

7 Inkl. en passant-operationer.

Sources: See Table 3.32

Kilder: Se tabel 3.32

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.34 Surgical procedures in connection with cancer diagnoses, total and per 100 000 inhabitants 2000
Operationer i forbindelse med kræftdiagnoser, i alt og pr. 100 000 indbyggere 2000

NCSP codes		Denmark	Faroe Islands ¹⁾	Finland	Åland ²⁾	Norway	Sweden
<i>Total I alt</i>							
LCC 10-20; LCD; LCE	<i>Hysterectomy</i> Hysterektomi (ICD-9: 180-184; ICD-10: C51-58)	1 124	5	811	2	904	1 932
KED 22-72	<i>Prostatectomy, TURP</i> Prostatektomi, TURP (ICD-9: 185; ICD-10: C61)	890	3	375	5	793	1 348
KEC	<i>Prostatectomy, open</i> Prostatektomi, åben (ICD-9: 185; ICD-10: C61)	106	-	634	1	211	856
HAC 10-25; HAC 99	<i>Mastectomy (women)</i> Ablatio mammae (kvinder) (ICD-9: 174; ICD-10: C50)	2 656	9	1 901	9	1 715	2 836
HAB	<i>Partial excision of the mammary gland (women)</i> Resektion af mammae (kvinder) (ICD-9: 174; ICD-10: C50)	1 343	5	1 364	5	1 109	3 054
<i>Per 100 000 inhabitants Pr. 100 000 indbyggere</i>							
LCC 10-20; LCD; LCE	<i>Hysterectomy³⁾</i> Hysterektomi ³⁾ (ICD-9: 180-184; ICD-10: C51-58)	42	22	31	14	40	43
KED 22-72	<i>Prostatectomy, TURP³⁾</i> Prostatektomi, TURP ³⁾ (ICD-9: 185; ICD-10: C61)	34	12	15	39	36	31
KEC	<i>Prostatectomy, open⁴⁾</i> Prostatektomi, åben ⁴⁾ (ICD-9: 185; ICD-10: C61)	4	-	25	11	9	19
HAC 10-25; HAC 99	<i>Mastectomy (women)³⁾</i> Ablatio mammae (kvinder) ³⁾ (ICD-9: 174; ICD-10: C50)	98	43	72	64	75	63
HAB	<i>Partial excision of the mammary gland (women)³⁾</i> Resektion af mammae (kvinder) ³⁾ (ICD-9: 174; ICD-10: C50)	50	23	51	38	49	68

The NCSP codes refer to NOMESCO Classification of Surgical Procedures. Version 1.5. NOMESCO 59:2001.

1 Average 1996-2000.

2 Average 1998-2000.

3 Per 100 000 women.

4 Per 100 000 men.

1 Gennemsnit for årene 1996 til 2000.

2 Gennemsnit for årene 1998 til 2000.

3 Pr. 100 000 kvinder.

4 Pr. 100 000 mænd.

Sources: See Table 3.32

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Kilder: Se tabel 3.32

Table 3.35 Twelve surgical procedures partly carried out as day surgery in hospitals 2000

	<i>Carpal tunnel decompression Dekompression og lysis af me- dianus nerve</i>	<i>Cataract surgery Katarakt- operation</i>	<i>Tonsillectomy with or without adenoidectomy Resektion på tonsiller og adenoidt væv</i>	<i>Inguinal and femoral hernia Brok- operationer</i>	<i>Chole- cystectomy laparoscopic Laparoskopisk cholecystek- tomi</i>	<i>Curettage and excision of the endometrium in the uterus and cervix uteri Udskrabninger</i>
NCSP codes	ACC51	CJC, CJD, CJE, CJF00, CJF10	EMB10, EMB20, EMB30	JAB, JAC	JKA21	LCA10-16, LCB28, LCB32, LDA10
<i>Denmark</i>						
Number of procedures	3 459	22 556	7 734	12 193	4 934	10 930
Of which day surgery	2 501	19 803	1 314	5 108	339	7 065
Day surgery (per cent)	72.3	87.8	17.0	41.9	6.9	64.6
<i>Finland</i>						
Number of procedures	5 105	33 072	9 597	11 857	8 688	7 411
Of which day surgery	4 344	26 981	1 257	4 468	288	4 933
Day surgery (per cent)	85.1	81.6	13.1	37.7	3.3	66.6
<i>Norway</i>						
Number of procedures	4 213	23 093	14 280	7 433	2 741	5 312
Of which day surgery	3 855	20 156	6 301	3 987	367	3 254
Day surgery (per cent)	91.5	87.3	44.1	53.6	13.4	61.3

Source: See Table 3.32

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Tolv kirurgiske indgreb, der delvist gennemføres som dagkirurgi på sygehuse Tabel 3.35
2000

<i>Termination of pregnancy</i> Abort-operationer	<i>Female sterilization</i> Sterilisation af kvinder	<i>Removal of implanted devices from bone</i> Fjernelse af osteosyntese	<i>Knee arthroscopy</i> Artroskopi	<i>Arthroscopic operations on the knee meniscus</i> Artroskopisk menisk-operation	<i>Vein legation and stripping</i> Fjernelse af åreknuder	
<i>LCH</i>	<i>LGA</i>	<i>NAU, NBU, NCU, NDU, NEU, NFU, NGU, NHU</i>	<i>NGA11</i>	<i>NGD01, NGD11, NGD21, NGD91</i>	<i>PHB13-14, PHD</i>	NCSF-koder
15 024	5 101	11 000	8 298	8 519	12 205	<i>Danmark</i> Indgreb i alt
10 692	3 359	4 739	5 301	5 310	4 356	Heraf dagkirurgi
71.2	65.8	43.1	63.9	62.3	35.7	Dag-kirurgi (pct.)
7 813	7 261	5 978	5 817	11 297	9 439	<i>Finland</i> Indgreb i alt
7 129	5 401	3 418	4 067	8 463	4 655	Heraf dagkirurgi
91.2	74.4	57.2	69.9	74.9	49.3	Dag-kirurgi (pct.)
14 036	5 037	6 932	4 970	9 165	5 577	<i>Norge</i> Indgreb i alt
13 533	4 111	2 391	3 597	7 287	4 014	Heraf dagkirurgi
96.4	81.6	34.5	72.4	79.5	72.0	Dag-kirurgi (pct.)

Kilde: Se tabel 3.32

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.36 Coronary bypass operations, excl. PTCA, by sex and age 2000
Coronar bypass operation, ekskl. PTCA efter køn og alder 2000

Age Alder	Denmark ¹⁾		Finland		Norway		Sweden	
	M	F	M	F	M	F	M	F
<45	54	19	58	9	69	12	69	24
45-54	382	55	444	61	395	59	507	95
55-64	767	153	741	148	805	145	1 377	311
65-74	940	320	944	474	933	293	1 859	602
75-84	326	155	297	199	450	238	1 037	520
85+	2	-	6	3	14	6	21	18
Total I alt	2 471	702	2 490	894	2 666	753	4 870	1 570
<i>Per 100 000 in the age group</i>								
<i>Pr. 100 000 i alderen</i>								
<45	3	1	4	1	5	1	3	1
45-54	99	15	106	15	126	20	81	16
55-64	253	50	274	52	369	66	272	62
65-74	490	144	493	194	612	167	537	151
75-84	295	91	346	115	429	148	431	151
85+	7	-	32	5	56	10	34	13
Total I alt	94	260	99	34	119	33	111	35

1 The age and sex distributions are estimated.

1 Fordelingen på køn og alder er skønnet.

NCSP codes covered: FNA; FNB; FNC; FND; FNE.

Sources: See Table 3.32

Kilder: Se tabel 3.32

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.37 Percutaneous expansion of the coronary artery (PTCA) by sex and age 2000
Perkutan coronar angioplastik (PTCA) efter køn og alder 2000

Age Alder	Denmark		Finland		Norway		Sweden	
	M	F	M	F	M	F	M	F
<45	238	58	126	30	297	45	283	57
45-54	811	206	520	99	978	183	1 134	291
55-64	1207	408	658	219	1294	324	2 040	610
65-74	914	458	530	324	1065	393	1 717	772
75-84	326	235	169	150	417	240	825	527
85+	20	22	7	19	15	14	51	43
Total I alt	3 516	1 387	2 010	841	4 066	1 199	6 050	2 300
<i>Per 100 000 in the age group</i>								
<i>Pr. 100 000 i alderen</i>								
<45	15	4	8	2	21	3	11	2
45-54	210	55	124	24	312	61	182	48
55-64	398	133	243	77	594	148	403	121
65-74	476	207	277	132	698	224	496	194
75-84	295	139	197	87	397	150	343	153
85+	71	31	38	32	60	23	82	31
Total I alt	133	51	80	32	182	53	138	51

NCSP codes covered: FNG 02; FNG 05.

Sources: See Table 3.32

Kilder: Se tabel 3.32

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.38 Operations on the thyroid gland by sex and age 2000
Thyreoidaoperationer, fordelt på køn og alder 2000

Age Alder	Denmark		Finland		Iceland ¹⁾		Norway		Sweden	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
<15	5	14	3	4	-	-	-	3	2	11
15-24	7	51	19	54	1	2	4	35	20	86
25-44	98	587	62	411	6	33	55	357	111	615
45-54	117	394	80	517	2	14	45	223	97	419
55-64	53	208	61	318	4	7	32	155	93	285
65-74	32	114	54	222	3	4	27	94	58	187
75-84	18	41	13	82	3	3	23	63	35	119
85+	2	1	5	9	1	-	-	4	3	19
Total I alt	332	1 410	297	1 617	20	63	186	934	419	1 741
<i>Per 100 000 in the age group</i>										
<i>Pr. 100 000 i alderen</i>										
<15	1	3	1	1	-	-	-	1	0	1
15-24	2	17	6	17	5	10	1	13	4	17
25-44	12	76	9	59	14	81	8	55	9	52
45-54	30	105	19	126	12	88	14	74	16	69
55-64	18	68	23	112	39	67	15	71	18	57
65-74	17	51	28	91	35	42	18	53	17	47
75-84	16	24	15	48	68	51	22	39	15	35
85+	7	1	27	15	85	-	-	7	5	13
Total I alt	13	52	12	61	15	46	8	41	10	39

1 1998.

1 1998.

NCSP codes covered: BAA 20-60.

Sources: See Table 3.32

Kilder: Se tabel 3.32

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.39 Kidney transplant by sex and age 2000
Nyretransplantationer, fordelt på køn og alder 2000

Age Alder	Denmark ¹⁾		Finland		Norway		Sweden	
	M	F	M	F	M	F	M	F
<15	4	-	5	6	8	2	4	1
15-24	7	5	3	5	7	5	5	8
25-44	36	31	42	26	35	27	64	29
45-54	21	9	28	15	32	16	51	26
55-64	18	18	26	12	26	14	51	28
65-74	-	1	10	5	19	13	11	5
75-84	-	-	-	-	11	1	-	-
85+	-	-	-	-	-	-	-	-
Total I alt	86	64	114	69	138	78	186	97
<i>Per 100 000 in the age group</i>								
<i>Pr. 100 000 i alderen</i>								
<15	1	-	1	1	2	0	0	0
15-24	2	2	1	2	3	2	1	2
25-44	4	4	6	4	5	4	5	2
45-54	5	2	7	4	10	5	8	4
55-64	6	6	10	4	12	6	10	6
65-74	-	1	5	2	12	7	3	1
75-84	-	-	-	-	10	1	-	-
85+	-	-	-	-	-	-	-	-
Total I alt	3	2	5	3	6	3	4	2

1 The age and sex distributions are partially estimated.

1 Fordelingen på køn og alder delvist skønnet.

NCSP codes covered: KAS 00-20.

Sources: See Table 3.32

Kilder: Se tabel 3.32

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.40 Hysterectomy by age, women 2000
Hysterektomi, kvinder fordelt på alder 2000

Age Alder	Denmark	Faroe Islands ¹⁾	Finland	Iceland ²⁾	Norway	Sweden
< 30	59	0	32	3	36	29
30-39	754	2	825	47	473	567
40-49	2 489	15	4 121	180	1 848	2 285
50-59	1 591	5	2 943	126	1 246	2 368
60-69	663	1	1 122	40	468	1 097
70-79	480	3	671	25	370	984
80-84	114	0	106	2	96	254
85+	37	-	35	-	45	95
Total I alt	6 187	28	9 855	423	4 582	7 679
<i>Per 100 000 in the age group</i>						
<i>Pr. 100 000 i alderen</i>						
< 30	6	4	3	5	4	2
30-39	189	79	230	225	141	92
40-49	682	523	1062	979	603	396
50-59	432	235	816	991	456	392
60-69	266	81	437	396	257	261
70-79	236	174	296	319	207	249
80-84	156	78	157	83	136	172
85+	53	-	59	-	75	67
Total I alt	229	128	372	309	202	171

1 Average 1996-2000.

2 1998.

1 Gennemsnit for årene 1996 til 2000.

2 1998.

NCSP codes covered: LCC 10-20; LCD; LCE.

Sources: See Table 3.32

Kilder: Se tabel 3.32

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.41 Prostatectomy TURP by age, men 2000
Prostatektomi TURP, mænd fordelt på alder 2000

Age Alder	Denmark	Faroe Islands ¹⁾	Finland	Iceland ²⁾	Norway	Sweden
< 50	98	0	20	2	59	39
50-59	481	1	291	16	381	540
60-69	1 284	8	1 030	47	1 004	1 735
70-79	2 092	9	1 430	92	1 980	3 324
80-84	696	2	337	33	744	1 307
85+	310	1	201	28	386	688
Total i alt	4 961	22	3 309	218	4 554	7 633
<i>Per 100 000 in the age group Pr. 100 000 i alderen</i>						
< 50	5	1	1	2	4	1
50-59	129	44	80	122	135	87
60-69	549	454	401	491	588	437
70-79	1 338	729	987	1 377	1 432	1 064
80-84	1 660	541	1 177	2 086	1 819	1 397
85+	1 106	688	1 076	2 381	1 557	1 100
Total i alt	188	97	131	159	204	174

1 Average 1996-2000.

1 Gennemsnit for årene 1996 til 2000.

2 1998.

2 1998.

NCSP codes covered: KED 22-72.

Sources: See Table 3.32

Kilder: Se tabel 3.32

Table 3.42 Prostatectomy, open by age, men 2000
Prostatektomi, åben, mænd fordelt på alder 2000

Age Alder	Denmark	Finland	Iceland ¹⁾	Norway	Sweden
< 50	3	15	-	7	12
50-59	31	188	1	74	239
60-69	78	429	12	132	532
70-79	-	113	4	11	82
80-84	-	23	-	2	1
85+	-	8	-	1	-
Total i alt	112	776	17	227	866
<i>Per 100 000 in the age group Pr. 100 000 i alderen</i>					
< 50	0	1	-	0	0
50-59	8	52	8	26	39
60-69	33	189	126	77	134
70-79	-	78	60	8	26
80-84	-	80	-	5	1
85+	-	43	-	4	-
Total i alt	4	31	12	10	20

1 1998.

1 1998.

NCSP codes covered: KEC.

Sources: See Table 3.32

Kilder: Se tabel 3.32

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.43 Total hip replacement by sex and age 2000
Total hoftedplastik fordelt på køn og alder 2000

Age Alder	Denmark		Faroe Islands ¹⁾		Finland		Iceland ²⁾		Norway		Sweden	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
< 30	20	15	-	-	13	14	1	-	13	21	9	27
30-39	44	52	-	-	38	29	1	4	20	47	48	70
40-49	146	114	0	0	94	122	3	5	86	121	186	201
50-59	478	484	1	1	433	358	11	17	307	501	744	816
60-69	868	1 042	1	3	784	830	39	51	525	1 131	1 355	1 760
70-79	1 056	1 684	2	9	557	1 244	45	65	802	2 076	1 873	3 189
80-84	310	824	2	3	92	274	18	34	300	934	719	1 605
85+	251	1 003	1	4	46	97	4	31	153	662	508	1 629
Total I alt	3 173	5 218	8	20	2 057	2 968	122	207	2 206	5 493	5 442	9 297
<i>Per 100 000 in the age group</i>												
<i>Pr. 100 000 i alderen</i>												
< 30	2	2	-	-	1	2	2	-	1	2	1	2
30-39	11	13	-	-	10	8	5	19	6	14	7	11
40-49	39	31	13	7	24	31	16	27	27	39	31	35
50-59	128	131	29	52	120	99	84	134	109	183	120	135
60-69	371	417	76	162	345	323	408	505	307	620	341	419
70-79	676	826	171	559	384	548	674	831	580	1 161	600	807
80-84	740	1 146	661	545	321	405	1 138	1 418	733	1 319	768	1 088
85+	896	1 435	492	924	246	164	340	1 456	617	1 096	812	1 156
Total I alt	120	193	35	91	81	112	89	151	99	242	124	207

1 Average 1996-2000.

1 Gennemsnit for årene 1996 til 2000.

2 1998.

2 1998.

NCSP codes covered: NFB; NFC.

Sources: See Table 3.32

Kilder: Se tabel 3.32

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.44 Mastectomy, women, by age 2000
Ablatio mammae, kvinder, fordelt på alder 2000

Age Alder	Denmark	Faroe Islands ¹⁾	Finland	Iceland ²⁾	Norway	Sweden
< 20	-	-	15	-	-	2
20-29	13	-	26	2	10	9
30-39	104	1	90	6	85	107
40-49	381	1	370	21	321	419
50-59	737	3	507	20	471	681
60-69	648	3	378	29	356	587
70-79	592	2	430	14	364	644
80-84	204	0	145	3	172	330
85+	154	0	99	-	95	232
Total I alt	2 833	10	2 060	95	1 874	3 011
<i>Per 100 000 in the age group</i>						
<i>Pr. 100 000 i alderen</i>						
< 20	-	-	2	-	-	0
20-29	4	-	4	10	3	2
30-39	26	26	25	28	25	17
40-49	104	49	95	114	105	73
50-59	200	131	141	157	172	113
60-69	260	150	147	287	195	140
70-79	291	99	190	179	204	163
80-84	284	78	214	79	243	224
85+	220	49	168	-	157	165
Total I alt	105	46	78	69	82	67

1 Average 1996-2000.

2 1998.

1 Gennemsnit for årene 1996 til 2000.

2 1998.

NCSP codes covered: HAC 10-25; HAC 99.

Sources See Table 3.32

Kilder: Se tabel 3.32

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.45 Partial excision of mammary gland by age, women 2000
Resektion af mammae, kvinder, fordelt på alder 2000

Age Alder	Denmark	Faroe Islands ¹⁾	Finland	Iceland ²⁾	Norway	Sweden
< 20	25	0	51	3	20	9
20-29	140	1	144	4	62	35
30-39	362	2	332	17	171	133
40-49	734	3	779	46	472	612
50-59	874	2	962	26	746	1 290
60-69	518	2	580	38	478	1 061
70-79	282	2	267	9	171	603
80-84	61	0	50	1	46	138
85+	55	0	45	5	40	103
Total I alt	3 051	12	3 210	149	2 206	3 984
<i>Per 100 000 in the age group</i>						
<i>Pr. 100 000 i alderen</i>						
< 20	4	3	8	7	4	1
20-29	40	33	47	20	21	6
30-39	91	60	93	81	51	22
40-49	201	105	201	250	154	106
50-59	237	104	267	205	273	214
60-69	208	115	226	377	262	253
70-79	138	99	118	115	96	153
80-84	85	78	74	42	65	94
85+	79	49	76	235	66	73
Total I alt	113	57	121	109	97	89

1 Average 1996-2000.

2 1998.

1 Gennemsnit for årene 1996 til 2000.

2 1998.

NCSP codes covered: HAB.

Sources: See Table 3.32

Kilder: Se tabel 3.32

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.46 Appendectomy by sex and age 2000
Appendektomi fordelt på køn og alder 2000

Age Alder	Denmark		Faroe Islands ¹⁾		Finland		Iceland ²⁾		Norway		Sweden	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
<10	416	344	2	3	253	262	20	33	206	171	521	419
10-19	860	894	7	7	956	892	83	79	639	593	1 831	1 468
20-29	597	710	4	2	757	844	64	49	597	538	1 143	1 048
30-39	562	537	2	2	702	694	33	26	446	377	978	849
40-49	315	413	1	2	547	555	16	15	256	276	637	696
50-59	275	458	2	1	385	417	10	4	227	271	552	701
60-69	207	298	2	1	270	237	8	4	104	138	347	410
70-79	108	208	1	1	166	177	2	2	93	124	274	298
80-84	34	69	0	-	29	36	-	1	28	23	76	87
85+	18	49	-	-	14	27	-	-	15	30	36	69
Total I alt	3 392	3 980	21	19	4 079	4 141	236	213	2 611	2 541	6 395	6 045
<i>Per 100 000 in the age group</i>												
<i>Pr. 100 000 i alderen</i>												
<10	119	103	61	91	80	86	88	153	66	58	96	81
10-19	289	315	198	216	288	281	383	383	223	217	330	279
20-29	165	201	143	91	234	273	312	246	196	182	202	192
30-39	135	135	72	73	188	193	157	124	127	113	152	138
40-49	84	113	38	56	137	143	83	82	80	90	107	121
50-59	74	124	59	61	106	116	77	31	80	99	89	116
60-69	89	119	86	35	119	92	84	40	61	76	87	98
70-79	69	102	47	37	115	78	30	26	67	69	88	75
80-84	81	96	60	-	101	53	-	42	68	32	81	59
85+	64	70	-	-	75	46	-	-	60	50	58	49
Total I alt	129	147	92	87	162	156	172	156	117	112	146	135

1 Average 1996-2000.

1 Gennemsnit for årene 1996 til 2000.

2 1998.

2 1998.

NCSP codes covered: JEA.

Sources: See Table 3.32

Kilder: Se tabel 3.32

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.47 Disc operations by sex and age 2000
Disk-operationer fordelt på køn og alder 2000

Age Alder	Denmark		Faroe Islands ¹⁾		Finland		Norway		Sweden	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
<10	1	-	-	-	-	-	-	-	14	14
10-19	9	10	0	-	31	20	20	20	115	85
20-29	142	100	1	0	242	124	201	110	368	276
30-39	342	252	1	1	691	398	534	362	314	278
40-49	353	268	1	2	772	502	516	417	221	222
50-59	295	193	1	1	483	367	354	257	78	78
60-69	109	89	1	0	178	141	100	83	48	42
70-79	38	48	0	1	71	59	38	41	4	5
80-84	8	3	-	-	5	2	4	2	2	6
85+	1	-	-	-	-	4	2	-	-	-
Total I alt	1 298	963	6	6	2 473	1 617	1 769	1 292	1 164	1 006
Per 100 000 in the age group Pr. 100 000 i alderen									1	1
<10	0	-	-	-	-	-	-	-	20	16
10-19	3	4	6	-	9	6	7	7	57	45
20-29	39	28	39	17	75	40	66	37	53	48
30-39	82	63	36	46	185	111	152	108	36	37
40-49	94	73	25	77	194	129	162	136	20	19
50-59	79	52	37	44	133	102	125	94	15	11
60-69	47	36	54	12	78	55	59	46	4	3
70-79	24	24	16	37	49	26	27	23	3	4
80-84	19	4	-	-	18	3	10	3	27	22
85+	4	-	-	-	-	7	8	-	14	14
Total I alt	49	36	24	27	98	61	79	57	115	85

1 Average 1996-2000.

1 Gennemsnit for årene 1996 til 2000.

NCSP codes covered: ABC 01-26.

Sources: See Table 3.32

Kilder: Se tabel 3.32

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.48 Cholesystectomy by sex and age 2000
Kolecystectomi fordelt på køn og alder 2000

Age Alder	Denmark		Faroe Islands ¹⁾		Finland		Iceland ²⁾		Norway		Sweden	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
<30	67	760	0	4	63	514	6	38	52	425	146	937
30-39	199	1 006	-	5	213	976	11	50	96	465	379	1414
40-49	279	742	0	4	479	1 063	23	56	141	407	563	1261
50-59	397	914	1	4	636	1 407	19	60	197	538	829	1737
60-69	307	549	2	4	708	1 109	22	48	164	367	763	1209
70-79	208	365	1	2	622	928	26	27	184	272	690	833
80-84	53	80	0	0	119	209	5	6	48	81	183	218
85+	19	42	0	-	52	89	2	2	16	35	75	100
Total I alt	1 529	4 458	6	23	2 892	6 295	114	287	898	2 590	3 628	7 709
<i>Per 100 000 in the age group Pr. 100 000 i alderen</i>												
<30	6	78	4	46	7	55	9	61	6	49	9	59
30-39	48	252	-	159	57	272	52	239	27	139	59	230
40-49	74	203	13	125	120	274	120	304	44	133	95	219
50-59	106	248	37	165	176	390	146	472	70	197	133	285
60-69	131	220	119	242	311	431	230	476	96	201	191	287
70-79	133	179	93	137	429	409	389	345	133	152	223	213
80-84	127	111	60	78	416	309	316	250	117	114	190	144
85+	68	61	98	-	278	151	170	94	65	58	119	70
Total I alt	58	165	24	107	115	238	83	210	40	114	83	172

1 Average 1996-2000.

1 Gennemsnit for årene 1996 til 2000.

2 1998.

2 1998.

NCSP codes covered: JKA 20-21.

Sources: See Table 3.32

Kilder: Se tabel 3.32

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.49 Caesarean section, by age, women 2000
Kejsersnit, kvinder fordelt på alder 2000

Age Alder	Denmark	Faroe Islands ¹⁾	Finland	Iceland ²⁾	Norway	Sweden
< 15	-	-	-	-	3	2
15-24	1 163	14	1 338	143	932	1 168
25-34	6 949	45	5 349	353	4 931	8 241
35-44	2 044	19	2 176	142	1 800	3 436
45+	9	-	35	1	16	45
Total I alt	10 165	78	8 898	639	7 682	12 892
<i>Per 1 000 live births</i>						
<i>Pr. 1 000 levendefødte</i>						
< 15	-	-	-	-	..	222
15-24	119	83	118	124	87	85
25-34	147	113	154	147	123	135
35-44	206	181	212	226	212	225
45+	300	-	368	500	516	446
Total I alt	152	116	157	153	130	143

1 Average 1996-2000.

2 1998.

1 Gennemsnit for årene 1996 til 2000.

2 1998.

NCSP codes covered: MCA.

Sources: See Table 3.32

Kilder: Se tabel 3.32

Accidents

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. In Denmark and Finland, there are register-based data. In Norway, a register has been established, which covers about 10 per cent of patients admitted to hospitals. Iceland and Sweden have no corresponding data.

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

However, it is not possible to produce comparable statistics dividing accidents into those that occurred in and those that occurred outside working hours.

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

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

Ulykker

Patienter indlagt på grund af ulykker udnytter en væsentlig del af kapaciteten ved sygehusene.

Mens statistikken over dødsårsager er veludbygget i de nordiske lande, er registreringen af overlevende efter ulykker stadigvæk mangelfuld, og de tilgængelige data er vanskelige at sammenligne. I Danmark og Finland findes der registerbaserede data. I Norge er der opbygget et register, som dækker ca. 10 pct. af de indlagte patienter. Island og Sverige har ikke tilsvarende tilgængelige data.

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

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

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

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

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.50 Patients discharged after treatment for injuries resulting from accidents, per 100 000 inhabitants, by place of accident 2000
 Udskrivninger fra sygehuse efter behandling for skader pådraget ved ulykker, pr. 100 000 indbyggere efter ulykkessted 2000

	Denmark	Finland ¹⁾	Norway ²⁾
<i>Place of occurrence</i>			
<i>Sted</i>			
<i>Transport area</i>			
Transportområde	231	190	182
<i>Residential area</i>			
Boligområde	363	486	336
<i>Industrial and workshop area</i>			
Produktions- og værkstedsområde	35	44	12
<i>Retail, commercial and service area</i>			
Butiks-, handels- og liberalt erhvervsområde	13	13	9
<i>School, public premises and institutional area</i>			
Skole-, offentligt administrations- og institutionsområde	53	84	78
<i>Sports area</i>			
Idræts- og sportsområde	62	72	65
<i>Amusement, entertainment and park areas</i>			
Forlystelses- og parkområde	16	30	12
<i>Open countryside</i>			
Fri natur	39	38	44
<i>Sea, lake and river</i>			
Hav- og søområde	6	5	4
<i>Place, other and unspecified</i>			
Sted, andet og uspecificeret eller uoplyst	78	788	180
<i>Total</i>			
I alt	895	1 749	923

1 1995

2 Data from the injury register, which covers 3 urban municipalities and 5.1 per cent of the population.

1 1995

2 Data fra skadesregisteret, der dækker 3 bykommuner og 5,1 pct af befolkningen.

Source: Place of occurrence codes in: *Classification for Accident Monitoring. 2nd revised edition*. Nordic Medico-Statistical Committee. Copenhagen 1990, pp. 18-25.
 Kilde: D: National Board of Health; F: STAKES; N: Norwegian Institute of Public Health

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.51 Patients discharged after treatment for injuries resulting from accidents, per 100 000 inhabitants, by sex and age 2000
 Udskrivninger fra sygehuse efter behandling for skader pådraget ved ulykker, pr. 100 000 indbyggere efter køn og alder 2000

Age Alder	Denmark		Finland		Norway		Sweden ¹⁾	
	M	F	M	F	M	F	M	F
0-14	897	635	1 005	660	815	681	1 112	745
15-24	1 225	516	2 220	877	1 048	462	1 368	694
25-64	802	421	2 114	1 259	712	405	997	621
65+	1 393	2 639	4 392	5 762	1 798	3 226	2 952	4 646
Total								
I alt	944	849	2 185	1 918	902	943	1 356	1 452

1 1997.

1 1997.

Source: The Inpatient Registers of the Nordic Countries; N: See Table 3.50

Kilde:

Development in consumption of medicinal products

This section presents data on consumption of medicinal products in the Nordic countries and trends in consumption within certain medicinal product groups.

Table 3.52 presents total sales of medicinal products in the Nordic countries, by ATC (Anatomical Therapeutic Chemical Classification) main group. Sales are highest in Sweden, followed by Finland and Norway, whereas sales in Denmark and Iceland are somewhat lower. Åland is in line with Finland, sales in the Faroe Islands are somewhat lower than in Iceland, and Greenland has markedly lower sales than all the other countries.

In all the Nordic countries sales are concentrated around a few medicinal product groups: cardiovascular system (ATC group C), nervous system (ATC group N), respiratory system (ATC group R), alimentary tract and metabolism (ATC group A), and sex hormones (ATC group G).

Consumption of medicinal products in ATC group A differs greatly between the countries. Consumption in Sweden is about twice that in Iceland and Denmark. With the exception of Greenland and the Faroe Islands, consumption of medicinal products for cardiovascular diseases and consumption of sex hormones is generally at the same level in all the countries. Greenland has much lower sales of medicinal products in both these groups, whereas the Faroe Islands have markedly

Udvikling i lægemiddelforbrug

I dette afsnit skal der ses nærmere på lægemiddelforbrugets sammensætning i de nordiske lande og udviklingen i forbruget inden for udvalgte lægemiddelgrupper.

I tabel 3.52 ses det samlede lægemiddelforbrug i de nordiske lande fordelt på ATC-hovedgrupper. Forbruget af lægemidler er højest i Sverige, dernæst kommer Finland og Norge, mens Danmark og Island har et lidt lavere forbrug. Åland er stort set på højde med Finland, forbruget på Færøerne er lidt lavere end i Island, mens forbruget i Grønland er markant lavere end i de øvrige lande.

I alle nordiske lande er forbruget koncentreret om forholdsvis få lægemiddelgrupper. Det drejer sig om lægemidler mod sygdomme i hjerte og kredsløb (ATC-gruppe C), lægemidler til nervesystemet (ATC-gruppe N), lægemidler til åndedrætsorganerne (ATC-gruppe R), lægemidler til fordøjelse og stofskifte (ATC-gruppe A) og kønshormoner (ATC-gruppe G).

Mellem landene er der stor forskel på, hvor meget medicin til fordøjelse og stofskifte, der anvendes. I Sverige er forbruget ca. dobbelt så stort som i Island og Danmark. Ser man bort fra Grønland og Færøerne, er forbruget af lægemidler til sygdomme i hjerte og kredsløb til gengæld stort set på samme niveau i alle landene, og det samme gælder for forbruget af kønshormoner. I Grønland er forbruget i begge grupper meget lavere, mens forbruget af lægemidler til hjerte og kredsløb er

higher sales of cardiovascular medicines and somewhat lower sales of sex hormones. In Denmark, Iceland and Sweden more medicinal products acting on the central nervous system are used than in the other countries, whereas Norway and Sweden take the lead for medicinal products for respiratory diseases.

These differences have many causes. Morbidity may differ between countries. Demographic differences may play a role. The proportion of elderly may differ between the countries, or there may be differences in the proportion of men and women, or in the number of people in different age groups with a high consumption of various medicines. Therapeutic traditions differ between countries, and there are geographic variations in prescribing habits within each country. Finally, the availability of medicinal products and medical care may vary. The range of medicinal products that can be bought over-the-counter can vary, and the system of reimbursement and patient charges can also have a large influence on consumption. Finally, there are different traditions in relation to doses, and these can lead to an increase in the differences.

markant højere på Færøerne og forbruget af kønshormoner noget lavere. I Danmark, Island og Sverige anvendes der mere medicin til nervesystemet end i de øvrige lande, mens Norge og Sverige topper med hensyn til forbrug af lægemidler til åndedrætsorganer.

Årsagerne til forskellene i lægemiddelforbruget kan findes i flere forhold. Sygdomsforekomsten kan være forskellig landene imellem. Demografiske forskelle kan endvidere betyde, at der er en større andel ældre i ét land end i et andet, eller der kan være en større andel mænd eller kvinder eller aldersgrupper, som har et højt forbrug af en eller flere typer lægemidler. Der kan være store forskelle i de terapeutiske traditioner landene imellem, på samme måde som der kan være forskelle i lægernes ordinationsvaner mellem geografiske områder inden for de enkelte lande. Endelig kan der være forskelle i adgangen til læger og adgangen til lægemidler. Færre eller flere lægemidler kan være i håndkøb og patienternes mulighed for at få tilskud og dermed en lavere egenbetaling kan også have stor betydning for forbruget. Endelig er der forskellige traditioner for dosering som kan være med til at øge forskellene.

Antacids and agents for the treatment of peptic ulcer (ATC group A02)

The consumption of antacids (A02A) is falling in all the Nordic countries, whereas the consumption of agents for the treatment of peptic ulcer (A02B) has increased rapidly during the nineties. The reason for this is that this medicinal product, to an increasing degree, is used in the treatment of heartburn. However, in Sweden con-

Syreneutraliserende midler og midler mod mavesår (ATC-gruppe A02)

Forbruget af syreneutraliserende lægemidler (A02A) er faldende i alle nordiske lande, mens anvendelsen af mavesårmidler (A02B) har været kraftigt stigende op igennem 1990'erne. Dette skyldes at midlet i større og større udstrækning anvendes mod halsbrand. I Sverige skete der dog et fald i forbruget af mavesårs-

sumption of agents for the treatment of peptic ulcer fell from 1996-1997, in connection with the Swedish revision of the reimbursement system. Norway had a similar fall in 1995-1996, when reimbursement for medicines for the treatment of chronic peptic ulcer was discontinued. The increase in consumption measured in DDDs for the years 1995-2000 lies between 45 and 65 per cent. Norway shows the greatest increase. Antacids are not used in Iceland, but consumption of agents for the treatment of peptic ulcer is correspondingly high. The latter group shows markedly higher sales in Sweden and Iceland than in the other Nordic countries, and the lowest sales in Finland.

Anti-obesity agents

The extent of medical treatment for obesity varies a lot between the Nordic countries. Finland and Denmark have had a certain consumption of anti-obesity agents during the nineties, especially Denmark, whereas in Iceland and Sweden consumption of these agents was first seen in 1999.

As marketing authorizations are currently being assessed for a series of new products, consumption of and expenditure on anti-obesity agents will probably continue to rise in the years to come.

Agents used for diabetes

Use of antidiabetics varies greatly between the countries. Finland has by far the highest consumption, followed by Sweden, Norway and Denmark. Consumption in Iceland is lower. The high consumption in Finland is explained by a higher preva-

midler fra 1996 til 1997 i forbindelse med indførelsen af et nyt tilskudssystem. I Norge skete der tilsvarende et fald fra 1995 til 1996, da tilskud til kronisk behandling af mavesår blev fjernet. Stigningerne i DDD-forbruget fra 1995-2000 ligger mellem 45 og 65 pct. - størst stigning ses i Norge. I Island anvendes der ikke syreneutraliserende lægemidler, men Island har til gengæld et meget højt forbrug af mavesårsmidler. Sammen med Sverige har Island et forbrug af denne lægemiddelgruppe, som er markant højere end forbruget i de øvrige nordiske lande. Det laveste forbrug ses i Finland.

Midler mod overvægt

Udbredelsen af medicinsk behandling af overvægt varierer meget mellem de nordiske lande. I Finland og Danmark har man haft et vist forbrug af denne type lægemidler op igennem 1990'erne – dog mest i Danmark, mens der i Island og Sverige først ses et forbrug af lægemidler mod overvægt i 1999.

Det er sandsynligt, at forbruget af og udgifterne til midler mod overvægt vil stige yderligere i de kommende år, da en række nye produkter er under godkendelse.

Diabetesmidler

Anvendelsen af antidiabetika varierer meget landene imellem. Finland har langt det største forbrug, derefter kommer Sverige, Norge og Danmark, mens der ses et noget lavere forbrug i Island. Forklaringen på det høje forbrug i Finland skal findes i en større fo-

lence of diabetes, which in turn may partly be explained by a higher prevalence of obesity in the population. In all countries consumption is rising, and this is related to the increasing prevalence of diabetes. The percentage increase in consumption from 1995 to 2000 was greatest in Norway and least in Sweden. A study in Denmark showed that the incidence of diabetes is 2.6 per 1 000 inhabitants per year. The incidence rises with age and is highest for men¹. With the increasing proportion of elderly in the population, the number of diabetics will also increase.

rekomst af diabetes, som til dels skyldes at en større del af befolkningen - sammenlignet med de øvrige nordiske lande - her lider af overvægt. I alle landene er forbruget stigende, og dette hænger sammen med en stigende forekomst af diabetes. Den procentuelle stigning i forbruget fra 1995-2000 er størst i Norge og lavest i Sverige. I Danmark har en undersøgelse vist, at incidensraten er på 2,6 per 1 000 personår. Incidensen stiger med alderen og er størst for mænd². Med en stigende andel ældre i befolkningen vil antallet af diabetikere dermed også stige.

Cardiovascular agents

The total consumption of cardiovascular agents (excl. C04) is largely at the same level in all the Nordic countries, but slightly lower in Iceland. In all countries the consumption of these agents is increasing, in particular due to increased consumption of calcium channel blockers (C08), agents acting on the renin-angiotensin system (C09), both groups used in the treatment of hypertension, and serum lipid reducing agents (C10). The largest increase in the consumption of cardiovascular agents over the past 5 years is seen in Norway.

During the period 1995-2000 the consumption of serum lipid reducing agents increased substantially, by 240-340 per cent, in all the Nordic countries, with the steepest increase in Norway. However, the level of consumption differs between the

Lægemidler mod sygdomme i hjerte og kredsløb

Det samlede forbrug af lægemidler til hjerte og kredsløb (ekskl. C04) er stort set overensstemmende i de nordiske lande, dog er forbruget i Island en smule lavere end i de andre lande. I alle landene sker der en vækst i anvendelsen af denne type lægemidler, og i alle landene hænger denne stigning især sammen med et øget forbrug af calciumantagonister (C08) og midler med virkning på renin-angiotensin systemet (C09), som begge bl.a. anvendes i behandling af forhøjet blodtryk, og et øget forbrug af kolesterolsænkende midler (C10). Norge har i de seneste 5 år oplevet den største stigning inden for forbruget af lægemidler mod sygdomme i hjerte og kredsløb.

Forbruget af de kolesterolsænkende midler har været kraftigt øgende fra 1995-2000 i alle nordiske lande. Stigningen ligger mellem 240 og 340 pct. - størst i Norge. Der er dog stor forskel mellem landene på, hvor højt forbruget er. Norge har det

² Forbruget af antidiabetika 1994-1997, Lægemiddelstyrelsen 1998.

countries. Norway has the highest consumption, followed by Finland. Consumption in Iceland and Sweden is about the same, and Denmark has the lowest consumption. The low consumption in Denmark may be due to the lack of reimbursement of the serum lipid reducing agents during the nineties. Individual reimbursement was available, however, and in 1998 it was decided that the serum lipid reducing agent should be subject to general reimbursement for the indication secondary prophylaxis of ischemic heart disease. Consumption has since increased steeply. Iceland, too, does not reimburse the cost of the serum lipid reducing agents, unless certain treatment criteria are met, but in practice most patients have their costs reimbursed. The other Nordic countries fully reimburse the costs of these agents.

største forbrug, dernæst kommer Finland, i Island og Sverige forbruges stort set den samme mængde, mens Danmark har det laveste forbrug. Det lave forbrug i Danmark kan hænge sammen med, at de kolesterolsænkende midler ikke har haft generelt tilskud i 1990'erne. Der har været mulighed for at søge individuelt, personligt tilskud til kolesterolsænkende midler, og i 1998 blev det besluttet, at lægemidlerne skulle have generelt, klausuleret tilskud, således at der ydes tilskud til sekundær profylakse af iskæmisk hjertesygdom. Siden da har forbruget været stærkt stigende. De kolesterolsænkende midler har heller ikke generelt tilskud i Island med mindre bestemte behandlingskriterier er fulgt. I praksis er resultatet dog, at langt de fleste får tilskud. I de øvrige nordiske lande er disse lægemidler fuldt tilskudsberettigede.

Oestrogens

Oestrogens are increasingly being recommended for women with menopausal complaints and for the prophylaxis of osteoporosis. The marketing of improved formulations of oestrogens and progestogens in combination has reinforced this development.

Sweden and Finland have the largest consumption of oestrogens (G03C), followed by Iceland. Consumption in Norway and Denmark is lower. Consumption of oestrogens and progestogens in combination (G03F) is highest in Iceland and in Norway.

Østrogener

Østrogener anbefales i stigende udstrækning til kvinder ved ubehag i forbindelse med overgangsalderen, samt for at mindske risikoen for osteoporose. Markedsføringen af forbedrede midler med kombinationer af østrogen og gestagen har forstærket denne udvikling.

Sverige og Finland har det største forbrug af østrogener (G03C). Derefter følger Island, mens forbruget i Norge og Danmark er mindre. Forbruget af østrogen og gestagen i kombination (G03F) er størst i Island og Norge.

Antibiotics

During the last few years the consumption of antibiotics has been heavily focused upon, due to the great risk of the develop-

Antibiotika

I de senere år har der været stor fokus på forbruget af antibiotika. Dette hænger sammen med den store risiko for resi-

ment of resistance with high levels of use, in particular with broad spectrum antibiotics. In all countries it is generally recommended that the use of antibiotics should be limited, and that narrow spectrum antibiotics should be the first choice of treatment.

There is little variation between the Nordic countries in total sales of antibiotics for systemic use (J01). Iceland and Finland have the largest consumption, followed by Norway and Sweden. Denmark has the lowest consumption. There are minor fluctuations in total sales of antibiotics from year to year, but during the period 1995-2000 a slightly falling trend was seen for Norway, Finland and Sweden, whereas consumption in Denmark and Iceland remained unchanged.

Analgesics and antiinflammatory agents

The consumption of weak analgesics (N02B) and non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) (M01A), varies a lot between the Nordic countries.

Denmark has by far the largest consumption of weak analgesics. As the NSAIDs are often used as analgesics, the consumption of these two groups should be considered together. When considered together, Denmark still holds the lead, although consumption of NSAIDs in Denmark is the lowest among the Nordic countries. Sweden has the second largest consumption of these two groups combined, followed by Iceland, Finland and Norway. In Sweden, weak analgesics are used more than NSAIDs, but the reverse is the case for the other countries. Finland has by far the largest consumption of

stensudvikling ved et højt forbrug, især af bredspektret antibiotika. I alle landene er den generelle anbefaling, at anvendelsen af antibiotika begrænses, og at der som førstevalg ordineres smalspektret antibiotika.

Der er stor overensstemmelse mellem de nordiske lande i det totale forbrug af antibiotika til systemisk brug (J01). Det højeste forbrug findes i Island og Finland. Dernæst kommer Norge og Sverige, og det laveste forbrug findes i Danmark. Der er mindre udsving i det samlede antibiotikaforbrug årene imellem, men for perioden fra 1995-2000 ses en svagt faldende tendens i Norge, Finland og Sverige, og uændret forbrug i Danmark og Island.

Smertestillende og antiinflammatoriske lægemidler

Størrelsen på forbruget af svage smertestillende lægemidler (N02B) og NSAID (M01A) er meget varierende mellem de nordiske lande.

Danmark har langt det største forbrug af svagere smertestillende midler. Da NSAID ofte anvendes som analgetika, bør forbruget af disse lægemiddelgrupper dog ses under ét. Gøres dette, ligger Danmark stadig på en førsteplads, selvom forbruget af NSAID her er det laveste i Norden. Sverige har det næsthøjeste forbrug af disse to lægemiddelgrupper, og derefter kommer Island, Finland og Norge. I Sverige anvendes der også i større udstrækning svagere smertestillende lægemidler frem for NSAID'er, mens det for de øvrige lande forholder sig omvendt. Finland har langt den højeste andel af NSAID,

NSAIDs, but the lowest consumption of paracetamol and opioids. In all countries there has been a small increase in the use of weak analgesics and NSAIDs.

In all the Nordic countries, weak analgesics in low strengths and small packets are sold over-the-counter. In Denmark and Sweden larger packets and, to some extent, higher strengths are also sold over-the-counter.

Antipsychotics

Consumption of antipsychotics is very stable in the Nordic countries. Only in Denmark has there been a minor increase.

Anxiolytics, hypnotics, and sedatives

The benzodiazepines (N05B A) dominate the anxiolytics in all the Nordic countries. During the period 1995-2000 consumption of anxiolytics remained unchanged or stagnating in all the Nordic countries, with the highest consumption in Denmark, Finland and Iceland.

Denmark, Norway and Iceland do not reimburse expenses on hypnotics, but Finland and Sweden do. There is no apparent correlation between consumption trends and reimbursement rules.

Antidepressants

Consumption of antidepressants increased markedly during the nineties, mainly due to a marked increase in consumption of the new selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs), marketed in the late eighties. These medicinal prod-

men den laveste andel paracetamol og opioider. I alle landene er der en svag stigning i anvendelsen af de svagere smertestillende midler og NSAID.

I alle nordiske lande sælges de svage smertestillende lægemidler i lave styrker og små pakninger i håndkøb. I Danmark og Sverige gør dette sig også gældende for de større pakninger og tildels de højere styrker.

Antipsykotika

Forbruget af antipsykotika er meget stabilt i de nordiske lande. Kun i Danmark er der sket en mindre stigning i anvendelsen af disse lægemidler.

Midler mod neuroser og sovemidler

I alle nordiske lande er det benzodiazepinerne (N05BA), der udgør hovedparten af forbruget af neurosemidlerne. Forbruget af neurosemidler har været uændret eller stagnerende i alle nordiske lande fra 1995-2000. Forbruget af denne type lægemidler er størst i Danmark, Finland og Island.

I Danmark, Norge og Island gives der ikke tilskud til hypnotika, mens disse lægemidler er tilskudsberettigede i Finland og Sverige. Tilsyneladende er der ingen sammenhæng mellem udviklingen i forbruget og tilskudsreglerne.

Antidepressiva

Anvendelsen af antidepressiva er steget kraftigt op igennem 1990'erne ikke mindst takket være en kraftig vækst i forbruget af de nyere selektive serotonin genoptagelses hæmmere (SSRI'ere), som blev markedsført i slutningen af

ucts have fewer side effects and a better safety profile than the old antidepressants and are just as effective.

1980'erne. Disse lægemidler har færre bivirkninger og en bedre sikkerhedsprofil end de gamle antidepressiva og ligger effektivt på højde med disse.

Antiasthmatics

Antiasthmatics are primarily used in the treatment of asthma and chronic obstructive pulmonary disease (COPD). The consumption of anti-asthmatics has risen over the past years, possibly reflecting an increasing prevalence of asthma and improved diagnostics.

The antiasthmatics can be divided into two main groups. One group comprises the bronchodilators, including the beta 2 adrenoreceptor agonists (R03AC), theophyllines (R03DA) and anticholinergics (R03BB). The other group comprises agents for the prophylaxis and treatment of lower airway inflammation, such as the corticosteroids (R03BA).

Consumption of antiasthmatics increased during the nineties. During the period 1995-2000 consumption levelled off in Denmark, but continued to rise in Norway, Finland and Iceland. In 2000 Norway had the highest consumption of anti-asthmatics of all the Nordic countries. Consumption in Sweden fluctuated markedly during the period 1995-2000, due to the introduction in 1997 of a new reimbursement system, changing the antiasthmatics from being free of charge to being reimbursed in line with other medicines. Prior to this change, antiasthmatics were hoarded, and shortly after the change, sales fell. In spite of an increase during the period 1997-2000, total consumption is still lower than it was in 1995.

Astmamidler

Astmamidler bruges primært til behandling af astma og kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL). Anvendelsen af astmamidler har været stigende i de seneste år, og denne stigning kan afspejle en øget forekomst af astma, bedre og tidligere diagnosticering.

Lægemidler til behandling af astma kan inddeles i to hovedgrupper. Den ene gruppe virker bronkieudvidende. Til denne gruppe hører beta2-agonister (R03AC), teofylliner (R03DA) og antikolinergika (R03BB). Den anden gruppe anvendes til forebyggelse og behandling af inflammationen i de nedre luftveje. Til denne gruppe hører kortikosteroiderne (R03BA).

Forbruget af astmamidler har været stigende op igennem 1990'erne. Fra 1995-2000 synes denne stigning stagneret i Danmark, mens den er fortsat i Norge, Finland og Island. I 2000 er Norge det land i Norden, hvor der er det største forbrug af astmamidler. Sverige har fra 1995-2000 oplevet et meget svingende forbrug af astmamidler. Forbrugsudsvingene hænger sammen med indførelsen af et nyt medicintilskudssystem i 1997, hvor astmamidlerne gik fra at have været gratis for forbrugerne til at blive ligestillet med andre lægemidler. Op til indførelsen af dette nye system skete der derfor en kraftig hamstring af astmamidler, og efter ikrafttrædelsen faldt forbruget. Den samlede mængde er - på trods af en vækst i forbruget fra 1997-2000 - fortsat lavere end i 1995.

Antihistamines

Sales of antihistamines vary a lot between the Nordic countries. Consumption in Norway is by far the highest, consumption in Iceland and in Sweden is about 2/3 of that in Norway, whereas consumption in Finland and in Denmark is only about 1/3 of that in Norway.

In all countries, consumption increased during the period 1995-2000.

Antihistamines in small packets are sold over-the-counter in all the Nordic countries.

Antihistaminer

Salget af antihistaminer varierer meget mellem de nordiske lande. Norge har langt det største forbrug af disse lægemidler, forbruget i Island og Sverige er ca. 2/3 så stort, mens forbruget i Finland og Danmark kun er ca. 1/3 så stort som forbruget i Norge.

I alle landene er forbruget steget fra 1995-2000.

Antihistaminer i lave styrker sælges i håndkøb i alle nordiske lande.

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.52 Sales of medicinal products in total, DDD/1 000 inhabitants/day by ATC-group, 2000

Salg af lægemidler i alt i DDD/1 000 indbyggere/døgn fordelt på ATC-grupper 2000

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
<i>A Alimentary tract and metabolism</i> Fordøjelsesorganer og stofskifte	122	134	57	145	132	88	145	201
<i>B Blood and blood-forming organs</i> Blod og bloddannende organer	65	40	18	109	96	25	89	108
<i>C Cardiovascular system</i> Hjerte og kredsløb	246	352	81	290	250	235	276	289
<i>G Genito-urinary system and sex hormones</i> Kønshormoner, gynækologiske lægemidler og urinvejsmidler	107	87	59	130	129	155	105	132
<i>H Systemic hormonal preparations, excl. sex hormones and inulins</i> Hormoner til systemisk brug	24	20	8	31	41	26	33	35
<i>J General anti-infectives for systemic use</i> Systemiske lægemidler mod infektionssygdomme	15	18	19	24	22	21	17	18
<i>L Antineoplastic and immuno-modulating agents</i> Cancermidler og lægemidler til immunsystemet	4	2	1	4	5	4	5	6
<i>M Musculo-skeletal system</i> Muskler, led og knogler	38	29	19	74	56	58	43	51
<i>N Nervous system</i> Nervesystemet	209	152	93	176	132	243	162	218
<i>P Antiparasitic products, insecticides and repellents</i> Lægemidler mod parasitter	2	1	2	1	2	2	1	1
<i>R Respiratory system</i> Åndedrætsorganer	104	80	50	112	104	101	145	136
<i>S Sensory organs</i> Sanseorganer	8	6	12	12	12	10	15	16
<i>Total I alt</i>	942	..	419	1 110	980	967	1 036	1 210

Sources: D: Danish Medicines Agency; FI: Chief Pharmaceutical Officer; G: The Central Pharmacy in Copenhagen County; F & Å: National Agency for Medicines; I: Ministry of Health and Social Security; N: WHO

Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology; S: National Corporation of Swedish Pharmacies

Note: Sales of B05 and D are excluded from this table because of differences in the use of national DDDs. A11 is excluded because of differences in the definitions of medicinal and non-medicinal products.

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.53 Sales of antacids and drugs for treatment of peptic ulcer (ATC-group A02),
DDD/1 000 inhabitants/day 1995-2000
Salg af syreneutraliserende midler og midler mod mavesår (ATC-gruppe A02),
DDD/1 000 indbyggere/døgn 1995-2000

	Denmark ¹⁾	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
A02								
<i>Antacids, drugs for the treatment of peptic ulcer and flatulence</i>								
Syreneutraliserende midler og midler mod mavesår								
1995	21.9	17.1	..	16.2	..	22.5	19.4	31.9
1996	24.0	18.4	..	17.1	..	24.0	17.9	36.8
1997	25.2	20.2	..	17.0	19.2	25.5	20.6	32.2
1998	27.3	22.9	14.5	17.6	21.3	28.6	22.8	38.9
1999	28.2	26.3	13.0	19.3	22.2	32.4	25.3	42.4
2000	28.8	29.2	14.8	21.1	24.4	36.9	27.0	38.7
A02A								
<i>Antacids</i>								
Syreneutraliserende midler								
1995	8.7	6.6	..	3.3	..	2.9	4.9	4.9
1996	9.2	6.3	..	3.1	..	2.8	4.6	4.3
1997	8.8	5.9	..	2.9	4.3	2.7	4.3	3.9
1998	8.8	5.7	1.7	2.6	3.8	2.8	3.9	3.9
1999	8.5	5.8	1.6	2.8	3.8	2.7	3.7	3.5
2000	8.0	5.7	2.5	2.8	3.7	2.6	3.3	3.3
A02B								
<i>Drugs for the treatment of peptic ulcer</i>								
Midler mod mavesår								
1995	12.1	9.1	..	9.6	..	22.1	11.3	20.7
1996	13.7	10.5	..	11.1	..	23.5	10.5	26.2
1997	15.3	12.9	..	11.4	11.2	25.1	13.3	22.8
1998	17.4	15.8	12.4	12.4	13.4	28.1	16.0	28.9
1999	18.7	18.8	10.9	13.9	14.7	31.9	18.6	32.8
2000	19.9	21.9	12.2	15.9	16.7	36.4	20.9	35.3
A02BA								
<i>H2-receptor antagonists</i>								
H2-receptor antagonist								
1995	7.0	4.5	..	4.6	..	14.2	6.7	7.0
1996	7.3	4.8	..	5.5	..	13.2	4.8	8.2
1997	7.1	4.8	..	5.3	4.9	12.1	5.3	6.9
1998	7.0	4.4	1.7	5.4	6.0	11.3	5.7	7.7
1999	6.8	4.0	1.9	5.3	6.0	10.7	5.9	7.6
2000	6.5	4.0	2.5	5.1	6.2	9.6	5.9	7.1

The table continues ...

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.53, continued

	Denmark ¹⁾	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
A02BC								
<i>Proton pump inhibitors</i>								
<i>Protonpumpe-hæmmere</i>								
1995	4.8	4.5	..	2.6	..	7.6	4.5	12.5
1996	6.2	5.7	..	2.5	..	10.1	5.6	17.0
1997	8.1	8.0	..	4.8	4.5	12.8	7.9	15.1
1998	10.3	11.3	10.7	6.0	5.8	16.6	10.2	20.5
1999	11.8	14.7	8.9	7.7	7.1	21.1	12.6	24.6
2000	13.3	17.9	9.4	9.8	9.3	26.7	14.9	26.8
A02BX								
<i>Other drugs for the treatment of peptic ulcer</i>								
<i>Andre midler til behandling af mavesår</i>								
1995	0.2	0.0	..	2.3	..	0.3	0.1	0.8
1996	0.2	0.1	..	1.7	..	0.2	0.0	0.7
1997	0.2	0.1	..	1.2	1.7	0.2	0.0	0.5
1998	0.1	0.1	0	1.0	1.7	0.2	0.0	0.5
1999	0.1	0.1	0	0.9	1.6	0.2	0.1	0.4
2000	0.1	0.1	0.3	0.9	1.2	0.1	0.5	1.3

Sources: See Table 3.52

Kilder: Se tabel 3.52

1 For Denmark, the figures for the years 1995–96 do not include the hospital sector.

Table 3.54 Sales of antiobesity preparations, excl. dietary products (ATC-group A08), DDD/1 000 inhabitants/day 1995–2000
Salg af appetitnedsættende midler (ATC-gruppe A08), DDD/1 000 indbyggere/døgn 1995–2000

	Denmark ¹⁾	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
A08								
<i>Antiobesity preparations, excl. dietary products</i>								
<i>Appetitnedsættende midler</i>								
1995	6.2	2.9	..	0.1	..	0.0	0.0	0.0
1996	6.1	2.6	..	0.1	..	0.0	0.0	0.0
1997	6.0	2.2	..	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0
1998	5.7	0.9	0.7	0.1	1.9	0.0	0.0	0.0
1999	5.9	1.2	0.7	0.4	0.8	0.5	0.0	5.5
2000	4.9	3.5	0.6	0.6	0.6	1.2	0.1	4.0

Sources: See Table 3.52

Kilder: Se tabel 3.52

1 For Denmark, the figures for the years 1995–96 do not include the hospital sector.

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.55 Sales of drugs used in diabetes (ATC-group A10),
DDD/1 000 inhabitants/day 1995-2000
Salg af diabetesmidler (ATC-gruppe A10), DDD/1 000 indbyggere/døgn 1995-2000

	Denmark ¹⁾	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
A10								
<i>Drugs used in diabetes</i>								
Midler mod diabetes								
1995	14.6	16.0	..	30.8	..	9.9	18.0	28.8
1996	15.5	16.5	..	33.0	..	10.1	19.5	32.8
1997	16.9	16.9	..	35.0	22.8	11.0	20.8	28.1
1998	18.7	19.6	4.2	36.8	23.7	12.2	22.9	32.3
1999	20.4	21.9	4.4	41.1	24.9	13.2	25.4	34.4
2000	22.0	24.2	6.1	42.6	25.3	15.3	27.0	36.9
A10A								
<i>Insulins and analogues</i>								
Insulin								
1995	6.7	5.7	1.1	11.8	..	3.4	10.9	15.0
1996	7.1	6.1	1.0	12.7	..	3.4	11.6	15.9
1997	7.8	6.1	1.3	13.3	11.1	3.6	12.4	15.7
1998	8.5	6.9	1.4	13.9	11.8	4.1	13.2	17.2
1999	9.1	7.9	1.3	15.0	13.0	4.4	14.2	18.2
2000	9.4	8.9	1.8	15.9	11.8	5.0	14.3	19.6
A10B								
<i>Oral blood glucose lowering drugs</i>								
Perorale midler								
1995	7.9	10.3	1.7	19.0	..	6.5	7.1	13.8
1996	8.4	10.5	2.5	20.4	..	6.7	7.9	16.9
1997	9.2	10.8	2.5	21.7	11.7	7.4	8.5	12.4
1998	10.3	12.6	2.7	22.9	11.8	8.0	9.7	15.1
1999	11.3	13.9	3.1	26.2	11.9	8.8	11.2	16.2
2000	12.6	15.6	4.3	26.7	13.5	10.3	12.7	17.3
A10BA								
<i>Biguanides</i>								
Biguanider								
1995	1.3	1.2	..	3.1	..	2.9	0.8	2.6
1996	1.4	1.2	..	3.9	..	3.1	1.0	3.5
1997	1.6	1.3	..	5.1	2.9	3.5	1.3	2.7
1998	1.8	1.9	0.4	6.5	2.9	3.8	1.8	3.7
1999	2.2	2.3	0.6	7.8	3.6	4.1	2.6	4.5
2000	2.8	3.3	1.0	9.3	4.2	4.7	3.7	5.5
A10BB								
<i>Sulfonamides, urea derivatives</i>								
Sulfonamider, urin-stof-derivater								
1995	6.6	9.1	..	15.8	..	3.6	6.3	11.1
1996	6.9	9.2	..	16.5	..	3.6	6.6	13.2
1997	7.5	9.6	..	16.6	8.8	4.0	6.8	9.5
1998	8.3	8.3	2.3	16.4	9.0	4.3	7.5	11.0
1999	8.9	8.9	2.5	18.3	8.4	4.6	8.2	11.2
2000	9.4	12.4	3.2	17.4	9.2	5.4	8.6	11.2

Sources: See Table 3.52

Kilder: Se tabel 3.52

1 For Denmark, the figures for the years 1995-96 do not include the hospital sector.

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.56 Sales of drugs for cardiac therapy (ATC-group C01),
DDD/1 000 inhabitants/day 1995-2000
Salg af lægemidler til hjerteterapi (ATC-gruppe C01),
DDD/1 000 indbyggere/døgn 1995-2000

	Denmark ¹⁾	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
C01								
Cardiac therapy								
Hjerteterapi								
1995	20.7	38.3	..	45.5	..	22.5	29.3	38.8
1996	21.0	38.4	..	43.9	..	22.7	29.4	43.2
1997	21.8	38.8	..	42.0	43.7	23.4	28.9	34.8
1998	22.0	38.5	5.0	39.5	42.4	25.2	28.4	38.1
1999	21.6	37.7	5.3	39.7	40.4	25.4	27.7	38.0
2000	21.0	35.9	5.4	35.0	33.0	22.2	25.9	35.8
C01A								
Cardiac glycosides								
Hjerteglykosider								
1995	9.0	13.2	2.6	15.7	..	5.8	8.3	13.0
1996	8.8	12.9	2.9	14.4	..	5.6	7.8	14.0
1997	8.8	11.5	2.6	12.9	14.5	5.4	7.2	9.6
1998	8.7	10.2	3.0	11.6	14.3	5.4	6.8	10.6
1999	8.3	9.3	3.2	10.9	13.2	5.1	6.3	10.4
2000	7.8	8.3	3.2	9.7	10.2	1.2	5.8	9.3
C01D								
Vasodilators used for car- diac diseases								
Midler mod angina pectoris								
1995	10.5	24.1	1.8	26.3	..	14.5	20.1	23.7
1996	10.9	24.4	1.6	26.0	..	14.7	20.4	27.1
1997	11.4	26.1	1.2	25.5	23.5	15.5	20.6	23.3
1998	11.6	27.0	1.5	24.5	22.7	17.0	20.5	25.4
1999	11.5	27.2	1.7	25.4	22.5	17.4	20.2	25.5
2000	11.3	26.5	1.7	21.9	18.1	17.5	18.8	24.4

Sources: See Table 3.52

Kilder: Se tabel 3.52

1 For Denmark, the figures for the years 1995-96 do not include the hospital sector.

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.57 Sales of antihypertensives, diuretics, beta-blocking agents, calcium channel blockers and ACE inhibitors (ATC-group C02, C03, C07, C08, C09), DDD/1 000 inhabitants/day 1995-2000

Salg af midler mod forhøjet blodtryk, diuretika, beta-receptorblokerende midler, calciumantagonister og ACE-hæmmere (ATC-gruppe C02, C03, C07, C08, C09), DDD/1 000 indbyggere/døgn 1995-2000

	Denmark ¹⁾	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
C02								
<i>Antihypertensives</i>								
Midler mod forhøjet blodtryk								
1995	1.1	2.4	..	2.2	..	0.6	6.4	0.9
1996	1.0	1.9	..	1.9	..	0.7	7.3	0.8
1997	1.2	1.8	..	1.5	0.7	1.0	8.0	0.7
1998	1.3	1.7	0.2	1.3	0.6	1.2	8.5	0.8
1999	1.6	2.1	0.1	1.1	0.4	1.0	9.7	0.9
2000	1.8	3.4	0.2	1.1	0.4	1.4	9.3	1.2
C03								
<i>Diuretics</i>								
Diuretika								
1995	102.0	88.8	27.4	62.6	..	56.8	41.9	84.2
1996	100.6	91.1	33.0	62.2	..	58.0	41.4	89.8
1997	103.3	101.6	34.6	61.5	51.7	58.5	41.2	73.4
1998	104.0	103.3	33.0	59.9	54.9	61.9	40.5	79.9
1999	103.8	108.4	31.2	61.1	55.0	60.1	41.3	80.6
2000	104.0	114.4	31.6	60.5	53.6	58.9	41.2	80.0
C03A								
<i>Low-ceiling diuretics, thiazides</i>								
Thiazider								
1995	36.8	37.6	..	3.9	..	7.9	2.9	9.0
1996	36.0	41.2	..	4.0	..	8.2	2.6	9.2
1997	36.5	49.4	..	3.9	0.9	8.1	2.6	8.6
1998	37.2	49.4	17.9	3.8	0.9	8.3	2.5	9.1
1999	37.7	51.4	17.6	4.0	0.9	8.3	2.8	9.5
2000	38.6	53.5	14.3	4.1	1.2	6.9	3.0	9.9
C03C								
<i>High-ceiling diuretics</i>								
Loop-diuretika								
1995	50.5	40.9	..	21.4	..	20.5	29.6	57.4
1996	50.4	40.1	..	22.7	..	20.8	29.6	62.1
1997	53.2	42.4	..	23.6	16.1	21.5	29.8	50.5
1998	53.9	43.4	13.6	24.6	18.3	23.9	29.9	55.3
1999	53.8	45.0	12.2	26.2	17.2	21.9	30.7	55.8
2000	53.2	45.5	15.7	27.1	17.1	21.9	30.7	54.9
C03E								
<i>Diuretics and potassium-sparing agents in comb.</i>								
Kaliumsbesparende midler i komb. med andre diuretika								
1995	10.0	2.1	..	34.1	..	26.7	7.3	8.2
1996	9.8	2.0	..	32.5	..	27.5	7.1	8.8
1997	9.4	2.0	..	31.2	33.4	27.3	6.8	7.1
1998	8.9	2.2	0.8	28.9	34.4	27.9	6.4	8.1
1999	8.2	1.9	0.6	28.3	35.2	28.0	6.3	8.1
2000	7.7	1.8	0.6	26.7	33.3	27.9	6.0	8.1

The table continues ...

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.57, continued ...

	Denmark ¹⁾	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
C07								
<i>Beta-blocking agents</i>								
Beta-receptor-blokerende midler								
1995	15.5	31.2	7.5	43.3	..	34.3	25.6	36.7
1996	16.2	32.3	7.3	46.6	..	35.0	26.7	41.3
1997	17.0	33.9	9.5	48.9	39.9	35.8	27.9	34.6
1998	17.8	35.3	7.9	51.1	41.6	36.8	29.6	40.0
1999	18.9	37.9	11.2	54.7	42.9	38.1	31.8	42.6
2000	20.4	39.7	11.3	57.2	45.8	39.9	33.2	45.1
C07A								
<i>Beta-blocking agents, plain</i>								
Beta-receptor-blokerende midler uden kombination								
1995	14.3	30.4	..	42.8	..	34.3	25.6	36.0
1996	14.8	31.4	..	45.4	..	35.0	26.7	40.1
1997	15.7	33.1	..	46.9	39.4	35.8	27.9	33.6
1998	16.5	34.5	7.9	48.2	41.1	36.8	29.6	38.7
1999	17.7	37.1	11.2	50.6	42.4	38.1	31.8	41.0
2000	19.2	38.9	11.3	52.0	44.8	39.9	33.2	43.3
C08								
<i>Calcium channel blockers</i>								
Calciumantagonister								
1995	28.2	38.2	0.0	31.0	..	21.3	33.8	32.5
1996	30.1	42.9	6.1	31.4	..	22.9	35.2	36.3
1997	32.1	46.8	9.4	31.4	26.2	23.4	36.5	27.7
1998	34.1	55.4	5.7	32.3	30.2	25.4	37.8	31.2
1999	35.7	64.7	7.3	35.1	34.1	26.0	40.2	33.0
2000	37.2	48.0	7.8	36.7	35.9	26.7	41.5	34.9
C08C								
<i>Selective calcium channel blockers with mainly vascular effect</i>								
Selektive calcium-antagonister med effekt på karrene								
1995	18.2	30.8	..	17.7	..	14.0	26.6	23.4
1996	20.4	35.5	..	19.1	..	15.9	28.1	27.0
1997	22.7	39.6	..	20.2	22.7	16.8	29.4	21.0
1998	25.0	48.7	4.2	22.3	27.1	18.8	30.9	24.2
1999	27.0	58.7	5.3	25.9	31.2	19.7	33.3	26.2
2000	28.7	69.0	5.8	28.5	33.3	20.5	34.9	28.6
C08D								
<i>Selective calcium channel blockers with direct cardiac effect</i>								
Selektive calcium-antagonister med effekt på hjertet								
1995	10.0	7.5	..	13.3	..	7.2	7.2	9.1
1996	9.7	7.5	..	12.4	..	7.1	7.1	9.4
1997	9.4	7.2	..	11.2	3.5	6.6	7.1	6.7
1998	9.1	6.7	1.5	10.0	3.1	6.6	6.9	7.1
1999	8.7	6.0	2.0	9.3	2.9	6.3	6.9	6.8
2000	8.3	6.0	1.9	8.2	2.7	6.2	6.6	6.3

The table continues ...

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.57, continued ...

	Denmark ¹⁾	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
C09								
<i>Agents acting on the renin-angiotensin system</i>								
Midler med virkning på renin-angiotensin systemet								
1995	22.3	21.8	..	40.6	..	27.8	35.8	31.2
1996	25.8	27.7	..	45.2	..	29.4	39.8	39.2
1997	29.9	35.7	..	49.0	35.5	31.7	43.6	34.6
1998	34.8	43.6	12.1	53.7	43.0	35.9	48.9	42.9
1999	39.8	54.5	15.5	60.3	48.8	42.4	58.1	49.0
2000	45.5	62.5	19.8	65.7	55.0	51.4	65.1	55.3
C09A								
<i>ACE-inhibitors, plain</i>								
ACE-hæmmere ekskl. kombinationer								
1995	20.2	21.6	..	35.6	..	26.5	33.8	29.7
1996	22.2	27.5	8.7	38.2	..	26.1	34.3	36.3
1997	24.1	35.1	10.4	39.7	33.9	25.9	34.1	31.2
1998	25.6	42.1	11.9	41.0	38.7	26.0	34.6	36.8
1999	27.0	50.6	15.0	43.0	42.2	26.8	35.3	39.4
2000	29.5	55.5	19.3	42.8	46.2	29.6	35.2	42.3
C09B								
<i>ACE-inhibitors, combinations</i>								
ACE-hæmmere i kombination med diuretika								
1995	0.7	0.0	..	5.0	..	0.4	0.2	0.7
1996	0.9	0.1	..	6.5	..	1.2	1.9	1.0
1997	1.1	0.1	..	7.7	0.8	2.1	3.7	1.0
1998	1.3	0.1	0.1	9.0	1.1	2.8	5.0	1.2
1999	1.5	0.1	0.1	10.4	1.6	3.8	6.0	1.3
2000	1.8	0.1	0.0	11.7	1.8	4.2	6.6	1.3
C09C								
<i>Angiotensin II antagonists</i>								
Angiotensin II antagonist								
1995	1.4	0.1	..	..	..	1.0	1.8	0.8
1996	2.7	0.2	..	0.5	..	2.1	3.6	1.9
1997	3.9	0.4	..	1.4	0.8	3.6	4.8	2.1
1998	6.3	1.2	0.2	2.9	2.9	5.8	6.7	4.3
1999	8.9	3.2	0.5	5.3	4.5	9.2	11.8	7.2
2000	10.6	6.2	0.5	8.2	6.0	12.9	15.6	9.8

Sources: See Table 3.52

Kilder: Se tabel 3.52

1 For Denmark, the figures for the years 1995–96 do not include the hospital sector.

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.58 Sales of serum lipid-reducing agents (ATC-group C10A),
DDD/1 000 inhabitants/day 1995-2000
Salg af lipidsænkende midler (ATC-gruppe C10A),
DDD/1 000 indbyggere/døgn 1995-2000

	Denmark ¹⁾	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
C10A								
<i>Cholesterol and triglyceride reducers</i>								
Lipidsænkende midler								
1995	3.1	0.9	..	5.7	..	6.2	11.1	8.0
1996	4.4	1.8	..	8.5	..	9.1	18.4	12.8
1997	6.1	3.8	..	12.0	5.5	12.5	27.1	13.7
1998	8.5	7.9	1.8	15.8	8.4	17.2	37.8	19.6
1999	12.1	14.1	2.0	23.2	11.1	24.6	49.1	27.0
2000	16.2	20.9	3.2	32.1	14.1	34.2	59.6	36.7
C10AA								
<i>HMG CoA reductase inhibitors</i>								
<i>HMG CoA reductase- hæmmere</i>								
1995	2.4	0.8	..	4.6	..	6.2	10.8	5.8
1996	3.9	1.6	..	7.4	..	9.1	18.1	10.5
1997	5.5	3.6	..	10.9	5.3	12.5	26.8	11.6
1998	7.9	7.8	1.7	14.8	8.2	17.2	37.5	17.5
1999	11.6	13.9	1.9	22.3	11.0	24.6	48.8	25.0
2000	15.7	20.8	3.1	31.3	13.9	34.2	59.3	34.9

Sources: See Table 3.52

Kilder: Se tabel 3.52

1 For Denmark, the figures for the years 1995-96 do not include the hospital sector.

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.59 Sales of oestrogens and progestogens and oestrogens in combination (ATC-group G03C and G03F), DDD/1 000 inhabitants/day 1995-2000
Salg af østrogener og gestagener og østrogener i kombination (ATC-gruppe G03C og G03F), DDD/1 000 indbyggere/døgn 1995-2000

	Denmark ¹⁾	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
G03C								
<i>Estrogens</i>								
Østrogener								
1995	12.8	9.8	..	23.9	..	20.3	15.0	30.5
1996	13.3	10.6	..	26.2	..	24.5	16.8	34.7
1997	13.6	10.9	..	30.4	26.3	27.1	18.3	29.7
1998	13.9	10.5	2.4	31.7	27.7	29.6	19.5	33.7
1999	13.9	10.9	2.4	34.1	29.6	29.7	19.7	32.8
2000	13.8	11.3	2.7	33.9	30.1	28.4	18.4	29.3
G03F								
<i>Progestogens and estrogens in combination</i>								
Gestagener og østrogener i kombination								
1995	14.8	9.9	..	13.3	..	23.4	19.9	16.8
1996	14.7	10.9	..	14.2	..	24.4	22.1	20.3
1997	15.0	11.9	..	15.3	16.1	25.7	23.9	18.7
1998	15.3	12.7	5.1	16.4	17.5	26.7	26.2	22.2
1999	15.4	13.4	4.5	19.0	19.5	27.1	27.0	23.5
2000	15.6	14.3	5.0	20.4	19.2	27.0	25.9	21.9

Sources: See Table 3.52

Kilder: Se tabel 3.52

1 For Denmark, the figures for the years 1995-96 do not include the hospital sector.

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.60 Sales of antibiotics for systemic use (ATC-group J01),
DDD/1 000 inhabitants/day 1995-2000
Salg af antibiotika til systemisk brug (ATC-gruppe J01),
DDD/1 000 indbyggere/døgn 1995-2000

	Denmark ¹⁾	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
J01								
Antibiotics for systemic use								
Antibiotika til syste- misk brug								
1995	13.5	15.7	18.4	24.7	..	21.9	17.3	17.5
1996	12.2	14.4	15.9	23.7	..	23.0	16.4	16.2
1997	13.5	14.5	16.5	22.9	21.7	22.1	16.8	15.4
1998	14.0	15.9	16.4	22.1	21.3	23.0	16.6	16.4
1999	13.4	16.1	17.0	22.1	20.5	21.6	16.6	15.8
2000	13.5	17.3	16.2	22.8	21.1	20.4	16.3	17.2
J01A								
Tetracyclines								
Tetracykliner								
1995	1.6	1.2	3.1	5.6	..	5.2	4.1	3.8
1996	1.1	0.9	2.3	5.7	..	5.4	3.7	3.5
1997	1.0	0.9	2.9	5.2	3.4	5.3	3.6	3.2
1998	1.0	1.2	2.0	4.9	3.8	5.4	3.4	3.6
1999	0.9	1.2	2.0	4.8	3.3	5.2	3.2	3.6
2000	1.0	1.2	1.2	4.9	3.0	4.2	3.2	3.5
J01C								
Beta-lactam antibiotics, penicillins								
Penicilliner								
1995	7.7	10.5	10.5	7.0	..	10.4	7.3	8.8
1996	7.2	9.4	9.5	6.7	..	10.9	7.0	8.1
1997	8.0	9.6	9.5	6.4	9.1	10.6	7.4	8.1
1998	8.4	10.6	9.0	6.0	7.9	11.1	7.3	8.5
1999	8.0	10.6	10.4	5.9	7.2	10.4	7.3	8.1
2000	8.3	11.3	9.8	6.1	8.1	10.4	7.0	8.0
J01CA								
Penicillins with extended spectrum								
Penicilliner med udvidet spektrum								
1995	2.8	3.3	4.2	3.4	..	4.8	1.7	1.4
1996	2.4	2.7	4.1	3.5	..	5.1	1.7	1.2
1997	2.7	2.6	4.6	3.4	4.3	4.3	1.9	1.3
1998	2.7	2.9	3.4	3.0	3.8	4.6	1.9	1.4
1999	2.6	2.7	3.8	3.0	3.1	4.3	2.0	1.4
2000	2.6	3.2	3.8	3.2	4.2	4.2	2.0	1.4

The table continues ...

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.60, continued

	Denmark ¹⁾	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
J01CE								
Beta-lactamase sensitive penicillins								
Beta-lactamase følsomme penicilliner								
1995	4.6	6.8	5.7	3.3	..	3.7	5.4	5.9
1996	4.5	6.3	4.8	2.9	..	3.7	5.1	5.4
1997	4.8	6.6	4.4	2.7	4.1	3.8	5.3	5.3
1998	5.1	7.0	5.0	2.6	3.6	4.0	5.1	5.5
1999	4.8	7.0	6.1	2.4	3.4	3.2	5.0	5.1
2000	5.0	7.0	5.5	2.3	3.4	3.1	4.7	5.0
J01CF								
Beta-lactamase resistant penicillins								
Beta-lactamase resistente penicilliner								
1995	0.3	0.4	0.6	0.1	..	1.2	0.2	1.3
1996	0.3	0.4	0.6	0.2	..	1.2	0.2	1.2
1997	0.5	0.4	0.5	0.2	0.5	1.3	0.2	1.2
1998	0.5	0.6	0.6	0.1	0.3	1.3	0.3	1.3
1999	0.6	0.8	0.5	0.1	0.4	1.4	0.3	1.3
2000	0.7	0.9	0.5	0.1	0.2	1.3	0.4	1.3
J01CR								
Comb. of penicillins, incl. beta-lactamase inhib.								
Komb. af penicilliner, inkl. beta-lactamase hæm.								
1995	0.0	0.0	..	0.2	..	0.7	0.0	0.2
1996	0.0	0.0	..	0.2	..	1.0	0.0	0.3
1997	0.0	0.0	..	0.2	0.2	1.2	0.0	0.3
1998	0.0	0.1	0.0	0.3	0.2	1.3	0.0	0.3
1999	0.0	0.1	0.0	0.3	0.4	1.4	0.0	0.3
2000	0.0	0.1	0.0	0.4	0.3	1.8	0.0	0.2
J01D								
Other beta-lactam antibiotics								
Cefalosporiner								
1995	0.0	0.2	..	3.5	..	0.5	0.5	1.1
1996	0.0	0.2	..	3.2	..	0.5	0.4	1.1
1997	0.2	0.2	..	3.0	1.3	0.6	0.4	0.9
1998	0.2	0.2	0.1	2.9	1.3	0.6	0.4	0.9
1999	0.2	0.2	0.1	3.0	1.4	0.6	0.5	0.9
2000	0.2	0.4	0.1	3.1	1.6	0.6	0.5	0.8

The table continues ...

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.60, continued

	Denmark ¹⁾	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
J01E								
<i>Sulfonamides and trimethoprim</i>								
Sulfonamider og trimethoprim								
1995	0.8	1.4	..	2.9	..	2.7	1.8	0.9
1996	0.8	1.4	..	2.7	..	2.7	1.6	0.9
1997	0.9	1.4	..	2.5	1.9	2.4	1.5	0.9
1998	0.9	1.4	0.6	2.4	1.8	2.5	1.4	0.9
1999	0.8	1.4	0.4	2.4	1.7	2.2	1.3	0.9
2000	0.8	1.3	0.6	2.3	1.4	2.2	1.2	0.8
J01F								
<i>Macrolides and lincosamides</i>								
Macrolider og lincosamider								
1995	2.1	2.1	2.2	2.0	..	1.6	1.6	1.4
1996	1.9	2.2	2.8	2.1	..	2.0	1.5	1.2
1997	2.1	2.0	2.6	2.0	1.0	1.8	1.6	1.1
1998	2.3	2.2	3.7	2.1	1.1	1.9	1.6	1.1
1999	2.2	2.3	3.2	2.2	1.0	1.8	1.6	1.1
2000	2.1	2.9	3.8	2.3	0.8	1.6	1.6	1.0
J01M								
<i>Quinolone antibiotics</i>								
Quinoloner								
1995	0.3	0.1	..	0.9	..	0.4	0.3	1.5
1996	0.2	0.1	..	0.9	..	0.5	0.3	1.4
1997	0.3	0.1	..	1.0	0.8	0.4	0.3	1.2
1998	0.3	0.1	0.2	1.0	0.8	0.5	0.3	1.3
1999	0.3	0.2	0.1	1.0	1.0	0.6	0.3	1.2
2000	0.3	0.1	0.1	1.2	1.3	0.6	0.3	1.3

Sources: See Table 3.52

Kilder: Se tabel 3.52

1 For Denmark, the figures for the years 1995–96 do not include the hospital sector.

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.61 Sales of analgesics and opioids (ATC-group M01A, N02A and N02B), DDD/1 000 inhabitants/day 1995-2000
Salg af midler mod gigt, og smertestillende midler (ATC-gruppe M01A, N02A og N02B), DDD/1 000 indbyggere/døgn 1995-2000

	Denmark ¹⁾	Faroe Is-lands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
M01A								
Anti-inflammatory/ antirheumatic prod., non-steroids								
Midler mod gigt								
1995	29.7	28.8	17.1	52.7	..	36.7	24.6	33.6
1996	30.3	24.4	17.9	52.3	..	39.8	25.8	35.3
1997	30.2	23.9	18.1	51.5	38.5	40.5	28.2	28.8
1998	30.6	24.2	12.3	53.5	39.7	43.8	29.6	33.6
1999	30.2	22.2	15.3	58.9	43.3	46.8	31.5	37.9
2000	32.3	23.7	15.4	61.3	46.0	53.2	34.5	43.0
N02A								
Opioids								
Opioider								
1995	9.6	3.2	..	5.7	..	6.9	14.6	26.9
1996	10.1	3.2	..	6.0	..	9.2	15.1	27.9
1997	11.8	3.7	..	6.8	5.8	11.5	15.7	26.1
1998	12.6	3.9	1.8	7.8	5.6	12.1	16.6	27.7
1999	13.4	4.4	2.0	9.1	7.3	15.1	17.5	27.0
2000	14.6	4.3	2.7	10.4	6.6	16.2	17.4	26.5
N02B								
Other analgesics and antipyretics								
Svagere smertestil- lende midler								
1995	61.7	38.7	30.7	18.7	..	31.5	25.6	43.0
1996	66.7	38.8	33.2	18.2	..	31.5	24.4	44.8
1997	68.6	43.0	36.4	16.7	29.1	31.4	25.7	45.0
1998	69.7	38.5	33.3	15.0	27.9	32.2	25.8	46.8
1999	69.7	43.9	33.1	13.6	27.0	32.1	26.8	45.8
2000	70.2	45.1	37.4	13.2	27.9	31.5	26.4	45.5
N02BA								
Salicylic acid derivatives								
Salicylsyre-derivater								
1995	22.0	20.9	..	14.6	..	9.2	3.2	16.3
1996	22.6	21.2	..	13.9	..	8.7	2.6	15.7
1997	21.3	20.7	..	12.3	16.2	8.1	2.2	14.9
1998	20.2	18.6	10.7	10.3	14.7	7.9	1.9	14.3
1999	19.1	20.2	8.0	8.2	12.6	7.2	1.5	13.3
2000	18.0	19.4	9.9	7.3	12.4	6.7	1.3	12.5

The table continues ...

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.61 continued

	Denmark ¹⁾	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
N02BB								
<i>Pyrazolones</i>								
Pyrazoloner								
1995	2.6	0.3	..	0.4	..	0.7	5.9	0.3
1996	2.6	0.3	..	1.1	..	0.6	4.9	0.3
1997	2.3	0.3	..	0.2	0.3	0.6	4.9	0.3
1998	2.1	0.3	0.0	0.1	0.2	0.5	4.6	0.3
1999	1.9	0.2	0.0	0.0	0.0	0.5	4.6	0.2
2000	1.8	0.1	0.0	0.0	0.0	0.4	4.2	0.1
N02BE								
<i>Anilides</i>								
Anilider								
1995	37.1	17.4	..	3.4	..	21.6	16.5	26.4
1996	41.5	17.2	..	3.9	..	22.2	16.9	28.8
1997	45.0	22.0	..	4.2	12.5	22.8	18.6	29.8
1998	47.4	19.6	22.6	4.6	13.1	23.7	19.3	32.3
1999	48.7	23.5	25.1	5.4	14.4	24.5	20.7	32.3
2000	50.5	25.6	27.5	6.0	15.5	24.4	20.8	32.9

Sources: See Table 3.52

Kilder: Se tabel 3.52

- 1 For Denmark, the figures for the years 1995–96 do not include the hospital sector.
For the year 1995, the Danish recording of over-the-counter sales was incomplete.

Table 3.62 Sales of antipsychotics (ATC-group N05A), DDD/1 000 inhabitants/day 1995–2000
Salg af neuroleptika (ATC-gruppe N05A), DDD/1 000 indbyggere/døgn 1995–2000

	Denmark ¹⁾	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
N05A								
<i>Antipsychotics</i>								
Neuroleptika								
1995	6.6	7.7	9.4	15.2	..	8.4	8.7	8.8
1996	6.7	8.3	10.6	15.2	..	8.4	8.5	9.3
1997	8.7	8.3	12.2	15.0	9.3	8.6	8.5	7.8
1998	9.1	8.8	10.0	14.7	9.0	8.8	8.5	8.3
1999	9.4	8.4	10.3	15.2	8.8	8.7	8.7	8.5
2000	9.7	8.9	11.6	15.3	8.7	9.5	9.0	8.6

Sources: See Table 3.52

Kilder: Se tabel 3.52

- 1 For Denmark, the figures for the years 1995–96 do not include the hospital sector.

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.63 Sales of anxiolytics and hypnotics and sedatives (ATC-group N05B and N05C), DDD/1 000 inhabitants/day 1995-2000
Salg af midler mod neuroser og sovemidler og beroligende midler (ATC-gruppe N05B og N05C), DDD/1 000 indbyggere/døgn 1995-2000

	Denmark ¹⁾	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
N05B								
<i>Anxiolytics</i>								
Midler mod neuroser								
1995	26.6	19.5	5.2	28.9	..	23.0	18.9	17.2
1996	25.7	20.0	4.6	29.0	..	23.1	18.0	17.4
1997	25.1	18.9	5.1	29.1	10.3	23.9	18.0	16.0
1998	24.3	17.7	3.1	28.9	10.0	24.2	18.5	16.4
1999	23.4	17.8	3.3	29.8	10.8	24.5	18.8	16.8
2000	22.8	17.3	5.1	30.1	10.6	24.6	19.0	17.1
N05C								
<i>Hypnotics and sedatives</i>								
Sovemidler og beroligende midler								
1995	44.4	43.1	5.1	39.5	..	41.2	25.9	40.7
1996	38.9	38.5	4.6	40.8	..	44.4	26.8	44.3
1997	36.7	34.5	5.8	42.9	29.6	48.3	28.4	42.3
1998	34.8	34.6	3.0	43.7	33.2	50.4	29.4	44.3
1999	33.5	34.5	3.8	47.3	35.4	52.8	30.3	45.5
2000	32.6	35.2	5.3	49.0	35.2	55.4	31.8	47.2

Sources: See Table 3.52

Kilder: Se tabel 3.52

1 For Denmark, the figures for the years 1995-96 do not include the hospital sector.

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.64 Sales of antidepressants (ATC-group N06A),
DDD/1 000 inhabitants/day 1995-2000
Salg af antidepressiva (ATC-gruppe N06A), DDD/1 000 indbyggere/døgn 1995-2000

	Denmark ¹⁾	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
N06A								
<i>Antidepressants</i>								
<i>Antidepressiva</i>								
1995	18.3	10.6	3.9	20.3	..	33.0	22.5	27.8
1996	20.5	12.5	5.1	23.5	..	38.8	31.1	34.8
1997	25.2	14.4	6.5	25.4	17.0	44.9	31.5	32.0
1998	28.9	15.3	5.8	27.4	19.4	53.1	31.7	37.5
1999	31.5	16.5	6.1	31.8	21.4	59.8	36.1	41.7
2000	34.8	19.6	10.1	35.5	23.8	72.7	41.4	48.8
N06AA								
<i>Non selective monoamine reuptake inhibitors</i>								
<i>Non-selektive monoamin genoptagelses hæmmere</i>								
1995	5.3	4.1	..	5.0	..	9.7	6.3	5.4
1996	5.1	3.8	..	4.9	..	9.9	5.5	5.0
1997	5.0	3.5	..	4.8	4.0	9.8	4.9	4.2
1998	4.8	3.1	0.8	4.5	3.9	9.5	4.9	4.3
1999	4.7	2.9	0.5	4.5	3.6	9.7	4.7	4.1
2000	4.6	2.9	1.6	4.4	3.4	8.6	4.5	4.0
N06AB								
<i>Selective serotonin reup- take inhibitors</i>								
<i>Selektive serotoninin ge- noptagelses hæmmere</i>								
1995	11.9	5.7	..	12.1	..	18.9	11.2	21.0
1996	14.1	7.8	..	15.2	..	24.3	20.8	27.7
1997	17.8	9.3	..	16.8	11.0	28.6	22.0	24.6
1998	20.7	10.0	4.8	18.3	12.7	35.9	21.9	28.4
1999	22.1	10.7	5.3	21.4	13.4	41.2	25.6	31.5
2000	23.9	13.2	8.1	24.2	16.8	49.2	29.9	37.1
N06AG								
<i>Monoamine oxidase type A inhibitors</i>								
<i>Monoamin-oxidase type A hæmmere</i>								
1995	0.3	0.1	..	1.6	..	2.0	1.9	0.7
1996	0.2	0.0	..	1.6	..	2.1	1.7	0.6
1997	0.2	0.0	..	1.4	0.3	2.3	1.1	0.4
1998	0.2	0.0	0.0	1.5	0.4	2.1	0.9	0.5
1999	0.1	0.0	0.0	1.5	0.4	2.0	0.8	0.5
2000	0.1	0.0	0.0	1.3	0.3	2.0	0.6	0.4
N06AX								
<i>Other antidepressants</i>								
<i>Andre antidepressiva</i>								
1995	0.6	0.6	..	0.2	..	2.4	3.0	0.7
1996	1.0	0.8	..	1.8	..	2.6	3.0	1.5
1997	2.0	1.4	..	2.4	1.7	4.2	3.4	2.7
1998	3.0	2.0	0.3	3.1	2.4	5.6	4.1	4.3
1999	4.5	2.8	0.3	4.3	3.9	7.1	4.9	5.7
2000	6.0	3.4	0.4	5.6	3.3	12.9	6.4	7.3

Sources: See Table 3.52

Kilder: Se tabel 3.52

1 For Denmark, the figures for the years 1995-96 do not include the hospital sector.

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.65 Sales of antiasthmatics (ATC-group R03),
DDD/1 000 inhabitants/day 1995 -2000
Salg af midler mod astma (ATC-gruppe R03),
DDD/1 000 indbyggere/døgn 1995-2000

	Denmark ¹⁾	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
R03								
<i>Anti-asthmatics</i>								
Midler mod astma								
1995	59.2	27.1	..	42.9	..	43.8	57.2	64.7
1996	60.1	29.7	..	45.0	..	45.1	57.9	86.3
1997	60.9	31.8	..	46.2	46.4	45.4	60.4	45.4
1998	62.5	35.2	21.7	48.2	46.9	47.6	63.1	53.9
1999	61.7	37.2	25.0	50.0	45.7	48.5	65.8	55.9
2000	59.0	38.1	31.6	49.9	47.9	48.2	61.5	56.4
R03A								
<i>Adrenergics, inhalants</i>								
Adrenergene til inhalation								
1995	27.2	14.4	10.0	15.6	..	20.4	26.2	29.4
1996	27.9	15.6	10.4	16.5	..	21.2	26.8	37.3
1997	28.1	16.1	13.0	16.8	15.2	21.1	27.9	20.9
1998	28.8	18.0	11.8	17.7	16.6	21.7	28.6	23.8
1999	28.6	18.7	13.3	18.9	17.4	21.6	29.6	25.2
2000	27.9	19.3	16.8	15.3	19.3	22.1	30.1	25.6
R03B								
<i>Other anti-asthmatics, inhalants</i>								
Andre til inhalation								
1995	19.6	8.3	5.8	20.7	..	18.6	23.6	29.0
1996	21.0	10.4	6.0	22.6	..	19.7	24.7	42.1
1997	22.7	12.7	8.3	23.5	24.3	20.5	26.7	20.5
1998	24.1	14.5	6.5	24.7	24.3	22.2	29.2	25.3
1999	23.9	16.2	8.0	25.1	22.1	23.1	30.6	25.6
2000	22.7	16.5	11.6	23.7	21.1	22.3	26.2	25.9
R03C								
<i>Adrenergics for systemic use</i>								
Adrenergene til systemisk brug								
1995	5.2	1.6	..	0.9	..	0.6	2.1	2.5
1996	4.7	1.5	..	0.8	..	0.5	1.6	2.6
1997	4.4	1.3	..	0.7	0.8	0.4	1.4	1.5
1998	4.0	1.2	1.2	0.7	0.8	0.3	1.3	1.6
1999	3.5	0.9	1.2	0.6	0.8	0.2	1.1	1.5
2000	3.1	0.9	1.2	0.6	0.8	0.2	1.0	1.3
R03D								
<i>Other anti-asthmatics for systemic use</i>								
Xantiner								
1995	7.3	2.7	..	5.7	..	4.3	5.3	3.8
1996	6.5	2.2	..	5.1	..	3.8	4.8	4.3
1997	5.8	1.7	..	5.2	6.1	3.5	4.4	2.5
1998	5.6	1.5	2.3	5.1	5.2	3.3	4.1	3.3
1999	5.7	1.4	2.4	5.4	5.5	3.6	4.5	3.7
2000	5.3	1.4	2.0	5.5	6.8	3.6	4.4	3.7

Sources: See Table 3.52

Kilder: Se tabel 3.52

1 For Denmark, the figures for the years 1995-96 do not include the hospital sector.

MORBIDITY, MEDICAL TREATMENT, ACCIDENTS AND MEDICINE

Table 3.66 Sales of antihistamines (ATC-group R06A),
DDD/1 000 inhabitants/day 1995-2000
Salg af antihistaminer (ATC-gruppe R06A), DDD/1 000 indbyggere/døgn 1995-
2000

	Denmark ¹⁾	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
R06A								
<i>Antihistamines</i>								
<i>for systemic use</i>								
Antihistaminer								
til systemisk								
brug								
1995	10.7	10.9	..	12.5	..	19.4	32.9	20.3
1996	11.2	11.3	..	14.3	..	21.9	33.6	21.3
1997	11.8	12.1	..	15.5	16.9	21.6	35.3	18.6
1998	12.9	12.4	2.5	17.4	18.4	21.9	37.2	22.6
1999	13.4	12.6	2.6	18.2	19.9	22.1	37.0	23.4
2000	14.1	14.6	3.0	21.0	21.9	24.9	39.4	25.5

Sources: See Table 3.52

Kilder: Se tabel 3.52

- 1 For Denmark, the figures for the years 1995-96 do not include the hospital sector.
For the year 1995, the Danish recording of over-the-counter sales was incomplete.

CHAPTER IV

Mortality and causes of death

Dødelighed og dødsårsager

The main use of the International Classification of Diseases (ICD), developed by the World Health Organization, (WHO) is as an instrument for statistical description of morbidity and mortality. The ICD is a system that groups diseases and causes of death in a meaningful way, in order to provide statistical overviews and analyses, such as comparisons between countries over a period of time. The history of the ICD goes back more than a hundred years and the classification has been revised approximately every ten years in order to reflect developments within medicine. The most recent revision, the tenth (ICD-10), was adopted by WHO in 1990 but was implemented in most countries several years later. The Nordic countries began to use ICD-10 for registration of mortality in the following years: Denmark in 1994, Finland, Iceland and Norway in 1996 and Sweden in 1997.

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.

Den internationale sygdomsklassifikation (ICD), som udarbejdes af Verdenssundhedsorganisationen (WHO), har som sin vigtigste anvendelse at være instrument for statistiske beskrivelser af sygelighed og dødelighed. Det er et system som på meningsfuld måde grupperer sygdomme og dødsårsager, så der kan gives overskuelige statistiske opstillinger og analyser, som for eksempel sammenligninger mellem forskellige lande over en tidsperiode. ICD's historie er over 100 år, og klassifikationen er blevet revideret ca. hvert tiende år for at den kan afspejle den medicinske udvikling. Den seneste, tiende revision (ICD-10) blev godkendt af WHO i 1990, men blev først taget i brug i de fleste lande adskillige år senere. I de nordiske lande blev ICD-10 taget i brug til dødsårsagsregistrering i 1994 i Danmark, i Finland, Island og Norge i 1996, og i Sverige i 1997.

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

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

Statistical analyses are carried out on aggregated data, for example at the level of the chapter. There are 21 chapters in ICD-10. With the change to ICD-10 the number of chapters increased from 17 to 21 due to the splitting up of certain chapters. 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 so-called organ chapters.

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

get et stort antal nye diagnoser som følge af den medicinske udvikling. Samtidig er enkelte sygdomme og sygdomsgrupperinger flyttet til andre kapitler for at det bedre kan afspejle det medicinske vidensniveau.

Statistiske analyser foretages på et aggregeret niveau. Dette niveau kan være kapitelinddelingen i ICD-10, som i alt består af 21 kapitler. Ved overgangen fra ICD-9 til ICD-10 steg antallet af kapitler fra 17 til 21 ved at visse kapitler blev opdelt. Grundstrukturen i ICD er dog i det store og hele blevet bevaret uforandret igennem de forskellige revisioner og de fleste kapitler har beholdt det samme navn. Det er imidlertid vigtigt at indse, at selvom et kapitel hedder det samme i ICD-10 som i ICD-9, kan der findes forskelle ved at diagnoser er flyttet fra et kapitel til et andet. Et eksempel er HIV og AIDS som præliminært blev placeret blandt immunsygdommene i ICD-9 men blev placeret under infektionssygdomme i ICD-10. Et andet eksempel er flytningen af cerebral transitorisk iskæmi fra cirkulationssystemets sygdomme i ICD-9 til nervesystemets sygdomme i ICD-10. Visse symptomer er også blevet flyttet mellem symptomkapitlet og de såkaldte organkapitler.

En anden fejlkilde er at visse regler og anvisninger for brugen af ICD er ændret i forbindelse med klassifikationsskiftet. Indenfor dødsårsagsstatistikken er for eksempel visse regler for valg af den underliggende dødsårsag blevet ændret, hvilket for eksempel kan påvirke frekvensen af pneumoni som dødsårsag. For sygdomsstatistikken kan de nye regler om dobbeltkodning af både manifestation (asterixkoder) og ætiologi (daggerkoder) lige-

(dagger code) may also have an effect on the statistics. 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 and morbidity statistics have been defined both according to ICD-9 and ICD-10 with comparability in mind.

However, one must always be aware of the fact that an observed difference over time or between countries may be the result of a change in classification or other methodological issues. One way of quantifying the effect of a classification change is so-called bridge coding. In such studies the same material, such as death certificates or hospital records, is coded twice independently, first according to the previous classification and then according to the new classification. The differences observed when comparing the two sets of statistics give an indication of how much a certain group of diseases (e.g. the ICD chapter for circulatory diseases) has increased or de-

ledes påvirke statistikken. 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 trediedel af koderne i ICD-9 og ICD-10 er der en direkte og entydig oversættelse mellem koderne. I stedet for bør man stræbe efter, at de aggregerede grupper man anvender til statistiske sammenligninger konstrueres så det er muligt at eliminere nogle af de problemer, klassifikationsændringerne har skabt. De såkaldte kortlister som anvendes i denne publikation for mortalitet og morbiditet er defineret både i relation til ICD-9 og ICD-10 ud fra tanken om sammenlignelighed.

Man må imidlertid altid være klar over at en observeret forskel over tid eller mellem lande kan være effekten af et klassifikations-skifte samt andre metodologiske problemstillinger. En måde hvorpå man kan kvantificere betydningen af et klassifikationsskifte er den såkaldte "bridge kodning." Dette indebærer at man koder samme materiale, så som dødsattester og sygehusjournaler, to gange, uafhængig af hinanden, først efter den tidligere klassifikation og derefter efter den nye. De forskelle som fremkommer når man sidenhen sammenligner de statistiske grupperinger baseret på de to kodninger, giver en opfattelse af hvor meget en vis sygdomsgruppe (eksempelvis ICD-kapitlet om cirkulationsorganernes syg-

creased 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.

The coding method used in the various countries 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.

In order to support the choice of the underlying cause of death, a number of automatic coding systems have been developed. The most widely used system is the American programme, ACME (Automated Classification of Medical Entities). This system is used in Sweden. The other Nordic countries use computer-aided coding. Automatic coding does not necessarily result in a more correct picture of the pattern of causes of death than does manual coding, but it does give more consistency in the coding and thus contributes to better comparability between more countries. However, several other factors also influence comparability, such as the type of information the statistics producer has access to

domme) stiger eller falder som en direkte følge af klassifikationsskiftet. Denne type studier er dog ressourcekrævende og der er kun gennemført et fåtal begrænsede bridge-kodnings-studier i forbindelse med overgangen fra ICD-9 til ICD-10.

Et andet forhold af stor betydning for sammenligneligheden af dødsårsagerne mellem flere lande, er den kodningspraksis, der er 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.

For at støtte valget af den underliggende dødsårsag, er der udviklet flere automatiske kodningssystemer. Det mest anvendte er det amerikanske program ACME (Automated Classification of Medical Entities). Blandt de nordiske lande anvendes systemet af Sverige. I de andre nordiske lande anvender man 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. Men der er også flere andre forhold der påvirker sammenligneligheden, blandt andet hvilken type af information statistikproducenten har tilgang til,

and the quality of that material (death certificates, etc.).

Apart from the fact that the ICD rules governing mortality coding give room for interpretation, different national traditions for the choice of underlying cause of death may also develop. An example of this is the use of the diagnostic group “insufficiently defined conditions” (codes I469.I959,I99; J960, J969; P285.0; R000-R948; R99). The use of these codes as underlying causes of death is more widespread in Denmark than in the other Nordic countries, in situations where more specific causes of death are also recorded on the death certificate.

Cultural differences in the reporting of certain conditions may also influence comparability. For example, if doctors in one country are far more reluctant to register suicide on the death certificate than are doctors in other countries, this can make comparisons difficult. However, in several of the Nordic countries, there are routines for contacting the doctor or the hospital in cases where the external cause of an injury is unclear. Such quality-control practices help to compensate for lack of information on the death certificate.

Another factor influencing the quality of the statistics on causes of death is the decreasing autopsy rate. The autopsy rate has been more than halved in the Nordic countries over the last few decades. Studies have shown that in about 30 per cent of cases, the result of the autopsy has caused the underlying cause of death to be altered.

Considering the reservations in relation to the comparability of causes of death

herunder kvaliteten på dette materiale (dødsattester og andre oplysninger).

Udover at ICD's regler for mortalitetskodning giver plads for fortolkning kan der også være tale om udvikling af nationale traditioner for valget af den underliggende dødsårsag. Som eksempel kan nævnes brugen af diagnosegruppen “mangelfuldt definerede tilstande” (koderne I469.I959,I99; J960, J969; P285.0; R000-R948; R99). Anvendelsen af disse koder som underliggende dødsårsag er mere udbredt i Danmark end i de andre nordiske lande i situationer hvor der også er oplyst mere specifikke dødsårsager på dødsattesten.

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 uklar. Sådanne kvalitetssikringsrutiner er med til at kompensere for de manglende informationer på dødsattesten.

En yderligere faktor der spiller ind på dødsårsagsstatistikens kvalitet er de faldende rater for obduktion. Anvendelsen af obduktion ved dødsfald er mere end halveret i de nordiske lande over de seneste årtier. Studier har vist, at i ca. 30 pct. af tilfældene med obduktion, har obduktionen medført at den underliggende dødsårsag er blevet ændret.

Det er klart, at med de forbehold der er taget her over for sammenligneligheden af

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.

Detailed data on causes of death according to the European short list are to be found on the NOMESCO homepage at www.nom-nos.dk.

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.

På NOMESKO's hjemmeside på www.nom-nos.dk findes der detaljerede data om dødsårsager opgjort efter den europæiske forkortede liste.

MORTALITY AND CAUSES OF DEATH

Table 4.1 Deaths by sex and age per 100 000 inhabitants 1985–2000
Døde efter køn og alder pr. 100 000 indbyggere 1985–2000

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	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
<i>Denmark</i>													
	1985	1 212	1 073	892	692	38	24	96	36	580	368	6 895	5 025
	1990	1 230	1 141	852	633	34	22	74	34	539	349	6 985	5 242
	1995	1 212	1 203	557	452	25	17	79	33	506	338	7 114	5 724
	1999	1 097	1 130	496	349	20	13	73	25	455	308	6 578	5 554
	2000	1 069	1 099	607	456	17	12	79	30	444	294	6 368	5 455
<i>Faroe Islands</i>													
	1992	905	747	484	683	36	19	53	-	399	143	6 427	4 636
	1999	903	857	299	661	-	61	180	-	338	204	6 199	4 726
	2000	772	769	275	-	-	39	60	35	328	208	5 054	4 203
<i>Greenland</i>													
	1991	889	675	3 056	2 467	146	61	701	167	781	510	7 875	6 403
	1995	942	795	1 805	3 610	111	100	493	240	814	430	9 746	8 188
	2000	853	772	2 138	1 659	110	14	446	169	720	529	7 547	7 552
<i>Finland</i>													
	1985	1 053	924	662	579	30	18	102	30	646	246	7 320	4 970
	1990	1 035	976	567	581	27	17	135	51	615	237	6 731	4 979
	1995	977	955	431	355	21	16	93	26	530	218	6 263	4 752
	1999	970	942	388	340	20	17	89	33	517	212	5 734	4 589
	2000	952	954	424	324	14	14	96	34	504	222	5 545	4 606
<i>Åland</i>													
	1985	1 094	952	1 342	775	-	52	-	119	442	135	6 631	4 406
	1990	941	894	-	-	-	-	294	62	344	113	5 368	4 211
	1995	929	1 125	649	1 242	88	-	64	-	415	196	5 012	5 299
	1999	1 110	1 202	647	-	-	-	67	74	388	276	6 472	5 565
	2000	852	1 063	-	885	-	-	137	-	457	202	4 255	5 035
<i>Iceland</i>													
	1985	730	638	1 133	411	47	21	151	14	426	247	5 813	4 232
	1990	712	625	548	554	36	17	114	28	374	179	5 769	4 757
	1995	733	705	717	488	38	47	85	29	298	203	5 493	4 702
	1999	695	677	296	193	19	10	78	33	273	170	5 189	4 575
	2000	644	653	456	141	13	10	120	43	272	187	4 591	4 317
<i>Norway</i>													
	1985	1 158	981	1 035	675	34	23	103	38	505	247	6 534	4 679
	1990	1 139	1 034	840	583	32	22	87	25	430	224	6 472	4 875
	1995	1 068	1 006	491	314	22	16	86	30	361	200	6 393	4 858
	1999	1 015	1 009	447	338	15	13	91	32	337	199	6 301	5 041
	2000	974	985	427	329	18	15	93	33	339	201	6 052	4 965
<i>Sweden</i>													
	1985	1 213	1 041	737	644	21	17	76	32	468	250	6 328	4 642
	1990	1 160	1 064	663	526	30	22	71	29	378	218	5 930	4 553
	1995	1 088	1 042	453	349	15	11	52	26	347	208	5 942	4 631
	1999	1 064	1 075	360	224	17	13	49	21	312	195	5 952	4 898
	2000	1 041	1 065	337	251	15	12	59	24	305	200	5 829	4 854

1 Per 100 000 live births.

1 Pr. 100 000 levendefødte.

Source: The national central statistical bureaus.

Kilde: De nationale centrale statistikbureauer.

MORTALITY AND CAUSES OF DEATH

Table 4.2 Death rates from malignant neoplasms per 100 000 by age 1986-1999
Dødeligheden af ondartede svulster pr. 100 000 efter alder 1986-1999

		Denmark ¹⁾	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland ²⁾	Norway	Sweden
<i>Men</i>	Mænd								
<i>Age</i>									
<i>Alder</i>									
0-14	1986-90	3.5	3.3	8.5	3.4	-	3.7	4.9	3.8
	1991-95	4.4	7.5	-	3.4	-	-	2.9	3.4
	1999	3.7	-	-	4.1	-	-	3.1	2.4
15-34	1986-90	11.0	7.6	9.9	8.0	5.8	12.1	8.5	7.7
	1991-95	8.4	10.8	15.1	7.3	-	7.0	7.8	7.9
	1999	7.4	-	11.1	7.8	-	7.1	6.5	6.1
35-44	1986-90	41.7	51.6	45.9	32.1	39.9	36.3	33.5	28.6
	1991-95	37.0	34.7	41.4	28.4	52.4	28.8	30.3	26.5
	1999	33.6	61.8	17.5	24.0	56.3	38.8	30.8	23.1
45-54	1986-90	155.8	74.3	193.4	122.1	85.6	110.9	124.2	103.0
	1991-95	145.7	120.4	202.7	110.0	103.7	104.6	119.5	98.6
	1999	146.6	32.3	129.7	100.9	98.0	125.3	117.0	96.5
55-64	1986-90	548.1	305.6	861.3	451.6	341.1	374.5	421.4	352.0
	1991-95	514.3	296.5	682.4	392.5	278.7	345.0	404.9	339.1
	1999	451.3	353.4	951.2	363.1	213.8	450.9	351.3	295.7
65-74	1986-90	1 276.8	934.0	2 125.1	1 100.9	1 048.2	948.9	1 007.9	879.8
	1991-95	1 284.9	992.8	1 993.3	1 025.1	1 014.6	947.7	1 005.8	887.7
	1999	1 234.9	944.0	1 378.0	950.7	1 444.8	1 259.9	1 019.3	865.1
75+	1986-90	2 369.8	2 148.9	2 376.6	2 150.6	1 962.2	2 100.0	2 116.6	1 885.9
	1991-95	2 451.4	1 810.2	3 277.2	2 151.0	1 696.6	1 935.3	2 183.8	1 871.7
	1999	2 401.9	3 011.5	2 928.9	1 983.0	2 409.6	2 024.3	2 225.9	1 953.0
<i>Women</i>	Kvinder								
<i>Age</i>									
<i>Alder</i>									
0-14	1986-90	3.7	3.6	3.0	3.2	-	3.2	3.4	3.4
	1991-95	3.7	7.2	-	2.7	7.5	0.6	2.8	2.9
	1999	3.4	-	-	2.2	-	9.5	2.3	2.6
15-34	1986-90	9.3	5.7	17.4	8.4	5.8	6.3	7.6	7.2
	1991-95	8.4	5.9	4.3	6.7	5.0	6.7	7.4	7.0
	1999	8.3	-	12.5	6.6	32.1	9.7	5.3	6.4
35-44	1986-90	59.0	49.3	89.3	37.6	54.0	55.0	48.7	46.5
	1991-95	57.0	66.8	89.2	36.7	42.3	43.2	48.9	40.1
	1999	47.7	-	151.4	30.9	54.7	25.1	40.7	35.6
45-54	1986-90	201.0	101.3	327.2	116.9	118.3	176.2	145.3	133.0
	1991-95	188.8	93.3	263.1	114.3	108.6	182.4	137.9	126.2
	1999	163.5	185.9	299.0	105.6	196.2	189.7	133.3	117.7
55-64	1986-90	488.5	292.5	758.2	263.3	360.6	420.6	332.7	309.5
	1991-95	476.9	315.0	844.9	252.8	270.5	389.8	320.2	307.6
	1999	421.8	255.1	835.7	228.4	393.7	390.4	316.1	285.2
65-74	1986-90	804.9	616.8	874.6	539.5	580.3	644.3	572.7	580.3
	1991-95	872.6	576.4	1 448.3	524.7	426.4	646.7	596.5	595.0
	1999	898.4	1 045.9	1 273.9	489.1	936.8	596.4	600.5	585.5
75+	1986-90	1 379.1	902.2	1 325.5	1 146.0	1 151.8	1 177.7	1 138.6	1 084.4
	1991-95	1 411.2	1 275.3	1 615.9	1 106.1	1 105.0	1 226.3	1 121.6	1 063.7
	1999	1 437.0	1 574.3	2 137.8	1 068.1	1 648.7	1 296.9	1 113.0	1 076.4

1 1999=1998.

ICD 9 140-208 and ICD-10 C00-D48.

2 1999=1997.

Source: The National Registers for Causes of Death

Kilde: De nationale dødsårsagsregistre

MORTALITY AND CAUSES OF DEATH

Table 4.3 Death rates from cardiovascular diseases per 100 000 by age 1986–1999
Dødeligheden af hjerte-karsygdomme pr. 100 000 efter alder 1986–1999

		Denmark ¹⁾	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland ²⁾	Norway	Sweden
<i>Men</i>	<i>Mænd</i>								
<i>Age</i>	<i>Alder</i>								
0-34	1986-90	3.2	7.1	8.4	5.9	..	1.9	3.7	4.0
	1991-95	3.0	12.4	9.9	5.0	2.9	2.6	3.3	3.7
	1999	2.9	-	6.4	3.7	14.0	1.3	3.2	3.1
35-44	1986-90	40.7	57.7	75.2	75.6	..	25.7	35.7	30.4
	1991-95	31.9	47.1	57.9	63.2	26.2	20.5	32.9	29.7
	1999	28.7	-	43.3	49.8	-	29.1	24.1	29.8
45-54	1986-90	177.6	149.7	255.8	292.0	..	163.6	190.5	147.9
	1991-95	127.3	149.1	180.8	209.8	188.5	125.6	133.6	115.0
	1999	109.7	161.3	149.5	172.7	245.0	81.4	116.4	99.2
55-64	1986-90	652.8	778.7	640.1	909.4	..	541.2	687.3	583.1
	1991-95	522.7	444.8	641.0	709.2	528.1	431.7	518.0	466.8
	1999	369.2	220.9	278.6	514.0	356.4	340.7	319.4	321.0
65-74	1986-90	1 780.9	2 090.3	2 246.5	2 311.3	..	1 409.1	1 857.4	1 754.7
	1991-95	1 610.4	1 775.6	1 682.5	1 926.2	1 388.4	1 321.7	1 601.6	1 485.2
	1999	1 218.7	1 573.3	1 364.9	1 481.1	1 341.6	1 143.3	1 181.8	1 168.3
75+	1986-90	5 904.7	5 992.3	7 404.0	6 085.8	..	5 300.0	5 672.0	6 063.6
	1991-95	5 602.6	6 596.8	8 680.2	5 893.4	4 120.2	5 223.6	5 280.5	5 636.5
	1999	4 740.9	4 162.9	4 988.1	5 049.0	4 685.4	4 619.1	4 889.6	5 031.1
<i>Women</i>	<i>Kvinder</i>								
<i>Age</i>	<i>Alder</i>								
0-34	1986-90	2.2	0.0	7.1	3.0	..	1.9	1.7	2.2
	1991-95	2.5	9.1	6.0	2.7	-	1.6	2.0	2.0
	1999	1.8	-	6.0	2.2	-	2.8	1.7	1.9
35-44	1986-90	15.8	14.3	63.8	18.9	..	8.7	13.2	12.8
	1991-95	15.7	13.2	61.3	15.8	25.4	8.6	9.0	11.4
	1999	16.6	-	69.8	13.2	-	5.0	9.2	12.2
45-54	1986-90	61.3	48.6	163.6	61.0	..	41.8	43.4	42.8
	1991-95	44.9	17.8	82.2	46.4	21.7	30.9	35.3	37.5
	1999	33.8	37.2	129.7	38.5	49.1	19.6	29.9	34.1
55-64	1986-90	234.5	219.6	300.7	254.3	..	177.5	193.7	172.6
	1991-95	208.0	110.1	410.4	178.5	90.2	121.0	156.7	149.5
	1999	148.7	-	744.4	123.8	315.0	136.7	110.4	116.9
65-74	1986-90	820.1	912.7	1 351.7	1 086.3	..	669.6	778.4	741.3
	1991-95	774.4	641.4	1 357.8	845.3	454.9	570.7	684.1	629.6
	1999	612.7	232.4	2 362.2	570.5	187.4	426.0	506.2	495.8
75+	1986-90	4 692.3	5 093.4	5 498.3	5 045.8	..	4 266.6	4 358.6	4 772.0
	1991-95	4 568.8	4 407.3	6 232.8	4 912.3	3 854.6	4 043.6	4 131.3	4 464.4
	1999	3 725.3	4 023.3	5 439.3	4 116.8	5 017.9	3 826.4	3 982.4	4 159.4

1 1999=1998.

2 1999=1997.

ICD-9: 390-398;401-405;410-438;440-459 and ICD-10: I00.0-I199; G45.0-G46.8;M30.0-M31.9.

Source: The National Registers for Causes of Death

Kilde: De nationale dødsårsagsregistre

MORTALITY AND CAUSES OF DEATH

Table 4.4 Avoidable deaths per 100 000 inhabitants 1999
Undgåelige dødsfald pr. 100 000 indbyggere 1999

ICD10 codes		Denmark ¹⁾	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland ²⁾	Norway	Sweden
	Age Alder								
C53	1-74 Cancer in the cervix uteri ³⁾ Kræft i livmoderhalsen ³⁾	4.6	2.2	3.6	1.8	8.7	1.6	1.9	2.7
C81	" Hodgkin's disease Hodgkins sygdom	0.2	-	-	0.5	-	0.0	0.3	0.3
I05- I09	" Chronic rheumatic heart disease Kronisk reumatisk hjertesygdom	0.2	-	1.8	0.5	-	0.0	0.5	0.5
E10- E14	" Diabetes mellitus Sukkersyge	10.8	4.4	1.8	5.5	8.6	2.0	5.4	7.1
J00- J99	1-14 Diseases of the respiratory system Sygdomme i åndedrætsorganer	0.6	..	..	0.2	-	0.0	0.2	0.3
J45- J46	" Asthma Asthma	0.0	..	..	-	-	0.0	-	0.1
K35- K37	1-74 Appendicitis Blindtarmsbetændelse	0.2	-	-	0.1	-	0.0	0.0	0.1
K40- K46	" Hernia Brok	0.5	-	-	0.3	-	0.0	0.2	0.2
I10- I15	" Hypertensive disease Hypertensionssygdom	3.5	-	42.8	2.0	4.3	2.4	3.0	1.4
I60- I69	" Cerebrovascular disease Sygdom i hjernen	25.7	19.9	58.8	29.8	12.9	18.5	19.8	23.0
C33- C34	" Malignant neoplasm of the trachea, bronchus and lung Kræft i luftrør, bronkie og lunge	44.1	8.9	41.0	24.3	34.4	30.4	27.3	23.3
C15	" Malignant neoplasm of the oesophagus Kræft i spiserør	4.7	-	3.6	2.5	-	4.7	2.2	2.5
K70- K71; K73- K74	" Chronic liver disease and cirrhosis Kronisk leversygdom og skrumpelever	15.1	-	-	11.7	-	0.8	4.4	5.2
V01- V79; V892	" Motor vehicle traffic accidents Motortrafikulykker	8.6	..	..	8.1	4.3	5.1	6.7	5.3

1 1998.

2 1997.

3 Per 100 000 women.

Source: The National Registers of Causes of Death

1 1998.

2 1997.

3 Pr. 100 000 kvinder.

Kilde: De nationale dødsårsagsregistre

MORTALITY AND CAUSES OF DEATH

Table 4.5 Deaths caused by AIDS, in total and per 100 000 inhabitants 1986-2000
Dødsfald som følge af AIDS, i alt og pr. 100 000 indbyggere 1986-2000

Five year average Femårgennemsnit	Denmark ¹⁾	Faroe ²⁾ Islands	Greenland ²⁾	Finland ³⁾	Åland	Iceland	Norway	Sweden
<i>Number</i>								
<i>Antal</i>								
1986-90	81	-	-	9	0	2	25	58
1991-95	217	1	2	25	1	4	56	132
1996-00	265	1	4	12	-	4	24	137
2000	19	-	5	10	-	1	17	11
<i>Per 100 000 inhabitants</i>								
<i>Pr. 100 000 indbyggere</i>								
1986-90	1.6	-	0.7	0.2	0.8	0.7	0.6	0.7
1991-95	4.2	0.4	3.6	0.5	2.4	0.3	1.3	1.5
1996-00	5.0	0.4	7.1	0.2	-	0.3	0.5	12.8
2000	0.4	-	8.9	0.2	-	0.4	0.4	0.1

1 1996-00 = 1996-98

1 1996-00 = 1996-98

2 1996-00 = 1996-99

2 1996-00 = 1996-99

3 Excluding foreigners.

3 Eksklusive udlændinge.

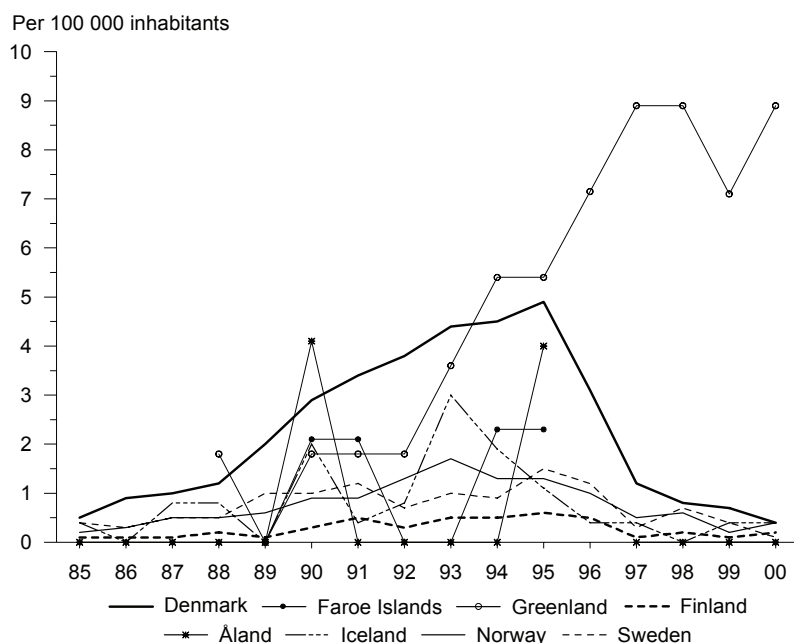
Sources: D: Statens Seruminstitut; FI: Chief Medical Officer; G: Chief Medical Officer;

Kilder: F: National Public Health Institute; Å: Statistics Finland; I: Directorate of Health;

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

Figure 4.1 Deaths caused by AIDS 1986-2000

Dødsfald som følge af AIDS 1986-2000



MORTALITY AND CAUSES OF DEATH

Table 4.6 Suicides per 100 000 inhabitants by sex and age 1985-1999
Selvmord pr. 100 000 indbyggere efter køn og alder 1985-1999

	<i>Men</i>		<i>Mænd</i>			<i>Women</i>		<i>Kvinder</i>		
	<i>Total I alt</i>	10-19	20-24	25-64	65+	<i>Total I alt</i>	10-19	20-24	25-64	65+
<i>Denmark</i>										
1985	39.8	6.5	22.1	45.7	67.3	23.1	2.4	11.3	28.5	29.7
1990	36.3	4.9	20.2	41.3	58.9	18.2	1.2	5.7	19.8	31.0
1995	27.7	5.3	16.7	29.1	48.9	12.7	0.7	3.3	12.5	24.6
1998	24.1	6.1	10.0	26.4	37.2	9.2	1.4	2.9	10.2	13.2
<i>Faroe Islands</i>										
1986-90	12.3	14.2	-	19.0	7.9	3.6	-	-	6.0	6.5
1991-95	12.6	5.0	-	18.7	22.8	4.8	1.8	-	3.9	0.0
1996-00 ¹⁾	4.0	..	..	..	..	..	..	..	..	..
<i>Greenland</i>										
1986-90	163.0	188.6	503.2	138.7	46.0	45.0	54.5	83.6	52.4	17.4
1991-95	130.7	206.0	351.6	124.9	102.0	31.8	58.9	66.0	34.5	-
1996-00	171.6	199.4	427.1	146.8	68.1	53.7	41.7	47.5	47.4	34.0
<i>Finland</i>										
1985	40.4	14.4	47.6	54.1	54.4	9.8	4.1	7.0	14.0	9.8
1990	49.3	20.6	60.3	63.9	64.2	12.4	2.6	15.8	16.7	13.7
1995	43.4	13.1	48.9	58.5	53.3	11.8	1.9	13.5	16.7	11.3
1999	37.9	13.0	47.9	50.0	43.4	9.6	2.8	6.9	14.2	7.6
<i>Åland</i>										
1986-90	37.4	12.5	-	35.2	128.0	6.6	-	-	6.6	16.6
1991-95	40.7	13.1	70.3	42.1	86.0	9.4	-	21.3	12.3	8.1
<i>Iceland</i>										
1985	20.6	9.3	44.4	24.9	36.7	5.8	-	-	12.9	-
1990	27.4	23.2	47.1	33.9	33.1	3.9	4.9	-	6.7	-
1995	16.4	9.3	18.9	24.3	14.8	3.7	-	-	4.7	12.1
1997	19.1	9.4	9.4	28.4	28.6	5.2	4.9	9.8	7.6	0.0
<i>Norway</i>										
1985	20.8	9.3	27.8	28.5	22.3	7.4	2.5	11.0	10.7	6.3
1990	23.2	10.4	27.1	29.6	33.0	8.0	4.6	4.3	10.3	11.1
1995	19.1	12.9	24.6	22.4	28.8	6.2	3.9	5.1	8.1	7.4
1999	19.5	10.1	36.4	23.4	25.6	6.8	6.4	5.8	8.6	7.5
<i>Sweden</i>										
1985	25.0	2.5	19.6	32.8	39.7	11.5	1.6	9.9	14.4	17.3
1990	24.1	5.0	20.9	28.8	45.7	10.4	2.5	6.1	13.7	14.5
1995	21.5	5.8	16.2	27.4	35.1	9.3	2.0	6.6	11.5	14.2
1999	19.7	5.9	18.3	23.5	35.0	8.0	2.5	7.4	10.3	10.3

1 The total number comprises both men and women.

1 Totalen omfatter både mænd og kvinder.

Source: The national registers for causes of death
Kilde: De nationale dødsårsagsregistre
G: Chief Medical Officer

ICD-9: E950-E959 and ICD-10: X600-X849

MORTALITY AND CAUSES OF DEATH

Table 4.7 Deaths from accidents per 100 000 inhabitants by sex and age 1985-1999

Dødsfald i ulykker pr. 100 000 indbyggere efter køn og alder 1985-1999

	Men					Women				
	Total I alt	0-14	15-24	25-64	65+	Total I alt	0-14	15-24	25-64	65+
<i>Denmark</i>										
1985	51.5	13.7	52.6	38.9	158.3	39.2	7.8	10.4	13.4	169.8
1990	48.7	10.7	34.5	32.6	183.1	41.0	6.3	11.0	11.5	177.9
1995	51.2	7.3	42.7	33.2	200.0	43.3	3.4	8.5	12.8	196.9
1998	45.7	5.9	30.8	30.9	186.3	42.2	2.4	7.6	9.9	206.2
<i>Faroe Islands</i>										
1986-90	58.0	26.6	87.9	49.9	118.5	33.2	10.8	42.5	5.9	160.7
1991-95	51.2	7.0	46.1	54.7	138.3	21.7	7.6	5.4	11.7	93.8
1996-00 ¹⁾	31.1	..	..	..	..	..	..	..	..	..
<i>Greenland</i>										
1986-90	137.4	91.7	128.6	154.3	251.9	48.8	39.3	-	59.8	-
1991-95	99.4	50.3	93.4	111.2	282.3	46.5	40.7	37.2	37.5	199.8
1996-00	94.3	51.3	71.9	105.2	289.2	29.9	13.2	35.6	27.7	122.5
<i>Finland</i>										
1985	66.5	13.6	37.6	74.4	186.7	29.7	5.4	8.1	15.8	122.8
1990	78.9	11.2	53.9	86.7	210.1	35.3	5.7	18.5	18.2	133.3
1995	72.6	7.0	33.2	81.7	199.4	32.0	3.6	7.4	16.3	125.5
1999	72.5	7.2	30.9	80.3	191.2	33.9	6.3	10.6	17.4	125.4
<i>Åland</i>										
1986-90	57.8	26.5	47.0	64.1	89.6	36.1	9.6	36.9	9.9	124.3
1991-95	48.8	-	24.7	60.1	98.6	17.3	-	-	6.2	72.7
<i>Iceland</i>										
1985	40.4	18.5	54.6	44.5	55.0	14.2	3.2	18.9	3.7	73.5
1990	47.7	24.6	60.6	48.5	82.7	18.9	3.2	14.5	11.6	86.6
1995	51.5	26.9	47.0	56.3	96.4	35.2	34.6	14.6	31.1	78.5
1997	32.4	15.1	13.8	34.3	92.8	14.8	3.2	14.5	6.1	69.9
<i>Norway</i>										
1985	59.8	13.2	54.0	49.2	178.7	39.3	8.1	11.3	13.1	165.1
1990	54.4	12.1	43.4	42.2	172.5	37.9	8.7	10.0	13.6	150.1
1995	44.7	7.3	38.3	30.9	161.9	31.8	3.6	9.7	7.9	140.3
1999	44.4	7.0	37.3	26.8	195.6	33.2	4.2	7.8	8.2	175.2
<i>Sweden</i>										
1985	41.0	6.8	37.9	32.9	115.8	25.6	3.8	10.4	9.0	98.5
1990	41.2	5.7	35.1	31.2	124.3	26.5	4.3	12.4	8.4	99.4
1995	33.0	4.8	21.0	24.3	110.5	22.2	3.4	6.0	6.7	87.0
1999	33.1	4.5	17.1	23.1	119.5	23.5	3.0	6.0	6.1	97.3

1 The total number comprises both men and women.

1 Totalen omfatter både mænd og kvinder.

Source: The national registers for causes of death
Kilde: De nationale dødsårsagsregistre
G: Chief Medical Officer

ICD-9: E800-E949 and ICD-10: V01-V99;
W00-W99; X00-X59; Y40.0-Y89.9

CHAPTER V

Resources

Ressourcer

Introduction

This chapter deals with resources and use 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 personnel, capacity and services in hospitals.

Health care expenditure

Development of health care expenditure

Measured in relation to gross domestic product, since 1985 there has been a fall or a stagnation in expenditure on health services, with the exception of in Norway. One of the reasons for this is that, in recent years, the health services have undergone processes to rationalize the services and to improve efficiency, and new methods of treatment have come into use.

However, there are a number of problems when making international comparisons of health care expenditure. When the comparisons are made in relation to GDP, the differences cover both differences in GDP and differences in health care expenditure. In addition,

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.

Sundhedsudgifter

Udviklingen i sundhedsudgifterne

Målt i forhold til BNP har der siden 1985 været et fald/stagnation i udgifterne til sundhedsvæsenet, med undtagelse af i Norge. Dette skyldes blandt andet at sundhedsvæsenet de senere år har gennemgået rationaliserings- og effektiviseringsprocesser, samtidig med at der er taget nye behandlingsformer i brug.

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

there are fluctuations in the exchange rates. Finally, there are structural differences in the health services of the individual countries, which, among other things, affect what is included as health care expenditure.

Change in the recording of health care expenditure

In order to improve the comparability of international data on the health sector, the OECD has performed a thorough revision of what should be included as health care expenditure. The most important change is that expenditure on social services for elderly people and disabled people is now included as health care expenditure. Consequently, the data differ considerably from the data presented in previous issues of this publication. It should also be noted that the OECD data differ considerably from the information on health care expenditure published by EUROSTAT according to the ESSPROS system.

For some of the countries, the OECD data also differ from what is nationally defined as health care expenditure, but as the OECD is often used as the source of data for international comparisons, NOMESCO has chosen to use OECD as the source, in order to avoid creating even more estimations of health care expenditure.

Developments in expenditure on medicinal products

Table 5.4 shows the total sales of medicinal products according to ATC group for each of the Nordic countries. Sweden has by far the highest expenses on medicinal products, but when the

denes valutaer. Endelig er der strukturelle forskelle på de enkelte landes sundhedsvæsen, hvilket blandt andet indebærer forskelle i, hvad der medregnes som sundhedsudgifter.

Ændring af opgørelsesmetoden for sundhedsudgifterne

For at få mere sammenlignelige internationale data på sundhedsområdet, har OECD foretaget en gennemgribende revision af det som medtages som sundhedsudgifter, hvor den væsentligste ændring er, at den sociale service til ældre og handicappede medregnes som udgifter under sundhedsvæsenet. Derfor adskiller de medtagne data sig væsentlig i forhold til de tidligere udgivelser af denne publikation. Ligeledes skal det bemærkes at OECD's data adskiller sig væsentlig fra de oplysninger om sundhedsudgifter der publiceres af EUROSTAT efter ESSPROS systemet.

OECD's data adskiller sig også for nogle af landene, fra det som nationalt defineres som sundhedsudgifter, men da OECD oftest anvendes som kilde for internationale sammenligninger, har NOMESCO valgt at anvende OECD som kilde for ikke at skabe endnu flere opgørelsesmetoder af sundhedsudgifterne.

Udvikling i lægemiddeludgifter

I tabel 5.4. ses de samlede udgifter til lægemidler i de enkelte nordiske lande fordelt på ATC-hovedgruppe. Sverige har langt de højeste udgifter til lægemidler, men når der tages højde for befolknings-

population figures are taken into consideration, Iceland takes the lead.

The medicinal products for which expenditure is high are largely the same in all the Nordic countries.

In Denmark, Sweden and Finland, expenditure on medicinal products can be divided between sale from pharmacies and consumption in hospitals. Most of the expenditure is related to sale from pharmacies, and the characteristics of total expenditure on medicinal products are thus valid for this sector. The proportion of expenditure used in hospitals amounts to 10 - 20 per cent of total expenditure on medicinal products. In general, hospitals use much of the expenditure on agents affecting blood and blood forming organs (ATC group B), antibiotics (ATC group J), and agents affecting the nervous system (ATC group N). In Denmark a large proportion of expenditure is also used on anti-neoplastic agents. 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.

tallene, er det Island, der ligger i spidsen.

I alle landene er det i stor udstrækning de samme lægemidler, som vejer tungt i udgifterne.

I Danmark, Sverige og Finland kan lægemiddeludgifterne opdeles efter salg fra apoteker og forbrug på sygehuse. Langt den største del af udgifterne kan dog henføres til salget fra apoteker, og de karakteristika, som var gældende for de samlede lægemiddeludgifter gør sig derfor også gældende her. Udgifterne til de lægemidler, som bruges på sygehusene, ligger mellem 10 og 20 pct. af de samlede udgifter. Generelt anvendes der på sygehusene mange udgifter til lægemidler med effekt på blod og bloddannende organer (ATC-gruppe B), antibiotika (ATC-gruppe J) og lægemidler til nervesystemet (ATC-gruppe N). I Danmark anvendes endvidere en stor del af udgifterne til cancermidler. 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.

Table 5.1 Health care expenditure (million KR/EUR) 1999
Udgifter til sundheds- og sygepleje (mio. KR/EUR) 1999

	<i>Denmark</i>	<i>Faroe Islands</i>	<i>Greenland</i>	<i>Finland¹⁾</i>	<i>Iceland</i>	<i>Norway</i>	<i>Sweden²⁾</i>
	DKK	DKK	DKK	EUR	ISK	NOK	SEK
<i>Public consumption</i>							
Offentligt konsum	84 979	585	823	6 254	45 995	89 661	126 518
<i>Private consumption</i>							
Privat konsum	18 371	59	2	2 046	8 227	15 592	24 461
<i>Total health care expenditure</i>							
Samlede udgifter til sundheds- og sygepleje	103 351	645	825	8 300	54 222	105 253	150 979

1 Finnish figures include Åland.

1 Finske tal inkluderer Åland.

2 1998.

2 1998.

Source: OECD HEALTH DATA 2001

Kilde: FI: Statistics Faroe Islands; G: Directorate for Health

Table 5.2 Health care expenditure (EUR/capita) 1999
Udgifter til sundheds- og sygepleje (EUR/capita) 1999

	<i>Denmark</i>	<i>Faroe Islands</i>	<i>Greenland</i>	<i>Finland¹⁾</i>	<i>Iceland</i>	<i>Norway</i>	<i>Sweden²⁾</i>
<i>Public consumption</i>							
Offentligt konsum	2 148	1 744	1 973	1 211	2 144	2 418	1 620
<i>Private consumption</i>							
Privat konsum	464	176	5	396	383	421	313
<i>Total health care expenditure</i>							
Samlede udgifter til sundheds- og sygepleje	2 612	1 920	1 978	1 607	2 527	2 839	1 933

1 Finnish figures include Åland.

1 Finske tal inkluderer Åland.

2 1998.

2 1998.

Source: OECD HEALTH DATA 2001

Kilde: FI: Statistics Faroe Islands; G: Directorate for Health

Table 5.3 Health care expenditure per capita and as a percentage of GDP 1985–1999
Udgifter til sundheds- og sygepleje pr. indbygger og i pct. af BNP 1985–1999

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden ²⁾
<i>Total expenditure per capita KR/EUR 1999</i>								
Samlede udgifter pr. indbygger KR/EUR 1999	19 420	14 292	14 709	1 607	..	195 617	23 589	17 058
<i>GDP (million KR/EUR) 1999</i>								
BNP (mio. KR/EUR) 1999	1 213 595	7 509	8 300	120 485	.. ¹⁾	623 419	1 197 457	2 004 651
<i>Expenditure in 1999-prices (million KR/EUR)</i>								
Udgifter i 1999-priser (mio. KR/EUR)								
1985	80 143	..	..	6 026	..	28 699	59 842	130 996
1990	83 618	..	..	8 041	..	37 734	68 834	148 386
1995	90 445	523	689	7 474	232	40 621	80 651	141 245
1998	99 432	581	834	8 132	260	49 724	101 046	151 711
1999	103 351	645	825	8 300	..	54 222	105 253	..
<i>Expenditure as a percentage of GDP</i>								
Udgifter i pct. af BNP								
1985	8.7	..	9.5	7.2	¹⁾	7.2	6.7	8.7
1990	8.5	8.2	8.8	7.9	¹⁾	7.9	7.8	8.5
1995	8.2	10.4	9.4	7.5	¹⁾	8.2	8.0	8.1
1998	8.4	8.3	11.5	6.9	¹⁾	8.3	8.6	7.9
1999	8.5	8.6	9.9	6.8	¹⁾	8.7	8.8	..

1 Finnish figures include Åland.

2 Total expenditure per capita is for 1998.

1 Finske tal inkluderer Åland.

2 Samlede udgifter pr. indbygger er for 1998.

Source: OECD HEALTH DATA 2001

Kilde: FI: Statistics Faroe Islands; G: Directorate for Health; Å: Government of the Åland Islands

Table 5.4 Sales of medicinal products by ATC-group, calculated in pharmacy retail prices (million euro), 2000
Salg af lægemidler fordelt på ATC-grupper, apotekernes salgspris (mio. euro) 2000

	Denmark	Faroe Islands	Greenland ¹⁾	Finland ³⁾	of which Åland ³⁾	Iceland	Norway	Sweden ⁴⁾
A Alimentary tract and metabolism Fordøjelsesorganer og stofskifte	169.3	1.5	0.3	188	0.9	15.1	181	440.3
B Blood and blood-forming organs Blod og bloddannende organer	87.5	0.9	0.1	70	0.5	6.4	72	216.2
C Cardiovascular system Hjerte og kredsløb	215.6	2.5	0.3	311	1.2	16.2	305	399.5
D Dermatologicals Hudmidler	44.1	0.3	0.3	53	0.2	4.4	41	93.0
G Genito-urinary system and sex hormones Kønshormoner, gynækologiske lægemidler og urinsmidler	90.2	0.5	0.3	1 120	0.5	9.5	77	170.6
H Systemic hormonal preparations, excl. sex hormones Hormoner til systemisk brug	27.4	0.2	0.1	34	0.2	2.6	36	79.3
J General anti-infectives for systemic use Systemiske lægemidler mod infektionssygdomme	130.8	1.2	0.6	132	0.6	11.2	83	198.9
L Antineoplastic and immuno-modulating agents Cancermidler og lægemidler til immunsystemet	64.1	0.3	0.1	87	0.5	5.7	81	178.7
M Musculo-skeletal system Muskler, led og knogler	56.7	0.3	0.1	122	0.5	6.8	66	114.7
N Nervous system Nervesystemet	402.9	2.2	1.0	282	1.2	37.3	298	546.9
P Antiparasitic products, insecticides and repellents Lægemidler mod parasitter	8.9	0.0	0.0	5	-	0.5	4	7.4
R Respiratory system Åndedrætsorganer	171.7	1.0	0.3	165	0.8	12.1	179	228.6
S Sensory organs Sansorganer	29.1	0.2	0.1	32	0.1	2.6	36	54.5
V Various Diverse	16.2	0.1	0.4	15	0.1	1.7	21	36.4
Total	1 515.1	11.4	4.0	1 615	7.2	132.3	1 480	2 765.3
Of which user charges	558.8	..	0.3	716.0	3.2	47.4	..	..

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

1 Calculated on the basis of the purchase prices paid to the Hospital Pharmacy in the County of Copenhagen by Greenland's health service.

2 Products that are sold over-the-counter in grocery shops.

3 For Finland, sales in the primary health sector are calculated in PRP (pharmacy retail prices) and in the hospital sector in PPP (pharmacy purchase prices).

4 For Sweden, sales are calculated in PPP (pharmacy purchase prices).

Table 5.5 Sales of medicinal products in per cent by ATC-group, 1999 – based on pharmacy retail prices
Salg af lægemidler i procent fordelt på ATC-grupper, 1999 – baseret på apotekernes salgspris

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	Åland	Iceland	Norway	Sweden
<i>A Alimentary tract and metabolism</i> Fordøjelsesorganer og stofskifte	11	13	7	12	12	12	12	16
<i>B Blood and blood-forming agents</i> Blod og bloddannende organer	6	8	3	4	7	5	5	8
<i>C Cardiovascular agents</i> Hjerte og kredsløb	14	22	7	19	17	13	21	14
<i>D Dermatologicals</i> Hudmidler	3	3	7	3	3	3	3	3
<i>G Genito-urinary system and sex hormones</i> Kønshormoner, gynækologiske lægemidler og urinvejsmidler	6	5	7	7	7	7	5	6
<i>H Systemic hormonal preparations, excl. sex hormones</i> Hormoner til systemisk brug	2	1	2	2	3	2	2	3
<i>J General anti-infectives for systemic use</i> Systemiske lægemidler mod infektionssygdomme	9	11	15	8	8	9	6	7
<i>L Antineoplastic and immunomodulating agents</i> Cancermidler og lægemidler til immunsystemet	4	2	2	5	7	4	6	7
<i>M Musculo-skeletal system</i> Muskler, led og knogler	4	3	3	8	7	5	5	4
<i>N Nervous system</i> Nervesystemet	7	20	24	17	16	28	20	19
<i>P Antiparasitic products, insecticides and repellents</i> Lægemidler mod parasitter	1	0	1	-	-	0	0	0
<i>R Respiratory system</i> Åndedrætsorganer	11	9	8	10	11	9	12	8
<i>S Sensory organs</i> Sansorganer	2	1	3	2	2	2	3	2
<i>V Various</i> Diverse	1	1	11	1	1	1	1	1
<i>Total I alt</i>	100	100	100	100	100	100	100	100
<i>Of which user charges</i>	37	..	7	44	45	36	31	..

Sources: See Table 5.4

Kilder: Se tabel 5.4

Table 5.6 Sales of medicinal products calculated in pharmacies retail prices, (million euro) in primary health care by ATC-group, 2000
Salg af lægemidler beregnet efter apotekernes salgspris (mio. euro) i det primære sundhedsvæsen fordelt på ATC-grupper, 2000

ATC-group	Denmark	Finland	Åland	Sweden ¹⁾
<i>A Alimentary tract and metabolism</i>				
Fordøjelse og stofskifte	160	17	0.1	418
<i>B Blood and blood-forming organs</i>				
Blod og bloddannende organer	16	4	0.0	161
<i>C Cardiovascular system</i>				
Hjerte og kredsløb	212	30	0.1	385
<i>D Dermatologicals</i>				
Hudmidler	43	5	0.0	88
<i>G Genito-urinary system and sex hormones</i>				
Kønshormoner m.m.	86	12	0.1	167
<i>H Systemic hormonal preparations excl. sex hormones</i>				
Hormoner til systemisk brug	14	3	0.0	72
<i>J General anti-infectives for systemic use</i>				
Infektions-sygdomme	83	8	0.0	123
<i>L Antineoplastic and immunomodulating agents</i>				
Cancermidler m.m.	6	6	0.0	138
<i>M Musculoskeletal system</i>				
Muskler, led, knogler	52	11	0.0	106
<i>N Nervous system</i>				
Nerve-systemet	373	24	0.1	492
<i>P Antiparasitic products, insecticides and repellants</i>				
Parasitmidler	9	-	-	7
<i>R Respiratory system</i>				
Åndedrætsorganer	168	16	0.1	222
<i>S Sensory organs</i>				
Sanseorganer	28	3	0.0	52
<i>V Various</i>				
Diverse	4	-	-	9
<i>Total</i>				
I alt	1 253	139	0.6	2 438

Sources: D: Danish Medicines Agency; F & Å: National Agency for Medicines

Kilder:

1 For Sweden sales are calculated in pharmacies purchase prices

Table 5.7 Sales of medicinal products calculated in pharmacies purchase prices (million euro) in the hospital sector by ATC- group 2000
 Salg af lægemidler beregnet efter apotekernes salgspris (mio. euro) ved sygehuse fordelt på ATC-grupper, 2000

ATC-group	Denmark ¹⁾	Finland	Åland	Sweden
<i>A Alimentary tract and metabolism</i>				
Fordøjelse og stofskifte	10.2	18.2	0.1	14.4
<i>B Blood and blood-forming organs</i>				
Blod og bloddannende organer	71.3	31.8	0.2	56.1
<i>C Cardiovascular system</i>				
Hjerte og kredsløb	3.9	10.0	0.0	7.7
<i>D Dermatologicals</i>				
Hudmidler	0.7	3.4	0.0	2.8
<i>G Genito-urinary system and sex hormones</i>				
Kønshormoner m.m.	4.7	2.9	0.0	2.4
<i>H Systemic hormonal preparations excl. sex hormones</i>				
Hormoner til systemisk brug	13.7	5.3	0.0	5.0
<i>J General anti-infectives for systemic use</i>				
Infektions-sygdomme	47.4	54.3	0.2	49.8
<i>L Antineoplastic and immunomodulating agents</i>				
Cancermidler m.m.	57.9	30.0	0.2	23.5
<i>M Musculoskeletal system</i>				
Muskler, led, knogler	4.6	8.3	0.1	6.2
<i>N Nervous system</i>				
Nerve-systemet	30.2	37.7	0.2	37.3
<i>P Antiparasitic products, insecticides and repellents</i>				
Parasitmidler	0.2	0.2	-	0.2
<i>R Respiratory system</i>				
Åndedrætsorganer	3.5	4.8	0.0	3.7
<i>S Sensory organs</i>				
Sanseorganer	0.8	1.6	0.0	1.6
<i>V Various</i>				
Diverse	12.7	13.0	0.1	26.7
<i>Total</i>				
I alt	261.3	221.4	1.1	237.4

Sources: D: Danish Medicines Agency; F & Å: National Agency for Medicines

Kilder:

1 For Denmark the figures represent pharmacy prices for hospital departments, i.e. Pharmacy Purchase Price plus profits.

Health personnel

Statistics on health personnel in the health services are very incomplete, and it is therefore difficult to compare the situation in the Nordic countries. For some countries, the statistics include information about the number of people employed, whereas in other countries they include information about the number of people trained for each category of health personnel.

In order to give a more accurate picture of health personnel in the health services, the number of physicians, state registered nurses, state enrolled nurses, midwives and physiotherapists has been converted into 'man-years', where possible. The figures show the total number of 'man-years' and the number of 'man-years' for hospital employees.

There are large differences in the use of health personnel in different countries, both in total and for the different categories of health personnel.

Sundhedspersonale

De statistiske oplysninger om personaleforbruget i sundhedsvæsenet er yderst mangelfulde, og det kan derfor være vanskeligt at give et sammenligneligt billede af forholdene i de nordiske lande. I nogle lande indgår således oplysninger om antallet af erhvervsaktive i statistikken, og i andre lande indeholder tallene også oplysninger om antallet af uddannede inden for de respektive personalekategorier.

For at give et mere præcist billede af personaleforbruget til sundhedsydelser, er der, i det omfang det har været muligt, foretaget en omregning af antal læger, sygeplejersker, sygehjælpere, jordemødre og fysioterapeuter til årsværk. Beregningen viser dels årsværk i alt, dels antal årsværk for ansatte ved sygehuse.

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

Tabel 5.8 Active health personnel in total calculated as 'man-years' 2000
Erhvervsaktivt sundhedspersonale i alt omregnet til årsværk 2000

	Denmark ¹⁾	Faroe ²⁾ Islands	Greenland	Finland ⁵⁾	of which Åland	Iceland ⁶⁾	Norway ⁷⁾	Sweden
<i>Physicians</i> Læger	15 389	90	80	15 905	64	938	12 813	25 382
<i>Dentists</i> Tandlæger	4 629	38	33	4 794	20	278	3 608	7 111
<i>Qualified nurses</i> Sygeplejersker	38 828	366	217	72 191	253	1 674	44 073	83 423
<i>Qualified auxiliary nurses</i> Sygehjælpere	36 062	79	177 ³⁾	30 210	221	1 106	37 381	92 468
<i>Midwives</i> Jordemødre	1 351	20	9 ⁴⁾	4 049	7	142	1 464	8)
<i>Physiotherapists</i> Fysioterapeuter	6 871	17	12	10 088	18	288	5 201	8 243
<i>Total</i> I alt	103 130	610	528	137 237	583	4 426	104 540	216 627

1 The figures for physicians are for 1997, for dentists for 1995 and for qualified auxiliary nurses and nurses for 1999.

2 Only physiotherapists employed in hospitals.

3 Qualified auxiliary nurses are health workers with independent skills.

4 In addition to midwives, health workers and birth assistants assist at births.

5 The Finnish data are for health workers of working age, not for health workers actually in employment. This leads to a large overestimation, particularly for nurses.

6 1999.

7 Figures cover the municipal and county health care services with the exception of dentists.

8 Midwives incl. under qualified nurses.

1 Oplysninger om læger er for 1997, for tandlæger 1995 og for sygehjælpere og sygeplejersker 1999.

2 Fysioterapeuter omfatter kun hospitalsansatte.

3 Sygehjælpere er sundhedsmedhjælpere med selvstændig kompetence.

4 Ud over jordemødre varetager sundhedsmedhjælpere og fødselsmedhjælpere fødsler.

5 De finske data er registrerede i den erhvervsaktive alder, ikke erhvervsaktive, hvilket især for sygeplejersker giver en stor overestimation.

6 1999.

7 Tallene dækker den kommunale og amtskommunale sundhedsservice med undtagelse af tandlægerne.

8 Jordemødre er inkluderet under sygeplejersker.

Source: D: National Board of Health; FI: Hospital Board; G: Personaledirektoratet; F: STAKES;

Kilde: Å: Government of the Åland Islands; I: Directorate of Health; N: Statistics Norway and Norwegian Board of Health; S: Federation of Swedish County Councils, Swedish Association of Local Authorities, Statens Arbejdsgivarverk and Privattandläkarna

Table 5.9 Active health personnel employed in hospitals calculated as 'man-years' 2000

Erhvervsaktivt sundhedspersonale ansat ved sygehuse omregnet til års-værk 2000

	Denmark ¹⁾	Faroe ²⁾ Islands	Greenland ³⁾	Finland ⁴⁾	of which Åland	Iceland ⁵⁾	Norway ⁶⁾	Sweden
<i>Physicians</i> Læger	10 158	63	78	6 800	41	575	7 925	..
<i>Dentists</i> Tandlæger	70	1	1	55	-	..	..	..
<i>Qualified nurses</i> Sygeplejersker	28 194	271	217	..	183	1 158	24 255	..
<i>Qualified auxiliary nurses</i> Sygehjælpere	12 789	51	177	..	136	676	6 443	..
<i>Midwives</i> Jordemødre	413	20	9	..	7	110	1 155	..
<i>Physiotherapists</i> Fysioterapeuter	1 820	17	12	..	7	88	961	..
<i>Total</i> I alt	53 444	424	493	..	374	2 607	40 739	..

1 1999

2 See Table 5.8.

3 See Table 5.8.

4 See Table 5.8.

5 See Table 5.8.

6 See Table 5.8.

1 1999

2 Se tabel 5.8.

3 Se tabel 5.8.

4 Se tabel 5.8.

5 Se tabel 5.8.

6 Se tabel 5.8.

Source: See Table 5.8

Kilde: Se tabel 5.8

F: Finnish Medical Association and Finnish Dental Association

Table 5.10 Active health personnel in total per 100 000 inhabitants calculated as 'man-years' 2000
Erhvervsaktivt sundhedspersonale i alt pr. 100 000 indbyggere omregnet til årsværk 2000

	Denmark ¹⁾	Faroe Islands	Greenland ²⁾	Finland ³⁾	Åland	Iceland ⁴⁾	Norway ⁵⁾	Sweden
<i>Physicians</i> Læger	288	197	143	306	249	336	285	286
<i>Dentists</i> Tandlæger	87	83	58	92	78	100	80	80
<i>Qualified nurses</i> Sygeplejersker	727	796	387	1 393	983	600	981	939
<i>Qualified auxiliary nurses</i> Sygehjælpere	675	172	315	583	859	396	832	1 041
<i>Midwives</i> Jordemødre	25	44	16	78	27	51	33	6)
<i>Physiotherapists</i> Fysioterapeuter	129	37	21	194	70	103	116	93
<i>Total</i> I alt	1 931	1 329	939	2 648	2 265	1 586	2 328	2 439

1 See notes in Table 5.8.

2 See notes in Table 5.8.

3 See notes in Table 5.8.

4 See notes in Table 5.8.

5 See notes in Table 5.8.

6 See notes in Table 5.8.

1 Se noter til tabel 5.8.

2 Se noter til tabel 5.8.

3 Se noter til tabel 5.8.

4 Se noter til tabel 5.8.

5 Se noter til tabel 5.8.

6 Se noter til tabel 5.8.

Source: See Table 5.8

Kilde: Se tabel 5.8

Table 5.11 Active health personnel employed in hospitals per 100 000 inhabitants
calculated as 'man-years' 2000
Erhvervsaktivt sundhedspersonale ansat ved sygehuse pr. 100 000
indbyggere omregnet til årsværk 2000

	Denmark ¹⁾	Faroe Islands	Greenland ²⁾	Finland ³⁾	Åland	Iceland ⁴⁾	Norway ⁵⁾	Sweden
<i>Physicians</i> Læger	190	139	139	138	159	206	176	..
<i>Dentists</i> Tandlæger	1	2	2	1	-	..	..	..
<i>Qualified nurses</i> Sygeplejersker	528	592	387	..	711	415	540	..
<i>Qualified auxiliary nurses</i> Sygehjælpere	239	111	315	..	528	242	143	..
<i>Midwives</i> Jordemødre	8	44	16	..	27	39	26	..
<i>Physiotherapists</i> Fysioterapeuter	34	37	21	..	27	31	21	..
<i>Total</i> I alt	1 000	925	879	..	1 453	934	907	..

1 See notes in Table 5.8.

2 See notes in Table 5.8.

3 See notes in Table 5.8.

4 See notes in Table 5.8.

5 See notes in Table 5.8.

1 Se noter i tabel 5.8.

2 Se noter i tabel 5.8.

3 Se noter i tabel 5.8.

4 Se noter i tabel 5.8.

5 Se noter i tabel 5.8.

Source: See Table 5.9

Kilde: Se tabel 5.9

F: Finnish Medical Association and Finnish Dental Association

Table 5.12 Working physicians by specialist group 2000
Erhvervsaktive læger efter beskæftigelsesområde 2000

	Denmark ¹⁾	Faroe Islands	Greenland	Finland	of which Åland	Iceland ²⁾	Norway	Sweden ³⁾
<i>Physicians, total</i> Læger i alt	15 389	90	80	14 900	64	938	15 962	27 500
<i>of which: heraf:</i>								
<i>Hospital health service</i> Sygehuse	8 957	63	78	7 200	41	..	8 421	18 000
<i>Non-hospital health service</i> Sundhedsvæsen uden for sygehuse	6 432	27	2	7 700	23	..	6 261	9.500
<i>of which: heraf:</i>								
<i>General practitioners</i> Alment praktiserende læger	3 814	27	-	4 350	18	184	4 040	5 000
<i>Practising specialists</i> Praktiserende speciallæger	907	1	-	1 240	4	52	853	2 000
<i>Administrative medicine</i> Administrativ medicin	317	1	2	370	1	..	276	-
<i>Medical research, education, etc.</i> Medicinsk forskning, undervisning m.m.	889	1	-	1 200	-	..	635	2 000
<i>Other medical work</i> Andet medicinsk arbejde	505	-	-	540	-	..	457	500

1 1997-physicians whose main employment is more than 18.5 hours per week

2 1999.

3 Members of the Swedish Medical Association.

1 1997-læger med en "hovedbeskæftigelse – over 18,5 timer pr. uge

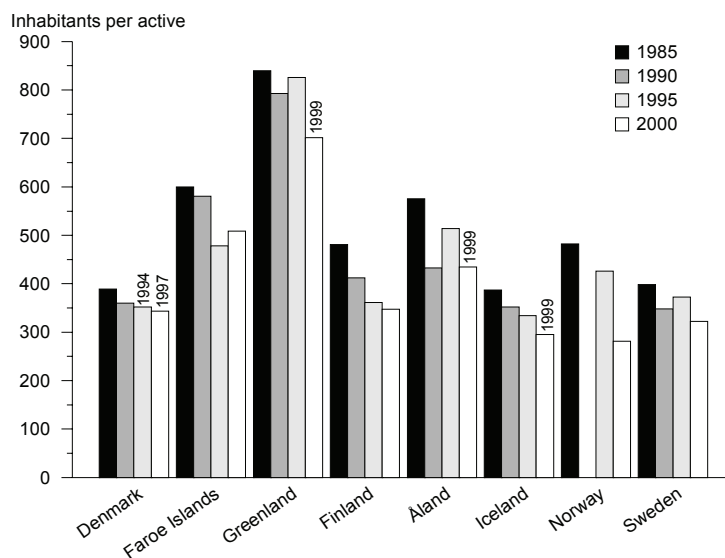
2 1999.

3 Medlemmer af Sveriges Läkareförbund.

Source: D: National Board of Health; FI: Chief Medical Officer; G: Directorate for Health; F: Finnish Medical

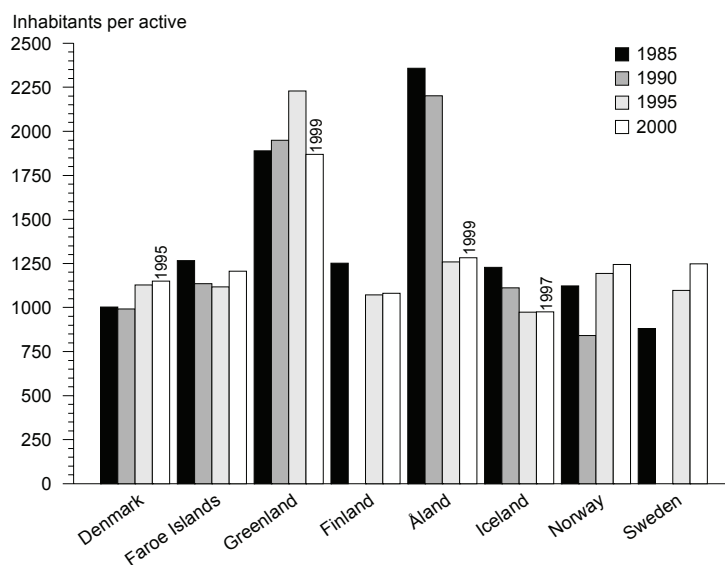
Kilde: Association; Å: Landskapsstyrelsen; I: Directorate of Health; N: Norwegian Medical Association; S: Swedish Medical Association

Figure 5.1 Inhabitants per working physician 1985-2000
 Indbyggere pr. erhvervsaktiv læge 1985-2000



Source: Table 5.12
 Kilde: Tabel 5.12

Figure 5.2 Inhabitants per working dentist 1985-2000
 Indbyggere pr. erhvervsaktiv tandlæge 1985-2000



Source: Table 5.8
 Kilde: Tabel 5.8

Capacity and services in hospitals

For many years, there has been a trend in the Nordic countries to close down small hospitals. Resources have been concentrated in fewer units, often involving a division of work in the most specialized areas. Units have often been merged administratively, not necessarily leading to fewer physical units. No hospitals have been closed down in Norway during the last few years, but some of the existing hospitals have become smaller.

Another trend in the Nordic countries is that psychiatric hospitals have been closed down, however, to varying degrees.

Hospital beds are organized somewhat differently in Finland, Iceland and Greenland than in the other countries. A number of beds are attached to health centres, and these beds appear in the tables as beds in "other hospitals". Some of these beds are for care of elderly people, and they are similar to beds in nursing homes and old age homes in the other countries. Particularly for Finland and Iceland, this gives a larger number of beds in relation to the population than in the other countries.

The statistics in the tables about hospitals have been divided up so that developments for the different types of hospitals can be followed.

Ordinary hospitals are hospitals with several specialities that primarily provide short-term somatic treatment, and also short-term psychiatric treatment.

Kapacitet og ydelser i sygehusvæsenet

Det er et kendetegn ved de nordiske landes sygehusvæsen, at man i en årrække har nedlagt sygehuse, og ressourcerne er blevet samlet på færre enheder, og oftest med en arbejdsdeling på de mest specialiserede områder. Ofte er det tale om en organisatorisk administrativ sammenlægning, som ikke nødvendigvis behøver at medfører færre fysiske enheder. I Norge er der ikke nedlagt hospitaler de seneste år, men de eksisterende hospitaler er ofte blevet mindre.

Det er ligeledes et kendetegn, at egentlige psykiatriske hospitaler er under afvikling i de nordiske lande, dog i forskelligt tempo.

I Grønland, Finland og Island er strukturen dog lidt anderledes, idet der til sundhedscentre er knyttet et antal sengepladser, som i tabellerne er rubriceret under andre hospitaler. En del af disse sengepladser er dog plejepladser, som i de andre lande findes ved alderdoms- og plejehjemmene. Dette medfører, især for Finland og Islands vedkommende, at man får et betydeligt større antal sengepladser i forhold til befolkningen, end i de andre lande.

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

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

The category 'specialized hospitals' includes hospitals that only have one speciality within somatic treatment.

Under rubrikken 'Specialsygehuse', er der opregnet sygehuse, som kun har et enkelt speciale inden for den somatiske behandling.

Psychiatric hospitals are hospitals that only provide treatment for psychiatric patients. The category 'other hospitals' includes hospitals that provide geriatric and psychiatric care and/or long-term treatment in health centres with mixed medical and surgical wards.

Psykiatriske sygehuse er sygehuse, som kun behandler psykiatriske patienter. Rubrikken 'Andre sygehuse' omfatter sygehuse med geriatrisk og psykiatrisk pleje og/eller langtidsbehandling ved helsecentre med blandede medicinske og kirurgiske afdelinger.

Hospital beds are divided into medical, surgical, psychiatric and other beds. It is clearly indicated that, particularly for Finland and Iceland, the category 'other', includes activities that are not included in the other countries.

Sengepladserne ved sygehusene er fordelt på medicin, kirurgi, psykiatri og andet. Det fremgår klart, at det først og fremmest er Finland og Island som under rubrikken 'Andet' medregner aktiviteter, som ikke medtages af de øvrige lande.

The tables about hospital discharges and average length of stay apply to patients admitted to ordinary hospitals and specialized hospitals. This limitation has been done in order to improve comparability between the countries.

Tabellerne over udskrivninger og gennemsnitlig liggetid omfatter indlagte patienter ved almindelige sygehuse og specialsygehuse. Denne afgrænsning er foretaget for at fremme sammenligneligheden mellem landene.

The trend is that the number of treatment places and the average length of stay has been reduced in ordinary hospitals. Within psychiatric treatment there has been a trend towards the use of more out-patient treatment, so that the number of psychiatric beds has been reduced.

Tendensen er, at antallet af behandlingspladser og den gennemsnitlige liggetid reduceres på de almindelige sygehuse. Inden for den psykiatriske behandling har der været en udvikling hen imod mere ambulante behandlingsformer, hvorfor antallet af psykiatriske sengepladser er blevet reduceret.

Table 5.13 Number of hospitals by number of beds 2000
Sygehuse efter antal sengepladser 2000

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland	of which Åland	Iceland ¹⁾	Norway	Sweden
<i>Ordinary hospitals</i>								
Almindelige sygehuse								
-199	23	2	16	48	1	4	39	34
200-499	21	1	-	16	-	1	16	28
500-799	4	-	-	5	-	1	5	9
800+	8	-	-	3	-	-	2	8
Total I alt	56	3	16	72	1	6	62	79
<i>Specialized hospitals</i>								
Specialsygehuse								
-199	8	-	-	9	-	-	8	4
200-499	-	-	-	-	-	-	1	-
500-799	-	-	-	-	-	-	-	-
800+	-	-	-	-	-	-	-	-
Total I alt	8	-	-	9	-	-	9	4
<i>Psychiatric hospitals</i>								
Psykiatriske sygehuse								
-199	10	-	-	14	1	-	17	2
200-499	2	-	-	7	-	-	-	1
500-799	-	-	-	1	-	-	-	-
800+	-	-	-	1	-	-	-	-
Total I alt	12	-	-	23	1	-	17	3
<i>Other hospitals</i>								
Andre sygehuse								
-199	-	-	-	271	1	19	27	3
200-499	-	-	-	12	-	-	-	-
500-799	-	-	-	2	-	-	-	-
800+	-	-	-	1	-	-	-	-
Total I alt	-	-	-	286	1	19	27	3
<i>Hospitals, total</i>								
Sygehuse, i alt	76	3	16	390	3	25	115	89

Note: Ordinary hospitals are hospitals which mainly provide treatment for patients with somatic diseases. Specialized hospitals are hospitals with only one speciality. Psychiatric hospitals are hospitals that only provide treatment for patients with psychiatric disorders (excl. psychiatric nursing homes). Other hospitals include hospitals providing long-term medical care as well as hospitals that cannot be categorized in the above, e.g. the Finnish health centres.

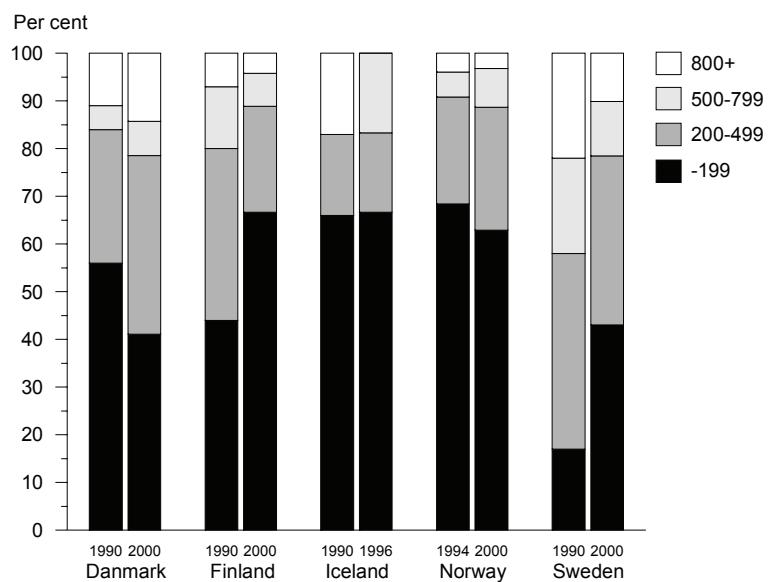
1 1996.

Anmærkning: Ved almindelige sygehuse forstås sygehuse, som overvejende behandler somatiske patienter. Specialsygehuse er sygehuse med kun ét speciale. Til psykiatriske sygehuse henregnes sygehuse, der udelukkende behandler psykiatriske patienter (dog ekskl. psykiatriske plejehjem). Andre sygehuse omfatter langtidsmedicinske sygehuse og sygehuse, der ikke kan kategoriseres i ovenstående, fx de finske helsevårdscentraler.

1 1996.

Source: D: National Board of Health; FI: Hospital Board; G: Directorate for Health; F: STAKES; Å: Government of the Åland Islands; I: Ministry of Health and Social Security; N: Statistics Norway; S: Federation of Swedish County Councils

Figure 5.3 Number of ordinary hospitals by number of beds 1990 and 2000
 Antal almindelige sygehuse fordelt efter antal senge 1990 og 2000



Source: Table 5.13
 Kilde: Tabel 5.13

Table 5.14 Authorized hospital beds by speciality 2000
Normerede sengepladser ved sygehuse efter specialer 2000

	Denmark	Faroe Islands	Greenland	Finland ³⁾	of which Åland	Iceland ⁴⁾	Norway	Sweden
<i>Number</i>								
<i>Antal</i>								
<i>Medicine</i>								
Medicin	10 668	94	46	7 133	62	586	6 469	16 546
<i>Surgery</i>								
Kirurgi	8 215	95	54	5 340	45	417	6 636	9 296
<i>Psychiatry</i>								
Psykiatri	4 044	76	18	5 343	35	315	2 968	4 953
<i>Other</i>								
Andet	-	-	286 ¹⁾	21 118	98	1 114	995	-
<i>Total</i>								
I alt	22 927	265	404	38 934	240	2 432	17 068	30 795
<i>Beds per 100 000 inhabitants</i>								
<i>Sengepladser pr. 100 000 indbyggere</i>								
<i>Medicine</i>								
Medicin	200	205	82	138	241	157	144	186
<i>Surgery</i>								
Kirurgi	154	207	96	103	175	156	148	105
<i>Psychiatry</i>								
Psykiatri	76	166	32	103	136	118	66	56
<i>Other</i>								
Andet	-	-	510 ²⁾	408	381	479	22	-
<i>Total</i>								
I alt	429	579	720	752	932	910	380	347

1 1999

2 Excl. patient hotel.

3 The number of beds has been calculated by dividing the total number of bed-days by 365.

4 Refers to 1995. Calculated from bed-days and a 90 per cent bed occupancy rate. Beds in mixed medical and surgical wards in small hospitals are included under "Medicine". "Other" includes beds in geriatric wards, for rehabilitation, and long-term care in hospitals (incl. ordinary hospitals).

1 1999

2 Ekskl. patienthotel.

3 Antallet af senge er beregnet ved at dividere det totale antal sengedage med 365.

4 Vedrører 1995. Beregnet på basis af sengedage og en belægningsprocent på 90. Under "Medicin" medregnes senge i blandede medicinske og kirurgiske afdelinger ved de små sygehuse. "Andet" omfatter sengepladser i geriatri, genoptræning og langtidspleje på hospitaler (inkl. almindelige hospitaler).

Source: D, FI, G, F, Å, I & N: See Table 5.13

Kilde: D, FI, G, F, Å, I & N: Se tabel 5.13

S: National Board of Health and Welfare & Federation of Swedish County Councils

Table 5.15 Discharges, bed days and average length of stay in wards in ordinary hospitals and specialized hospitals 2000
 Udskrivninger, sengedage og gennemsnitlig liggetid på afdelinger ved almindelige sygehuse og specialsygehuse 2000

		Denmark	Faroe Islands	Greenland ¹⁾	Finland	Åland	Iceland ²⁾	Norway	Sweden ³⁾
<i>Discharges per 1 000 inhabitants</i>									
Udskrivninger pr. 1 000 indbyggere									
<i>Medicine</i>	Medicin	98	115	26	85	126	93	71	76
<i>Surgery</i>	Kirurgi	98	134	58	118	98	88	78	68
<i>Psychiatry</i>	Psykiatri	7	7	3	10	12	7	5	8
<i>Total</i>	I alt	203	256	87	212	236	195	155	152
<i>Bed-days per 1 000 inhabitants</i>									
Sengedage pr. 1 000 indbyggere									
<i>Medicine</i>	Medicin	625	607	199	504	648	636	445	431
<i>Surgery</i>	Kirurgi	442	661	407	378	324	433	411	307
<i>Psychiatry</i>	Psykiatri	263	492	46	378	447	381	223	172
<i>Total</i>	I alt	1 329	1 760	652	1 260	1 419	1 786	1 079	910
<i>Average length of stay</i>									
Gennemsnitlig liggetid									
<i>Medicine</i>	Medicin	6	5	8	6	5	7	6	6
<i>Surgery</i>	Kirurgi	5	5	7	3	3	5	5	5
<i>Psychiatry</i>	Psykiatri	..	70	16	37	37	52	41	22
<i>Total</i>	I alt	..	7	8	6	6	9	7	6

1 Figures for average length of stay only refer to Dronning Ingrid's Hospital.

2 Refers to 1998. Incl. patients who have been admitted to small hospitals for less than 90 days. The total includes rehabilitation, geriatrics and long-term care in ordinary hospitals.

3 1999.

1 Tallene for den gennemsnitlige liggetid omfatter kun Dronning Ingrid's Hospital.

2 Vedrører 1998. Inkl. patienter, der har været indlagt ved små sygehuse i mindre end 90 dage. I sumtotalerne medregnes revalidering, geriatri og langtidspleje ved almindelige sygehuse.

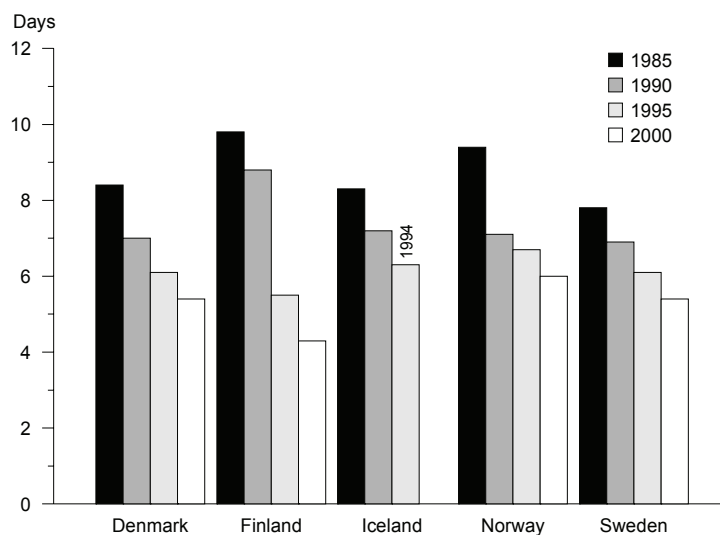
3 1999.

Source: D, FI, G, F, Å, I & N: See Table 3.19.

Kilde: D, FI, G, F, Å, I & N: Se tabel 3.19.

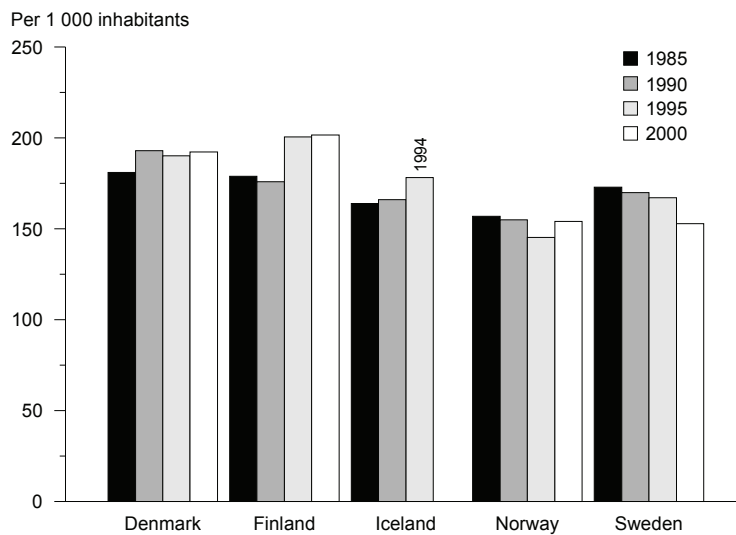
S: National Board of Health and Welfare

Figure 5.4 Average length of stay in somatic wards 1985–2000
 Gennemsnitlig liggetid på somatiske afdelinger 1985–2000



Source: Table 3.20
 Kilde: Tabel 3.20

Figure 5.5 Number of discharges from somatic wards, per 1 000 inhabitants 1985–2000
 Udskrivninger fra somatiske afdelinger pr. 1 000 indbyggere 1985–2000



Source: Table 3.19
 Kilde: Tabel 3.19

Table 5.16 Discharges from hospitals* by sex and age,
per 1 000 inhabitants in the age group 2000
Udskrivninger fra sygehuse* efter køn og alder,
pr. 1 000 indbyggere i aldersgruppen 2000

	Denmark	Faroe Islands ¹⁾	Greenland	Finland	Åland	Iceland ²⁾	Norway	Sweden
Age Alder								
Men								
Mænd								
0-14	123	160	107	92	92	106	100	73
15-44	86	101	} 154	209	225	71	82	64
45-64	187	240		390	402	175	187	151
65-69	369	423	} 883	505	516	385	405	300
70-74	477	485		671	670	476	486	406
75-79	593	898		749	900	659	647	527
80+	699	625		184	217	828	709	679
Total								
I alt	173	202	173	135	183	146	170	149
Women								
Kvinder								
0-14	95	118	93	105	147	92	84	60
15-44	195	225	} 418	186	202	214	165	138
45-64	173	203		204	210	199	169	137
65-69	296	620	} 934	309	325	302	273	241
70-74	364	391		398	384	402	363	317
75-79	442	515		499	614	500	424	419
80+	554	496		555	673	629	511	550
Total								
I alt	210	237	354	222	254	211	192	176

1 Inklusiv psykiatriske afsnit.

2 1994. Wards in specialized hospitals excl. psychiatry, rehabilitation, geriatrics and nursing wards + small hospitals, though only discharges for stays in hospital shorter than 90 days.

1 Including psychiatric wards.

2 1994. Afdelinger ved specialiserede sygehuse ekskl. psykiatri, genoptræning, geriatri og sygepleje + små hospitaler. Dog kun udskrivninger ved indlæggelsestider på mindre end 90 dage.

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

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

Source: D, FI, G, F, I & N: See Table 3.19

Kilde: D, FI, G, F, I & N: Se tabel 3.19

Å: STAKES; S: National Board of Health and Welfare

Table 5.17 Bed days in hospitals* by sex and age,
per 1 000 inhabitants in the age group 2000
Sengedage på sygehuse* efter køn og alder,
pr. 1 000 indbyggere i aldersgruppen 2000

	Denmark	Faroe Islands ¹⁾	Greenland ²⁾	Finland	Åland	Iceland ³⁾	Norway	Sweden
Age Alder								
Men								
Mænd								
0-14	419	354	418	389	421	530	380	281
15-44	316	669	} 890	288	277	260	264	398
45-64	985	1 854		893	1 079	1 019	794	853
65-69	2 365	4 333	} 6 142	2 003	2 481	2 910	1 978	1 856
70-74	3 255	5 419		2 791	3 121	4 135	2 696	2 682
75-79	4 319	7 844		4 391	4 131	5 983	3 584	3 753
80+	5 529	7 795		5 650	6 044	8 938	4 631	5 099
Total								
I alt	933	1 496	991	823	1 013	936	779	921
Women								
Kvinder								
0-14	348	223	301	306	334	475	317	245
15-44	641	972	} 1 902	562	718	859	624	604
45-64	903	1 680		742	918	1 131	807	798
65-69	2 016	3 251	} 6 402	1 481	1 586	2 394	1 588	1 541
70-74	2 798	5 278		2 127	2 511	3 835	2 186	2 212
75-79	3 743	6 743		2 898	4 664	5 771	2 863	3 220
80+	5 210	7 745		3 791	5 518	7 711	3 836	4 513
Total								
I alt	1 150	1 695	1 704	926	1 285	1 298	978	1 068

1 Inklusiv psykiatriske afsnit.

2 Some women from villages are admitted to hospital up to one month before the expected date of delivery.

3 1994. Wards in specialized hospitals excl. psychiatry, rehabilitation, geriatrics and nursing wards + small hospitals, though only discharges for stays in hospital shorter than 90 days.

1 Including psychiatric wards.

2 En del kvinder fra bygderne indlægges op til en måned før termin.

3 1994. Afdelinger ved specialiserede sygehuse ekskl. psykiatri, genoptræning, geriatri og sygepleje + små hospitaler. Dog kun udskrivelser ved indlæggelsestider på mindre end 90 dage.

* Definition, see Table 3.19

* Definition, se tabel 3.19

Source: D, FI, G, F, I & N: See Table 3.19

Kilde: D, FI, G, F, I & N: Se tabel 3.19

Å: STAKES; S: National Board of Health and Welfare

SECTION B

GLEN THORSEN, OLEG NIKIFOROV,
JACOB LYNGE SANDEGAARD, LEIDULF SEGADAL,
LISBETH SERDÉN, MARTTI VIRTANEN

Validity and comparability of Nordic hospital statistics on surgical procedures

Validitet og sammenlignbarhet av statistikk over kirurgiske inngrep ved nordiske sykehus

Introduction

The topical section of the 1998 issue of *Health Statistics in the Nordic Countries* was titled *Validity and comparability of Nordic hospital discharge statistics*, and mainly dealt with diagnostic data. To follow up this line of inquiry, it has been decided by NOMESCO that the topical section for the year 2000 be used for a similar evaluation of the surgical statistics in the NOMESCO annual reports.

The preparation of this report was assigned to a working group, with the following members:

Rikard Lindkvist, later replaced by
Lisbeth Serdén (Sweden)
Oleg Nikiforov (Finland)
Jacob Lynge Sandegaard (Denmark)
Leidulf Segadal (Norway)
Glen Thorsen (Norway), leader
Martti Virtanen (WHO Collaborating Centre for the Classification of Diseases in the Nordic Countries)

The group has been assisted by NOMESCO secretary *Johannes Nielsen*.

Innledning

Temaseksjonen for 1998-utgaven av *Helsetatistikk for de nordiske land* hadde som emne *Validitet og jämförbarhet hos nordisk patientstatistik* (ved utskrivning fra sykehus), og omhandlet i hovedsak diagnosedata. Som oppfølging har NOMESCO besluttet at temaseksjonen for år 2000 skulle være en tilsvarende studie av NOMESCOs operasjonsstatistikk.

Til å utarbeide denne rapporten ble det oppnevnt en arbeidsgruppe, bestående av:

Rikard Lindkvist, senere avløst av
Lisbeth Serdén (Sverige)
Oleg Nikiforov (Finland)
Jacob Lynge Sandegaard (Danmark)
Leidulf Segadal (Norge)
Glen Thorsen (Norge), leder
Martti Virtanen (Nordiskt center för klassifikation av sjukdomar)

Gruppen har vært bistått av NOMESCOs sekretær *Johannes Nielsen*.

The report is based on statistical material from Denmark, Finland, Norway and Sweden made available by NOMESCO, supplemented with material provided by Oleg Nikiforov, Jacob Lynge Sandegaard, Lisbeth Serdén and Glen Thorsen from their respective countries

Rapporten bygger på statistisk materiale fra Danmark, Finland, Norge og Sverige, fremskaffet av NOMESKO, supplert med materiale fremskaffet av Oleg Nikiforov, Jacob Lynge Sandegaard, Lisbeth Serdén og Glen Thorsen fra sine respektive land.

Statistical material from Iceland is not included. For Denmark and Finland, material from the home rule areas of Greenland, the Faroe Islands and Åland is also not included.

Materiale fra Island er ikke med i rapporten, og for Danmark og Finlands vedkommende ikke materiale fra selvstyreområdene Grønland, Færøyene og Åland.

Main topics for the report

- Data concerning surgical procedures in the national patient registers of the four countries, and rules for reporting surgical data to NOMESCO
- The grouping of surgical procedures in NOMESCO statistics: Selection for the groups, terminology for the groups, and proposals for corrections, changes and additions
- Evaluation of present statistical material for the year 2000.
- Consequences for the quality of the statistics of the transition from the previous separate national coding systems to NCSP¹

Hovedemner i rapporten:

- Data for kirurgiske prosedyrer i de fire lands nasjonale pasientregistre og reglene for rapportering av operasjonsdata til NOMESKO
- NOMESKO-statistikkens gruppering av operasjoner: Seleksjonen til gruppene, termvalg for gruppene og forslag til rettinger, endringer og tilføyelser
- Vurdering av nåværende statistikk for år 2000
- Konsekvenser for statistikkens kvalitet ved overgang fra de tidligere nasjonale operasjonskodeverk til NCSP³

³ NOMESCO Classification of Surgical Procedures. The common version is in English. The following acronyms will be used for this and the national versions: NCSP-E, NCSP-D, NCSP-F, NCSP-N, NCSP-S.
NOMESCO Classification of Surgical Procedures. Grunnversjonen, som er på engelsk vil i fortsettelsen bli benevnt NCSP-E, de nasjonale versjonene hhv NCSP-D, NCSP-F, NCSP-N og NCSP-S.

- Additional surgical statistics based on case-mix data from the NordDRG system
- Conclusions, recommendations for improvement of NOMESCO surgical statistics, areas suggested for further study
- Case-mix data fra NordDRG-systemet som grunnlag for kirurgisk tilleggsstatistikk
- Konklusjon, anbefalinger til kvalitetsforbedring av statistikken, områder som bør bli gjenstand for utdypende undersøkelser

Surgical register data in the four countries

The national patient registries of the Nordic countries are the sources of hospital data reported to NOMESCO. There are notable differences in options for recording surgical procedure codes and their links to diagnostic codes in these registers. All countries use NCSP for surgical procedures and ICD-10 for recording diagnoses, but there are some national peculiarities in the adaptations of both classifications in the different countries. For aggregation to the level used in NOMESCO surgical statistics, though, these differences in the national versions are scarcely of importance.

There are notable national differences between the four countries in the recording of data pertaining to surgical practice for a hospital discharge.

Kirurgiske registerdata i de fire land

Grunnlaget for rapportering av nasjonale sykehusdata til NOMESCO er de nasjonale pasientregistrene i de nordiske land. Disse har noe ulike muligheter for registrering av kirurgiske prosedyrekoder og tilknytningen til diagnosekoder. Alle landene benytter NCSP for kirurgiske registreringer og ICD-10 for diagnose-registrering, men det finnes noen nasjonale særegenheter i landenes versjoner av begge kodeverkene. For aggregering til det nivå som brukes i NOMESCOs operasjonsstatistikk, har forskjellene i kodeverksversjonene neppe noen betydning.

De data med kirurgisk relevans som registreres nasjonalt for et utskrivningstilfelle i de fire landene er forskjellige:

Recording of surgical procedure codes in the Nordic national patient registries
Registreringsmuligheter for operasjonskoder i de nordiske landspasientregistre

Country Land	NCSP-codes NCSP-koder	Indication of main procedure (code) Markering av hov- edinngrep (kode)	Linking of NCSP and ICD-10 codes Kobling mellom NCSP- og ICD-10- koder	Links between NCSP codes Kobling mellom NCSP-koder
Denmark	Unlimited Ubegrenset	Yes Ja	Yes Ja ⁴	Yes Ja
Finland	5	Yes Ja	No Nei	No Nei
Norway	10	No Nei	No Nei	No Nei
Sweden	12	No Nei	No Nei	No Nei

In many instances, the classifications and the hospital patient systems allow the linking of surgical procedure codes to the ICD-10 code that represents the indication for the procedure, as well as the linking of procedure codes belonging to the same surgical event. The importance of the latter functionality is that it allows the linking of supplementary NCSP codes to the appropriate main codes. Differences between the national patient registries make this functionality unavailable for NOMESCO statistics.

I mange tilfelle gir kodeverkene og sykehusenes pasientsystemer mulighet for å markere sammenheng mellom operasjonskoder og den diagnosekode som utgjør indikasjonen for inngrepet, og sammenheng mellom operasjonskoder. Sistnevnte har betydning ved å knytte tilleggs-koder til en bestemt hovedkode i NCSP. Forskjellene i de nasjonale pasientregistre gjør at denne funksjonalitet ikke kan utnyttes i NOMESCO-statistikk.

Of course, all national patient registries use technical linking between NCSP codes and the ICD-10 main condition, but only the Danish system allows the linking of an NCSP code to the ICD-10 code that represents the indication for the procedure. For example, the other systems cannot link procedures to other ICD-10 codes than that of the main condition.

Riktignok kan alle landenes pasientregistre gjøre tekniske koblinger mellom NCSP-koder og ICD-10 hovedtilstand, men kun det danske har en mulighet for å koble inngrepskode til den diagnosekode som utgjør den reelle indikasjon for inngrepet. Systemene kan for eksempel ikke koble inngrepskoder til bidiagnoser.

In addition, the comparability is reduced by variations in the ICD-10 recordings due to differences in the national ICD-10 versions, in particular differences in the implementation of

I tillegg forstyrres sammenlignbarheten av forskjeller i landenes diagnoseregistrering som ligger utenfor denne rapportens omfang, særlig forskjeller i håndtering av ICD-10 parkoding av tilstander som har

⁴ Only to code for "action diagnosis"
Kun til "aktionsdiagnose"

ICD-10 code pairs representing the etiology (dagger code) and manifestation (asterisk code) of a condition.

en etiologisk kode (sverdkode) og en manifestasjonskode (stjernekode).

Rules for reporting to NOMESCO

In order for the national surgical statistics to be comparable, it is essential that the rules governing reporting to NOMESCO are complied with by all countries.

A crucial point is the rule for counting procedures, whereby only one recording for any one of the 14 surgical procedure groups is allowed for one individual discharge. If two procedure codes that belong to the same NOMESCO group are recorded for the same hospital admission, they are counted as one.

This topic will be considered in the section evaluating the present surgical statistics.

Evaluation of the present selection for statistical groups

Description of the current selection

The present statistics deal with 14 surgical procedure groups regarded as being of particular interest in comparisons between the Nordic countries. A summary of the 14 groups is given in Table 1. The detailed selection of NCSP codes is presented in Appendix 1.

Rapporteringsregler til NOMESCO

Avgjørende for sammenlignbarhet mellom landenes operasjonsstatistikk er at rapporteringsreglene til NOMESCO følges av alle landene.

Sentral her er tellingsregelen som sier at for et utskrivningstilfelle kan det bare telles ett tilfelle fra hver av de 14 operasjonsgruppene i NOMESCO-statistikken. Registreres to koder som tilhører samme operasjonsgruppe under samme sykehusopphold, telles de bare som en.

Dette forholdet vil bli omtalt under evalueringen av nåværende operasjonsstatistikk.

Vurdering av nåværende seleksjon til statistiske grupper

Beskrivelse av nåværende seleksjon

Den nåværende statistikk inneholder 14 grupper av operasjoner som betraktes som spesielt interessante for sammenligning mellom landene. De 14 gruppene er resymert i tabell 1. Den detaljerte seleksjon av koder er vist i vedlegg 1.

Table 1 Fourteen surgical procedure groups – selection of codes
Fjorten kirurgiske inngrepsgrupper – kodeutvalg

Group Gruppe	Group title Gruppetittel	NCSP code groups NCSP kodegrupper
1	<i>Coronary bypass operations, excl. PTCA</i> Bypassoperasjoner på coronarkar, ekskl. PTCA	FNA, FNB, FNC, FND, FNE
2	<i>Percutaneous expansion of coronary artery (PTCA)</i> Perkutan coronar angioplastikk	FNG 02, FNG 05
3	<i>Operations on the thyroid gland</i> Thyreoideaoperasjoner	BAA 20-60
4	<i>Kidney transplant</i> Nyretransplantasjon	KAS 00-20
5	<i>Hysterectomy</i> Hysterektomi	LCC 10-20, LCD, LCE
6	<i>Prostatectomy TURP</i> Prostatektomi TURP	KED 22-72
7	<i>Prostatectomy, open</i> Prostatektomi, åpen	KEC
8	<i>Total hip replacement</i> Total hoftedeplastikk	NFB, NFC
9	<i>Mastectomy (in women)</i> Mastektomi (hos kvinner)	HAC 10-25, HAC 99
10	<i>Partial excision of mammary gland (in women)</i> Reseksjon av mamma (hos kvinner)	HAB
11	<i>Appendectomy</i> Appendektomik	JEA
12	<i>Disc operations</i> Disk-operasjoner	ABC 01-26
13	<i>Cholecystectomy</i> Kolecystektomi	JKA 20-21
14	<i>Caesarean section</i> Keisersnitt	MCA

Evaluation of the present selection

In a scrutiny of the NOMESCO group titles and the selection of codes for the groups, a series of inconsistencies between the titles of the groups and the selection of codes contained in them. In addition some of the group titles were found to be ambiguous. For seven of the groups this scrutiny resulted in proposals for changing the group titles. For three groups a minor adjustment of the code selection is proposed, and in the case of two of these, the pro-

Vurdering av nåværende seleksjon

Ved en gjennomgang av gruppenes titler og seleksjonen av koder til gruppene, ble det påvist en rekke diskrepanser mellom gruppetitler og kodeinnhold. I tillegg ble i noen tilfelle gruppetittelen ansett for tvetydig. For 7 av gruppene førte gjennomgangen til forslag om at gruppens tittel endres, og for 3 av gruppene foreslås en mindre endring av kodeseleksjonen. Av disse er det to grupper hvor det foreslås endring av både tittel og seleksjon. Ar-

posals is for changing both the title and the code selection. In addition, the working group proposes a few new statistical surgical procedure groups.

beidsgruppen vil også foreslå noen få nye operasjonsgrupper.

Proposals for changing NOMESCO surgical group titles and code selection

Below, proposals for changes and the reasons for proposing them are given for each group in question. In some cases rough estimates of occurrence for some codes as compared to the entire selection for the group have been included to support the proposals. Since sufficiently detailed statistics from all four countries could not be made available in the short time left before the deadline for this report, available figures from Norway for the year 2000 were used. The figures of these rough estimates are included only to illustrate the order of magnitude of the problem in question.

Forslag til endringer av tittel og kodeseleksjon for gruppene:

Nedenfor er det oppført forslag til endringer for hver enkelt gruppe, med begrunnelse. I begrunnelsen er det noen ganger tatt med prosentangivelser av visse koders forekomst i forhold til hele gruppen. Disse prosentangivelsene må oppfattes som omtrentlige. De er bare med for å illustrere størrelsesordenen av problemet, og er hentet fra norsk operasjonsmateriale for 2000, fordi detaljerte data for alle fire land ikke kunne innhentes i det korte tidsrom mellom når nordisk statistikk ble tilgjengelig og fristen for denne rapporten.

Group Gruppe	Group title Gruppetittel	Suggested change Endringsforslag
		<i>Change title to:</i> Endre tittel til:
1	Coronary bypass operations, excl. PTCA Bypass operasjoner af koronarkar, ekskl. PTCA	Coronary anastomosis surgery Coronaranastomoser

The reason for this proposed change of title is that the group includes the NCSP code groups FNA and FNB, which are anastomosis procedures, but not bypass procedures exclusively. It makes sense professionally to include them in the same group.

Begrunnelsen for dette forslag til endret tittel er at gruppen inkluderer NCSP kodelgruppene FNA og FNB, som er anastomoseoperasjoner, men ikke koronarbypass i egentlig forstand. Det er faglig hensiktsmessig å gruppere dem sammen.

On the other hand, the parenthesis excluding PTCA is superfluous, as PTCA is neither anastomosis nor bypass, and as the next group in the tables is just PTCA, this should be immediately apparent from the tables.

Derimot er parentes med eksklusjon av PTCA overflødig, fordi PTCA verken er anastomose eller bypass, og siden PTCA er neste gruppe, fremgår dette også klart av tabellene.

VALIDITY OF SURGICAL PROCEDURE STATISTICS

Group Gruppe	Group title Gruppetittel	Suggested change Endringsforslag
3	<i>Operations on the thyroid gland</i> Thyreoideaoperasjoner	<i>Change title to:</i> Endre tittel til: <i>Partial and total thyroid excision</i> Reseksjonsinngrep på thyreoidea <i>Change in code selection:</i> Endring av seleksjon: <i>Exclude BAA 99</i> Ekskluder BAA 99

The reason for this combined proposal is that all codes in this group, except the “other” group of BAA 99, are excisional procedures. The ill-defined “other” group only accounts for roughly 3 per cent of all procedures belonging to NOMESCO procedure group 3.

Begrunnelsen for dette er at *BAA 99 Andre operasjoner på thyreoidea* skiller seg ut som dene eneste kode i tretegnsgruppen som ikke er et reseksjonsinngrep. Tallmessig utgjør den dårlig definerte BAA 99 ca 3% av alle operasjoner i NOMESCO-gruppe 3.

Group Gruppe	Group title Gruppetittel	Suggested change Endringsforslag
4	<i>Kidney transplant</i> Nyretransplantasjon	<i>Change in code selection:</i> Endring av seleksjon: <i>Exclude KAS 00</i> Ekskluder KAS 00

Kidney transplantations are performed in cases of kidney failure, and constitute the majority of organ transplants. As opposed to this, KAS 00 (Autotransplantation of kidney) is really the transposition of a functioning kidney to another location, usually to the target location for a kidney transplant, mainly for the reason of preserving its arterial blood supply in aortic surgery. Its exclusion is suggested because it does not belong to transplantation surgery proper. The consequence for statistics is minor: Autotransplantations constitute roughly 5 per cent of all recorded procedures in the current NOMESCO group 4.

Nyretransplantasjon utføres ved nyresvikt og utgjør flertallet av organtransplantasjonene. KAS 00 er autotransplantasjon av nyre og hører ikke hjemme i den egentlige transplantasjonskirurgi. Inngrepet innebærer at man flytter en fungerende nyre, vanligvis til samme sted som man setter inn organet ved vanlig transplantasjon. Dette er i hovedsak et karkirurgisk inngrep som utføres ved aortakirurgi for å skaffe blodtilførsel til nyrer som ellers ville gå tapt. Foreslås derfor tatt ut av seleksjonen. Den tallmessige konsekvens er ikke stor: Autotransplantasjoner utgjør ca 5% av inngrepene i nåværende NOMESCO-gruppe 4.

VALIDITY OF SURGICAL PROCEDURE STATISTICS

Group Gruppe	Group title Gruppetittel	Suggested change Endringsforslag
5	Hysterektomi <i>Hysterectomy</i>	<i>Change title to:</i> Endre tittel til: Hysterektomi (inklusive supravaginal hysterektomi og bekkeneksenterasjon) <i>Hysterectomy (including supravaginal hysterectomy and exenteration of pelvis)</i> <i>Change in code selection:</i> Endring av seleksjon: <i>Include: LEF 13</i> Inkluder LEF 13

The proposed addition of the explanatory parenthesis to the title is intended to avoid ambiguity about what is included in the selection.

LEF 13 is a procedure for uterine prolapse that includes removal of the uterus. For this reason it should be reported as hysterectomy, even though this is of little statistical importance. The inclusion of this code in NOMESCO group 5 will only lead to an approximate 2 per cent increase in recordings in this group. On the other hand, the inclusion of MCA 30-33 (Caesarean hysterectomy) is not proposed. These codes are included in NOMESCO group 14, and are extremely rare procedures (no recordings at all in Norway for the year 2000), performed only for intractable haemorrhage in the course of Caesarean section.

I tittelen foreslås tillegg av forklarende parentes for å unngå misforståelser om hva som er med i seleksjonen.

LEF 13 er en operasjon for prolaps hvor uterus fjernes, den bør derfor også registreres som hysterektomi, selv om den tallmessige betydning er beskjeden. Inngrepet vil medføre bare ca 2% økning av registreringene i NOMESCO-gruppe 5. Derimot foreslås ikke MCA30-33 (keisersnitt med hysterektomi) inkludert. De er med i NOMESCO-gruppe 14, og er ekstremt sjeldne inngrep (ingen registreringer i Norge år 2000) som utføres ved intrakabel blødning fra uterus under keisersnitt.

Group Gruppe	Group title Gruppetittel	Suggested change Endringsforslag
6	Prostatectomy TURP Prostatektomi TURP	<i>Change title to:</i> Endre tittel til: <i>Prostatectomy, transurethral procedures</i> Transurethrale reseksjonsinngrep på prostata

TURP (transurethral resection of prostate) is exclusively represented by the code

Begrunnelse: TURP (transurethral resection of prostate) er KED 22. Det er

KED 22. Other transurethral procedures to relieve prostatic obstruction do not belong under this acronym. But counting the entire selection of these codes as a group is of interest in comparison to the ever decreasing use of open prostatectomy.

This raises the problem, however, that other procedures in this group, transurethral microwave therapy (TUMT) in particular, are extensively performed as day surgery. This emphasises the importance of including day surgery cases and other alternatives to regular hospital admissions in the statistics concerning central parts of surgical activity in Nordic statistics.

ikke korrekt å inkludere de øvrige transurethrale inngrepene under denne forkortelsen. Men det har interesse å sammenligne hele gruppen med tradisjonell åpen prostatektomi, som i økende grad forlates til fordel for transurethrale inngrep.

Et problem i denne forbindelse er at andre inngrep i gruppen, spesielt transurethral mikrobølgeterapi (TUMT) i stor utstrekning utføres som dagkirurgi. Det aksentuerer behovet for å kunne inkludere inngrep som utføres uten hel-døgns innleggelse for å få oversikt over sentrale deler av den kirurgiske virksomhet i nordisk statistikk.

Group Gruppe	Group title Gruppetittel	Suggested change Endringsforslag
7	Prostatectomy, open Prostatektomi, åben	Change title to: Endre tittel til: Radical prostatectomy Radikal prostatektomi

The title of this group is a gross misnomer. Open prostatectomy is a group of operations performed for prostatic urinary obstruction, as the alternative to the previous group of transurethral procedures. The codes for open prostatectomy are KED 00-22 and KED 96.

The KEC group in NCSP, which constitutes NOMESCO group 7, are certainly mainly open procedures (though during the last few years, laparoscopic approach has come into use even for this), but they are never called "open prostatectomy". What the group really encompasses is *radical prostatectomy*, of which the main purpose is not relieving urinary obstruction, but curative excision in the case of prostatic cancer not extending beyond

Begrunnelse: Tittelen svarer ikke til seleksjonen av inngrep. Åpen prostatektomi, som i likhet med foregående gruppe er inngrep som utføres for prostatisk vannlatningsbesvær, har kodene KED 00-22 og KED 96.

Gruppen KEC, som utgjør NOMESCO-gruppe 7, er riktignok åpne inngrep (skjønt det i de siste år har blitt mulig å utføre også dette laparoskopisk), men ikke det man forstår ved åpen prostatektomi. Det gruppen omfatter er *radikal prostatektomi*, som ikke har som hovedformål å bedre vannlatningen. Hensikten med radikal prostatektomi er kurativ eksisjon av prostatacancer som er begrenset til kjertelen selv. Det er store inngrep

the gland itself. These are extensive procedures with major complications, and the indication for them is still under debate. The procedures certainly are of considerable interest for Nordic statistical comparison, but not as alternatives to transurethral prostatic surgery. The therapeutic alternative to radical prostatectomy is non-surgical treatment when metastatic disease occurs.

But comparison of transurethral and traditional open prostatectomy is also of interest. For this reason, the working group also proposes the introduction of a new NOMESCO surgical procedure group for this (please see below).

med betydelige komplikasjoner, og hvor indikasjonsområdet fremdeles er under diskusjon. Inngrepene har således stor interesse for nordisk statistikk, men ikke som alternativ til transurethral prostatakirurgi. Alternativet til radikal prostatektomi er ikke-kirurgisk behandling når metastaser manifesterer seg.

Men det har også interesse å sammenligne bruken av vanlig åpen prostatektomi med transurethrale inngrep. Arbeidsgruppen foreslår derfor å innføre en ny NOMESCO-gruppe for dette (se senere).

Group Gruppe	Group title Gruppetittel	Suggested change Endringsforslag
8	Total hip replacement Total hoftedeplastik	Change title to: Endre tittel til: Hip replacement Hoftedeppsproteser

The reason for the proposed change of title is that the current title is erroneous. The code selection encompasses both total and partial hip replacements. It is appropriate to group them together, but the word *total* needs to be deleted from the group title.

Begrunnelse: Tittelen svarer ikke til seleksjonen av inngrep. Seleksjonen omfatter både totalproteser og delproteser. Det synes hensiktsmessig å gruppere dem sammen, men ordet *total* må da strykes fra gruppetittelen.

Gruppe Group	Gruppetittel Group title	Endringsforslag Suggested change
9	Ablatio mammae (kvinder) Mastectomy (in women)	Endre seleksjon Change selection: Ekskluder Exclude: HAC 30

The reason for the proposed exclusion of HAC 30 is that this code denotes the excision of supernumerary mammae. The procedure is very rare, and usually a much less extensive procedure than an ordinary mastectomy.

Begrunnelse: HAC 30 er eksisjon av overtallig mamma. Inngrepet er meget sjelden, og vil vanligvis være et meget mindre inngrep enn vanlig mastektomi.

In the NOMESCO statistics, this and the following group, as well as the hysterectomy group, are calculated per 100 000 females, as opposed to per 100 000 people of both sexes. While hysterectomy is indeed exclusively performed on women, it is not known whether the selections for mastectomy means that only procedures performed on women are included, or whether procedures on for both sexes are included, but only calculated according to the female population. For the entire group this is of minor statistical importance, as the proportion of operations performed on males is not more than roughly 1 per cent. But for the subgroup represented by the code HAC 10 (Subcutaneous mastectomy with preservation of mamilla), males constitute roughly 60 per cent of the cases, as the operation may be performed for gynecomasty.

I NOMESKO-statistikken er denne og neste gruppe, i tillegg til gruppen hysterectomi, gjort opp per 100 000 kvinner istedenfor i forhold til per 100 000 av begge kjønn. Mens sistnevnte gruppe naturligvis bare utføres på kvinner, er det uklart om det i utvalgskriteriene for mastektomi er gjort slik at bare operasjoner på kvinner er tatt med, eller at tallet er fordelt på kvinneandelen av befolkningen. For hele gruppen spiller dette liten rolle, andelen operasjoner på menn utgjør ikke mer enn ca 1%. Men for undergruppen HAC 10 Subkutan mastektomi med bevaring av brystvorte utgjør mannsandelen ca 60% (operasjoner for gynekomasti).

Group Gruppe	Group title Gruppetittel	Suggested change Endringsforslag
11	Appendectomy Appendektomi	Change in code selection: Endring av seleksjon: Exclude JAW 96-97 Ekskluder JAW 96-97

For precision, the exclusion of JAW 96-97, which denote operations on the appendix *other* than its removal, is proposed.

Begrunnelse: JAW 96-97 er andre operasjoner på appendiks enn appendektomi.

Such *other* operations are virtually non-existent (none were recorded in Norway for the year 2000). There is an operation on the appendix, in which the organ is exteriorised and used as access port for irrigation in the treatment of otherwise intractable incontinence, but this procedure is classified with other intestinal stomas (as JFF 40) and does not treat any condition of the appendix itself.

Disse to kodene betegner inngrep som nesten ikke forekommer (Ingen registreringer i Norge år 2000). Riktignok brukes fremlagt appendiks som inngangsport for tarmskylling som behandling av intraktable inkontinens, men denne operasjonen er rubrisert som fremlegging av tarm (JFF 40), og gjelder ikke behandling av noen tilstand i appendiks.

Proposals for new NOMESCO surgical procedure groups

It is the opinion of the working group that the current 14 procedure groups, with the changes proposed above, are well suited for the purpose of comparative Nordic statistics. A major expansion of groups is not deemed necessary.

Still, there are a few fields of surgery where the working group feels that adding new groups may be justified.

Below, proposals for new groups with selection of codes and justification are presented:

Forslag til nye operasjonsgrupper

Arbeidsgruppen mener at de nåværende 14 operasjonsgrupper, med de endringer som er foreslått ovenfor, er gode og hensiktsmessige for nordisk statistikk. Det føles ikke noe behov for en større utvidelse av gruppene.

Det er likevel et fåtall områder hvor arbeidsgruppen mener tilføyelse av nye grupper kan være berettiget.

Nedenfor følger forslag til grupper med kodeseleksjon og begrunnelser:

<i>New group</i> Ny gruppe	<i>Code selection</i> Kodeutvalg	<i>Codes with rubric texts</i> Koder med tilhørende rubrikkttekster	
<i>Open prostatectomy</i> Åpen prostatektomi	KED 00, KED 96	KED 00	<i>Transvesical prostatectomy</i> Transvesikal prostatektomi
		KED 96	<i>Other partial excision of prostate</i> ⁵ Annen reseksjon av prostata ²

Justification: Although the differences in the preference for transurethral over open prostatic surgery are probably much smaller today than 20 or 30 years ago, some differences may still exist, which may deserve statistical demonstration. The misnomer *Prostatectomy*, *open* for the current NOMESCO group containing only codes for *radical* prostatectomy has been dealt with in the previous section.

Begrunnelse: Selv om forskjellene antagelig var større for 20-30 år siden, er det nok fremdeles forskjeller i anvendelsen av åpne og transurethrale inngrep for prostatisk vannlatningsbesvær, som det kan være god grunn til å kunne påvise statistisk. Vedrørende den tradisjonelle gruppen *Prostatektomi*, *åpen* i NOMESCO-statistikken, vises til forslag om endret gruppetittel – gruppen inneholder bare koder for *radikal* prostatektomi.

⁵ KED 96 i NCSP-E, NCSP-D OG NCSP-N inkluderer retropubisk prostatektomi, som er inkludert i KED 00 i NCSP-S og har sin egen kode KED 10 i NCSP-F
KED 96 of NCSP-E, NCSP-D and NCSP-N includes retropubic prostatectomy, which is included in KED 00 in NCSP-S and has the separate code KED 10 in NCSP-F

VALIDITY OF SURGICAL PROCEDURE STATISTICS

<i>New group</i> Ny gruppe	<i>Code selection</i> Kodeutvalg
Primære kataraktoperasjoner <i>Primary cataract surgery</i>	CJC, CJD

Justification: This is a major group of procedures in ophthalmological surgery, where there has been a considerable development in how services are provided.

Begrunnelse: Dette er en gruppe operasjoner som har et betydelig volum innenfor øyekirurgien, og hvor det skjer en utvikling av hvordan behovet for tjenester dekkes.

A prerequisite for valid statistics for this proposed new group is that routines for reporting day surgery, outpatient surgery and surgery outside public health services are established in the national systems.

Det er en forutsetning for meningsfylt statistikk for denne foreslåtte gruppe at det etableres rapporteringsrutiner som omfatter også dagkirurgi, polikliniske operasjoner og operasjoner utenom det offentlige helsevesen.

In addition to these proposals, the working group wishes to point out a need for comparative statistics concerning:

Foruten dette, etterlyser arbeidsgruppen nordisk statistikk innenfor:

- Peripheral vascular surgery
- Intracranial surgery

- Perifer karkirurgi
- Intrakraniell kirurgi

These two fields are subject to rapid technical development, that deserves to be monitored through Nordic statistics. It has not been possible for the working group alone to define code selections for new groups covering these areas, nor to assess whether more than one group is needed for each of the two fields.

Dette er to områder med pågående metodeutvikling, som det kan være god grunn til å følge i nordisk statistikk. Men arbeidsgruppen alene har ikke hatt mulighet for å avgrense kodeseleksjonen nærmere, og heller ikke å vurdere om det skal være mer enn en gruppe innenfor hvert av disse to områdene.

In the field of vascular surgery, a point of interest for comparison is traditional open surgery versus percutaneous stent procedures.

Innenfor karkirurgien kan for eksempel forholdet mellom tradisjonelle åpne inngrep og perkutane inngrep med innleggelse av stent være aktuelle å sammenligne.

In the field of neurosurgery, traditional craniotomy procedures compared to stereotactic procedures and implantations of injection and stimulator devices are of interest.

Innenfor nevrokirurgien kan det ha interesse å se på tradisjonelle åpne intrakranielle inngrep, stereotaktiske inngrep og innleggelse av injeksjons- og stimulatorimplantater.

In order to specify which new procedure groups are needed and the code selection for them, assistance from the professional bodies active in these fields is required.

Det er behov for kontakt med spesialistmiljøene for å konkretisere behovet for nye grupper og seleksjon av koder nærmere.

Use of procedure group titles in this report

For clarity, the proposed changes of NOMESCO group titles will be used throughout the remainder of this report.

However, proposed changes in code selection for the groups must await modified statistical material.

Consequences of erroneous and ambiguous surgical group titles for the statistics

In studying the national reports to NOMESCO, it became apparent that the code selection to the surgical groups in Finland deviated considerably from the other countries.

On closer examination this was found to be due to the need to handle known differences between NCSP-F and NCSP-E and the other national versions in relation to the code selection.

The explanation for the difference in selection seems to be that selection to the groups in Finland was based on an interpretation of the group titles, not on the specified lists of codes for each group. In all groups where the altered code selection made a practical difference for the statistics, this could be ascribed to errors, low precision or ambiguity in the group titles. Whereas the group titles in NOMESCO seem to have been designed

Bruk av operasjonsgruppetytler i denne rapporten

For klarhets skyld vil de foreslåtte endringer i gruppetitlene bli tatt i bruk i resten av denne rapporten.

De foreslåtte endringer i seleksjon av koder til gruppene kan derimot ikke tas i bruk, da modifisert tabellmateriale ikke foreligger.

Konsekvenser for statistikken av misvisende og tvetydige operasjonsgruppetytler

Det fremkom ved gjennomgang av de nasjonale materialer innberettet til NOMESCO at seleksjonen til operasjonsgruppene i det finske materialet var tildels betydelig avvikende fra de øvrige.

Ved nærmere undersøkelse viste det seg at dette hadde sin årsak i behovet for å justere eller kontrollere kodeutvalg på grunn av de kjente avvik i NCSP-F fra NCSP-E og de øvrige nordiske nasjonale versjoner.

Forskjellene kunne forklares ved at man ved seleksjon av finske koder hadde gått ut fra gruppetitlene, ikke fra de komplette kodelistene for gruppene. I alle grupper hvor forskjellene hadde noen praktisk betydning, skyldtes forskjellene således enten feil, unøyaktigheter eller tvetydighet i gruppetitlene. Mens intensjonen ved gruppetitlene fra NOMESCOs side synes å ha vært å gi en kortfattet, løs beskrivelse av gruppens innhold, ble de

to give a brief, rather loose description of the contents of the groups, the titles were given a strict, literal interpretation in the Finnish selection of codes.

A new report of data from Finland after correction of code selection criteria has resulted in corrected figures presented in Table 2

In summary, the greatest deviation in a group (the hip replacement group) is a 44.3 per cent under-reporting compared to the corrected figures. In 4 of the 10 groups that were corrected the deviation is more than 10 per cent, in 4 groups there are deviations of less than 10 per cent, and for the last 2 groups (appendectomy and mastectomy) the figures are unchanged, as the codes concerned in the alteration of code selection have not been recorded at all. In the total material of all 14 groups from Finland, the altered code selection resulted in an under-reporting of 7.9 per cent compared to the corrected figures.

Comparable deviations in the figures from Finland must be expected to be present for all years from 1997 onward.

A detailed report with comments for each separate group is given in Appendix 2.

ved den finske seleksjonen av koder fortolket strengt bokstavelig.

Nye datauttak etter korrigerte seleksjonskriterier viser de endringer i tallmaterialet som er vist i tabell 2.

Sammenfatningsvis er det største avvik i en gruppe (hofteprotesegruppen) med en 44,3% underrapportering i forhold til korrigert kodeseleksjon. I 4 av de 10 korrigerte gruppene er avvikene over 10%, i 4 grupper er det avvik på mindre enn 10%, og for 2 grupper (appendektomi og mastektomi) har avviket ikke hatt noen tallmessig betydning – der har det ikke vært noen forekomst av de koder som utgjorde forskjellen i seleksjon. I hele det finske materialet samlet har den feilaktige kodeseleksjonen medført en underrapportering av inngrep på 7,9% i forhold til korrigert kodeseleksjon.

Tilsvarende avvik i det finske materiale må påregnes for alle år fra og med 1997.

Detaljert redegjørelse med kommentarer for hver enkelt gruppe er gitt i vedlegg 2.

Table 2 Result of corrected selection of codes in 10 groups of the Finnish material
Resultat av korrigert kodeseleksjon til 10 grupper i finsk materiale

Group Gruppe	Group title Gruppetittel	Corrected Etter retting	Original Før retting
1	Coronary anastomosis surgery Coronaranastomoser	4 156	3 384
3	Partial and total thyroid excision Reseksjonsinngrep på thyreoidea	1 873	1 914
4	Kidney transplant Nyretransplantasjon	195	183
5	Hysterectomy (including supravaginal hysterectomy and exenteration of pelvis) Hysterektomi (inklusive supravaginal hysterektomi og bekkeneksenterasjon)	9 966	9 860
6	Prostatectomy, transurethral procedures Transurethrale reseksjonsinngrep på prostata	3 594	3 311
7	Radical prostatectomy Radikal prostatektomi	619	778
8	Hip replacement Hofteleddsproteser	9 028	5 025
9	Mastectomy Mastektomi	2 143	2 143
10	Partial excision of mammary gland Mammareseksjoner	3 776	3 333
11	Appendectomy Appendektomi	8 220	8 220
	Sum all 14 groups Sum alle 14 grupper	68 596	63 177

Evaluation of statistics for the 14 surgical procedure groups

In the statistical overview from NOMESCO presented in Table 3, the corrected figures from Finland according to the previous section have been entered.

Vurdering av statistikken for de 14 operasjonsgrupper

I nedenstående oversiktsstatistikk fra NOMESCO er de omtalte finske korrek-sjoner innført:

VALIDITY OF SURGICAL PROCEDURE STATISTICS

Table 3 The 14 NOMESCO procedure groups in frequency per 100 000 inhabitants, year 2000⁴
De 14 NOMESKO-operasjonsgrupper – frekvenser per 100 000 innbyggere⁶

Group Gruppe		Denmark	Finland	Norway	Sweden
1	<i>Coronary anastomosis surgery</i> Coronaranastomoser	59.4	80.3	76.1	72.8
2	<i>Percutaneous expansion of the coronary artery (PTCA)</i> Perkutan transluminal koronar angioplastikk (PTCA)	91.8	55.1	117.2	94.1
3	<i>Partial and total thyroid excision</i> Reseksjonsinngrep på thyreoidea	32.6	36.2	24.9	24.4
4	<i>Kidney transplant</i> Nyretransplantasjon	2.8	3.8	4.8	3.2
5	<i>Hysterectomy (including supravaginal hysterectomy and exenteration of pelvis)</i> Hysterektomi (inklusive supravaginal hysterektomi og bekkeneksenterasjon)	115.9	192.5	102.0	86.0
	- per 100 000 women - per 100 000 kvinner	229.2	372.1	202.1	170
6	<i>Prostatectomy, transurethral procedures</i> Transurethrale reseksjonsinngrep på prostata	93.0	69.4	101.4	86.0
	- per 100 000 men - per 100 000 menn	188.2	142.3	204.7	174.0
7	<i>Radical prostatectomy</i> Radikal prostatektomi	2.1	12.0	5.1	9.7
	- per 100 000 men - per 100 000 menn	4.2	24.5	10.2	19.7
8	<i>Hip replacement</i> Hofteleddsproteser	157.1	174.4	171.4	166.3
9	<i>Mastectomy</i> Mastektomi	56.0	41.4	41.7	34.6
	- per 100 000 women - per 100 000 kvinner	110.7	80.9	82.7	68.5
10	<i>Partial excision of mammary gland</i> Mammareseksjoner	58.8	72.9	49.1	45.0
	- per 100 000 women - per 100 000 kvinner	116.3	142.5	97.3	88.9
11	<i>Appendectomy</i> Appendektomi	138.1	158.8	114.7	137.0
12	<i>Disc operations</i> Operasjoner på mellomvirvelskiver	42.3	79.0	68.2	24.5
13	<i>Cholecystectomy</i> Cholecystektomi	112.1	177.5	77.7	127.8
14	<i>Caesarean section</i> Keisersnitt	190.4	171.9	171.1	145.3
	- per 1 000 live births - per 1 000 levendefødte	151.6	156.8	129.7	142.5

⁶ De kjønsspesifikke gruppene er i NOMESCO-statistikken oppført per 100 000 kvinner/menn henholdsvis, og gruppe 14 per 1 000 levendefødte. I henværende tabell er disse gruppene dessuten oppført per 100 000 totalbefolkning, for å kunne lage sammenlignbare diagrammer på grunnlag av tabellen
The gender specific groups in the NOMESCO statistics are given per 100 000 women/men respectively, and group 14 per 1 000 live births. In the present table, these groups are in addition given per 100 000 crude population, to allow the production of comparable diagrams derived from the table

Comparison of frequencies between the four Nordic countries for each separate group shows considerable variations. Figures 1-3 illustrate the differences for group 7, which shows the greatest variation between countries, group 4, which shows average variation, and group 8, which shows the smallest variation.

In the diagrams, the calculated frequency per 100 000 inhabitants in all four countries combined is defined as 100 per cent (the zero line of the diagrams), and deviations from this frequency are given as percentages, in order to show the national differences for the sample groups in the same relative scale.

Spredningen i frekvens mellom de fire nordiske land for hver gruppe er sterkt variabel. Diagrammene nedenfor illustrerer dette forholdet ved gruppe 7, som har de største avvik, gruppe 4 som har vanlige avvik, og gruppe 8, som har de minste avvik:

Diagrammene er fremkommet ved at frekvens per 100 000 innbyggere for alle landene til sammen er satt til 100% (null-linjen i diagrammene), og de nasjonale avvikene fra denne frekvens er angitt i prosent, for å vise de nasjonale avvikene i eksempelgruppene i samme relative målestokk.

Figure 1 Group 7: Radical prostatectomy. Deviations in per cent for the individual countries from the total frequency per 100 000 inhabitants
Gruppe 7: Radikal prostatektomi. Prosentvise avvik for de enkelte land fra samlet frekvens per 100 000 innbyggere

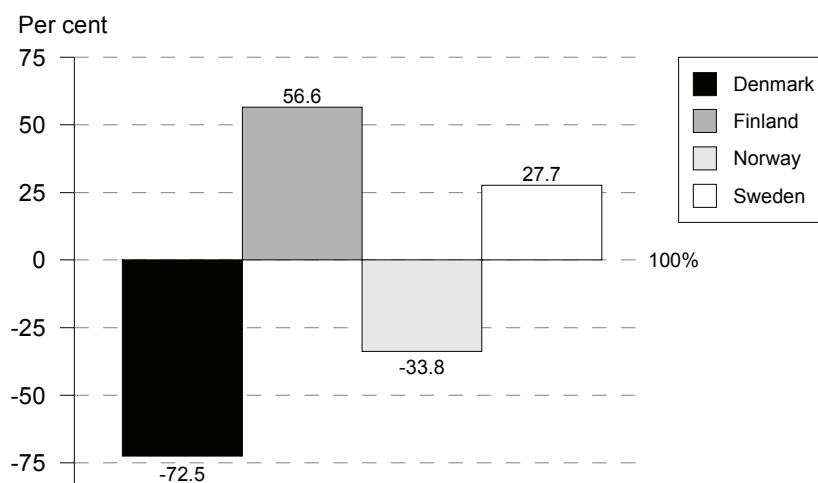


Figure 2 Group 4: Kidney transplant. Deviations in per cent for the individual countries from the total frequency per 100 000 inhabitants
 Gruppe 4: Nyretransplantasjon. Prosentvise avvik for de enkelte land fra samlet frekvens per 100 000 innbyggere

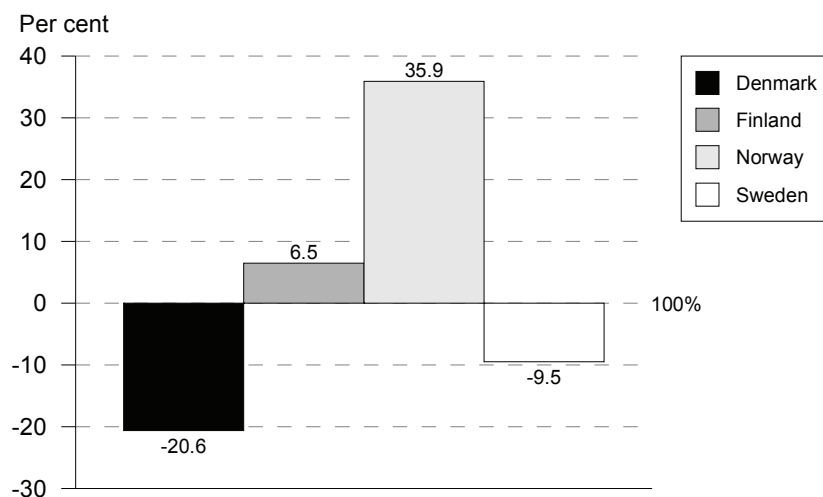
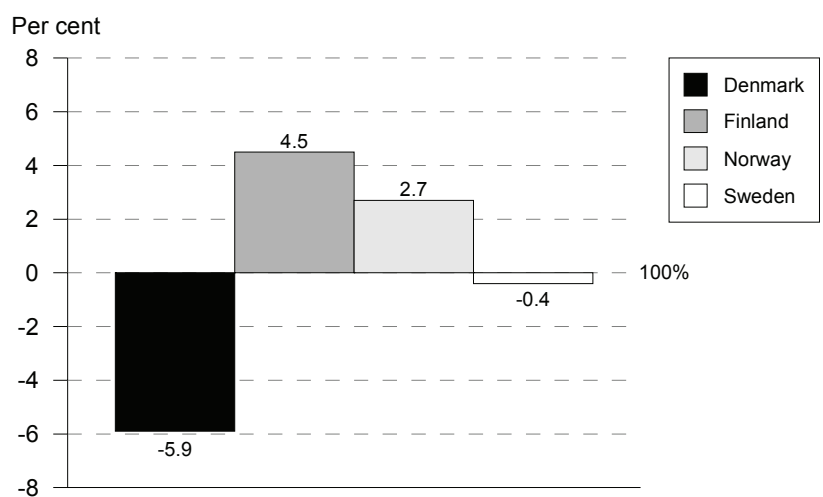


Figure 3 Group 8: Hip replacement. Deviations in per cent for the individual countries from the total frequency per 100 000 inhabitants
 Gruppe 8: Hoftelddsproteser. Prosentvise avvik for de enkelte land fra samlet frekvens per 100 000 innbyggere



In most procedure groups, differences between the national figures are in the order of 10-15 per cent. The greatest differences are found in the radical prostatectomy group, where the greatest total difference amounts to 129.1 per cent, with Denmark 72.5 per cent below and Finland 56.6 per cent above the Nordic average. For this group, differences in surgical practice are considered to be an adequate explanation, and the variation is maybe not surprising for procedures that are in some measure controversial.

The smallest variation between countries is found in the hip replacement group, where the total difference is just 10.4 per cent, with Denmark 5.9 per cent below and Finland 4.5 per cent above the Nordic average. It may seem surprising that the variation is not greater in precisely this procedure group, where the indication for surgery is largely arbitrary.

Has the rule for counting been complied with in national reports to NOMESCO?

A factor of uncertainty in evaluating current NOMESCO surgical statistics is whether the rule for counting procedures, as explained in the section *Rules for reporting to NOMESCO* has actually been complied with.

The rule for counting procedures states that only one procedure code from any one of the 14 procedure groups may be reported for each discharge. The rule is quite old, and has not been well documented in the NOMESCO publications in recent years.

Vanlige avvik mellom landene ligger i de fleste gruppene på 10-15%. De største avvik har man for radikal prostatektomi, hvor den største differansen er på 129,1% - Danmark ligger 72,5% under og Finland 56,6% over gjennomsnittet. For denne gruppen har man neppe annen forklaring av betydning enn forskjell i kirurgisk praksis, og det er ikke overraskende at forskjellen kan være såpass for inngrep som nok kan betraktes som noe kontroversielle.

Det minste avvik har man for hofteproteser, hvor største differanse er 10,4% - Danmark ligger 5,9% under og Finland 4,5% over gjennomsnittet. Det er kanskje noe overraskende at forskjellene er så små nettopp for disse operasjonene, hvor indikationsstillingen også er skjønnsmessig.

Er tellingsreglene fulgt ved rapportering til NOMESCO?

Et usikkerhetsmoment i vurderingen av nåværende NOMESCO-statistikk er om tellingsregelen, som ble forklart i avsnittet *Rapporteringsregler til NOMESCO* faktisk er fulgt.

Tellingsregelen, som går ut på at det kun kan innberettes én operasjonskode fra hver av de 14 operasjonsgruppene for hvert utskrivningstilfelle, er gammel og ikke så godt dokumentert i nyere publikasjoner fra NOMESCO.

Statistical material to elucidate this question was not available to the working group. In order to have at least some idea about the problem, a suitable Norwegian material from the year 2000 has been examined. It is emphasised that this material is based on discharges from separate clinical hospital departments, as opposed to hospital discharges. The basis for this material is identical to that reported to NOMESCO, but the difference in reporting units may account for some discrepancies between the two Norwegian materials.

The occurrence of more than one procedure code from the same NOMESCO group per case is demonstrated in Table 4 below for the above mentioned material.

Materiale som kunne belyse dette var ikke tilgjengelig for arbeidsgruppen, men i ettertid er det i håp om i hvert fall å kunne få et visst inntrykk, undersøkt et norsk pasientmateriale fra år 2000 med henblikk på dette. Det skal understrekes at det norske materiale er et utskrivningsmateriale fra *avdelingsopphold*. Selv om grunnlaget er det samme som utskrivningsmaterialet fra *sykehusopphold*, som er rapportert til NOMESCO, vil det kunne være visse uoverensstemmelser i de to norske materialene.

Tabell 4 viser forekomsten av mer enn en kode fra samme operasjonsgruppe i det norske materialet omtalt ovenfor:

VALIDITY OF SURGICAL PROCEDURE STATISTICS

Table 4 Occurrence of more than one code from the same NOMESCO procedure group in Norwegian recordings from the year 2000
Forekomst av mer enn én registrert kode fra samme NOMESCO operasjonsgruppe i norsk materiale fra år 2000

Group Gruppe		Recorded codes Registrerte koder	Cases with >1 code Kasus med >1 kode	Max codes per case Max koder per kasus	Cases Kasus	Deviation from NOMESCO cases Avvik fra NOMESCO-kasus
1	Coronaranastomoser <i>Coronary anastomosis surgery</i>	7 111	3 026	6	3 419	0
2	Perkutan transluminal koronar angioplastikk (PTCA) <i>Percutaneous expansion of the coronary artery (PTCA)</i>	5 957	566	7	5 265	+1
3	Reseksjonsinngrep på thyreoidea <i>Partial and total thyroid excision</i>	1 167	23	3	1 142	+22
4	Nyretransplantasjon <i>Kidney transplant</i>	217	1	2	216	0
5	Hysterektomi (inklusive supravaginal hysterektomi og bekkeneksenterasjon) <i>Hysterectomy (including supravaginal hysterectomy and exenteration of pelvis)</i>	4 598	20	2	4 578	-4
6	Transurethrale reseksjonsinn- grep på prostata <i>Prostatectomy, transurethral procedures</i>	4 207	18	2	4 189	-365
7	Radikal prostatektomi <i>Radical prostatectomy</i>	230	3	2	227	0
8	Hoftereddsproteser <i>Hip replacement</i>	8 337	85	4	8 249	+550
9	Mastektomi <i>Mastectomy</i>	1 957	23	2	1 934	+60
10	Mammareseksjoner <i>Partial excision of mammary gland</i>	1 606	27	3	1 578	-628
11	Appendektomi <i>Appendectomy</i>	5 201	54	2	5 147	-5
12	Operasjoner på mellomvirvelskiver <i>Disc operations</i>	3 084	61	3	3 022	-39
13	Cholecystektomi <i>Cholecystectomy</i>	3 298	52	3	3 244	-244
14	Keisersnitt <i>Caesarean section</i>	7 751	68	3	7 682	0

The figures above do not indicate any systematic over-reporting of cases to NOMESCO, in relation to counting cases in compliance with the NOMESCO rule for counting. Some discrepancies may be due to differences

Denne tabellen indikerer ingen systematisk overregistrering av kasus i NOMESCO materialet i forhold til opptelling av kasus i det norske testmaterialet, men det er forskjeller i grunnlagsmaterialet som er forklart ovenfor, og som kan

between the two Norwegian materials as described above. It seems reasonable to conclude that the rule for counting has been complied with in the report to NOMESCO from Norway.

However, the figures may also serve as a general quality indicator for the Norwegian registrations. For the majority of the procedure groups there is a fair consistency in the data from the clinical department discharges used in Table 4 and the hospital discharge data reported to NOMESCO. But for the groups 6, 8, 10 and 13 there are unexplained discrepancies that give rise to some doubts concerning the quality of the data.

Occurrence of two procedure codes in the same admission is impossible for group 14 (Caesarean section). It is also highly unlikely for group 4. For groups 1 and 2, however, multiple occurrences may be quite usual.

At first glance one would think that more than one procedure registered for one discharged patient would also not be possible for groups 5, 6, 7, 11 and 13. But for these, it is in reality possible to record a code for a percutaneous endoscopic procedure, even if it was necessary to convert to open surgery. In such cases, codes for both the endoscopic and the open procedure may be entered, and the former should preferably be accompanied by a code from the ZXF group in NCSP in order to indicate that the procedure was interrupted. In spite of this possibility, it seem most likely that the majority of multiple recordings are erroneous.

In group 9 (hip replacement) bilateral procedures are possible and may be recorded as two procedures. One case was

være årsak til de avvik som forekommer. Det synes rimelig å konkludere med at tellingsregelen later til å være fulgt i den norske rapporteringen til NOMESCO.

Men tabellen kan også tjene som generell indikator på datakvalitet i det norske materialet. For de fleste gruppene er det brukbar overensstemmelse de nevnte avdelingsoppholdsdata og sykehusoppholdsdata avlevert til NOMESCO. Men for gruppene 6, 8, 10 og 13 er det diskrepanser som man ikke har noen forklaring på, og som skaper usikkerhet om datakvaliteten.

Forekomst av to inngrep under samme opphold er umulig for gruppe 14 (keisersnitt). Den er også høyst usannsynlig for gruppe 4. For gruppe 1 og 2 må slik forekomst regnes som vanlig.

Ved første blick ville man tro at mer enn ett inngrep per utskrivningskasus heller ikke skulle være mulig for gruppene 5, 6, 7, 11 og 13. Men her er det faktisk mulig å registrere kode for perkutant endoskopisk inngrep, selv om det ikke ble fullført (det skal da fortrinnsvis registreres tilleggskode fra ZXF-gruppen for å indikere avbruddet) og så kode for åpen operasjon. Man må likevel tro at flertallet av multippelregistreringene også her er feilregistreringer.

I gruppe 9 (hofteleddsproteser) er dobbeltsidige inngrep mulig. Det forekom én registrering av fire inngrep, som ikke var

found with four recorded procedures, that were impossible with regard to the codes recorded. But another recording of three codes is at least a theoretical possibility, as two identical codes were recorded indicating the possibility of bilateral operation, and the third recording was of a secondary replacement which is also possible during the same admission.

Nevertheless, one must suspect that the majority of multiple recordings in the same NOMESCO group in this material are erroneous.

But no instance of discrepancy between the number of cases in this material and the number reported to NOMESCO from Norway can be explained by multiple recordings reported to NOMESCO

As previously mentioned, comparable figures were not available from the other countries, and no conclusion can be drawn about the occurrence of similar erroneous multiple recordings in the other national registers.

But comparison of the figures in Table 4 with the NOMESCO figures for the other countries concerning the procedure groups where valid multiple recordings are possible, gives at least no indication of non-compliance with the NOMESCO rule for counting in any of the other countries.

mulig med de registrerte kodene. Men én registrering av tre koder er i hvert fall teoretisk mulig, idet det var to identiske koder som kunne indikere bilateralt inn-
grep, og en ikke-identisk, som gjaldt sekundæroperasjon.

Mest trolig er det nok likevel at de fleste dobbelt- eller multippelregistreringer i samme gruppe i dette materialet er feilregistreringer.

Men ikke i noe tilfelle av diskrepans mellom antall kasus i dette materialet og NOMESKO-materialet fra Norge kan antallet multippelrapporteringer forklare diskrepansen.

Som nevnt har det ikke vært mulig å innhente sammenlignbare materialer fra de øvrige land, og det er ikke mulig å ha noen oppfatning om hvorvidt de øvrige landenes materialer ville fremvise samme grad av feilaktig multippelregistrering.

Men sammenholder man funnene i tabell 4 med tallene for de øvrige nordiske land for de gruppene hvor dobbeltregistreringer kan være reelle, får man i hvert fall ingen indikasjon på at tellingsregelen ikke har vært fulgt i de øvrige land.

Has the transition from previous classifications to NCSP had an impact on the statistics?

Figures 3-17 show the development of the total number of procedures in the 14 procedure groups for each country. The NCSP was introduced first in Denmark in 1996, then in Sweden and Finland in 1997, and in Norway in 1999. Concerning Finland, 1996 was a year of transition, with some trials of the new classification. Statistics for that year are therefore regarded as somewhat less reliable than those for previous and later years.

The graphs do not demonstrate any general tendency that the transition to NCSP has had an impact on the statistics. However there is a substantial and unexplained increase in recorded excisions of mammary gland (group 10) in Finland, and a substantial decrease in recorded operations on intervertebral discs in Sweden. The cause for the latter is known, as these procedures according to the previous classification were recorded with the same code as other spinal procedures that have separate NCSP codes. The variation in recorded cholecystectomies in Finland between 1996 and 1997 is ascribed to the general uncertainty concerning figures for this year, mentioned previously.

Har overgangen fra eldre kodeverk til NCSP hatt noen betydning for statistikken?

Diagrammene i fig 3-17 viser utviklingen av det totale antall inngrep i de 14 NO-MESKO-gruppene fra 1995 til 2000. NCSP ble innført først i Danmark i 1996, dernest i Sverige og Finland i 1997, og i Norge i 1999. I Finland var 1996 et overgangsår med delvis utprøving av det nye kodeverket, statistikken for 1996 regnes derfor som mindre pålitelig enn for de øvrige år.

Kurvene viser ingen generell tendens til at skiftet av operasjonskodeverk har hatt noen virkning på statistikken. Man bemerker dog en betydelig og uforklart økning i registrerte mammareseksjoner (gruppe 10) i Finland, og et betydelig fall i registrerte operasjoner på mellomvirvelskiver (ischiasoperasjoner) i Sverige. Sistnevnte har en påviselig årsak ved at disse inngrepene etter det gamle kodeverket ikke kunne skilles fra andre ryggoperasjoner som har egne koder i NCSP. Svingningene i antall cholecystektomier i Finland mellom 1996 og 1997 tilskrives den omtalte generell usikkerhet vedrørende registreringene for 1996 for dette landet.

Figure 4 Group 1: Coronary anastomosis surgery 1995-2000
 Gruppe 1: Coronaranastomoser 1995-2000

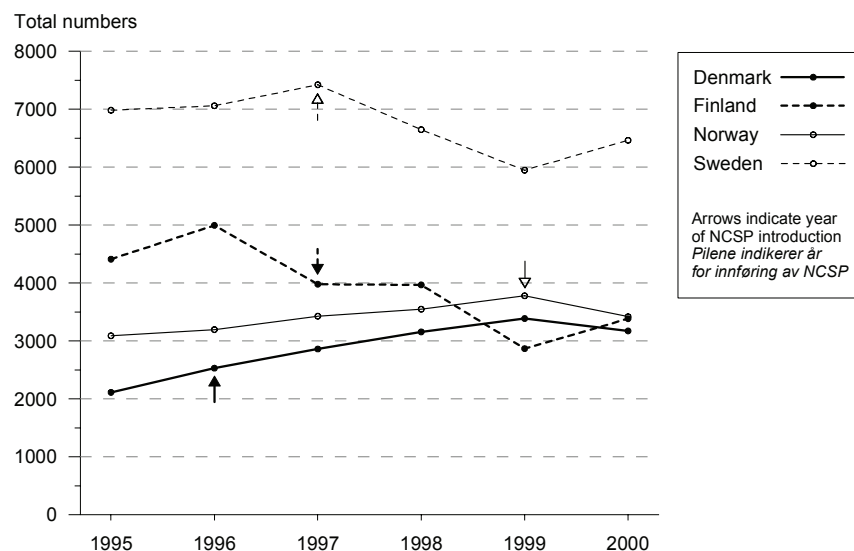


Figure 5 Group 2: Percutaneous expansion of the coronary artery (PTCA) 1995-2000
 Gruppe 2: Perkutan transluminal koronar angioplastikk (PTCA) 1995-2000

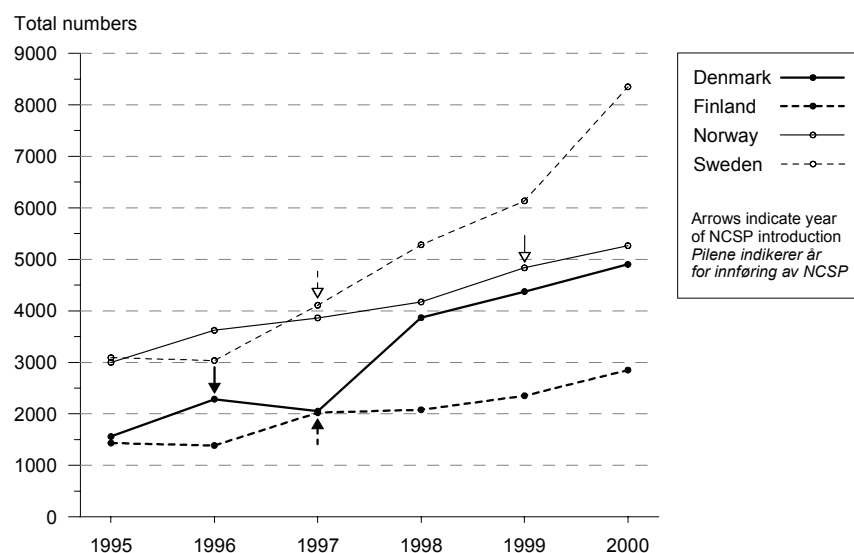


Figure 6 Group 3: Partial and total thyroid excision 1995-2000
 Gruppe 3: Reseksjonsinngrep på thyreoidea 1995-2000

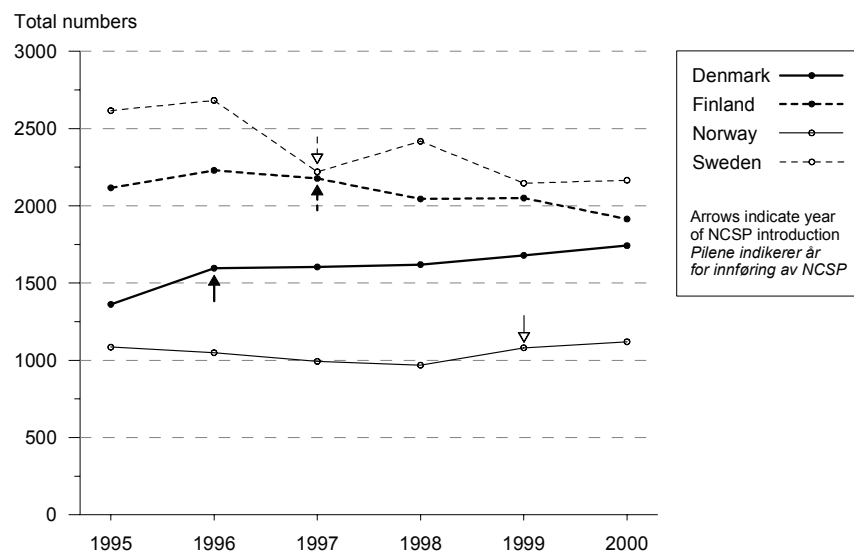


Figure 7 Group 4: Kidney transplant 1995-2000
 Gruppe 4: Nyretransplantasjon 1995-2000

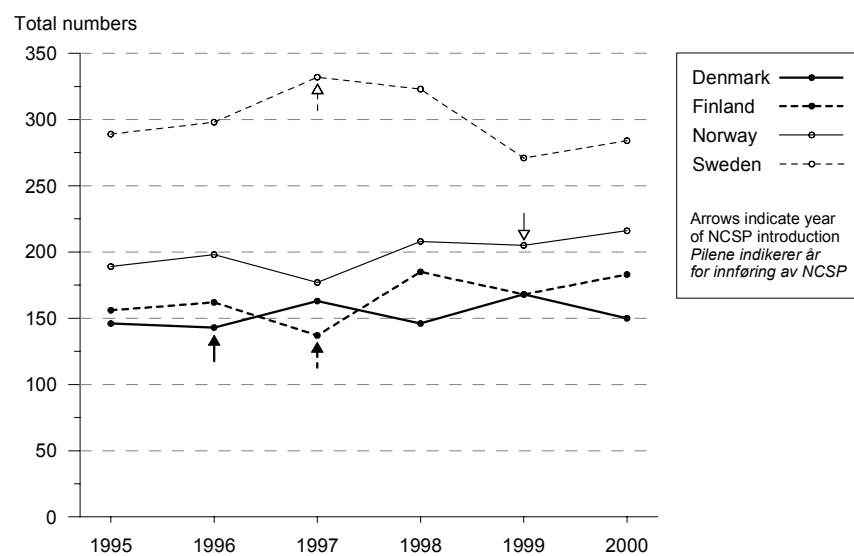


Figure 8 Group 5: Hysterectomy 1995-2000
 Gruppe 5: Hysterektomi 1995-2000

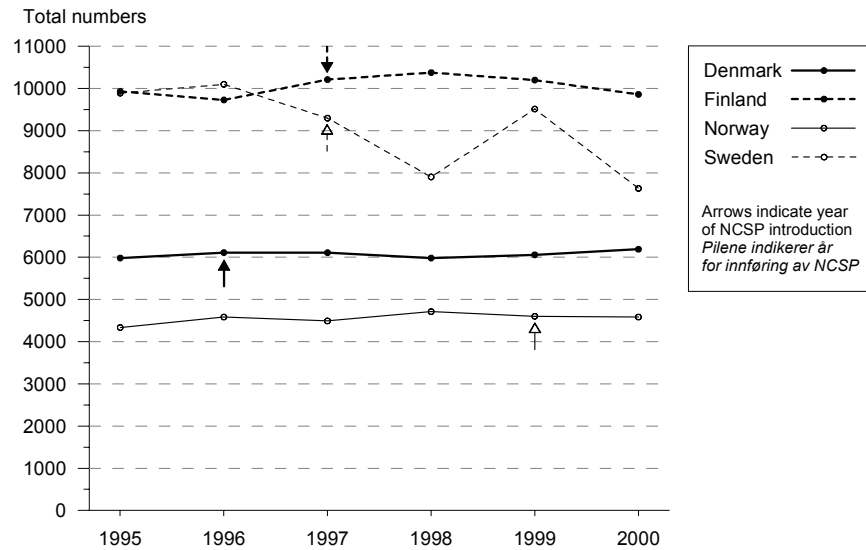


Figure 9 Group 6: Prostatectomy, transurethral procedures 1995-2000
 Gruppe 6: Transurethrale reseksjonsinngrep på prostata 1995-2000

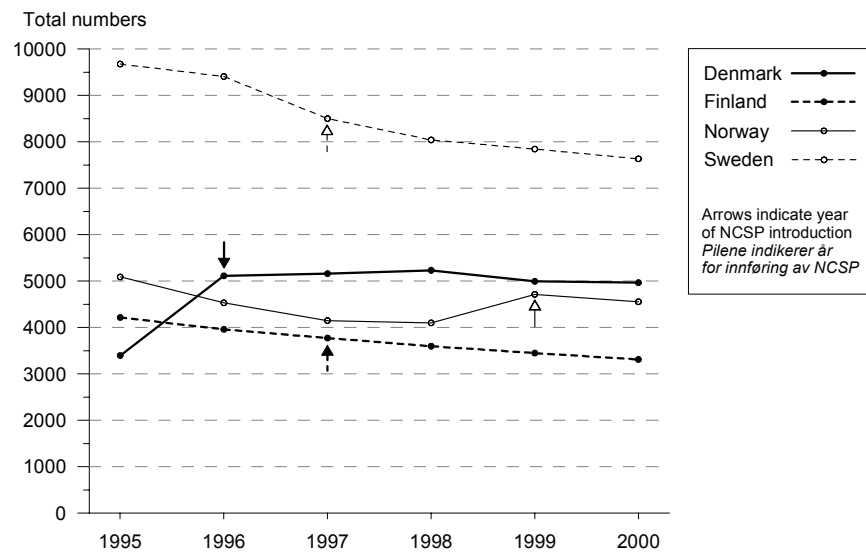


Figure 10 Group 7: Radical prostatectomy 1995-2000
 Gruppe 7: Radikal prostatektomi 1995-2000

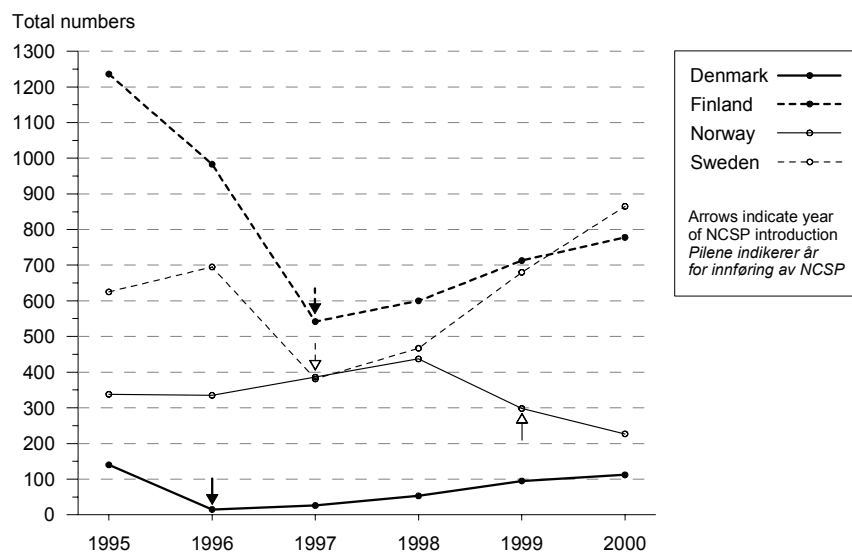


Figure 11 Group 8: Hip replacement 1995-2000
 Gruppe 8: Hofteleddsproteser 1995-2000

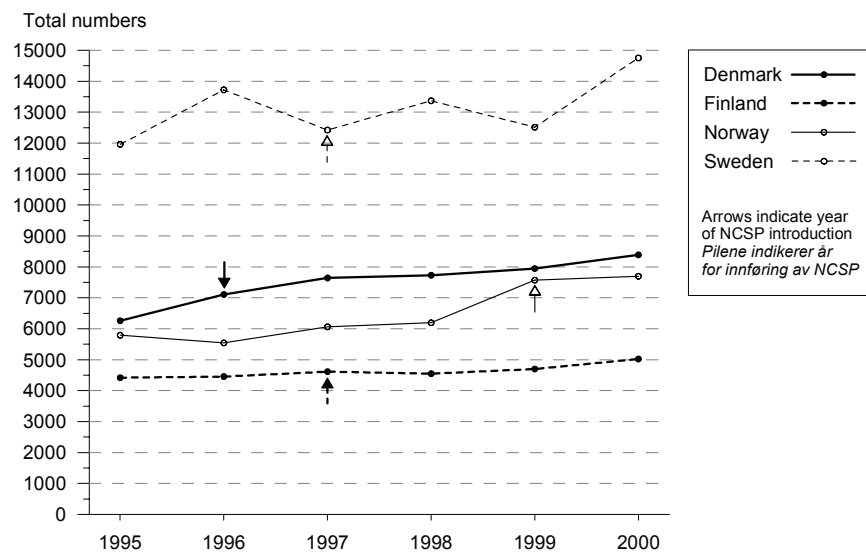


Figure 12 Group 9: Mastectomy 1995-2000
 Gruppe 9: Mastektomi 1995-2000

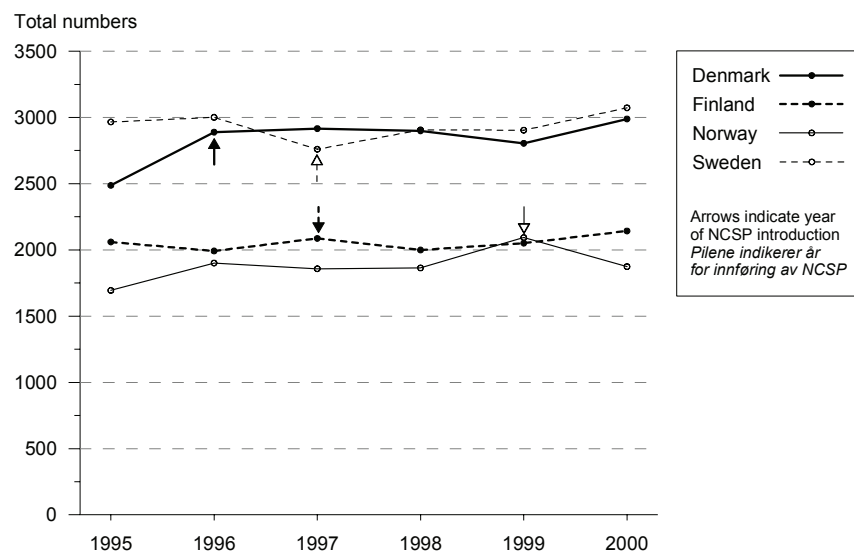


Figure 13 Group 10: Partial excision of mammary gland 1995-2000
 Gruppe 10: Mammareseksjoner 1995-2000

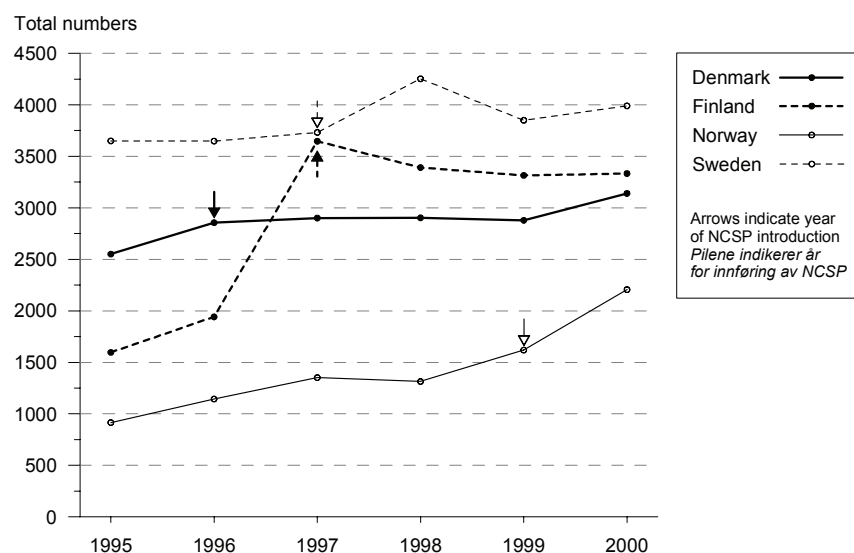


Figure 14 Group 11: Appendectomy 1995-2000
 Gruppe 11: Appendektomi 1995-2000

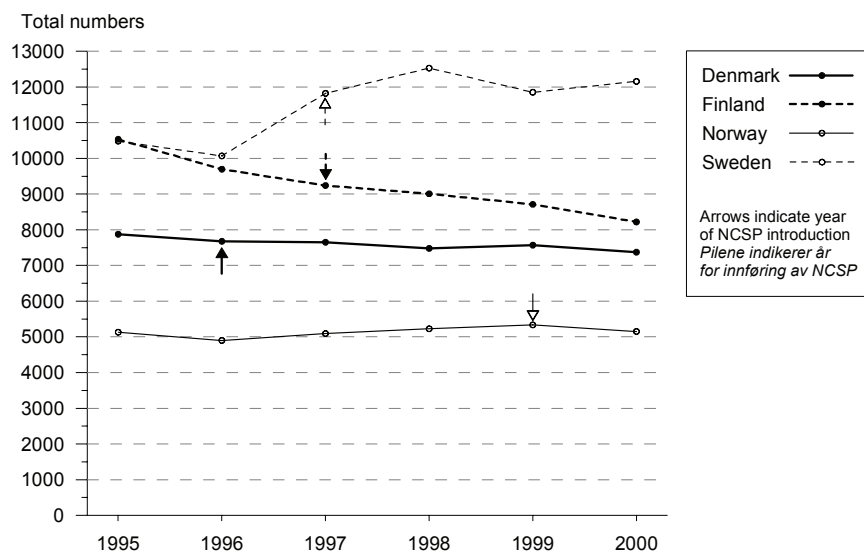


Figure 15 Group 12: Disc operations 1995-2000
 Gruppe 12: Operasjoner på mellomvirvelskiver 1995-2000

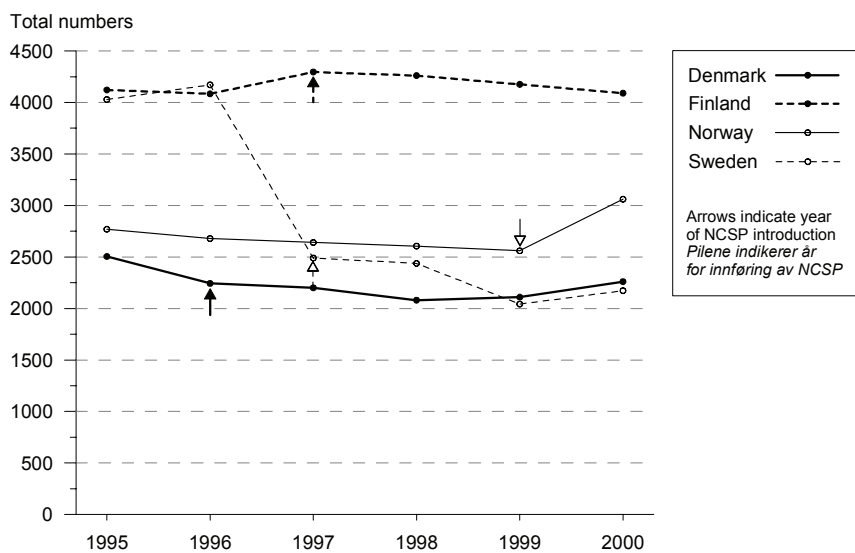


Figure 16 Group 13: Cholecystectomy 1995-2000
 Gruppe 13: Cholecystektomi 1995-2000

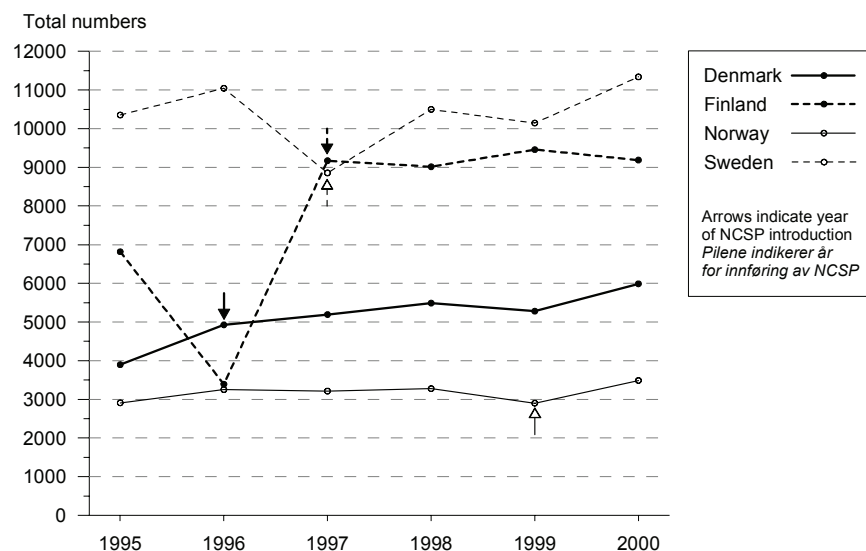
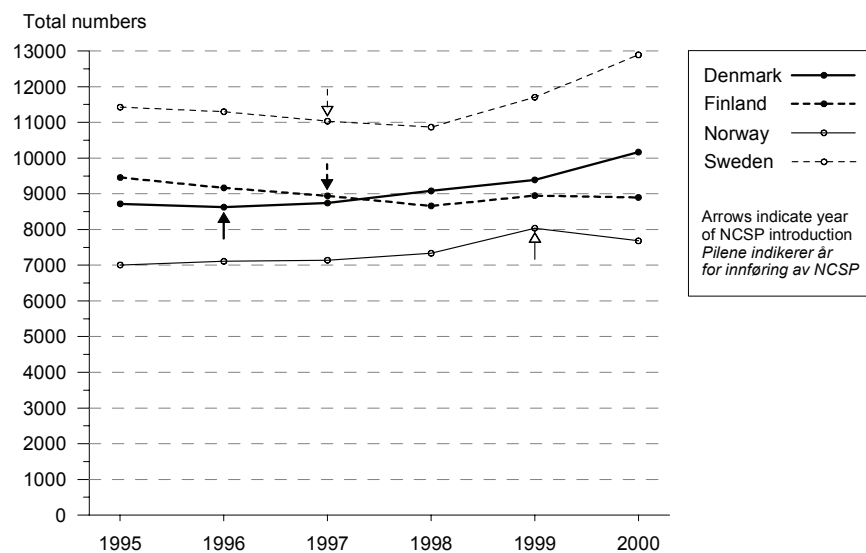


Figure 17 Group 14: Caesarean section 1995-2000
 Gruppe 14: Keisersnitt 1995-2000



Evaluation of other factors

Other factors that may be of importance for variations in surgical procedure frequencies in the four countries are:

- Different routines for recording day surgery and outpatient procedures
- Different definitions of day surgery
- Different recording practices for procedures performed in private hospitals and clinics, and in private specialist practices, with or without public funding

These factors have not been subject to closer study by the working group. The increasing use of day surgery and outpatient surgery, and the increasing activity in certain fields of surgery outside the public health services, undoubtedly have an adverse effect on the reliability and comparability of the statistics.

DRG-based statistics

One of the tasks addressed by the working group was to evaluate the use of DRG statistics as a supplement to the procedure based statistics. Statistics for surgical DRGs in all four countries have been collected and compared. All four countries make some use of the NordDRG system. There are some national variations in the system, in particular more DRGs in the Norwegian version are split into complicated and uncomplicated DRGs, as well as into child and adult DRGs. For the purpose of comparison, figures from these Norwegian split DRGs have been aggregated into the original DRGs. Thus comparisons are made according to the NordDRG common version.

Vurdering av andre forhold

Andre forhold som kan ha betydning for forskjeller mellom operasjonsfrekvenser i de fire lands statistikk er:

- Ulike registreringsrutiner for dagkirurgi og polikliniske inngrep
- Ulike definisjoner av dagkirurgi
- Ulike registreringsforhold for inngrep utført ved private sykehus og klinikker, samt i privat spesialistpraksis, med eller uten offentlig finansiering

Disse forholdene er ikke undersøkt nærmere av arbeidsgruppen. Økende poliklinisering og bruk av dagkirurgi, og økende utførelse av visse inngrep utenfor det offentlige helsevesen må antas å gjøre statistikken mindre pålitelig og sammenlignbar.

DRG-basert statistikk

Arbeidsgruppen hadde som et av sine mål å vurdere nytten av DRG-statistikk som supplement til den rene operasjonsstatistikk. Statistikk over kirurgiske DRGer i de fire landene er innhentet og sammenlignet. Alle landene bruker NordDRG-systemet, skjønt på ulike måter. Det finnes noen nasjonale variasjoner, spesielt ved at flere DRGer i den norske versjonen er oppsplittet i komplisert/ukomplisert eller i barn/voksen. For sammenligningens skyld er disse oppsplittede norske DRGene slått sammen, slik at alle DRGene svarer til NordDRG grunnversjon.

VALIDITY OF SURGICAL PROCEDURE STATISTICS

The following DRG selections have been made for comparison:

- Selected surgical DRGs containing codes matching NOMESCO groups
- Surgical DRGs according to the main diagnostic category (MDC) they belong to
- The twenty most frequent DRGs

Figures 18-23 show a fair correspondence between recorded procedures and DRG-registrations for the eight groups, with a good match between NOMESCO code selection and surgical DRGs – or DRG pairs consisting of one with and one without complications and comorbidity

Følgende utvalg av DRGer er benyttet til sammenligning:

- Utvalgte kirurgiske DRGer med innhold av koder som svarer til NOMESCO-grupper
- Kirurgiske DRGer totalt fordelt etter hoveddiagnosegruppe (MDC)
- De 20 største kirurgiske DRGer

Diagrammene nedenfor viser god overensstemmelse mellom operasjons- og DRG-registreringer for de 8 gruppene hvor det er høy grad av sammenfall mellom kodeseleksjonen i NOMESCO-gruppene og kirurgiske DRGer eller DRG-par med og uten bidiagnoser og kompliserende sykdom.

Figure 18 NOMESCO procedure groups with corresponding DRGs 2000
NOMESKO-grupper med tilsvarende DRGer 2000

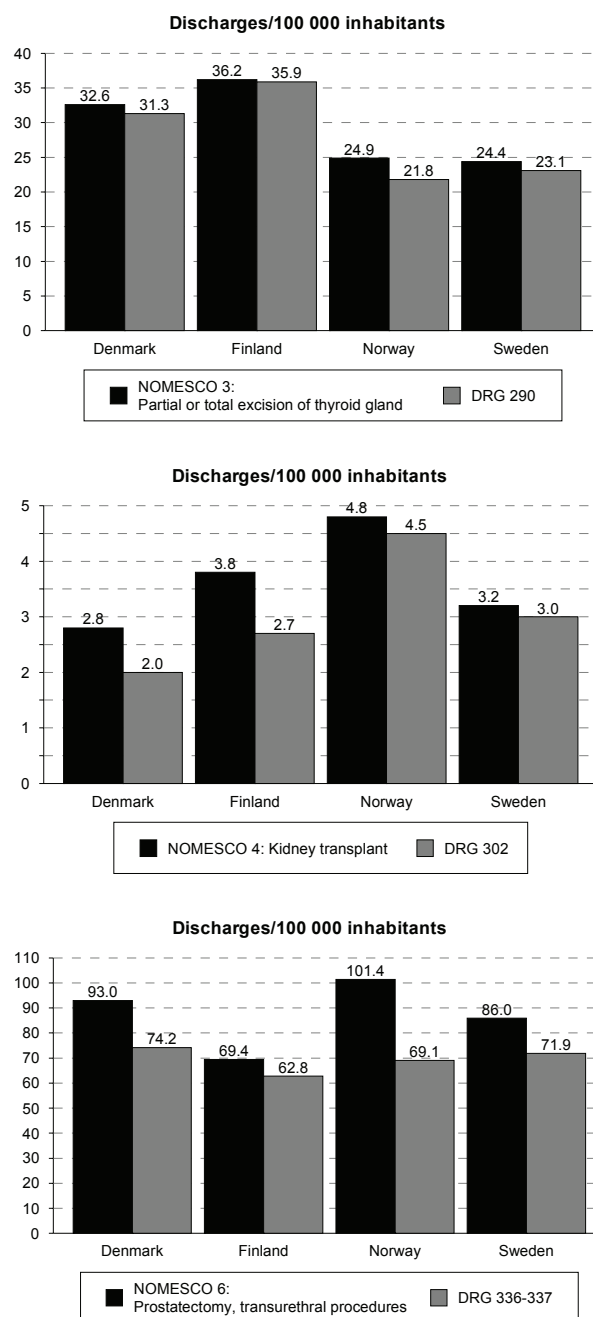
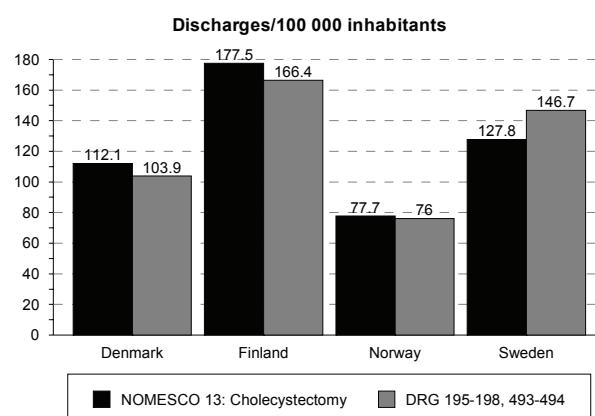
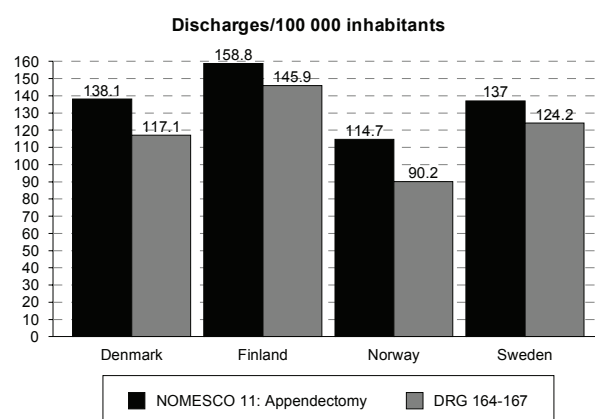
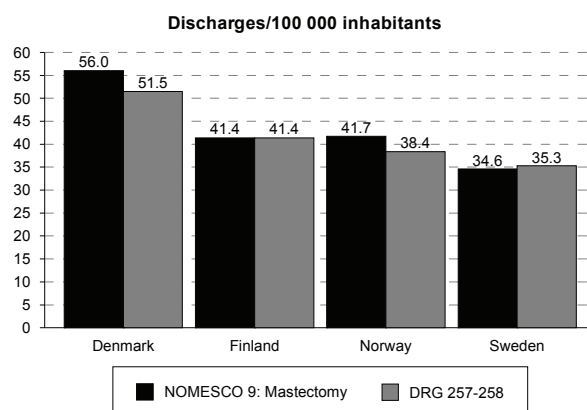


Figure 18 Continued ...
Fortsatt ...



But this nice picture changes substantially when we look at surgical DRGs not selected on the basis of comparability with NOMESCO groups.

Men bildet blir et annet når man ser på kirurgiske DRGer som ikke er utvalgt på grunnlag av overensstemmelse med NOMESCO-grupper.

Surgical DRGs according to MDC

Kirurgiske DRGer fordelt på MDC

Table 5 Surgical DRGs according to MDC – cases per 100 000 inhabitants, year 2000
Kirurgiske DRGer fordelt på MDC – antall kasus per 100 000 innbyggere, år 2000

MDC	Title	Denmark	Finland	Norway	Sweden
1	Diseases of the nervous system	100.3	244.8	98.4	94.6
2	Diseases and disorders of the eye	126.8	795.5	151.8	106.7
3	Diseases and disorders of ear, nose, mouth and throat	312.5	788.0	292.1	192.0
4	Diseases and disorders of the respiratory system	50.8	45.5	52.3	33.3
5	Diseases and disorders of the circulatory system	284.2	453.3	394.5	380.2
6	Diseases and disorders of the digestive system	587.3	704.6	426.5	455.5
7	Diseases and disorders of the hepatobiliary system and pancreas	126.7	184.7	101.5	170.9
8	Diseases and disorders of musculoskeletal system and connective tissue	1 152.7	2 083.9	1 082.1	857.9
9	Diseases and disorders of skin, subcutaneous tissue and breast	250.3	352.2	181.0	162.3
10	Endocrine, nutritional and metabolic diseases and disorders	43.5	46.0	32.4	47.9
11	Diseases and disorders of kidney and urinary tract	208.3	161.5	165.7	160.8
12	Diseases and disorders of the male reproductive system	164.3	203.4	134.5	135.7
13	Diseases and disorders of the female reproductive system	398.8	726.1	276.5	300.6
14	Diseases and disorders of the pregnancy, childbirth and puerperium	378.8	475.4	245.6	216.5
16	Diseases and disorders of the blood and blood forming organs and immunological disorders	9.5	12.5	5.1	6.0
17	Myeloproliferative diseases and disorders, poorly differentiated neoplasms	52.0	15.3	21.8	17.8
18	Infectious and parasitic diseases	21.4	18.9	14.7	10.0
19	Mental diseases and disorders	1.9	5.1	1.3	1.3
21	Injuries, poisonings and toxic effects of drugs	31.6	26.8	35.0	17.2
22	Burns	4.0	8.9	7.9	4.0
23	Factors influencing health status and other contacts with health services	38.5	22.0	15.3	14.4
24	Multiple significant trauma	14.2	8.3	24.4	12.8
25	HIV infection	0.1	0.1	0.1	0.0

VALIDITY OF SURGICAL PROCEDURE STATISTICS

Table 6 Surgical DRGs according to MDC – deviation in per cent between the countries in relation to total cases per 100 000 inhabitants, year 2000
Kirurgiske DRGer fordelt på MDC – prosentvis avvik landene mellom i forhold til samlet antall kasus per 100 000 innbyggere, år 2000

MDC	Title	Denmark	Finland	Norway	Sweden
1	Diseases of the nervous system	-22.4	89.5	-23.8	-26.7
2	Diseases and disorders of the eye	-52.9	195.7	-43.6	-60.3
3	Diseases and disorders of ear, nose, mouth and throat	-14.8	114.7	-20.4	-47.7
4	Diseases and disorders of the respiratory system	16.9	4.8	20.5	-23.4
5	Diseases and disorders of the circulatory system	-24.7	20.2	4.6	0.8
6	Diseases and disorders of the digestive system	10.1	32.1	-20.1	-14.6
7	Diseases and disorders of the hepatobiliary system and pancreas	-16.1	22.4	-32.8	13.2
8	Diseases and disorders of musculoskeletal system and connective tissue	-6.4	69.2	-12.1	-30.4
9	Diseases and disorders of skin, subcutaneous tissue and breast	10.4	55.4	-20.1	-28.4
10	Endocrine, nutritional and metabolic diseases and disorders	-0.2	5.5	-25.7	10.0
11	Diseases and disorders of kidney and urinary tract	20.8	-6.4	-4.0	-6.8
12	Diseases and disorders of the male reproductive system	5.0	29.9	-14.1	-13.3
13	Diseases and disorders of the female reproductive system	-2.8	77.0	-32.6	-26.7
14	Diseases and disorders of the pregnancy, childbirth and puerperium	20.5	51.2	-21.9	-31.1
16	Diseases and disorders of the blood and blood forming organs and immunological disorders	18.1	55.7	-36.3	-25.0
17	Myeloproliferative diseases and disorders, poorly differentiated neoplasms	102.5	-40.3	-15.1	-30.5
18	Infectious and parasitic diseases	39.4	23.0	-4.4	-34.9
19	Mental diseases and disorders	-16.5	125.1	-41.0	-42.3
21	Injuries, poisonings and toxic effects of drugs	22.4	3.5	35.4	-33.4
22	Burns	-30.6	53.6	34.9	-30.5
23	Factors influencing health status and other contacts with health services	78.4	2.0	-29.3	-33.5
24	Multiple significant trauma	-0.9	-42.3	70.4	-10.5
25	HIV infection	95.7	15.3	32.9	-83.2

In Table 5 above, the frequencies are presented, but in Table 6, the figures represent national deviations in frequencies calculated as percentages of the frequency of all countries combined, with this frequency determined as 100 per cent. This is done in order to make the figures more directly comparable.

The frequency of surgical DRG cases of one particular MDC has a national variation quite out of the range of the others. This is MDC 2 – Diseases and disorders

I tabell 5 ovenfor finnes de frekvensene, men i tabell 6 er nasjonale avvik i frekvens beregnet prosentvis i forhold til et gjennomsnitt for alle landene, satt til 100 prosent for å få mer direkte sammenlignbarhet av tallene

Det er her én MDC som skiller seg sterkt ut, nemlig MDC 2, øyesykdommer, med største prosentvise spredning på hele 256,0% mellom Sverige (-60,3%) og Fin-

of the eye. The variation between countries here amounts to 256.0 per cent, with Sweden 60.3 per cent below and Finland 195.7 per cent above the Nordic average. This great variation is attributable to differences in recording practices for eye surgery in day and outpatient surgery, and in private practices between the countries.

The fact that a substantial number of day surgery cases are included in the figures from Finland, in contravention of the rules for reporting, is a source of error that can be corrected in later comparisons.

But generally, the variations are considerably greater than between frequencies for the 14 NOMESCO procedure groups. This is also the case for DRGs that do not occur in day surgery at all.

land (+195,7%). Denne forskjellen skyldes utvilsomt ulik registreringspraksis for øyeoperasjoner i dagkirurgi, poliklinikk og privat spesialistpraksis landene imellom.

At det fra Finland også er rapportert et betydelig antall dagkirurgiske kasus, som etter rapporteringsreglene ikke skulle ha vært med, er en feilkilde som kan korrigeres i senere sammenlignende undersøkelser.

Men også forøvrig er forskjellene generelt langt større enn mellom de 14 NOMESCO-operasjonsgruppene, og det gjelder også DRGer som ikke omfatter inngrep som utføres dagkirurgisk.

The twenty most frequent surgical DRGs

De 20 største kirurgiske DRGer

Table 7 The 20 most frequent surgical DRGs – cases per 100 000 inhabitants, year 2000
De 20 hyppigste kirurgiske DRGer – antall kasus per 100 000 innbyggere, år 2000

DRG		Denmark	Finland	Norway	Sweden
209	Major joint & limb reattachment procedures of lower extremity	205.9	276.4	200.4	234.5
359	Uterine & adnexa proc for ovarian or adnexal non-malignancy w/o CC	172.4	311.5	121.7	123.5
39	Lens procedures with or without vitrectomy	48.7	637.9	60.2	21.2
222	Knee procedures w/o CC	106.7	421.0	58.6	48.9
381	Abortion w d&tc, aspiration curettage or hysterotomy	165.1	255.9	66.9	63.3
371	Cesarean section w/o CC	116.1	106.4	124.4	105.4
211	Hip & femur procedures except major joint, age > 17, w/o CC	130.8	55.4	107.9	127.3
219	Lower extrem & humer proc except hip, foot, femur age > 17, w/o CC	97.5	127.1	87.0	78.8
162	Inguinal & femoral hernia procedures, age > 17 w/o CC	100.3	183.0	44.6	51.7
494	Laparoscopic cholecystectomy w/o c. d. e. w/o CC	78.6	113.5	54.3	95.8
215	Back & neck procedures w/o CC	97.1	134.9	92.2	51.8
167	Appendectomy w/o complicated principal diag w/o CC	91.2	79.6	66.3	96.7
224	Shoulder, elbow or forearm proc, exc major joint proc, w/o CC	76.9	131.0	83.5	56.6
229	Hand or wrist proc, except major joint proc, w/o CC	73.4	122.3	64.3	53.7
60	Tonsillectomy &/or adenoidectomy only, age 0-17	57.2	137.1	82.0	41.9
232	Arthroscopy	83.5	162.9	59.5	7.2
227	Soft tissue procedures w/o CC	45.2	161.4	54.3	31.4
311	Transurethral procedures w/o CC	113.3	50.7	50.1	56.4
468	Extensive OR procedure unrelated to principal diagnosis	84.5	96.3	29.4	51.4
119	Vein ligation & stripping	70.1	180.2	26.2	10.5

Tabell 8 The 20 most frequent surgical DRGs – deviation in per cent between the countries in relation to total cases per 100 000 inhabitants, year 2000
De 20 hyppigste kirurgiske DRGer – prosentvis avvik landene mellom i forhold til samlet antall kasus per 100 000 innbyggere, år 2000

DRG		Denmark	Finland	Norway	Sweden
209	Major joint & limb reattachment procedures of lower extremity	-10.8	19.8	-13.2	1.6
359	Uterine & adnexa proc for ovarian or adnexal non-malignancy w/o CC	-1.4	78.1	-30.4	-29.4
39	Lens procedures with or without vitrectomy	-71.1	278.9	-64.3	-87.4
222	Knee procedures w/o CC	-26.0	191.7	-59.4	-66.1
381	Abortion w d&tc, aspiration curettage or hysterotomy	28.5	99.2	-47.9	-50.7
371	Cesarean section w/o CC	4.0	-4.6	11.5	-5.5
211	Hip & femur procedures except major joint, age > 17, w/o CC	20.2	-49.1	-0.9	16.9
219	Lower extrem & humer proc except hip, foot, femur age > 17, w/o CC	2.6	33.8	-8.4	-17.0
162	Inguinal & femoral hernia procedures, age > 17 w/o CC	11.8	104.1	-50.3	-42.4
494	Laparoscopic cholecystectomy w/o c. d. e. w/o CC	-10.6	29.0	-38.3	8.9
215	Back & neck procedures w/o CC	11.0	54.1	5.3	-40.8
167	Appendectomy w/o complicated principal diag w/o CC	6.0	-7.5	-23.0	12.4
224	Shoulder, elbow or forearm proc, exc major joint proc, w/o CC	-6.6	59.2	1.5	-31.3
229	Hand or wrist proc, except major joint proc, w/o CC	-2.1	63.2	-14.3	-28.3
60	Tonsillectomy &/or adenoidectomy only, age 0-17	-22.2	86.6	11.6	-43.0
232	Arthroscopy	23.0	140.0	-12.3	-89.3
227	Soft tissue procedures w/o CC	-32.5	141.0	-18.9	-53.1
311	Transurethral procedures w/o CC	69.9	-24.0	-24.9	-15.5
468	Extensive OR procedure unrelated to principal diagnosis	31.2	49.6	-54.4	-20.2
119	Vein ligation & stripping	10.3	183.4	-58.8	-83.4

The design of Tables 7 and 8 above is the same as for Tables 5 and 6 described below Table 6.

Oppstillingen av tabell 7 og 8 ovenfor er gjort på samme måte som for tabell 5 og 6, som forklart etter tabell 6.

The variations in frequency for the single DRGs are even greater than for the grouping according to MDC. Again, the greatest deviation as a percentage of a Nordic average set to 100 per cent, is found in eye surgery. In DRG 39 – lens procedures with or without vitrectomy, it amounts to 350.0 per cent, with Sweden 87.4 per cent below and Finland 278.9 per cent above the Nordic average. The explanation must be the same as for MDC 2. But the entire selection of DRGs displays very high variations in frequency between the countries.

Forskjellene blir her enda større enn for MDC-grupperingen. Største prosentvise spredning er igjen i øyekirurgi, DRG 39 – operasjoner på linsen, hvor største forskjell er 366,3% mellom Sverige (-87,4%) og Finland (+278,9%). Forklaringen er nok den samme som for MDC 2. Men hele samlingen DRGer viser meget store forskjeller.

In 13 of the 20 DRGs reported from Finland, the figures are at least 50 cases above the average per 100 000 inhabitants. Because of this great difference the figures for other countries are distorted in table 8. The differences between Sweden and Norway and between Sweden and Denmark are of this magnitude in only one DRG (See Table 7). This is DRG 232 – Arthroscopy, and is obviously caused by a similar recording problem.

The effect of day surgery is less clear on the 14 NOMESCO procedure groups because the selections for most of them mainly consist of major surgical procedures unsuited for day surgery or outpatient surgery. In the groups where day surgery is possible (such as is the case for certain transurethral procedures on the prostate), Finland reports higher figures than other countries (Table 3). It is obvious that reporting of outpatient surgery and day surgery needs further analysis.

The working group has no basis for suggesting other causes for these surprising variations than the previously mentioned problem with day surgery. The same factors that cause differences between NOMESCO procedure groups in the countries may also be supposed to apply.

An additional factor deserves mention in relation to this study:

Surgical DRGs are allocated according to ICD-10 codes as well as NCSP codes. For this reason, differences in diagnostic coding practices between the countries may also affect DRG comparability adversely. In particular this may be the case for the

I 13 av de 20 DRGene som er rapportert fra Finland, er tallene 50 kasus eller mer per 100 000 innbyggere over gjennomsnittet. På grunn av disse store forskjellene blir tallene for de andre landene i tabell 8 misvisende. Forskjellene mellom Sverige og Norge og mellom Sverige og Danmark er av denne størrelsesorden for bare én DRG (Se tabell 7). Dette er DRG 232 – Arthroskopi, og skyldes åpenbart et tilsvarende registreringsproblem.

Virkningen av dagkirurgi er mindre tydelig i de 14 NOMESCO prosedyregruppene, fordi de er sammensatt av større kirurgiske inngrep som ikke egner seg for dagkirugi og poliklinikk. I de gruppene hvor dagkirugi er aktuelle (som tilfellet er for noen av de transurethrale inngrepene på prostata), rapporteres det fra Finland høyere tall enn fra de øvrige land (Tabell 3). Det er åpenbart at rapportering av dagkirurgi og poliklinisk kirurgi er i behov av ytterligere analyse.

Arbeidsgruppen har ikke noe annet grunnlag for å fastslå årsaker til disse store forskjellene enn det tidligere omtalte forhold vedrørende dagkirurgi. De samme årsaker som til forskjellene mellom NOMESCO-operasjonsgruppene må antas å gjøre seg gjeldende.

Det er et tilleggsmoment som skal nevnes i forbindelse med denne undersøkelsen:

De kirurgiske DRGene bestemmes av diagnosekoder i tillegg til operasjonskoder, slik at forskjeller i kodepraksis for diagnoser også kan bidra til forskjeller. Spesielt har dette betydning for de kirurgiske DRGer som forekommer i par,

surgical DRGs that occur as DRG pairs, with one DRG for complicated and one for uncomplicated cases. The criteria for the NordDRG complication property are other ICD-10 codes recorded in addition to the main condition, and additional NCSP codes, according to various rules. In such DRG pairs, the “complicated” DRG will generally be much less frequent than the “uncomplicated” partner, and no “complicated” DRG is represented in the “Top 20” list. For this reason, differences in practices for diagnostic coding between the countries may result in considerable variations when the surgical DRGs are selected according to frequency.

Evaluation of DRG-based statistics

As presented, current DRG statistics appear to be much less comparable between countries than the pure surgical procedure statistics. The reasons for this are partly unknown, but differences in recording practices certainly have a greater impact on the DRG statistics than on the conventional surgical statistics. Since DRGs are not coded at such, but are derived automatically from the primary diagnostic and procedure codes, the inherent quality of data must largely be the same. But since the DRGs represent a higher level of abstraction from the actual conditions and procedures than the primary codes, the possibilities for misrepresentation and misinterpretation increase.

As presented above, DRG statistics raise more questions than they answer. Given the current situation, the working group cannot recommend that DRG statistics be included in the NOMESCO

med en DRG for ukompliserte og en for kompliserte kasus, hvor kriteriene for NordDRG komplikasjonsegenskap er bidiagnoser og/eller operasjonskoder etter ulike regler. I slike DRG-par vil generelt ”komplikasjons-DRGen” ha langt lavere frekvens enn den ”ukompliserte” partneren. Ingen ”komplikasjons-DRG” er representert på ”Top 20”-listen. Det gjør at ulik praksis for registrering av bidiagnoser vil kunne gi store forskjeller i frekvensbaserte utplukk av DRGer.

Vurdering av DRG-basert statistikk

Slik nåværende DRG-statistikk foreligger, later sammenlignbarheten landene imellom til å være langt dårligere enn for den rene operasjonsstatistikk. Årsakene til dette er for en stor del ukjente. Men forskjeller i registreringsrutiner har med sikkerhet større virkning på DRG-statistikk enn på konvensjonell kirurgisk statistikk. Fordi DRGene ikke fremkommer ved direkte koding, men genereres automatisk fra primærkoding av tilstander og prosedyrer, må den iboende datakvalitet stort sett være den samme. Men fordi DRGene representerer et høyere abstraksjonsnivå i forhold til virkelighetens tilstander og prosedyrer, øker mulighetene for feil i utvelgelse og fortolkning av data.

Slik DRG-statistikken er i dag er reiser den i denne forbindelse flere spørsmål enn den besvarer. Arbeidsgruppen vil derfor i dagens situasjon ikke anbefale at DRG-statistikk tas med i NOMESCOs

annual reports for the purpose of describing surgical activity.

This does not imply that comparative DRG statistics are without interest, not even as far as surgical DRGs are concerned. But such comparative studies must obviously be based on other criteria and methods and take into consideration other sources of variation between countries than those that have been considered in the present study.

With this provision, there is every reason to expect that DRG statistics may contribute considerably to our knowledge about healthcare processes.

Conclusion and recommendations

Summary of results

- A scrutiny of the selection of codes for the current 14 surgical procedure groups of NOMESCO statistics revealed for eight of the groups inconsistency between the group title and the code selection, or ambiguity of the title.
- One of the countries appears to have utilised the group titles for making its own selection from the national version of NCSP, instead of mapping to the original full selection of codes. This has been the cause of substantial errors in the statistics based on reported figures. It must be expected that corresponding errors have occurred in all the annual reports since the introduction of NCSP, in this case since 1997.

årlige rapporter for å belyse operasjonsaktivitet.

Det betyr ikke at det er uinteressant å lage sammenlignende DRG-statistikk, heller ikke for kirurgiske DRGer. Men slike sammenligninger bør åpenbart bygge på andre forutsetninger og metoder, og ta i betraktning andre kilder til nasjonale forskjeller enn de som har kommet i betraktning i dette arbeidet.

Under slike forutsetninger er det all grunn til å tro at DRG-statistikk kan gi verdifulle bidrag til vår kunnskap om prosesser i helsevesenet.

Konklusjon og anbefalinger

Sammenfatning av funn

- Ved gjennomgangen av kodeutvalget til de 14 operasjonsgrupper i NOMESCO-statistikken ble det funnet manglende samsvar mellom gruppens tittel og utvalg av koder eller tvetydighet av tittelen i forhold til innholdet av koder i 8 av gruppene.
- Et av landene synes å ha benyttet gruppetitlene til seleksjon av koder fra den nasjonale NCSP-versjonen, istedenfor å bygge på den komplette kodelisten til gruppene. Av denne grunn var det oppstått tildels store feil i tallmaterialet, og tilsvarende feil vil foreligge i eksisterende statistikk tilbake til innføringen av NCSP i 1997.

VALIDITY OF SURGICAL PROCEDURE STATISTICS

- When this error was discovered, new figures were provided according to codes matching the original code selection. These figures have been used for the rest of the present report.
- There is still substantial variation between the countries in the figures for several of the 14 NOMESCO procedure groups. The reasons for this are largely unknown.
- No indication has been found that the rule for counting procedures in reporting to NOMESCO has not been complied with. But examination of the surgical material from one of the countries, which was the only available material suitable for such an examination, revealed an excessive number of multiple recordings of codes from the same NOMESCO group during the same admission. For group 14 (Caesarean section) all such recordings of more than one procedure must of necessity be erroneous. But even for other groups the number of multiple recordings were far in excess of reasonable expectations. But conclusions based on figures from one country alone can not be applied to the other countries
- Comparability of DRG-based statistics between the countries is poorer than for the pure surgical procedure statistics, when surgical activity is the target for examination. DRG-based statistics have considerable potential interest, even concerning surgical DRGs, but must be designed differently from
- Det ble fremskaffet nytt tallmateriale basert på samsvarende koder etter at avvikene ble oppdaget, og dette tallmaterialet er benyttet i resten av rapporten.
- Det er tildels store forskjeller i registreringene for flere av de 14 operasjonsgruppene landene imellom. Årsakene til dette er i stor utstrekning ukjent.
- Det er ikke funnet grunn til å anta at tellingsreglene for innberetning av operasjoner til NOMESCO ikke er etterlevet. Men undersøkelse i et av landenes operasjonsmateriale, som var det eneste tilgjengelige for slik undersøkelse, viste et urimelig stort antall dobbelt- og multippelregistrerte koder i samme operasjonsgruppe. For gruppe 14 (keisersnitt) er alle dobbeltregistreringer med sikkerhet feil. Men også for andre grupper var det lang flere dobbelt- og multippelregistrerte koder enn man med rimelighet kan anta er korrekt. Det kan ikke trekkes konkrete konklusjoner for de øvrige land på grunnlag av materiale fra et enkelt land.
- DRG-basert statistikk er mindre sammenlignbar landene imellom enn den rene operasjonsstatistikk når inngrepene som sådan er hovedsiktet. DRG-basert statistikk må antas å kunne ha stor interesse, også når det gjelder kirurgiske DRGs, men må utformes etter andre forutsetninger, hvor fokus mer er rettet

the present study, focusing more on the total events and efforts applying to the patient populations that make up a DRG. In this connection special emphasis must be placed on the development of systems that allow collection and comparison of data from all encounters between patient and service provider for the DRGs in question, making even day and outpatient treatment and services provided outside the public health system available for account. The NordDRG system is currently undergoing development work to facilitate this. It would also be desirable to make more extensive and uniform periods of care available for study than the current systems allow.

mot de totale innsatser rettet mot de pasientpopulasjonene som utgjør en DRG. I denne forbindelse har det spesielt stor betydning å utvikle systemer som gjør det mulig å samle og sammenligne de ulike kontakttypene som pasientene i disse populasjonene har med helsevesenet, slik at både poliklinisk og dagbehandling, samt behandling i privat spesialistpraksis av ulike slag kommer med. I NordDRG-systemet foregår det stadig utviklingsarbeid som er av interesse i denne forbindelse. Det er også av betydning å kunne bedømme større og mer ensartede deler av et sykdomsforløp enn dagens systemer tillater.

Recommendations

- Changes of group title are proposed for six of the NOMESCO procedure groups, and changes in selection of codes for five groups, of which both types of change are proposed for two.
- Two new procedure groups, with titles and code selection, are proposed. In addition two fields of surgery are suggested for studies with the purpose of developing new procedure groups.
- It is recommended that the national patient registers in all the countries should record all day and outpatient surgery, as well as all surgical procedures performed outside the public health system. The importance

Anbefalinger

- Det foreslås endringer i tittel for 6 av operasjonsgruppene, og endringer i kodeutvalg for 5, hvorav begge deler foreslås for 2.
- Det fremmes konkret forslag om to nye operasjonsgrupper og forslag om utredning av nye grupper for ytterligere to emneområder.
- Det foreslås at alle lands nasjonale pasientregistre registrerer alle polikliniske og dagkirurgiske inngrep, samt inngrep i private klinikker og spesialistpraksis. Dette får økende betydning, fordi en økende del av

of this is increasing, due to the increasing change from full time admissions to these other types of encounter. This trend is a consequence of both political decisions and the accelerating development of new minimally invasive procedures that make admissions superfluous for an increasing number of procedures.

den kirurgiske virksomhet skjer i slike former. Det skyldes både helsepolitisk styring og det forhold at utvikling av stadig nye minimalt invasive inngrep gjør innleggelse overflødig for stadig flere typer inngrep.

- For improved comparability, a common minimum data set for the national patient registers in all the countries would be desirable, including coordination of efforts in designing and defining terms for patient administration. The data set should allow an unlimited number of diagnostic and procedure codes and functionality for linking codes that belong together, within as well as between the two classifications.
- For bedret sammenlignbarhet ville det være ønskelig med et minste felles datasett for alle lands nasjonale pasientregistre og koordinering av arbeidet med å definere pasientadministrative termer. Datasettet bør gi plass til et ubegrenset antall diagnose- og prosedyrekoder og koblingsmulighet mellom enkeltkoder i ICD-10, mellom enkeltkoder i NCSP, og fra koder i det ene kodeverket til koder i det andre.
- Revision of coding practice by scrutiny of patient records is an important aid in improving the quality of the coding and the statistics. Such revision should be used to a greater extent for routine sampling, as well as for targeted scrutiny when reported figures give rise to suspicion of "creative" upcoding in order to score undeserved DRG points.
- Koderevisjon ved journalgranskning er et viktig middel til å bedre kodekvalitet og dermed også statistikk. Koderevisjon bør i større grad tas i bruk til rutinemessige stikkprøver, og til målrettede undersøkelser når erfaringstall gir mistanke om "kreativ" koding for å oppnå gevinst i DRG-poeng.
- A formalised Nordic cooperation in the development of coding guidelines for certain clinical items is desirable.
- Et nordisk samarbeid om utforming av retningslinjer for koding ved visse kliniske problemstillinger er ønskelig.

Vedlegg 1

Appendix 1

Fourteen surgical procedure groups – selection of codes

Fjorten kirurgiske inngrepsgrupper - kodeutvalg

Group Gruppe	Group title Gruppertittel	Code selection Kodeutvalg	Codes with rubric texts Koder med tilhørende rubriktekster
1	Coronary bypass operations, excl. PTCA	FNA, FNB, FNC, FND, FNE	FNA 00 <i>Anastomosis to coronary artery from internal mammary artery</i> Anastomose mellom a. mamma interna og koronararterie
			FNA 10 <i>Sequential anastomoses to coronary arteries from internal mammary arteries</i> Sekvensielle anastomoser mellom a. mamma interna og koronararterier
			FNA 20 <i>Anastomosis to coronary arteries from bilateral internal mammary arteries</i> Anastomose mellom bilaterale aa. mammae internae og koronararterier
			FNA 96 <i>Other connection to coronary artery from internal mammary artery</i> Annen anastomose mellom a. mamma interna og koronararterie
			FNB 00 <i>Anastomosis to coronary artery from gastroepiploic artery</i> Anastomose mellom a. gastroepiploica og koronararterie
			FNB 20 <i>Sequential anastomoses to coronary arteries from gastroepiploic arteries</i> Sekvensielle anastomoser mellom a. gastroepiploica og koronararterier
			FNB 96 <i>Other connection of gastroepiploic artery to coronary artery</i> Annen anastomose mellom a. gastroepiploica og koronararterie
			FNC 10 <i>Aorto-coronary venous bypass with single distal anastomosis</i> Aortokoronar venebypass med en distal anastomose
			FNC 20 <i>Aorto-coronary venous bypass with two distal anastomoses</i> Aortokoronar venebypass med to distale anastomoser
			FNC 30 <i>Aorto-coronary venous bypass with three distal anastomoses</i> Aortokoronar venebypass med tre distale anastomoser
			FNC 40 <i>Aorto-coronary venous bypass with four distal anastomoses</i> Aortokoronar venebypass med fire distale anastomoser
			FNC 50 <i>Aorto-coronary venous bypass with five distal anastomoses</i> Aortokoronar venebypass med fem distale anastomoser
			FNC 60 <i>Aorto-coronary venous bypass with six distal anastomoses</i> Aortokoronar venebypass med seks distale anastomoser
			FNC 96 <i>Other aorto-coronary venous bypass</i>

VALIDITY OF SURGICAL PROCEDURE STATISTICS

Group Gruppe	Group title Gruppetittel	Code selection Kodeutvalg	Codes with rubric texts Koder med tilhørende rubrikkttekster
			Annen aortokoronar venebypass FND 10 <i>Aorto-coronary bypass using single prosthetic graft</i> Aortokoronar bypass med Un karprotese FND 20 <i>Aorto-coronary bypass using two prosthetic grafts</i> Aortokoronar bypass med to karproteser FND 96 <i>Other aorto-coronary bypass using prosthetic graft</i> Annen aortokoronar bypass med karprotese FNE 00 <i>Coronary bypass using free arterial graft of internal mammary artery</i> Koronar bypass med fritt transplantat av a. mammaria interna FNE 10 <i>Coronary bypass using free arterial graft of gastroepiploic artery</i> Koronar bypass med fritt transplantat av a. gastroepiploica FNE 96 <i>Coronary bypass using other free arterial graft</i> Koronar bypass med annet fritt arterietransplantat
2	<i>Percutaneous expansion of coronary artery (PTCA)</i>	FNG 02, FNG 05	FNG 02 <i>Percutaneous transluminal coronary angioplasty</i> Perkutan transluminal koronar angioplastikk FNG 05 <i>Percutaneous transluminal coronary angioplasty with insertion of stent</i> Perkutan transluminal koronar angioplastikk med stentinnlegging
3	<i>Operations on the thyroid gland</i>	BAA 20-60	BAA 20 <i>Unilateral partial excision of thyroid gland</i> Unilateral reseksjon av tyreoida BAA 25 <i>Bilateral partial excision of thyroid gland</i> Bilateral reseksjon av tyreoida BAA 30 <i>Excision of thyroid isthmus</i> Eksisjon av isthmus tyreoidae BAA 40 <i>Unilateral lobectomy of thyroid gland</i> Unilateral lobektomi av tyreoida BAA 50 <i>Lobectomy and resection of contralateral lobe of thyroid gland</i> Lobektomi og reseksjon av kontralateral tyreoidelapp BAA 60 <i>Total thyroidectomy</i> Total tyreoidektomi
4	<i>Kidney transplant</i>	KAS 00-20	KAS 00 <i>Autotransplantation of kidney</i> Autotransplantasjon av nyre KAS 10 <i>Allogenic transplantation of kidney from cadaver donor</i> Transplantasjon av nyre fra kadaverdonor KAS 20 <i>Allogenic transplantation of kidney from living donor</i> Allogen transplantasjon av nyre fra levende donor
5	<i>Hysterectomy</i>	LCC 10-20, LCD, LCE	LCC 10 <i>Supravaginal hysterectomy</i> Supravaginal hysterektomi LCC 11 <i>Laparoscopic subtotal hysterectomy</i> Laparoskopisk subtotal hysterektomi LCC 20 <i>Vaginal supravaginal hysterectomy</i> Vaginal supravaginal hysterektomi LCD 00 <i>Hysterectomy</i> Hysterektomi LCD 01 <i>Total laparoscopic hysterectomy</i> Total laparoskopisk hysterektomi LCD 04 <i>Laparoscopic hysterectomy</i>

VALIDITY OF SURGICAL PROCEDURE STATISTICS

Group Gruppe	Group title Gruppetittel	Code selection Kodeutvalg	Codes with rubric texts Koder med tilhørende rubrikkttekster
			Laparoskopisk hysterektomi
		LCD 10	Vaginal hysterectomy Vaginal hysterektomi
		LCD 11	Laparoscopically assisted vaginal hysterectomy Laparoskopisk assistert vaginal hysterektomi
		LCD 30	Radical hysterectomy Radikal hysterektomi
		LCD 31	Radical laparoscopic hysterectomy Radikal laparoskopisk hysterektomi
		LCD 40	Radical vaginal hysterectomy Radikal vaginal hysterektomi
		LCD 96	Other hysterectomy Annen hysterektomi
		LCD 97	Other laparoscopic hysterectomy Annen laparoskopisk hysterektomi
		LCE 00	Anterior exenteration of female pelvis Fremre eksenterasjon av kvinnelig bekken
		LCE 10	Posterior exenteration of female pelvis Bakre eksenterasjon av kvinnelig bekken
		LCE 20	Total exenteration of female pelvis Total eksenterasjon av kvinnelig bekken
		LCE 96	Other exenteration of female pelvis Annen eksenterasjon av kvinnelig bekken
6	Prostatectomy TURP	KED 22-72	KED 22 Transurethral resection of prostate Transurethral reseksjon av prostata
		KED 32	Transurethral incision of prostate Transurethral incisjon av prostata
		KED 52	Laser resection of prostate Laserreseksjon av prostata
		KED 62	Transurethral needle ablation of prostate Transurethral nåleablasjon av prostata
		KED 72	Transurethral microwave therapy of prostate Transurethral mikrobølgeterapi av prostata
7	Prostatectomy, open	KEC	KEC 00 Retropubic radical prostatectomy Retropubisk radikal prostatektomi
		KEC 10	Perineal radical prostatectomy Perineal radikal prostatektomi
		KEC 20	Transsacral radical prostatectomy Transsakral radikal prostatektomi
8	Total hip replacement	NFB, NFC	NFB 01 Primary prosthetic replacement of acetabulum not using cement Implantasjon av proksimal primær delprotese i hofte- ledd uten sement
		NFB 02	Primary prosthetic replacement of head of femur not using cement Implantasjon av distal primær delprotese i hofteledd uten sement
		NFB 11	Primary prosthetic replacement of acetabulum using cement Implantasjon av proksimal primær delprotese i hofte- ledd med sement
		NFB 12	Primary prosthetic replacement of head of femur using

VALIDITY OF SURGICAL PROCEDURE STATISTICS

Group	Group title	Code selection	Codes with rubric texts
Gruppe	Gruppetittel	Kodeutvalg	Koder med tilhørende rubrikkttekster
			<i>cement</i> Implantasjon av distal primær delprotese i hofteledd med sement
NFB 20			<i>Primary total prosthetic replacement of hip joint not using cement</i> Implantasjon av primær totalprotese i hofteledd uten sement
NFB 30			<i>Primary total prosthetic replacement of hip joint using hybrid technique</i> Implantasjon av primær totalprotese i hofteledd med hybrid teknikk
NFB 40			<i>Primary total prosthetic replacement of hip joint using cement</i> Implantasjon av primær totalprotese i hofteledd med sement
NFB 59			<i>Primary prosthetic interposition arthroplasty of hip joint</i> Implantasjon av primær interposisjonsprotese i hofteledd
NFB 99			<i>Other primary prosthetic replacement of hip joint</i> Annen implantasjon av primær protese i hofteledd
NFC 01			<i>Secondary implantation of acetabular prosthesis in hip joint not using cement</i> Implantasjon av proksimal sekundær delprotese i hofteledd uten sement
NFC 02			<i>Secondary implantation of femoral head prosthesis in hip joint not using cement</i> Implantasjon av distal sekundær delprotese i hofteledd uten sement
NFC 03			<i>Secondary implantation of other partial prosthesis in hip joint not using cement</i> Implantasjon av annen del av sekundær delprotese i hofteledd uten sement
NFC 11			<i>Secondary implantation of acetabular prosthesis in hip joint using cement</i> Implantasjon av proksimal sekundær delprotese i hofteledd med sement
NFC 12			<i>Secondary implantation of femoral head prosthesis in hip joint using cement</i> Implantasjon av distal sekundær delprotese i hofteledd med sement
NFC 13			<i>Secondary implantation of other partial prosthesis in hip joint using cement</i> Implantasjon av annen del av sekundær delprotese i hofteledd med sement
NFC 20			<i>Secondary implantation of total prosthesis in hip joint not using cement</i> Implantasjon av sekundær totalprotese i hofteledd uten sement
NFC 21			<i>Secondary implantation of proximal part of total prosthesis in hip joint not using cement</i> Implantasjon av proksimal del av sekundær totalprotese i hofteledd uten sement
		NFC 22	<i>Secondary implantation of distal part of total prosthesis</i>

VALIDITY OF SURGICAL PROCEDURE STATISTICS

Group	Group title	Code selection	Codes with rubric texts
Gruppe	Gruppetittel	Kodeutvalg	Koder med tilhørende rubriktekster
			<i>in hip joint not using cement</i> Implantasjon av distal del av sekundær totalprotese i hofteledd uten sement
		NFC 23	<i>Secondary implantation of other part of total prosthesis in hip joint not using cement</i> Implantasjon av annen del av sekundær totalprotese i hofteledd uten sement
		NFC 30	<i>Secondary implantation of total prosthesis in hip joint using hybrid technique</i> Implantasjon av sekundær totalprotese i hofteledd med hybrid teknikk
		NFC 31	<i>Secondary implantation of proximal part of total prosthesis in hip joint using hybrid technique</i> Implantasjon av proksimal del av sekundær totalprotese i hofteledd med hybrid teknikk
		NFC 32	<i>Secondary implantation of distal part of total prosthesis in hip joint using hybrid technique</i> Implantasjon av distal del av sekundær totalprotese i hofteledd med hybrid teknikk
		NFC 33	<i>Secondary implantation of other part of total prosthesis in hip joint using hybrid technique</i> Implantasjon av annen del av sekundær totalprotese i hofteledd med hybrid teknikk
		NFC 40	<i>Secondary implantation of total prosthesis in hip joint using cement</i> Implantasjon av sekundær totalprotese i hofteledd med sement
		NFC 41	<i>Secondary implantation of proximal part of total prosthesis in hip joint using cement</i> Implantasjon av proksimal del av sekundær totalprotese i hofteledd med sement
		NFC 42	<i>Secondary implantation of distal part of total prosthesis in hip joint using cement</i> Implantasjon av distal del av sekundær totalprotese i hofteledd med sement
		NFC 43	<i>Secondary implantation of other part of total prosthesis in hip joint using cement</i> Implantasjon av annen del av sekundær totalprotese i hofteledd med sement
		NFC 59	<i>Secondary implantation of interposition prosthesis in hip joint</i> Implantasjon av sekundær interposisjonsprotese i hofteledd
		NFC 99	<i>Other secondary prosthetic replacement in hip joint</i> Annen implantasjon av sekundær protese i hofteledd
9	Mastectomy (in women)	HAC 10-30, HAC 99	HAC 10 <i>Subcutaneous mastectomy with preservation of mamilla</i> Subkutan mastektomi med bevaring av brystvorte
			HAC 15 <i>Subcutaneous mastectomy with excision of mamilla</i> Subkutan mastektomi med eksisjon av brystvorte
			HAC 20 <i>Total mastectomy</i> Total mastektomi
			HAC 25 <i>Radical mastectomy</i> Radikal mastektomi
			HAC 30 <i>Excision of supernumerary mammary gland or mamilla</i> Eksisjon av overtallig mamma eller brystvorte
			HAC 99 <i>Other mastectomy</i>

VALIDITY OF SURGICAL PROCEDURE STATISTICS

Group	Group title	Code selection	Codes with rubric texts
Gruppe	Gruppetittel	Kodeutvalg	Koder med tilhørende rubrikkttekster
			Annen mastektomi
10	Partial excision of mammary gland (in women)	HAB	HAB 00 Excision of lesion of mammary gland Ekstirpasjon av lesjon i mamma HAB 10 Microductectomy of mammary gland Mikroductektomi i mamma HAB 20 Excision of lactiferous duct Eksisjon av melkegang HAB 30 Excision of mamilla or areola Eksisjon av brystvorte eller areola HAB 40 Wedge excision of mammary gland Kilereseksjon av mamma HAB 99 Other partial excision of mammary gland Annen reseksjon av mamma
11	Appendectomy	JEA, JEW 96-97	JEA 00 Appendectomy Appendektomi JEA 01 Laparoscopic appendectomy Laparoskopisk appendektomi JEA 10 Appendectomy with drainage Appendektomi med drenasje JEW 96 Other operation on appendix Annen operasjon på appendiks JEW 97 Other laparoscopic operation on appendix Annen laparoskopisk operasjon på appendiks
12	Disc operations	ABC 01-26	ABC 01 Percutaneous endoscopic discectomy for cervical intervertebral disc displacement Perkutan endoskopisk diskektomi for cervikalt skiveprolaps ABC 04 Percutaneous endoscopic discectomy for thoracic intervertebral disc displacement Perkutan endoskopisk diskektomi for torakalt skiveprolaps ABC 07 Percutaneous endoscopic discectomy for lumbar intervertebral disc displacement Perkutan endoskopisk diskektomi for lumbalt skiveprolaps ABC 10 Microsurgical excision of cervical intervertebral disc displacement Mikrokirurgisk ekstirpasjon av cervikalt skiveprolaps ABC 13 Microsurgical excision of thoracic intervertebral disc displacement Mikrokirurgisk ekstirpasjon av torakalt skiveprolaps ABC 16 Microsurgical excision of lumbar intervertebral disc displacement Mikrokirurgisk ekstirpasjon av lumbalt skiveprolaps ABC 20 Open discectomy of cervical spine Diskektomi i cervikalkolumna ABC 23 Open discectomy of thoracic spine Diskektomi i torakalkolumna ABC 26 Open discectomy of lumbar spine Diskektomi i lumbalkolumna
13	Cholecystectomy	JKA 20-21	JKA 20 Cholecystectomy Kolecystektomi JKA 21 Laparoscopic cholecystectomy Laparoskopisk kolecystektomi
14	Caesarean section	MCA	MCA 00 Upper uterine segment caesarean section

VALIDITY OF SURGICAL PROCEDURE STATISTICS

<i>Group</i>	<i>Group title</i>	<i>Code selection</i>	<i>Codes with rubric texts</i>
Gruppe	Gruppetittel	Kodeutvalg	Koder med tilhørende rubriktekster
			Keisersnitt på øvre uterinsegment
		MCA 10	<i>Lower uterine segment caesarean section</i> Keisersnitt på nedre uterinsegment
		MCA 20	<i>Vaginal caesarean section</i> Vaginalt keisersnitt
		MCA 30	<i>Supravaginal caesarean hysterectomy</i> Keisersnitt og supravaginal hysterektomi
		MCA 33	<i>Total caesarean hysterectomy</i> Keisersnitt og total hysterektomi
		MCA 96	<i>Other caesarean section</i> Annet keisersnitt

Vedlegg 2

Appendix 2

Deviation in code selection for the 14 NOMESCO surgical procedure groups in the material from Finland

Avvik i kodeseleksjon til de 14 NOMESKO operasjonsgrupper i finsk materiale

Group Gruppe	Group title Gruppetittel	Missing or added categories in material from Finland Manglende eller tillagte kategorier i finsk materiale
1	Coronary anastomosis surgery	Missing third position categories: Manglende 3-tegnskategorier:
		FNA Connection to coronary artery from internal mammary artery Anastomose mellom a. gastroepiploica og koronararterie
		FNB Connection to coronary artery from gastroepiploic artery Anastomose mellom a. mammaria interna og koronararterie

Comment: The missing categories are consistent with a literal interpretation of the original group title term *bypass operations*. A modification of the title has been proposed.

Kommentar: De manglende kategorier overenstemmer med en bokstavelig forståelse av den originale gruppetittel-formuleringen *bypass operationer*. Se forøvrig forslag til endring av gruppetittel.

Group Gruppe	Group title Gruppetittel	Missing or added categories in material from Finland Manglende eller tillagte kategorier i finsk materiale
3	Partial and total thyroid excision	Added code: Tillagt kode:
		BAA 99 Other operation on thyroid gland Annen operasjon på tyreoidea

Comment: The added code is consistent with the original group title *Operations on the thyroid gland*. A modification of the title has been proposed.

Kommentar: Den tilføyde kode overenstemmer med den originale gruppetittel *Thyreoideaoperationer*. Se forøvrig forslag til endring av gruppetittel.

VALIDITY OF SURGICAL PROCEDURE STATISTICS

Group Gruppe	Group title Gruppetittel	Missing or added categories in material from Finland Manglende eller tillagte kategorier i finsk materiale
4	Kidney transplant	Missing code: Manglende kode: KAS 00 Autotransplantation of kidney Autotransplantasjon av nyre

Comment: The missing code is not a transplantation procedure strictly speaking. A change of code selection according to the Finnish selection is proposed.

Kommentar: Den manglende kode er ikke et transplantasjonsinngrep i egentlig forstand, se forslag til endring av seleksjon for gruppe 4 ovenfor, som svarer til den finske seleksjon.

The consequence for the statistics is minor, as KAS 00 constitutes only roughly 5 per cent of procedures in this group.

Tallmessig har dette lite å si, KAS 00 utgjør bare ca. 5 % av utførte inngrep i gruppe 4.

Group Gruppe	Group title Gruppetittel	Missing or added categories in material from Finland Manglende eller tillagte kategorier i finsk materiale
5	Hysterectomy (including supravaginal hysterectomy and exenteration of pelvis) Hysterektomi (inklusive supravaginal hysterektomi og bekkeneksenterasjon)	Missing categories: Manglende kategorier: LCC 10-20 Supravaginal hysterectomy LCE Supravaginal hysterektomi Exenteration of pelvis Eksenterasjon av bekkenet

Comment: The Finnish selection indicates the strictest possible interpretation of the term *hysterectomy*, and only includes the LCD group. The wider original code selection is more useful. Explicit inclusions are proposed for the group title.

Kommentar: Den finske seleksjon bygger på den snevrest mulige forståelse av *hysterektomi*, og omfatter bare LCD-gruppen. Den videre seleksjon til NOMESKO-gruppe 5 er meningsfylt, men presisering av tittelen foreslås.

Group Gruppe	Group title Gruppetittel	Missing or added categories in material from Finland Manglende eller tillagte kategorier i finsk materiale
6	Prostatectomy, transurethral procedures	Missing categories: Manglende kategorier: KED 32-72 Other transurethral procedures for prostatic urinary obstruction Øvrige transurethrale inngrep for prostatisk vannlatningsbesvær

Comment: The original group title is misleading, as its acronym TURP is identical with the rubric text for just one code: KED 22, which is consistent

Kommentar: Den originale tittelen til denne NOMESKO-gruppen er misvisende, fordi den er identisk med rubrikktteksten til KED 22. Den finske se-

VALIDITY OF SURGICAL PROCEDURE STATISTICS

with the Finnish selection. Modification of the group title proposed

leksjonen svarer til dette. Jfr forslag til endret gruppetittel ovenfor.

Group Gruppe	Group title Gruppetittel	Missing or added categories in material from Finland Manglende eller tillagte kategorier i finsk materiale
7	Radikal prostatektomi <i>Radical prostatectomy</i>	Added codes: Tillagte koder: KED 00-10 <i>Open prostatectomy</i> Åpen prostatektomi

Comment: The original group title *Prostatectomy, open* is grossly misleading, because the group only contains radical prostatectomy procedures, not conventional open prostatectomies. The Finnish selection includes both radical and ordinary open prostatectomies.

Kommentar: Den originale tittelen til denne NOMESKO-gruppen er *Prostatektomi, åben*. Den er misvisende, fordi det virkelige innhold i den er radikal prostatektomi, ikke vanlig åpen prostatektomi, kfr. forslag til endret gruppetittel ovenfor. Den finske seleksjon omfatter både radikal prostatektomi og konvensjonell åpen prostatektomi.⁷

Group Gruppe	Group title Gruppetittel	Missing or added categories in material from Finland Manglende eller tillagte kategorier i finsk materiale
8	Hip replacement Hofteleddsproteser	Missing categories: Manglende kategorier: NFB 01-12 <i>Primary partial prosthetic replacement of hip joint</i> Implantasjon av primære delproteser i hofteledd NFC <i>Secondary prosthetic replacement of hip joint</i> Implantasjon av sekundær protese i hofteledd

Comment: The original group title *Total hip replacement* is misleading, because the group includes partial hip replacements as well. The Finnish selection from the NFB group is consistent with the original title, but the omission of the entire NFC group is not.

Kommentar: Den originale tittelen til denne NOMESKO-gruppen er *Total hofteleddsplastik*. Den er misvisende, fordi gruppen omfatter både totalproteser og delproteser. Den finske seleksjon i tregnsgruppen NFB er således overensstemmende med den originale gruppetittelen, men utelatelsen av hele NFC-gruppen er det ikke.⁸

⁷ Please note that the code KED 10 for Retropubic prostatectomy only occurs in NCSP-F. In NCSP-S it is included in KED 00, in NCSP-E and the two remaining national versions it is included in KED 96. Det skal bemerkes at KED 10 Retropubisk prostatektomi kun forekommer i NCSP-F. I NCSP-S inngår den i KED 00, i NCSP-E og de to øvrige nasjonale versjoner inngår den i KED 96.

⁸ Please note that groups NFB and NFC of NCSP-F deviate considerably from NCSP-E. The missing NFB codes are NCSP-E codes missing in NCSP-F, but they can be mapped to existing NCSP-F codes. Det skal bemerkes at både NFB- og NFC-gruppene i NCSP-F avviker sterkt fra NCSP-E. De manglende NFB-koder som er oppført her er NCSP-E-koder, men de kan mappes til NCSP-F-koder som mangler.

VALIDITY OF SURGICAL PROCEDURE STATISTICS

Group Gruppe	Group title Gruppetittel	Missing or added categories in material from Finland Manglende eller tillagte kategorier i finsk materiale
9	Mastectomy (in women) Mastektomi (hos kvinner)	Missing code: Manglende kode:
		HAC 99 Other mastectomy Annen mastektomi

Comment: The consequence of this is insignificant. HAC 99 constitutes roughly 1 per cent of all procedures in the group.

Kommentar: Bagatellmessig mangel: HAC 99 utgjør ca. 1% av utførte inngrep i NOMESKO gruppe 9.

Group Gruppe	Group title Gruppetittel	Missing or added categories in material from Finland Manglende eller tillagte kategorier i finsk materiale
10	Partial excision of mammary gland (in women) Reseksjon av mamma (hos kvinner)	Missing codes: Manglende koder:
		HAB 20 Excision of lactiferous duct Eksisjon av melkegang
		HAB 30 Excision of mamilla or areola Eksisjon av brystvorte eller areola
		HAB 99 Other partial excision of mammary gland Annen reseksjon av mamma

Comment: The omission of HAB 20-30 may be understood as a very strict interpretation of the original group title, but this does not explain why HAB 99 is excluded, or why HAB 00, which is just excision of a lesion of the gland, is not excluded.

Kommentar: Utelatelsen av HAB 20-30 kan oppfattes som en meget snever fortolkning av gruppetittelen, men det er vanskelig å forklare hvorfor i så fall HAB 99 er ekskludert og HAB 00, som er ekstirpasjon av lesjon i mamma, ikke er ekskludert.

Group Gruppe	Group title Gruppetittel	Missing or added categories in material from Finland Manglende eller tillagte kategorier i finsk materiale
11	Appendectomy Appendektomi	Missing codes: Manglende koder:
		JEW 96 Other operation on appendix Annen operasjon på appendiks
		JEW 97 Other laparoscopic operation on appendix Annen laparoskopisk operasjon på appendiks

Comment: The omission of JEW 96-97 is consistent with the group title, as the two codes explicitly do not represent appendectomy. Excluding the codes from the selection is proposed.

Kommentar: Utelatelsen av JEW 96-97 er overensstemmende med gruppetittelen, disse inngrepene er ikke appendektomi. Se foranstående forslag om endring av seleksjonen svarende til den finske forståelse.

VALIDITY OF SURGICAL PROCEDURE STATISTICS

Group Gruppe	Group title Gruppetittel	Missing or added categories in material from Finland Manglende eller tillagte kategorier i finsk materiale
12	<i>Disc operations</i>	Missing codes: Manglende koder: ABC 04 <i>Percutaneous endoscopic discectomy for thoracic intervertebral disc displacement</i> Perkutan endoskopisk diskektomi for torakalt skiveprolaps ABC 13 <i>Microsurgical excision of thoracic intervertebral disc displacement</i> Mikrokirurgisk ekstirpasjon av torakalt skiveprolaps ABC 23 <i>Open discectomy of thoracic spine</i> Diskektomi i torakalkolumna

Comment: Codes for the thoracic spine are missing in NCSP-F. This is without practical importance, as disc operations in the thoracic spine must be extremely rare, if they are performed at all.

Kommentar: Kodene for operasjoner i torakaldelen av kolumna finnes ikke i NCSP-F. Dette er uten praktisk betydning, fordi slike operasjoner i torakalkolumna må være ytterst sjeldne, om de i det hele tatt forekommer.

SECTION C

Appendices
Bilag

Appendix 1

Obstetric definitions

Live birth

Live birth is defined as a foetus that after the complete expulsion or extraction from the mother shows evidence of life, irrespective of birthweight and duration of pregnancy.

Stillbirth

A stillbirth is defined as the delivery after 28 weeks gestation of a foetus that shows no signs of life.

Perinatal deaths

Stillborn infants, and live-born infants that die during the first week of life.

Infant deaths

Live-born infants that die during the first year of life.

Total fertility rate

The total number of live-born children that would be born per 1 000 women, assuming no mortality in the child-bearing ages, calculated from the age-specific fertility rates for the year of observation.

Perinatal mortality

Stillborn infants, and live-born infants that die during the first week of life, per 1 000 births (live-born and stillborn).

Infant mortality

Live-born infants that die during the first year of life per 1 000 live births.

Obstetriske definitioner

Levendefødte

Som levendefødte regnes fostre, der viser tegn på liv, efter at de er fuldstændig adskilt fra moderen, uden hensyntagen til fødselsvægt og svangerskabets varighed.

Dødfødte

Som dødfødte regnes fostre, der er født efter 28 ugers svangerskab, og som ikke viser tegn på liv.

Perinatalt døde

Dødfødte, samt levendefødte, der dør i løbet af første leveuge.

Spædbarnsdød

Levendefødte, der dør i løbet af første leveår.

Samlet fertilitetsrate

Det samlede antal levendefødte børn, som 1 000 kvinder vil føde, hvis de gennemlever hele den fødedygtige alder, beregnet ud fra de aldersspecifikke fertilitetsrater i observationsåret.

Perinatal dødelighed

Dødfødte og døde i løbet af første leveuge pr. 1 000 fødte (levendefødte og dødfødte).

Spædbarnsdødelighed

Døde i løbet af første leveår pr. 1 000 levendefødte.

Standard stillbirth rate

The number of stillborn infants with a birthweight of at least 1 000 grams, per 1 000 births with a birthweight of at least 1 000 grams.

Standardiseret dødfødselshyppighed

Antal dødfødte med en fødselsvægt på mindst 1 000 gram pr. 1 000 fødte med en fødselsvægt på mindst 1 000 gram.

Induced abortion

Dependent on the legislation in each country. As a rule, women have the right to termination of pregnancy on request during the first 12 weeks of pregnancy (In Sweden up to 18 weeks).

Fremkaldt abort

Afhængig af hvert lands lovgivning. Som hovedregel gælder retten til abort de første 12 uger af graviditeten (i Sverige op til 18 uger).

Total abortion rate

The number of induced abortions that would have been performed on 1 000 women, assuming that they survived up to the age of 50, calculated from the age-specific abortion rates for the year of observation.

Samlet abortrate

Det antal fremkaldte aborter, som 1 000 kvinder ville have fået udført, forudsat at de levede til de var 50 år, beregnet ud fra de aldersspecifikke abortrater i observationsåret.

Appendix 2

Definitions related to hospital treatment

Outpatient clinic

Unit with no permanent beds for treatment and with no regular staff for patient monitoring.

Bed

A treatment bed for a patient in an inpatient unit. (In Finland, Norway and Sweden this does not include technical beds, i.e. beds for treatment requiring specialist personnel and intensive monitoring, incl. incubators).

Bed-day

A 24-hour period, in which an inpatient has received treatment.

Length of stay

Number of bed-days for an inpatient. The date of admission, but not the date of discharge is included; at least 24 hours.

Average length of stay

The total length of stay for patients who have been discharged within a given period, divided by the number of discharges in the same period.

Discharge

Conclusion of treatment for a patient in an inpatient unit or in a day-care unit.

Sygehusdefinitioner

Ambulatorium

Afsnit, der er uden faste behandlingspladser, og hvortil der ikke er normeret personale til overvågning af patienter.

Sengeplads

En behandlingsplads for en patient i et heldøgnsafsnit. (I Finland, Norge og Sverige omfatter dette ikke tekniske behandlingspladser, dvs. behandling, der kræver særlig bemanning og intensiv overvågning, inkl. kuvøser).

Sengedag

Et døgn, hvori en heldøgnspatient har modtaget behandling.

Liggetid

Antal sengedage for en heldøgnspatient, idet indlæggelsesdatoen, men ikke udskrivningsdatoen medregnes; dog mindst én dag.

Gennemsnitlig liggetid

Summen af liggetiderne for patienter, der er udskrevet inden for en given periode, divideret med antallet af udskrivelser i perioden.

Udskrivning

Afslutning af behandling af patient på et hel- eller deldøgnsafsnit.

Appendix 3

Tables on medical, surgical and psychiatric specialities in hospitals as they incur in the statistics of this publication

Oversigt over medicinske, kirurgiske og psykiatriske specialer ved hospitaler sådan som de indgår i statistikken i denne publikation

Medicine/medicin

	<i>Denmark</i>	<i>Finland</i>	<i>Iceland</i>	<i>Norway</i>	<i>Sweden</i>
<i>Internal medicine</i> Intern medicin	+	+	+	+	+
<i>Dermato-venerology</i> Dermato-venerologi	+	+	+	+	+
<i>Geriatrics</i> Geriatrici	+	+	–	+	+
<i>Hepatology</i> Hepatologi	+	–	+	–	+
<i>Haematology</i> Hæmatologi	+	+	+	+	+
<i>Infectious diseases</i> Infektionsmedicin	+	+	+	+	+
<i>Cardiology</i> Kardiologi	+	+	+	+	+
<i>Medical allergology</i> Medicinsk allergologi	+	+	+	–	+
<i>Medical endocrinology</i> Medicinsk endokrinologi	+	+	+	–	+
<i>Medical gastro-enterology</i> Medicinsk gastroenterologi	+	+	+	+	+
<i>Medical pulmonary diseases</i> Medicinske lungesygdomme	+	+	+	+	+
<i>Nephrology</i> Nefrologi	+	+	+	+	+
<i>Rheumatology</i> Reumatologi	+	+	+	+	+
<i>Neuro-medicine</i> Neuromedicin	+	+	+	+	+

APPENDIX 3

	<i>Denmark</i>	<i>Finland</i>	<i>Iceland</i>	<i>Norway</i>	<i>Sweden</i>
	<i>Denmark</i>	<i>Finland</i>	<i>Iceland</i>	<i>Norway</i>	<i>Sweden</i>
<i>Oncology</i> Onkologi	+	+	+	+	+
<i>Pediatrics</i> Pædiatri	+	+	+	+	+
<i>Phoniatry</i> Foniatri	-	+	-	-	-
<i>Occupational medicine</i> Arbejdsmedicin	-	+	-	+	+
<i>Miscellaneous medicine/surgery</i> Blandet medicin/kirurgi	+	-	+	+	+
<i>Anaesthesiology</i> Anæstesiologi	+	+	+	+	+
<i>Others (without specialization)</i> Andet (uden speciale)	+	+	-	-	-
<i>General medicine</i> Almen medicin	-	+	+	-	-
<i>Rehabilitation</i> Rehabilitering	-	+	-	+	+

Surgery/Kirurgi

	Denmark	Finland	Iceland	Norway	Sweden
<i>General surgery</i> Almen kirurgi	+	+	+	+	+
<i>Vascular surgery</i> Karkirurgi	+	+	+	+	+
<i>Gastro-enterological surgery</i> Kirurgisk gastroenterologi	+	+	+	+	+
<i>Plastic surgery</i> Plastikkirurgi	+	+	+	+	+
<i>Thorax surgery</i> Thoraxkirurgi	+	+	+	+	+
<i>Urology</i> Urologi	+	+	+	+	+
<i>Neuro-surgery</i> Neurokirurgi	+	+	+	+	+
<i>Ophthalmology</i> Oftalmologi	+	+	+	–	+
<i>Orthopaedic surgery</i> Ortopædkirurgi	+	+	+	+	+
<i>Oto-rhino-laryngology</i> Oto-rhino-laryngologi	+	+	+	+	+
<i>Gynaecology and obstetrics</i> Gynækologi og obstetrik	+	+	+	+	+
<i>Hand surgery</i> Håndkirurgi	–	+	+	–	+
<i>Child surgery</i> Børnekirurgi	–	+	+	+	+
<i>Surgical larynxology</i> Kæbekirurgi	–	+	+	+	–

Psychiatry/Psykiatri

	<i>Denmark</i>	<i>Finland</i>	<i>Iceland</i>	<i>Norway</i>	<i>Sweden</i>
<i>Psychiatry</i> Psykiatri	+	+	+	+	+
<i>Child psychiatry</i> Børnepsykiatri	+	+	-	-	-
<i>Child and youth psychiatry</i> Børne- og ungdomspsykiatri	-	+	+	+	+
<i>Psychiatry for drug addicts and alcoholics</i> Psykiatri for narkotika- og alkoholmisbrugere	-	+	+	+	+
<i>Psychiatric hospitals and clinics</i> Psykiatriske hospitaler og klinikker	-	+	-	+	+
<i>Psychiatric wards in somatic hospitals</i> Psykiatriske afdelinger på somatiske ho- spitaler	-	+	+	+	+

Further information

Yderligere oplysninger

The following offices responsible for statistics can be contacted for further information concerning the statistics in this publication.

Denne oversigt over statistikansvarlige i de nordiske lande kan bruges til at søge yderligere oplysninger vedrørende statistikken i denne bog.

Denmark

Statistics Denmark
Sejrøgade 11
DK-2100 Copenhagen Ø
Phone: +45 39 17 39 17
Fax: +45 39 17 39 99
E-mail: dst@dst.dk
Website: www2.dst.dk

Have responsibility for:

- Population statistics
- Statistics on alcohol consumption
- Statistics on health care economy
- Statistics on alcohol consumption

National Board of Health
Islands Brygge 67
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 births
- Statistics on abortions
- Statistics on malformations
- Statistics on causes of death
- Statistics on hospital services
- Statistics on health personnel
- Statistics on the use of tobacco

Statens Seruminstitut
Artillerivej 5
DK-2300 Copenhagen S
Phone: +45 32 68 32 68
Fax: +45 32 68 38 68
E-mail: serum@ssi.dk
Website: www.serum.dk/dk

Have responsibility for:

- Statistics on infectious diseases
- Statistics and information on vaccinations

FURTHER INFORMATION

Danish Medicines Agency
Frederikssundsvej 378
DK-2700 Brønshøj
Phone: +45 44 88 91 11
Fax: +45 44 91 73 73
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
- Information on alcohol consumption
- Statistics on the use of tobacco

Chief Medical Officer
P.O. Box 9
FO-110 Tórshavn
Phone: +298 31 18 32
Fax: +298 31 76 60

Have responsibility for:

- Statistics on abortions
- Statistics on infectious diseases
- Statistics and information on vaccinations

Chief Pharmaceutical Officer
P.O. Box 187
FR-110 Tórshavn
Phone: +298 31 71 37
Fax: +298 31 09 20

Have responsibility for:

- Statistics on medicinal products

National Board of Health in Denmark
Islands Brygge 67
P.O. Box 1881
DK-2300 Copenhagen S
Phone: 72 22 74 00
Fax: 72 22 74 11
E-mail: sst@sst.dk
Website: www.sst.dk

Have responsibility for:

- Statistics on causes of death

The Hospital Board
P.O. Box 336
FR-110 Tórshavn
Phone: +298 31 53 60
Fax: +298 31 82 65

Have responsibility for:

- Statistics on causes of death

Greenland

Statistics Greenland
P.O. Box 1025
DK-3900 Nuuk
Phone: +299 34 50 00
Fax: +299 32 29 54
E-mail: stat@gs.gh.gl
Website: www.statgreen.gl

Chief Medical Officer
P.O. Box 120
DK-3900 Nuuk
Phone: +299 34 5192
Fax: +299 32 51 30
E-mail: eli@gh.gl

National Board of Health in Denmark
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

The Central Pharmacy in Copenhagen
County
Marielundsvej 25
DK-2730 Herlev
Phone: +45 44 57 77 00
Fax: +45 44 57 77 09

The Directorate for Health
P.O. Box 1160
DK-3900 Nuuk
Phone: +299 34 50 00
Fax: +299 32 55 05

Have responsibility for:

- Population and vital statistics
- Statistics on health personnel
- Statistics on hospital services
- Statistics on health care economy

Have responsibility for:

- Statistics on births
- Statistics on abortions
- Statistics on malformations
- Statistics on infectious diseases
- Statistics and information on vaccinations

Have responsibility for:

- Statistics on causes of death

Have responsibility for:

- Statistics on medicinal products

Have responsibility for:

- Statistics on hospital services
- Statistics on health care economy
- Statistics on health personnel

Finland

Statistics Finland
Työpajankatu 13
FIN-00022 Tilastokeskus
Phone: +358 9 173 41
Fax: +358 9 173 42 750
Website: www.stat.fi

STAKES (National Research
and Development Centre
for Welfare and Health)
P.O. Box 220
FIN-00531 Helsinki
Phone: +358 9 396 71
Fax: +358 9 761 307
Website: www.stakes.fi

Finnish National Public Health Institute
Mannerheimintie 166
FIN-00300 Helsinki
Phone: +358 9 474 41
Fax: +358 9 474 48 408
Website: www.ktl.fi

National Agency for Medicines
Mannerheimintie 166
P.O. Box 55
FIN-00301 Helsinki
Phone: +358 9 473 341
Fax: +358 9 714 469
Website: www.nam.fi

Have responsibility for:

- Population and vital statistics
- Statistics on causes of death
- Statistics on the use of tobacco
- Statistics on road traffic accidents

Have responsibility for:

- Register of Institutional Care
- Medical Birth Register
- 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

Have responsibility for:

- Register of Infectious Diseases
- Register of Coronary Heart Disease and Stroke
- Statistics and information on vaccinations
- Survey on health behaviour among adults
- Public Health Report

Have responsibility for:

- 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 9 20 434 11
Fax: +358 9 20 434 50 58
Website: www.kela.fi

Have responsibility for:

- Sickness insurance benefits and allowances, reimbursements for medicine expenses, and disability pensions

Finnish Cancer Registry
Liisankatu 21B
FIN-00170 Helsinki
Phone: +358 9 135 331
Fax: +358 9 135 1093
Website: www.cancer.fi

Have responsibility for:

- Statistics on cancer

Åland

Government of the Åland Islands
P.O. Box 60
FIN-22101 Mariehamn
Phone: +358 18 250 00
Fax: +358 18 191 55

Have responsibility for:

- Statistics on infectious diseases
- Statistics on health personnel
- Statistics on hospital services
- Statistics on health care economy

Social Insurance Institution of Finland
Statistics Finland
STAKES
National Agency for Medicines
Finnish National Public Health Institute
Finnish Cancer Registry

- See Finland

Iceland

Statistics Iceland
Skuggasund 3
IS-150 Reykjavík
Phone: +354 560 9800
Fax: +354 562 8865
E-mail: hagstofa@hagstofa.is
Website: www.statice.is

Have responsibility for:

- Population and vital statistics
- Statistics on causes of death
- Statistics on alcohol consumption
- Statistics on the use of tobacco
- Statistics on health care expenditure

FURTHER INFORMATION

Directorate of Health
Laugavegi 116
IS-105 Reykjavík
Phone: +354 510 1900
Fax: +354 510 1919
E-mail: postur@landlaeknir.is
Website: www.landlaeknir.is

Have responsibility for:

- Medical statistics on births
- Statistics on abortions
- Statistics on sterilizations
- Statistics on primary health care
- Statistics on hospital services
- Statistics on infectious diseases
- Statistics on vaccinations
- Statistics on health personnel

Icelandic Ministry of Health and
Social Security
Laugavegi 116
IS-150 Reykjavík
Phone: +354 545 8700
Fax: +354 551 9165
E-mail: postur@htr.stjr.is
Website: stjr.is

Have responsibility for:

- Statistics on pharmaceutical products

Committee for
Tobacco Use Prevention
P.O. Box 5420
IS-125 Reykjavík
Phone: +354 561 2555
Fax: +354 561 2563
E-mail: tobak@tobak.is
Website: www.tobak.is

Have responsibility for:

- Statistics on the use of tobacco

Icelandic Cancer Register
P.O. Box 5420
IS-125 Reykjavík
Phone: +354 540 1900
Fax: +354 540 1910
E-mail: hrafnt@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 sterilizations
- Statistics on induced abortions
- Statistics on alcohol consumption
- Statistics on health care economy

Medical Birth Registry of Norway
 Armauer Hansens hus
 N-5021 Bergen
 Phone: +47 55 97 49 89
 Fax: +47 55 97 49 98
 E-mail: mfr@uib.no
 Website: www.uib.no/mfr

Have responsibility for:

- Statistics on births and infant deaths

SINTEF-Unimed
 Norwegian Patient Register
 Olav Kyrresgate 3
 N-7465 Trondheim
 Phone: +47 73 59 25 90
 Fax: +47 73 59 63 61
 E-mail: npr@sintef.no
 Website: www.npr.no

Have responsibility for:

- Statistics on hospital services

Norwegian Institute of Public Health
 P.O. Box 4404 Nydalen
 N-0403 Oslo
 Phone: +47 23 40 81 60
 Fax: +47 23 40 81 46
 E-mail: folkehelsa@folkehelsa.no
 Website: www.whocc.no

Have responsibility for:

- Statistics on sexually transmitted diseases
- Statistics on accidents
- Statistics on tuberculosis
- Statistics on immunization
- Statistics on sale of medicinal products

FURTHER INFORMATION

National Directorate for Health and Social Welfare
P.O. Box 8054 Dep.
N-0031 Oslo
Phone: +47 24 16 30 00
Fax: +47 24 16 30 01
E-mail: postmottak@shd.dep.no
Website: www.shdir.no

Have responsibility for:

- Statistics on dentists
- Statistics on use of tobacco

Cancer Registry of Norway.
Institute of population-based cancer research
Montebello
N-0310 Oslo
Phone: +47 22 45 13 00
Fax: +47 22 45 13 70
E-mail: kreftregisteret@kreftregisteret.no
Website: www.kreftregisteret.no

Have responsibility for:

- Statistics on cancer

Norwegian Medical Association
P.O. Box 1152 Sentrum
N-0107 Oslo
Phone: +47 23 10 90 00
Fax: +47 23 91 10
Website: www.legeforeningen.no

Have responsibility for

- Statistics on physicians

Sweden

Statistics Sweden
P.O. Box 24 300
SE-104 51 Stockholm
Phone: +46 8 506 940 00
Fax: +46 8 661 52 61
E-mail: scb@scb.se
Website: www.scb.se

Have responsibility for:

- Population and vital statistics
- Statistics on health care economy

National Board of Health and Welfare
SE-106 30 Stockholm
Phone: +46 8 55 55 30 00
Fax: +46 8 55 55 33 27
E-mail: sosialstyrelsen@sos.se
Website: www.sos.se

Have responsibility for:

- Statistics on births
- Statistics on abortions
- Statistics on sterilizations
- Statistics on in-patients
- Statistics on cancer
- Statistics on causes of deaths

FURTHER INFORMATION

Swedish Institute for Infectious Disease
Control
Nobels väg 18
SE-171 82 Solna
Phone: +46 8 457 23 00
Fax: +46 8 32 83 30
E-mail: smittskyddsinstitutet@smi.ki.se
Website: www.smittskyddsinstitutet.se

Have responsibility for:

- Statistics on infectious diseases
- Statistics and information on vaccinations

National Corporation of
Swedish Pharmacies
SE-131 88 Stockholm
Phone: +46 8 466 10 00
Fax: +46 8 466 15 15
Website: www.apoteket.se

Have responsibility for:

- Statistics on drug sales and drug prescribing

Swedish Federation of County Councils
SE-118 82 Stockholm
Phone: +46 8 452 72 00
Fax: +46 8 452 72 10
E-mail: landstingsforbundet@lf.se
Website: www.lf.se

Have responsibility for:

- Statistics on health personnel
- Statistics on hospital capacity
- Statistics on health care economy

Swedish Association of Local Authorities
SE-118 82 Stockholm
Phone: +46 8 452 71 00
Fax: +46 8 641 15 35
E-mail: sk@svekom.se
Website: www.svekom.se

Have responsibility for:

- Statistics on health personnel

Swedish Agency for Government Em-
ployers
P.O. Box 3267
SE-103 65 Stockholm
Phone: +46 8 700 13 00
Fax: +46 8 700 13 40
E-mail: agv@arbetsgivarverket.se
Website: www.arbetsgivarverket.se

Have responsibility for:

- Statistics on health personnel

NOMESCO Publications

1. Medisinsk fødselsregistrering. Forslag fra en arbeidsgruppe opprettet av NOMESKO. NOMESKO, Bergen 1971.
2. Planning Information Services for Health/Administration. Decision – Simulation – Approach. Recommendations submitted by a Working Party within NOMESKO. NOMESKO, Stockholm 1973.
3. Computer-based Patient Statistics. Part I. Hospital In-patients. Recommendations submitted by a Working Party within NOMESKO. NOMESKO, Stockholm 1974.
4. Databaseorienteret patientstatistik. 1. Del. Indlagte patienter. Förslag från en arbetsgrupp inom NOMESKO. NOMESKO, Stockholm 1974.
5. Code-list for Diagnoses used in Ambulatory Care. Based on the International Classification of Diseases (8th Rev). Recommendations submitted by a working party within NOMESKO. NOMESKO, Stockholm 1976.
6. Databaseorienteret patientstatistik. 2. del. Statistik om lægebesøg. Förslag från en arbetsgrupp inom NOMESKO. NOMESKO, Stockholm 1978.
7. Översyn av ICD-8. 1. del. Jämförelse mellan de nordiska versionerna av klassifikationen adapterad för sjukhusbruk. Förslag från en arbetsgrupp inom NOMESKO, Stockholm 1978.
8. Översyn av ICD-8. Andra delen: 1. ICD-8 och de nordiska versionerna jämförda med ICD-9. Tabellarisk del. NOMESKO, Stockholm 1978.
9. Översyn av ICD-8. 2. del: 2. ICD-8 och de nordiska versionerna jämförda med ICD-9. Kommentarer. NOMESKO, Stockholm 1978.
10. Computer-based Patient Statistics. Part II. Statistics on Doctor-visits. Recommendations submitted by NOMESCO/APAT-group. NOMESCO, Copenhagen 1979.
11. Health Statistics in the Nordic Countries. 1978. NOMESCO, Stockholm 1980.
12. Osnes, M.: Sammenligning mellom diagnoseklassifikasjoner. ICD-8 Islandsk-dansk-finsk & svensk-norsk (4 siffer) og ICD-9. NOMESKO, Oslo 1980.
13. Sigurðsson, G., et al: Egilsstaðir-projektet. Problemorienterad journal och individu-baserat informations-system för primärvård. NOMESKO, Stockholm 1980.

14. Härö, A.S. (ed.): Planning Information Services for Health. Decision – Simulation – Approach. Report of NOMESCO/ADAT working group. NOMESCO, Helsinki 1981.
15. Health Statistics in the Nordic Countries 1980. NOMESCO, Copenhagen 1982.
16. Rapport fra Nordisk konference om Besöksorsaker inom primärvården. NOMESCO, København 1982.
17. Fødsler i Norden. Medicinsk fødselsregistrering 1979. (Births in the Nordic Countries. Registration of the Outcome of Pregnancy 1979). NOMESCO, Reykjavík 1982.
18. Health Statistics in the Nordic Countries 1981. NOMESCO, Copenhagen 1983.
19. Health Statistics in the Nordic Countries 1982. NOMESCO, Copenhagen 1984.
20. Nordisk klassifikation til brug i ulykkesregistrering. NOMESCO, København 1984.
21. Nordisk dødsårsagsstatistik. Analyse af kodepraksis. NOMESCO, København 1985.
22. Health Statistics in the Nordic Countries 1983. NOMESCO, Copenhagen 1985.
23. Datorstödda informationssystem inom primärvården i Norden. NOMESCO, Helsinki 1985.
24. Health Statistics in the Nordic Countries 1984. NOMESCO, Copenhagen 1986.
25. Fødsler i Norden. Medicinsk fødselsregistrering 1979-1983. (Births in the Nordic Countries. Registration of the Outcome of Pregnancy 1979-1983). NOMESCO, Reykjavík 1987.
26. Health Statistics in the Nordic Countries 1985. NOMESCO, Copenhagen 1987.
27. Computerized Information Systems for Primary Health Care in the Nordic Countries. NOMESCO, Copenhagen 1988.

28. Health Statistics in the Nordic Countries 1986. NOMESCO, Copenhagen 1988.
29. Health Statistics in the Nordic Countries 1987. NOMESCO, Copenhagen 1989.
30. Nordic Short List of Surgical Operations 1989. NOMESCO, Copenhagen 1989.
31. Health Statistics in the Nordic Countries 1988. NOMESCO, Copenhagen 1990.
32. Trender i hälsoutvecklingen i de nordiska länderna. Annus Medicus 1990, Helsingfors 1990.
33. Health Trends in the Nordic Countries. Annus Medicus 1990, Helsingfors 1990.
34. Nordisk klassifikation til brug i ulykkesregistrering. 2. reviderede udgave. NOMESKO, København 1990.
35. Classification for Accident Monitoring. 2nd revised edition. NOMESCO, Copenhagen 1990.
36. Health Statistics in the Nordic Countries 1966-1991. NOMESCO, Copenhagen 1991.
37. Mats Brommels (ed.): Resultat, kvalitet, valfrihet. Nordisk hälsopolitik på 90-talet. NOMESKO, København 1991.
38. Health Statistics in the Nordic Countries 1990. NOMESCO, Copenhagen 1992.
39. Births and Infant Mortality in the Nordic Countries. NOMESCO, Copenhagen 1993.
40. Health Statistics in the Nordic Countries 1991. NOMESCO, Copenhagen 1993.
41. Primary Health Care in the Nordic Countries in the early 1990s. NOMESCO, Copenhagen 1994.
42. Health Statistics in the Nordic Countries 1992. NOMESCO, Copenhagen 1994.

43. Rates of Surgery in the Nordic Countries. Variation between and within nations. NOMESCO, Copenhagen 1995.
44. Health Statistics in the Nordic Countries 1993. NOMESCO, Copenhagen 1995.
45. Sygehusregistrering i de nordiske lande. 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.