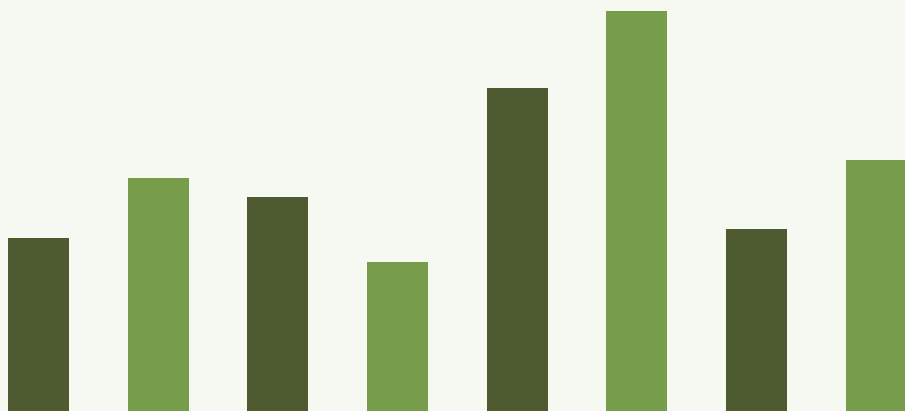


ATT JÄMFÖRA FÖR KUNSKAP OCH VÄLFÄRD



EN JUBILEUMSSKRIFT
FÖR NOMESKO OCH NOSOSKO

Att jämföra för kunskap och välfärd

En jubileumsskrift för NOMESKO och NOSOSKO

© NOMESKO - NOSOSKO 2019

Publicerad av NOMESKO - NOSOSKO

Redaktion: Timo A. Tanninen, Tom Nilstierna, Øystein Haram

Afslutande redaktör: Jesper Munk Marcussen

Layout: Stig Krøger Andersen

ISBN 978-87-89702-89-6

Website: nowbase.org

Forord

Det socialstatistiska samarbetet i Norden har sina rötter längre bak i tiden än de mera kända myndigheterna Nordiska Rådet och Nordiska Ministerrådet. De nordiska samarbetsorganen NOSOSKO och NO-MESCO har nyligen fyllt 70 respektive 50 år.

Denna jubileumsskrift hyllar den ärorika historien av kommittéerna och de nationella experternas arbetsinsats, som har utvecklat komparativ nordisk social- och hälsostatistik genom årtionden. Samtidigt lyfter den fram visioner och riktlinjer för den modernisering av verksamheten som krävs för att föra traditionen in i den digitaliserade världen.

Även om den nordiska välfärdsmodellen har en gemensam kärna skiljer de nordiska ländernas lösningar sig från varandra. Dessa skillnader utgör grunden för producerandet av jämförande statistik på t.ex. social- och hälso-området. Genom systematiska jämförelser som är baserade på pålitlig komparativ data kan vi lära oss av varandra; vi kan se vilken politik och vilka åtgärder som ger den mest effektiva nyttan för nordborna.

Nordiska ministerrådets utredning *"Viden som virker i praksis"* (2018) efterlyser kunskap och analyser om verktyg och åtgärder som bevisligen förbättrar de sämst ställda befolkningsgruppernas levnadsförhållanden, välfärd och hälsa. Nordisk statistik har inom dessa områden en större detaljgrad, bättre kvalitet och tätare uppdateringsstempo än statistiken från en del andra internationella organ. I denna publikation presenteras flera artiklar, experiment och utredningar av NOSOSKO och NOMESKO som ger konkreta exempel på hur mera sofistikerade analyser kunde genomföras i framtiden.

Jubileumsskriften har skapats kollektivt av tjugotal skribenter, från samtliga nordiska länder och områden, som arbetar med social- och hälsostatistik i Norden.

Köpenhamn, januari 2019

Dagfinn Høybråten
Generalsekreterare
Nordiska Ministerrådet

Innehållsförteckning

Prolog	7
English Summary	13
Kapitel 1. Nya och aktuella uppgifter samt framtida samarbetspotentialer under gestaltning	23
Nordic Welfare Indicators - From development to implementation <i>Sigríður Jónsdóttir, Nososko Island</i>	24
Mikrosimulering som analysredskap för nordisk social- och hälsodata <i>Tom Nilstierna, Nososko Sverige</i>	32
Utfordringer for de nordiske velferdsstater i lys av ökt innvandring <i>Tor Morten Normann och Elisabeth Nørgaard, på vägnar av Nososko Norge</i>	37
Nordic Emergency Medical Services project on data collection and benchmarking 2014-2018 - Outcomes <i>Janne Kristin Kjöllesdal på vägnar av Nomesko Norge</i>	48
Kapitel 2. Hur har vi kommit fram till dessa utveck lingsprojekt - Kommittéerna i arbetet...	57
Från kritiska utgångspunkterna till utvecklingssträvanden för att uppdatera det nordiska statistiksamarbetet <i>Timo A. Tanninen, Nososko Finland</i>	58
At skabe sammenlignelig statistik och forstærke ekstern kommunikation <i>Michael H. Feldballe Hansen, Nososko Färöarna</i>	68

Kapitel 3. Demografiska utvecklingen och ökad mobilitet avspeglas i Nomeskos utredningsprojekt	75
The ageing society <i>Ingalill Paulsson Lütz, Nomesko Sverige</i>	76
Statistik för politisk prioritet - Patientrörlighet i Norden <i>Mika Gissler, Nomesko Finland</i>	86
Åland och eRecept - Samarbete i receptutbyte med Sverige i framtiden? <i>Ulla-Liisa Latvala, Nomesko Åland</i>	96
Kapitel 4. Så har den nordiska samarbetkretsen utvidgats och traditionen anpassat till internationell kontext	103
Komiteernes historie - en kort oversigt <i>Jesper Marcussen sekretariatet Nomesko & Nososko</i>	104
Från nordiska statistiksamarbetet mot bredare internationella statistikutveckling <i>Tiina Palotie-Heino & Mika Gissler, Nososko och Nomesko Finland</i>	109
Færøernes deltagelse i Nomesko og Nososko - stort udbytte for et lille land <i>Michael H. Feldballe Hansen, Nososko Färöar</i>	115
Lägemiddelstatistik og lägemiddelspolitik i det nordiska samarbeidet <i>Einar Magnússon, på vägnar av Nomesko Island</i>	121
Nordisk utveckling av hälsoklassifikationer 2007-2017 <i>Lars Berg, Nordiska klassifikationscentret</i>	126
Samarbejde med Nomesko og fordele ved deltagelse for Grønland <i>Henrik L. Hansen och Sonja Vestergaard, Nomesko Grønland</i>	134
Epilog. Blicken mot framtiden	139
Bilaga 1. Fornyelsen af nordisk statistik og den nordiske databank	145
Bilaga 2. Presentation av skribenterna	151
Bilaga 3. Publikationer sedan 2000	157

Prolog

Tillblivelsen och utvecklingen av de nordiska statistikkommittéerna Nososko och Nomesko och deras verksamhet har tidigare beskrivits i fem olika historiker¹. För inrättandet och begynnelsesfasen av socialstatistiskt samarbete tillskrives en stor principiell betydelse av en dansk forskare Klaus Petersen: *"This can be seen an institutionalization of the prior tradition of mutual orientation on national social political development, and was important for the creation of "an imagination of a Nordic model of welfare"*.²

År 2016 då Nososko fyllde 70 år och Nomesko 50 år var det Finland som innehade ordförandeskapet i Nordiska Ministerrådet (NMR). På motsvarande sätt ledde de finska delegationsledarna vid Nososko och Nomesko även de nordiska kommittéerna. Vid den tiden var bägge kommittéerna mer än tillräckligt sysselsatta med att genomföra projekt som initierats inom kommittéerna och genom dialog beslutas med respektive ordförandeland för NMR. Dessutom

¹ Tidskriften *Social- och hälsovårdsnytt i Norden*, utgivet av Nordiska Ministerråd i mars 1986, gav ut en lång specialartikel när Nordisk Socialstatistisk Kommitté fyllde 40 år. År 1991 följde festskriften *"Health Statistics in the Nordic Countries 1966–1991"* när Nomesko fyllde 25 år. Nordisk socialstatistik 1946–1996 publicerades 1996 för att fira 50 år av nordiskt samarbete på socialstatistikområdet. Slutligen utkom *Hälsoklassifikationer i de nordiska länderna* (2006) och *Nordisk Medicinalstatistisk Komite (NOMESKO) 1996–2006* som en hyllning till Nomesko 40 år. (www.nowbase.org)

² I artikeln om *National, Nordic and trans-Nordic: transnational perspectives on history of the Nordic Welfare States* (Petersen 2011, 52) i antologin *Beyond Welfare States Models*, Elgar Publishing Limited, Ghelthenham, UK 2011.

var kommittéerna föremål för en extern evaluering av verksamheten som verkställdes som en speciell brukarundersökning (se mera om dessa arbeten i separata artiklar i denna publikationen). Vi var eniga vid kommittéernas ledningsgrupp att fira jubileet 2016 "vid arbetet". Vidare beslutade kommittéernas delegationsledare att under det fortsatta arbetets gång skapa en skrift med arbetstiteln "*Efterskrift till jubileet 2016*".

Med denna jubileumskrift vill vi hedra de otaliga experter som under tidigare årtionden har utvecklat och tagit fram statistikdata på social- och medicinalområdena i Norden. De tidigare historikskrifterna beskriver klart och tydligt hur stor arbetsinsats det krävs för att ta fram internationell statistik där man måste kontrollera att alla detaljer i definitionerna och uppgifterna är jämförbara. Det främsta beviset på detta arbete är kommittéernas årsrapporter *Social Protection in the Nordic Countries* och *Health Statistics for the Nordic Countries*. Å andra sidan har vi som varit delegationschefer på 2010-talet känt att det är dags att se över den etablerade traditionen och det nordiska statistiksamarbetet när vi ställer dem i förhållande till att de nationella statistikinstitutionen och aktörerna redan länge har tillhandahållit användarna interaktiva plattformar för statistiksamarmanställningar utifrån sina behov och intressen.

I kommittéerna har vi redan i flera år – sedan integrationen av Nososkos och Nomeskos administration och plenarmötena 2014 – fört livliga och kreativa diskussioner om hur verksamheten bör utvecklas. Kommittéerna har status som självständiga nordiska samarbetsorgan under Nordiska Ministerrådet. NMR anvisar kommittéerna finansiering genom sin budget och styr kommittéernas arbete genom treåriga ramavtal. Mer detaljerade verksamhetsplaner utarbetas för varje år.

De tidigare festskrifterna har haft en mer uttalad historikkaraktär som beskrivningar av den inre (endogena) utvecklingen av verksamheten. I föreliggande publikation vill vi däremot beskriva såväl omvärldsförändringars (t.ex. statistiksamarbetet inom EU) som andra globala trenders effekter på det nordiska statistiksamarbe-

tet. Den andra aspekten är den politiska styrningen – från Nordiska Ministerrådets sida – som gjort sig allt mer påtaglig de senaste åren genom att kommittéerna dels ska följa ministerrådets riktlinjer och styrdokument, dels ska verkställa de projekt och utredningar som varje ordförandeland i dialog med kommittéerna kommit fram till ska genomföras.

Till skillnad från de tidigare historikskrifterna ville vi ge ut en mer okonventionell jubileumskrift med ett mindre inslag av byråkrati-jargong. Vi vill ge uttryck för den kreativa – och även kritiska – debattkultur som genomsyrat kommittéerna de senaste åren, då vi har sökt oss fram mot en reform av det social- och medicinalstatistiska arbetet. Vår önskan var att inspirera och rekrytera frivilliga skribenter från varje lands delegationer vid både Nososko och Nomesko. Flera av skribenterna är ledare för sina respektive delegationer, vilket faller sig naturligt genom att de i sitt förtroendeuppdrag har blivit tvungna att sätta sig in i aktuella och relevanta samnordiska frågeställningar. I några fall har delegationerna gett skrivarbetet i uppdrag till utomstående experter som sedan har formulerat den information som landet vill tillföra den gemensamma diskussionen.

Denna process har gett upphov till en antologi bestående av korta artiklar och faktainslag. Variationen av teman är stor och ger eventuellt ett något splittrat intryck, men samtidigt är den beskrivande för den väldiga bredd av mandat och kompetensområden som finns i de samnordiska nätverken inom Nososko och Nomesko. På detta sätt har länderna samt de självstyrande områdena – Färöarna, Grönland och Åland – haft möjlighet att förmedla idéer, önskemål, behov och teman som de anser är relevanta för NMR:s social- och hälsopolitik. En del av förslagen anknyter dessutom direkt eller indirekt till utvecklingen av det social- och medicinalstatistiska arbetet.

I skriftens innehåll utkristalliseras några trender, som har sina rötter i 1990-talets ambitioner i kommittéernas arbete att försöka utveckla verksamheten bort från rådatasamling och att bara publicera statistik mot mera analytiskt inriktade arbetsformer. Detta märks tydligast inom ramen för arbetet med typfall (hypothetical

households) och sedermera såväl ett försöksprojekt med mikrosimulering som ett utvecklingsprojekt avseende Nordiska Velfärd-sindikatorer. För att förstärka den komparativa ambitionen av att utnyttja tillgängliga data, har tidigare genomförd analys och publicerats komparativa rapporter t.ex. om pensionssystemen, ungdomsarbetslöshet och sjukfrånvaro från arbetet³. Sedermera har behandlats bredare utmaningar till nordiska välfärdsstatsmodellen, som utmynnar i denna publikationen genom en specialartikel om invandringen⁴. Vad gäller NOMESCO har en lång trend varit att beskriva och analysera förändringar av hälso- och sjukvårdssystemen i Norden samt att återkommande analysera hälsa och vård för den åldrande befolkningen⁵.

Sedan 2015 ges kommittéerna statistik och publikationer enbart på engelska. Orsaken var att man ville rationalisera och effektivisera verksamheten, dvs. spara tid och pengar. I föreliggande publikation har vi ändå valt att hedra traditionen: att främst kommunicera på de skandinaviska språken – danska, norska och svenska och danska – vilka av hävd är de officiella språken i Nordiska Ministerrådet och Nordiska Rådet. För att våra internationella läsare ska kunna ta del av kommittéernas arbete publiceras den väsentligaste informationen, såsom inlednings- och avslutningsorden och ingresserna till de enskilda artiklarna, också på engelska Några skribenter har skrivit sina bidrag på engelska om projektet eller arbetet har i något sammanhang redan publicerats på engelska.

3 *Förtida utträde från arbetslivet 1987-1996* (1996), *Old-age Pension Systems in the Nordic Countries* (2008), *Do the Nordic Welfare Systems Encourage 60-74- Years olds to Work* (2009), *Youth Unemployment in the Nordic Countries* (2011), *Sickness Absence in the Nordic Countries* (2015).

4 *Challenges to the Nordic Welfare State – Comparable Indicators* 2009 och en uppdaterad version 2014, *nyaste Nordic Welfare States, challenged by ageing and immigration* 2018.

5 *Sustainable Social and Health Development in the Nordic Countries* 2003 och en uppdaterad version 2006, *Health and health care of the elderly in the Nordic Countries* 2017.

Under redaktionsarbetet 2018 för föreliggande publikation har ledarna för två länders delegationer vid Nososko – Färöarna och Island – redan bytts ut och Finlands byte kommer att ske under hösten 2018. Danmark och Island utsåg nya ledare för sina delegationer vid Nomesko i fjol och Sverige har aviserat att ledarbyte kommer att ske i närmaste framtid. Detta avspeglar takten av pågående rask förnyelse i kommittéerna. Vi som aktivt medverkat i statistiksamarbetet på 2010-talet önskar att vår strävan att med denna publikation stimulera utvecklingen av kommittéerna och moderniseringen av verksamheten ska gagna de nyvalda och framtida delegationsmedlemmarna. Vi hoppas också att resultaten av kommittéernas arbete – gällande statistisk information, användning av vår webbplats och databas samt små utvecklingsprojekt och temapublikationer – ska väcka intresse hos en växande skara användare i Norden och Världen.

Som ett samnordiskt organ för de fem länderna och tre självstyrande områdena i Norden och som ett bakgrundskollektiv för framtagning av nordisk socialstatistik och medicinalstatistik vill vi uttrycka vårt stora tack till Nordiska Ministerrådet för de informationsinslag som vi erhållit till denna publikation.

Vi i redaktionsteamet vill tacka det tjugotal skribenter som bidragit till denna festskrift för utmärkt samarbete med att finslipa innehållet.

Redaktionsteamet

Timo A. Tanninen, Tom Nilstierna och Øystein Haram

English Summary

The Nordic Social Statistical Committee, NOSOSCO, and the Nordic Medico-Statistical Committee, NOMESCO, are independent Nordic joint committees under the Nordic Council of Ministers (NMR). The committees represent all the statistical agencies in the five Nordic countries as well as the autonomous territories of the Faroe Islands, Greenland and Åland. NMR funds the committees from its budget and governs the committees' work through three-year framework agreements. More detailed operational plans are prepared each year.

In 2016, when NOSOSCO turned 70 years old and NOMESCO turned 50 years old, both committees engaged in various projects and initiatives. These were launched in the committees in consultation with the respective presidency countries. Our operations were also subject to an external evaluation enacted as a special user survey. While the work was ongoing, the committees' delegation leaders decided to create a publication with the working title: *"Postscript to the 2016 anniversary"*.⁶

With this anniversary publication, we want to honour the countless experts who have developed and produced statistics in the social and medical areas in the Nordic countries over the decades. The previous historical publications clearly describe the major efforts that were needed to develop international statistics, where the

⁶ Danish researcher Klaus Petersen attributes major key significance to this work: "This can be seen an institutionalization of the prior tradition of mutual orientation on national social political development, and was important for the creation of 'an imagination of' a Nordic model of welfare" (Pedersen 2011, 52 in the anthology *Beyond Welfare States Models*).

comparability of all the details of the definitions and information had to be ensured. The most apparent evidence of this work is the committees' annual reports *Social Protection in the Nordic Countries and Health Statistics for the Nordic Countries*. On the other hand, we as the heads of the delegations have been aware since the 2010s that it is time to take a look at the established tradition and Nordic statistical cooperation and put them in context with the national statistical institutes and stakeholders who have long provided users with interactive platforms for statistical comparisons based on their needs and interests.

The previous anniversary publications had a more pronounced historical nature, such as descriptions of the inner (endogenous) development of the operations. Therefore, in this publication we will describe both the changes in the surrounding environment (e.g. statistical work within the EU) and the effects of other global trends on Nordic statistical work. Another aspect is political governance – from the Nordic Council of Ministers' side – which has become increasingly pronounced in recent years through the committees having to follow the Ministry's guidelines and policy documents and having to perform the projects and investigations that each presidency country assigns in consultation with the committees.

For many years – since the integration of the NOSOSCO and NOMESCO administrations and the 2014 plenary meetings – we in the committees have had lively and creative discussions about how operations should be developed. Unlike previous historical publications, we wanted to issue a more unconventional anniversary publication with a more limited use of bureaucratic jargon. We wanted to express the creative – and also critical – debate culture that has permeated the committees in recent years, as we have tried to bring about a reform of social and medical statistical work.

Our objective was to inspire and recruit volunteer authors from each of the countries' delegations from both NOSOSCO and NOME-SCO. Several of the authors are leaders of their respective delegations, which naturally goes along with their being heavily involved in

currently relevant common Nordic issues through their commission of trust. In some cases, the delegations have assigned the writing to external experts who have then put words to the information the country wants to add to the general discussion. This has given the countries and autonomous territories – the Faroe Islands, Greenland and Åland – the opportunity to convey ideas, requests, needs and topics they consider relevant to NMR's social and health policies. Some of the proposals also link directly or indirectly to the development of both social and medical statistical work.

The contents of the publication crystallize a few trends that have their roots in the committees' goals of the 1990s to try to steer operations away from raw data collection and only publishing statistics along more analytically-oriented working methods. This has been most apparent within the framework of the work with typical cases (hypothetical households) and the subsequent microsimulation research project, a development project on Nordic welfare indicators. To reinforce the comparative goals of utilising available data, analyses have previously been implemented and comparative reports have been published e.g. on pension systems, youth unemployment and absence from work⁷, as well as challenges to the Nordic welfare state model. With regard to NOMESCO, a longstanding trend has been to describe and analyse changes in the health and health care system in the Nordic countries and to perform recurring analyses on the ageing population⁸ and the health of the elderly.

Since 2015, the committees have issued statistics and publications only in English. The reason for this was to centralise and streamline

7 *Förtida utträde från arbetslivet 1987-1996 (1996) [Premature exit from the labour market], Old-age Pension System in the Nordic Countries (2008), Do the Nordic Welfare Systems Encourage 60-74-Years-Olds to Work (2009), Youth Unemployment in the Nordic Countries (2011), Sickness Absence in the Nordic Countries (2015).*

8 *Sustainable Social and Health Development in the Nordic Countries 2003 and an updated version 2006, Health and health care of the elderly in the Nordic Countries 2017.*

operations i.e. save time and money. Nevertheless, in this publication we have chosen to honour the tradition: to primarily communicate in the Scandinavian languages – Danish, Norwegian and Swedish – which are largely the official languages of the Nordic Council of Ministers and the Nordic Council. In order for our international readers to be able to read the content of this publication, the most essential information from the prologues, epilogues and preambles to each article have been compiled in a comprehensive English Summary. Some of the articles are published directly in English, if the projects they relate to used English.

The Nordic welfare model has given rise to societies where it has been possible to successfully unite technical and economic development with human security. The Nordic countries practically always place themselves at the top in international comparisons concerning everything from creative economies to protections for vulnerable groups. The fundamental similarities between the Nordic countries, and the differences that still exist, form the core motivation for comparative statistical work within the welfare area. Statistical cooperation within the Nordic countries provides the best framework for understanding how alternative designs of our welfare system can influence outcome variables such as disposable income and health.

Chapter 1 presents some new endeavours and experiments in how the committees have worked to develop their operations in recent years. Some years ago, an experiment was done within NOSOSCO on policy analysis of child benefits using four national microsimulation models (Denmark, Finland, Norway and Sweden). The research showed that there were difficulties in making comparative calculations using multiple models. Despite these difficulties, the research resulted in policy conclusions that could guide the political debate on the design of tax and transfer systems in different Nordic countries.

Another important development project has been NOVI - Nordic welfare indicators. NOVI can be described as a project with the purpose of a more collective presentation of the welfare situation in

the Nordic countries. The decades of statistical cooperation within the framework of both of the committees has given rise to descriptions that describe parts of welfare situation separately. These separate descriptions are an important foundation for quantitative knowledge on the welfare situation in the Nordic countries. However, the total welfare of a society or group is not described this way. For a collective description, another approach is needed. The work done within NOVI is an example of an approach that is closer to the comprehensive description being sought.

A longstanding trend in the work has been the project analysing challenges to the Nordic welfare model from a comparative perspective. This project has issued multiple volumes of its work: *Challenges to the Nordic Welfare State – Comparable Indicators*, 2009 and an updated volume 2014. The latest volume, *Nordic Welfare States, challenged by ageing and immigration 2018*, is presented here through an article.

The first chapter concludes with an article on *Nordic Emergency Medical Services Indicators*. This is a project that was launched and developed outside the framework of NOMESCO, but has involved a collaboration with the statistical committees on publication. Thus, it is a good example of how the committees offer a type of cooperative platform for other stakeholders in the Nordic countries who conduct activities that relate to or intersect with the committees' mandate. The continuation of the EMS cooperation is also an open question for the future. But in Chapter IV, we can give a similar example – an already established and institutionalised form of the cooperation similar to NOMESCO – namely the creation and development of the Nordic Classification Centre [*Nordiskt Klassifikationscenter*].

The second chapter is related to NOSOSCO and provides more background information on the committees' operations and describes their work from within. A personal history and account of the experiences of a leader of a national NOSOSCO delegation reflects on discussions of how the committees have produced several development projects. The text goes from critical points to options for

how Nordic social and health statistics can be meaningful if developed and put into broader use. However, the core of the committees' work is to collect data, turn it into comparable statistics and publish it. This core activity is described in the second article in this chapter, which also contains an example of how the work on developing communication strategies was started and implemented.

The third chapter in turn is focused on NOMESCO. The first article describes demographic challenges and *The Ageing Society* – the article is an example of how this area, “health of the elderly”, has been a long-term priority in the committees' work since the turn of the millennium. The second article is an example of a political mission to conduct an investigation of patient mobility in the Nordic countries that NOMESCO was given through the Finnish presidency of NMR in 2016. Åland was also a driving force of this project, providing documentation and examples of how to investigate and analyse patient mobility across border areas. Within the framework of the project, there was also a value placed on getting the eRecept [*ePrescription*] system to work over national borders, as people's mobility through studies, work, tourism and even the mobility of senior citizens is increasing in the Nordic countries and Europe.

Finally, the fourth chapter provides a comprehensive and multi-faceted background of how the cooperative network was expanded when the autonomous territories became more actively incorporated into NOMESCO and NOSOSCO's operations. The expansion of the EU – after the majority of the Nordic Countries became members – has also influenced the collection of social data and health data. In general, international cooperation with many international agencies outside the EU such as OECD and WHO has expanded greatly since the 1990s and has gained in mutual importance. Pharmaceutical policies and the need to develop statistics that describe the use of pharmaceuticals is a topic that is repeatedly discussed as part of the Nordic cooperation, particularly as this area has gained international attention through the spread of antibiotic-resistant bacteria and resistance to antibiotics. The last chapter offers a Nordic history of this

area, as well as a presentation of the development of Nordic health classifications in recent years. The chapter concludes with Greenland's text on how membership in NOMESCO has been useful for this autonomous territory in the Kingdom of Denmark.

In the epilogue, we give a comprehensive analysis and take an in-depth look at the near future. Creating and presenting accurate statistical comparisons between the Nordic countries within the welfare area is the actual purpose of NOMESCO and NOSOSCO. Many have hailed the cooperation as important, but it has also been questioned. One line of questioning has been that other important international organisations (particularly OECD and the EU) produce and present statistics and indicators in the welfare area. It is said that these other statistics should be sufficient and that the Nordic cooperation is simply redundant.

Defenders of the Nordic cooperation in the area have highlighted the Nordic statistics' greater degree of detail and higher quality as a reason to continue the special Nordic cooperation. Even if other countries' statistics undergo improvements, it is likely that there are better conditions in the Nordic countries to quickly create detailed, high-quality statistics than in other parts of the world. For example, a number of Nordic countries now have monthly information reporting that can be used to create short-term statistics and indicators of income conditions. The Nordic statistical cooperation in the welfare area should be a driving force in seizing these opportunities.

The availability of the statistics and indicators the cooperation produces needs to be updated. The printed books and reports that comprised the publications until recently have been strictly discontinued. We now publish in PDF format instead. Within a few years, we should have a system for publication directly based on digital databases. In addition to producing pre-defined tables and figures, it should be possible for the user to make their own flexible exports from the database. This way, we create better opportunities for the users (e.g. government officials, researchers and journalists) to use our products in their own operations in an integrated way.

For example, questions on income distribution and poverty should be questions that are high on the political agenda, where the Nordic welfare model's competitive power is compared internationally. It is precisely such questions that are particularly well suited for microsimulation models. Over time, such models could also be used for analyses between income and health and how policy within these areas can affect both spheres. A microsimulation model, EUROMOD⁹, is used within the European cooperation. It definitely has a value for calculations and analyses of major trends at an aggregated level. The national models are considerably more detailed and can be used for significantly more refined analyses. One possible path for the Nordic cooperation may be to create a Nordic microsimulation model that can tackle the comparability problem and the problem of sufficient degree of detail. This model might be called NORDMOD.

The final report, *A Nordic Welfare Indicator System*, outlines a clear development perspective for NOVI. It is possible to get a quick start and immediate implementation by using collected EU-SILC statistics. In the next step it is possible to start switching to directly using high-quality national data registries with regard to some key indicators (i.e. income and taxes). The advantage of this is to get fresh information for indicators instead of waiting for EU-SILC data collections and their validation processes. The third step in NOVI's development could eventually be to be able to produce "early warnings" based on scientific evidence of how economic development or stagnation is affecting welfare development and health amongst people. A Nordic expert group besides NOSOSCO – as proposed in the report – could handily perform this development work so that in a few years NOVI could become one of the first indicator systems in

⁹ EUROMOD is a "tax benefit model" developed as part of the European cooperation. It is currently able to be used for making policy analyses for 28 member countries. The model is particularly used for analyses of the development of relative poverty.

the world that can describe and analyse the welfare situation in focused population groups and do this between countries.

The social investigation for the Nordic Council of Ministers, “*Viden som virker i praksis*” [*Knowledge that Works in Practice*] (2018) calls for knowledge and analyses of tools and measures known to improve the living conditions, welfare and health of the most deprived population groups. As discussed in this publication, Nordic statistics in these areas have more benefits than statistics from another international agency. This publication reviews several articles, experiments and investigations of NOSOSCO and NOMESCO that provide specific examples of how more sophisticated analyses could be implemented in the future.

The use of both microdata and microsimulations are also needed for NOVI’s development of smoother access to national data in the future. This has already been actualised many times in NOMESCO’s operations as the practical problem of getting national health data for joint comparative analyses in Nordic projects. We in the Nordic countries have an ambitious goal of protecting personal integrity and have high data security against questionable use of personalised data. And rightly so! But at the same time, we have created major difficulties that inhibit sensible research and investigation activities across borders. This was also pointed out in an investigative report to the Nordic Council of Ministers on legal cooperation.¹⁰

In Inge Lorange Backer’s report, he discusses how to create a better foundation for human health research by getting large quantities of population data from neighbouring countries for joint Nordic projects. eRecept and pharmaceutical policies are also discussed in this context – information that comes up in a couple of articles just in this publication – including testing and possible joint purchase of

¹⁰ *Styrket nordisk lovsamarbeid – Muligheter of utfordringer.* [Stronger Nordic legal cooperation – Opportunities and challenges.] A report submitted to the Secretary-General of the Nordic Council of Ministers on 24 January 2018 by Prof. Em. Inge Lorange Backer.

new expensive pharmaceuticals, something that could be promoted through flexible legal cooperation. The report also highlights the challenges of digitisation, which requires more and better cooperation so that information can be delivered over national borders. A priority for the statistical committees is to already start to raise the awareness of relevant Nordic stakeholders and national agencies of the measures needed to make microdata available for more sophisticated statistical analyses and presentations of Nordic social and health data.

Those of us who actively participated in the statistical work in the 2010s want our efforts in this publication to stimulate the development of the committees and the modernisation of the operations to the benefit of the newly elected and future delegation members. We also hope that the results of the committees' work – in terms of statistical information, use of our website and database and small development projects and topical publications – will draw the interest of a growing number of users in the Nordic countries and the world.

The anniversary publication was collectively created by about twenty authors, from all Nordic countries and territories, who work with social and health statistics in the Nordic countries.

Kapitel 1. Nya och aktuella uppgifter samt framtida samarbetspotentialer under gestaltning

I detta kapitel presenterar vi några av de viktigaste utvecklingsexperimenten av kommittéernas arbete under de senaste åren. 2014 fick NOSOSKO ett politiskt högt prioriterat uppdrag av Nordiska Ministerrådets ordförandeland Island. Uppgiften var att utveckla ett för Norden lämpligt välfärdsindikatorsystem, som skulle belysa effekterna av ekonomiska fluktuationer och kriser på olika befolkningsgruppers levnadsförhållanden, hälsa och välfärd. Redan ett par år tidigare lades grunden för ett annat intressant experiment genom Sveriges initiativ: Det startades ett försöksprojekt med hjälp av mikrosimulering. Övningens syfte var att kartlägga, vilka effekter på inkomstfördelning för olika typer av hushållen skulle uppnås, om barnbidrag antingen beskattas eller inte i olika nordiska länder.

De andra artiklarna i detta kapitel har även större NOMESKO relevans. Projektet *”Utfordringar för de nordiske välfärdsstater”* har dock varit i gång en längre tid som ett NOSOSKO-drivet projekt. Den tredje artikeln erbjuder en sammanfattning av den senaste publikationen om invandringen, och lyfter fram t.ex. åldringars hälsa bland andra integreringsaspekter som gäller invandrarbefolkningen. Sista artikeln i sin tur beskriver projektresultaten av det s.k. *Emergency Medical Service*-projekt. Detta har bedrivits utanför NOMESKO:s ramar, men projektet har vissa innehållsmässiga och potentiella samarbetsanknytningar till kommittén. Initiativet kommer från Nordiska Hälsochvårhetsdirektörsrådet och projektet söker publiceringssamarbete med statistiska kommittéernas hemsida. Bägge dessa två projekten har varit ledda av Norge.



During Iceland's presidency of the Nordic Council of Ministers in 2014, it was decided that a three-part research and development program would be carried out under the name "The Nordic Welfare Watch". One of the tasks was to develop the Nordic Welfare Indicators, which were later named NOVI. The other two projects dealt with on the one hand the role of social services in emergency planning, and on the other how welfare is protected when a country suffers from financial crisis. To develop NOVI, Nososko was tasked with convening a Nordic expert group and later a project group led by Iceland and with a project manager from Sweden.

The background

The idea of developing Nordic Welfare Indicators is taken from the Icelandic Social Indicators. Following the financial crisis in 2008, the government of Iceland made the decision to set up an Icelandic Welfare Watch, which was to safeguard the welfare of society and follow the influence of the crisis on families and individuals, which special emphasis on vulnerable groups and those who were in vulnerable situations. A special focus should be placed on children and families and the protection of those with the weakest position in society. The Welfare Watch had an advisory role with regard to the government and municipalities.

The Icelandic Welfare Watch was established according to the government's decision in February 2009. The Icelandic Welfare Watch presented proposals to the government in March 2009, one of which was to obtain specialist advice to develop Social Indicators that would enable following the social development in a standar-

dised way with regard to social welfare and provide information on the status of the health and welfare of society, and to be a barometer of the welfare of Iceland. In March 2009, the government made the decision that the Social Indicators should be developed according to Welfare Watch's proposal.

The Social Indicators built on the OECD's format "Society at a Glance". The goal was that it would be a tool with diverse purposes including, among other things, to safeguard the welfare of Iceland in difficult times, to follow social development over time, and to form the basis for political decisions. The Social Indicators were seen as an important social policy tool that had to be published regularly on the same way as economic indicators.

Iceland's experience shows that the indicators had an important role in informing policy on where action was needed, but also which areas need monitoring. The main idea was that it was not enough to look at economic indicators for social development, nor was it no less necessary to also follow development in social areas, or as the Welfare Minister said in his presentation on the Social Indicators, *"Now, we have taken the first steps in defining the Icelandic Social Indicators which are to be published in the Welfare Watch's report, and makes it possible for us to get diverse information that has never been available to us before in one place"*.

The development of the Icelandic Social Indicators

A specialist group was keen to develop the Social Indicators with members from institutions, such as Ministries, Universities, Municipalities, the National Insurance Administration, the Children's Welfare Agency, Statistics Iceland, the Social Research Institute, industrial partners, the Labour Administration, the Health Directorate, among others.

When the first edition of the indicators were ready to be published, the Ministry of Welfare made a contract with Statistics Iceland to continue to update and publish the Social Indicators. Responsibility for professional development is with the Ministry of Welfare in

collaboration with Statistics Iceland. The *Social Indicators* were first published in 2012, and for the sixth time in 2017. For the time being, revision work on the social indicators is ongoing, they are published digitally and follow development of current standards in producing and publishing statistics, as that for example under way with NOSOSKO and NOMESKO.

Nordic Welfare Indicators - NOVI

The starting point for the development of the Nordic Welfare Indicators was a kick-off meeting in Reykjavik in June 2014. Participants represented Denmark, the Faeroe Islands, Finland, Iceland, Norway, Sweden, NOSOSKO's secretariat in Copenhagen, while Greenland was unable to attend. Each country was represented by three experts in the following areas, Central Administration, Central Statistical Agencies, and Universities/Research Institutions. It was decided at the meeting that Iceland would be responsible for the project due to their presidency of the group in 2014. The steering committee for the project was to be Nososko's Delegation Leader. A project manager was to be hired and the established time frame was to be from June 2014 to June 2016.

A project group was set up with representatives from all countries. The representative from Denmark was Preben Etwil from Statistics Denmark, Timo A. Tanninen from the Ministry of Social Affairs and Health, Michael Feldballe from the Ministry of Social Affairs of the Faeroe Islands, Lárus Blöndal from Statistics Iceland, Elisabeth Rønning from Statistics Norway, and Thomas Helgeson from Statistics Sweden. Sweden took responsibility for appointing the project manager and making a proposal for the project outline. Håkan Nyman from the Ministry of Welfare in Sweden was hired as project manager according to a contract of service. National experts participated in the work during the project period, according to a set working model. From Statistics Norway, this was Anders Barstad PhD. From Stockholm University, Associate Professor Erik Bihagen. From Finland, the National Institute for Health and Welfare and Karolin-

ska Institute, Professor Mika Gissler. From Statistics Finland, Deputy Director General Heli Mikkilä. From the University of Iceland, Professor Stefán Ólafsson, and from Statistics Denmark, Niels Ploug.

The purpose and requirements of the project

The purpose of NOVI is to gather centralised and comparable measures of welfare in the Nordic countries that make it possible to identify similarities and differences between Nordic countries over time. The idea is that NOVI will enable an initial indication of a negative or positive development in one or more countries, which other countries can learn from. By extension, the idea is that NOVI should be able to contribute to a better knowledge base for political decisions.

The idea behind NOVI was to develop a system with a limited number of welfare indicators which made it possible to compare the welfare of individuals within the Nordic countries

It was also important that lessons could be learned from one another, for example with regard to how other Nordic countries handle the challenges of the present and future. The overall idea was to present an easily accessible data system with greater detail than what exists today, and to gain further information.

Upon commencement of the project, requirements were set out for what the indicators should fulfil as far as possible. The most important elements were that they were to be few in number, with the number 30 being mentioned in the beginning, early warning was important as well as the ability to identify subgroups within the population that are more detailed and enabled comparisons and analyses of different groups within the population according to age, gender, education, income, whether they are born abroad or domestically, and so on.

When using the indicators one should be able to find vulnerable groups such as those hardest hit during times of economic difficulty, for example when a crisis occurs. One of the prerequisites was also that the indicators were “outcome” based, or that they focus more on income/earnings, rather than on system functions, such as services

or waiting lists. The indicators must be statistically robust and validated; they must be available in all countries and must be relatively simple and easy to collect. To summarise, the indicators should meet the following requirements as far as possible:

- Availability. Published in one place, and cover all Nordic countries over time.
- Easy to manage and use. Easy to obtain, present and use.
- Provide early warning.
- Responsive. Be responsive to policy and intervention, and policy relevant.
- Identify Nordic specific challenges
- Provide demographic specific information. Can be presented by age group, gender, and socio-economic status
- Be “outcome” indicators.
- Form the basis for further analyses and research
- Detect vulnerable groups in society which are, for example, more vulnerable in times of crisis.

Nordic welfare indicators - content

The Nordic Welfare Indicators should improve the possibilities of comparing the welfare of individuals in the Nordic countries, both within and between them. They would also allow the countries to draw conclusions on how different measures lead to different results, not least when it comes to challenges that the countries face. A common Nordic indicator system could facilitate a continuous monitoring of the welfare of the Nordic countries, but above all it would allow us to learn from each other.

The Nordic Welfare Indicators are thirty in total and are captured in nine welfare dimensions¹¹:

¹¹ A Nordic Welfare Indicator System (NOVI) – Report for the Nordic Council of Ministers. Ministry of Welfare, Reykjavik, November 2016.

Health - 6 indicators
Education - 2 indicators
Work - 5 indicators
Work/life balance - 3 indicators
Income and revenue - 6 indicators
Housing - 2 indicators
Social networks and participation - 3 indicators
Personal safety - 2 indicators
Self-assessed well-being -1 indicator.

Need for comparable data collection - development opportunities

There is currently no structured collection of welfare indicators in the Nordic countries that enables a simple comparison and analysis. NOVI is a first step in gathering centralised and comparable measures of welfare in the Nordic countries.

Some important questions and tentative answers were made at the commencement of the project. For example, which are the greatest challenges facing the welfare of Nordic societies, and that we do not have comparable data. How do we develop Nordic Welfare Indicators that help us to keep up with development, and which raise flags when they are in decline? What is important to know? What information is available across national borders? For example, what is most important when measuring health and care for people with complex and compounded needs? How do we know if our support and care systems operate on the basis of principles of a holistic approach and integration, in addition to running services in an interdisciplinary way that support human dignity and meet personal needs, for example to live in your own home as long as possible. Is there data on it? Is there data on children's mental health, human trafficking and homelessness? We know there is insufficient data in less explored areas. Here there is an important field of exchange of comparable statistics in the Nordic countries.

NOVI, as it is constructed today, consists mainly of existing Nordic and European statistics. However, the idea of NOVI, as with other indicator systems, is that it develops both in terms of which indicators are to be included and in terms of the quality of indicators. From an international perspective, the Nordic countries have a unique opportunity to use registry and administrative data, and the idea is to gradually develop NOVI with statistics based on these sources.

Nordic Welfare Indicators - the future

In the preparation of NOVI, the project group would have liked to capture important social aspects in the standards of today in the Nordic countries, which are not possible to capture in the statistics if there is not comparable data collection or registration data within the countries. Here it is important to mention mental health, migration, child welfare, homelessness, substance abuse, and violence. The project group agreed that there is a need for the introduction of data collection within each country both from registry data and from research. The important thing is that comparable data is collected according to the same definitions. Information from all Nordic countries is needed from registry data and research in sensitive areas where information / data is currently missing.

The Nordic countries score high when it compared with other European countries in the area of welfare. With the publication of an easily accessible indicator system that shows similarities and differences between Nordic countries, a good overall picture is given to other countries.

All countries are today facing greater demands from the international community when it comes to collecting and publishing data. These are tough demands for accountability, transparency and sustainability. All the Nordic countries, for example, must show that they meet the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, the United Nations Convention on the Rights of the Child, and the United Nations Sustainable Development Goals. Here we have challenges that put the demands on us to develop statistics that show

the situation in the countries at the present moment. Through the work on the Nordic Welfare Indicators, it was clear that statistics exist in many areas, but in other areas they are missing. Now it is our turn to put our efforts into developing statistics in missing areas, but in a comparable way between countries. This allows us to present a more robust indicator system that will help us in policy formulation, decision-making and last, but not least, learning from one another.

As can be seen in the final report on NOVI, it is hoped that the welfare indicator system can contribute to the development of indicators based on national registry data and administrative data and which can also be used for the purpose of analysing the indicators produced. Last but not least, the indicator system provides a good basis for research and scientific work.

Sigríður Jónsdóttir, Nososco Iceland



So-called microsimulation models are nowadays important tools for carrying out analysis prior to making policy choices which affect taxes and benefits. Models such as these can help simulate the anticipated effects on distribution of planned changes with regard to taxes and contributions. Several years ago NOSOSKO decided to test the use such models. This was over and above the typical computations which had been made for some time as part of the collaboration. This article describes how NOSOSKO conducted on behalf of four Nordic countries a joint computational experiment in which taxed child benefits were simulated.

Mikrosimuleringsmodeller är beräkningsmodeller som med mikrodatabaser som grund gör det möjligt att förutsäga en alternativ verklighet när vissa förutsättningar ändras. Mer konkret har det i Norden sedan 1980-talet funnits s.k. tax-benefit-modeller som använts för beräkningar av budget- och fördelningseffekter vid ändrade regler i skatte- och transfereringssystemet.

Själv kom jag i kontakt med mikrosimuleringsmodeller när jag i slutet av 1980-talet anställdes vid det svenska finansdepartementet för att göra budget- och fördelningsanalyser av förslag inom området, och då särskilt ett stort förslag som då kallades för "århundradets skattereform".

Jag deltog i det ovan nämnda arbetet och gjorde utvecklingsarbeten i den svenska mikrosimuleringsmodellen FASIT. Under de följande åren har den modellen etablerat sig i det svenska regeringskansliet som ett mycket viktigt redskap i samband med val av politik med anknytning till skatter och bidrag. Särskilt har modellen använts för

beräkningar och analyser av inverkan på inkomstfördelning givet olika politikalternativ.

I Norden finns det mikrosimuleringsmodeller i fyra länder (Danmark, Finland, Norge och Sverige. I Island pågår också ett arbete med att etablera en sådan modell). Samtliga dessa används som underlag i samband med reformeringar av reglerna för skatter och bidrag i respektive länder.

Gini-koefficienten används idag i *Social Protection in the Nordic Countries* (den tidigare *Social tryghed*-statistik årsboken) som ett mått på fördelning av inkomster i de olika länderna. Detta mått utgör också ett utmärkt sammanfattande mått på fördelning. Med mikrosimuleringsmodellerna som grund finns det stora möjligheter att förfinas redovisningen av fördelningar. Det blir också möjligt att få aktuellare beskrivningar.

Så *Gini-koefficienten* är ett sammanfattande mått. Fördelningen av den ekvivalerade disponibla inkomsten kan beskrivas djupare. T.ex. är den s.k. *Lorentz-kurvan* den grafiska grunden för *Gini-koefficienten* och den innehåller mer information än *Gini-koefficienten*. *Lorentz-kurvan* ger också visuell information om vilka delar av inkomstfördelningen som bidrar till den samlade bilden. Detta ger också möjligheter för användande av fler mått på spridningen av inkomster.

Ännu bättre ur ett nordiskt jämförande perspektiv vore dock om fördelning och absoluta nivåer kunde redovisas i ett och samma sammanhang. Med mikrodata blir det också möjligt att göra detta, dessutom på flera olika sätt.

Disponibel inkomst är den allmänt accepterade grunden för mätningar av såväl relativ som absolut fattigdom. Utanför det begreppet ligger dock värdet av individualiserad offentlig konsumtion. Särskilt i Norden konsumerar individer och hushåll offentligt finansierade tjänster, t.ex. utbildning och sjukvård¹². Värdet av dessa bör ingå vid

¹² Rolf Aaberge som jobbar som forskare vid *Gruppe for mikroökonomi*, Statistisk sentralbyrå i Oslo, har gjort banbrytande arbete vid tillämpning av mikrosimulering för att analysera också hälsodata och hälsoservicen

jämförelser av ekonomisk standard. Åtminstone i Norge och Sverige finns möjligheter att inkludera värdet av dessa tjänster vid analyser av fördelning av ekonomisk standard.

De förekommande mikrosimuleringsmodellerna bygger i huvudsak på tvärsnittsdata. I ett längre perspektiv bör longitudinella data kunna användas. Detta har särskilt stor betydelse vid analyser av fattigdom, eftersom fattigdom bör ses ur ett flerårsperspektiv.

I *Social trygghed* har det presenterats mått på relativ fattigdom (eller risk för fattigdom), dvs. hur stor andel av befolkningen som har en disponibel inkomst under hälften, eller 60 procent, av medianinkomsten. I den politiska och analytiska debatten efterlyses dock ofta mått på antal och andelar av befolkningen i absolut fattigdom.

Ur ett internationellt perspektiv kan man förvänta sig att den nordiska absoluta fattigdomen är låg men förekomsten alls av den borde vara ett större politiskt problem. Absolut fattigdom är som begrepp inte helt lätt att definiera och även om man lyckas med det, är det inte säkert att data finns tillgängliga för mätning. Med den rika uppsättning variabler som finns som grund för de mikrosimuleringsmodeller vi här talar om, bör det dock vara möjligt att ta väsentliga steg framåt vad gäller mätningar och nordiska jämförelser också av absolut fattigdom.

Inom NOSOSKO bestämde vi oss år 2013 för att genomföra ett försök att använda de fyra modellerna för ett gemensamt analysarbete. I Finland var då i gång en livlig politisk debatt om eventuell beskattning av barnbidrag, ty den nya regeringen planerade en reform. Bland vissa politiker i Sverige visade man också intresse för beskattning. I andra nordiska länder diskuterades frågan sporadiskt.

ur fördelnings- och effektssynvinkel (se t.ex. hans senaste projekt *Evaluating the Design and Performance of the Welfare State*, Statistisk centralbyrå 2013, och Aaberge, Rolf (et al): *The Distributional Impact of Public Services When Needs Differ*, Statistisk centralbyrås Discussion Paper No 621, 2010, som publicerats som artikeln i *Journal of Public Economics*, Vol 94, 549-582.

Motivationen för en beskattning var lite olika. I Finland tycktes den ha huvudsakligen finansieringsskäl medan det svenska intresset huvudsakligen motiverades av att på ett finansieringsneutralt sätt påverka fördelningen av de disponibla inkomsterna till barnfamiljers fördel. Slutligen stoppade regeringen i Finland förberedelserna av reformen och valde att istället justera ned bidragsbeloppen. Inför arbetet insåg vi att det skulle bli betydande problem med att harmonisera modellerna så att resultaten skulle bli jämförbara. Jämförbarhetsproblemen handlade bl.a. om:

- Hur hushåll definieras i olika länder
- Vilka populationer som skulle ingå i beräkningarna
- Storlekar på urval
- Inkomstbegrepp
- Hur inkomster för olika hushållstyper skulle ekvivaleras.

Det var inte heller självklart hur hänsyn skulle tas till de olika konstruktionerna av skattesystemen när skattesatserna ändrades som ett resultat av införd beskattning av barnbidraget.

Trots de svårigheter som nämnts ovan drog projektgruppen ändå slutsatsen att man hade lyckats harmonisera modellerna till den grad att resultaten av beräkningarna kunde betraktas som jämförbara.

Det övergripande resultatet¹³ av arbetet var att omfördelningen av de disponibla inkomsterna till barnfamiljernas fördel var små, med liten variation mellan länderna. Slutsatsen för val av politik på området bör vara att det sannolikt finns bättre sätt att stödja barnfamiljerna än att beskatta barnbidragen.

Experimentet med de fyra mikrosimuleringsmodellerna visar att det är möjligt att göra gemensamma policysimuleringar för förekommande nordiska länder inom skatte- och transfereringsområdet. Det

¹³ Se rapporten *Microsimulation in Nordic Social Policy Analysis*. NO-SOCO – Nordic Social Statistical Committee 61:2016.

antyder dock att en än bättre väg kan vara att bygga och förvalta en gemensam nordisk mikrosimuleringsmodell som kunde användas för jämförelser av politikalternativ i Norden. Ett sådant arbete kunde göras dels underifrån med de befintliga nationella nordiska modellerna som grund, dels kunde de byggas uppifrån med startpunkt i t.ex. en för EU gemensam modell som t.ex. EUROMOD¹⁴.

Tom Nilstierna, Nososko Sverige

¹⁴ EUROMOD är en s.k. tax-benefit modell som utvecklats som en del av det europeiska samarbetet. För närvarande är det möjligt att med den göra policyanalyser för 28 medlemsländer. Modellen används särskilt för analyser av utvecklingen av relativ fattigdom.

Utfordringer for de nordiske velferdsstater i lys av økt innvandring



NOSOSKO has initiated and followed up a project which has developed and compared equivalent indicators for the Nordic countries in order to clarify and analyse some central challenges which the Nordic welfare states will encounter in the future. The last edition from 2018 therefore highlights the potential challenges associated with increased immigration. It is these challenges - particularly in education, work and health - which make up the main theme of this article.

Innvandringen til de nordiske landene har økt, både som følge av økt arbeidsinnvandring etter utvidelsen av EU fra 2004, og som følge av økt flyktningeinnvandring fra krigsrammede land som Syria, Afghanistan og Irak. Flyktningkrisen i 2015 førte særlig til en stor økning i innvandringen til Sverige, men også i de andre nordiske landene økte antallet asylsøkere og flyktninger mye sammenlignet med tidligere år.

De nordiske velferdsstatene - en modell?

Intensjonen bak etableringen av velferdsstater var å dekke viktige behov for personer som ikke selv kan forsørge seg selv gjennom arbeid. Det er relativt bred enighet i Norden om at private forsikringer og andre markedsbaserte løsninger har en rekke svakheter når det gjelder å dekke disse behovene. Utviklingen av velferdsstaten kan beskrives som en forskyvning av ansvar mellom staten, familien og arbeidsmarkedet/arbeidsgivere. De nordiske velferdsstatene ble etablert i 1930- og 1940-årene i Danmark, Norge, Sverige og noe senere i Finland (Rønning, Solheim 2002). Mange undersøkelser peker

på likhetene mellom de nordiske velferdsstatene. Utviklingen har likevel vært forskjellig, både med hensyn til omfang av ordninger og når ordningene ble innført.

Når velferdsstatene i de nordiske land ofte plasseres i samme gruppe, er det fordi de er relativt like når det gjelder graden av statlig involvering, markedsregulering og oppgavefordeling mellom stat/kommuner, familie og marked. De nordiske landene beskrives ofte som land hvor den offentlige velferdspolitikken er omfattende, det finnes en høy grad av universalisme, relativ lik inntektsfordeling, grunnsikring uavhengig av tidligere inntekt og likestilling mellom kjønnene.

Den demografiske utviklingen med økende levealder og relativt lave fødselstall har ført til at befolkningen har en annen sammensetning enn den hadde under velferdsstatenes fremvekst, noe som er en sentral utfordring for dagens velferdsstater.

I alle de nordiske land har nå en samlet fruktbarhet på under 2,1 som er regnet som nødvendig for å opprettholde befolkningen på sikt. Island har tradisjonelt hatt høyest fruktbarhet, men er også under 2,1 nå. I 2015 finner vi de laveste ratene i Danmark og Finland. I 2017 sank samlet fruktbarhet i Norge til 1,62 barn per kvinne og Norge har nå lavest fruktbarhet i Skandinavia (SSB, 2018).

Samtidig som fruktbarheten har gått ned øker forventet levealder

En konsekvens av redusert fruktbarhet og økt forventet levealder er at andelen personer i yrkesaktiv alder faller, samtidig som andelen eldre øker. Det medfører en økt forsørgerbyrde for dem som bidrar til velferdsstatens finansiering gjennom sin arbeidskraft. Det å opprettholde, og helst øke deltakelsen på arbeidsmarkedet er dermed en av de viktigste utfordringene for velferdsstatene. Dersom økt innvandring fører til en reduksjon i sysselsettingsandeler og dermed svekker finansieringen av velferdsytelser gjennom skatter, vil en økning i innvandring bidra ytterligere til denne utfordringen.

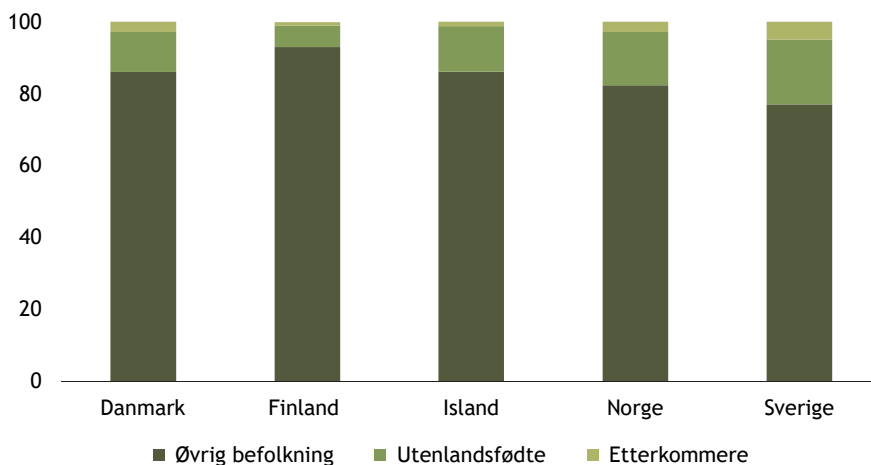
Brochmann-utvalget (NOU2011:7) skriver om dette:

”Konsekvensene av migrasjon for velferdsmodellens utvikling er avhengig av hvem som kommer, hvilke ressurser de bringer med seg, og i hvilken grad de integreres i norsk arbeids- og samfunnsliv. Kombinasjonen av en aldrende befolkning og lav sysselsetting i betydelige befolkningsgrupper kan utfordre modellens bærekraft på sikt.”

I Norden har det vært et felles arbeidsmarked siden 1954 og siden 1994 har landene vært en del av det Europeiske arbeidsmarkedet i EU og EØS.

Figur 1 illustrerer at vi finner den høyeste andelen innvandrere i Sverige, med 17 prosent av befolkningen i 2016. Så fulgt av Norge, Island, Danmark og Finland. I Sverige finner vi også den høyeste andelen av etterkommere av utenlandsfødte med 5 prosent, andelen er 3 prosent i Danmark og Norge og 1 prosent i Finland og Island.

Figur 1. Befolkningen totalt, utenlandsfødte og etterkommere etter utenlandsfødte. Prosent. 2016.



Kilde: Statistikk fra landene

I tillegg til at andelen med innvandrere varierer noe mellom landene, er det også variasjoner i hvilke land innvandrerne kommer fra opprinnelig.

Sverige har hatt en mer liberal flyktningpolitikk enn de andre nordiske landene. Dette finner vi igjen i tallene ved at det for eksempel er flere flyktninger fra Irak og tidligere Jugoslavia sammenlignet med Danmark og Norge. I Norge er det mange arbeidsinnvandrere fra Polen som har innvandret etter 2004, mens det i Danmark og Sverige også er mange politiske flyktninger fra Polen som har bodd der lenge.

Utdanning er viktig

Økt globalisering, konkurranse, krav om økt produktivitet og rask teknologisk utvikling krever et arbeidsmarked med høyt kvalifiserte deltakere. I alle de nordiske landene har det vært lagt vekt på politikk som øker utdanningsnivået i befolkningen og gjør utdanning tilgjengelig for alle.

I de nordiske landene er det mange som har høy utdanning, andelen varierte i 2015 fra 37 prosent til 43 prosent (OECD, 2016). De høyeste andelenene finner vi Finland og Norge og den laveste i Danmark.

Resultatene fra analysene våre bekrefter at personer med lavere utdanning er mer utsatt for ekskludering fra arbeidsmarkedet, også når vi har kontrollert for andre karakteristikk. Personer med lavere utdanning har også oftere enn andre svekket helse.

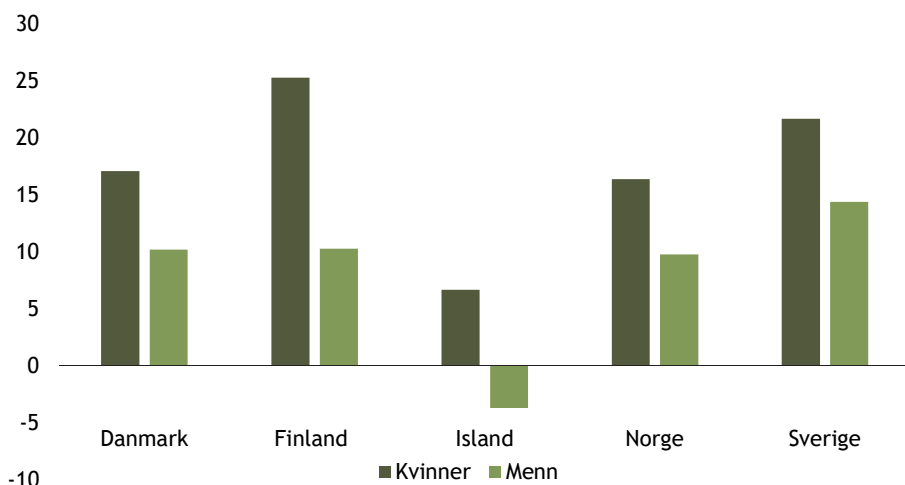
Statistikken for de nordiske landene viser at andelen utenlandsfødte med lavere utdanning er høyere enn andelen for den øvrige befolkningen. Andelen innvandrere med lav eller ingen utdanning er høyest i Danmark og Finland (52 prosent) og lavest i Sverige (25 prosent). Til sammenligning var andelen for den øvrige befolkningen rundt 30 prosent i Danmark og Finland, og 17 prosent i Sverige. I Norge hadde 32 prosent av de utenlandsfødte lav eller ingen utdanning sammenlignet med 26 prosent i den øvrige befolkningen.

Lavere sysselsetting for dem som er født utenfor et EU-land

Det er ikke store forskjeller i sysselsettingen mellom dem som er født i et av de nordiske landene og dem som er født innenfor EU. Mange innvandrere fra EU har innvandret nettopp på grunn av arbeid – så dette er ikke så overraskende. Det er imidlertid tydelige forskjeller i sysselsettingen mellom dem som er født i et av de nordiske landene og dem som er født utenfor EU. Dette gjelder i alle de nordiske landene, med unntak av Island. I 2016 var sysselsettingsandelen for dem som er født utenfor EU mer en 18 prosentpoeng lavere enn for de innenlandsfødte i både Finland og Sverige. I Danmark var den 14 prosentpoeng lavere og i Norge 13 prosentpoeng. Selv om sammensetningen av innvandrergruppen varierer i de nordiske landene så peker dette likevel på en felles nordisk utfordring når det gjelder å integrere innvandrere i arbeidsmarkedet.

Det er generelt høy sysselsetting blant kvinner i de nordiske landene, men det gjelder ikke for innvandrerkvinner. I 2016 var sysselsettingen for kvinner født utenfor EU mellom 16 prosentpoeng (Norge) og 25 prosentpoeng (Finland) lavere enn for innenlandsfødte kvinner. Det er også lavere sysselsetting for menn født utenfor EU sammenlignet med innenlandsfødte menn, men forskjellen er mindre enn for kvinner. Igjen er Island et unntak, her er sysselsettingen blant kvinner født utenfor EU høy og er nesten på samme nivå som innenlandsfødte kvinner, mens blant menn er sysselsettingen høyere blant dem som er født utenfor EU.

Figur 2. Forskjeller i sysselsetting mellom innenlandsfødte og de født utenfor EU, kvinner og menn, prosentpoeng, 2016.



Kilde: Eurostat (LFS)

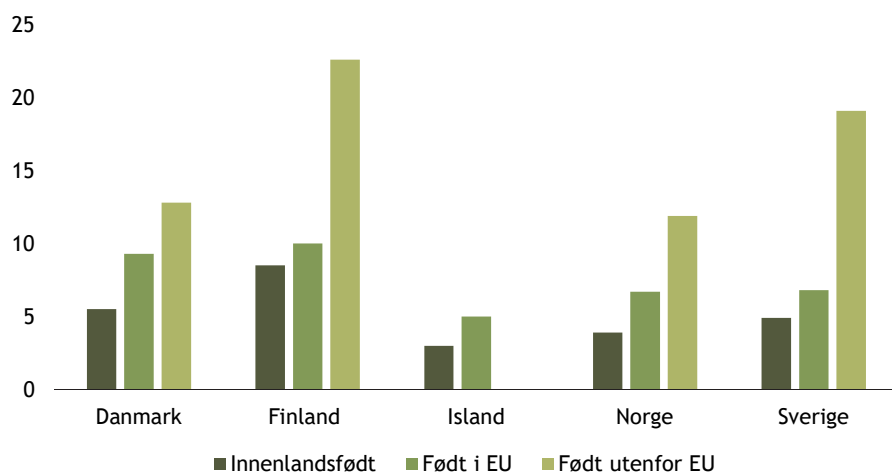
Høyere arbeidsledighet blant innvandrere

Arbeidsledighet speiler sysselsettingstallene, og arbeidsledighet blant innvandrere er mellom to og tre ganger høyere sammenlignet med den øvrige befolkningen – og det er særlig innvandrere som er født utenfor EU som er utsatt – igjen med et unntak av Island. I både Sverige og Norge er arbeidsledigheten for dem som er født utenfor EU mer enn tre ganger så høy som for dem som er født innenlands. Den høyeste ledigheten for dem som er født utenfor EU finner vi i Finland med nesten 23 prosent, sammenlignet med 8,5 prosent for dem som er født i Finland. I Danmark er disse tallene henholdsvis 13 og 5,5 prosent (se figur 4).

I dette prosjektet har vi også utviklet to indikatorer som fanger opp personer som er helt utenfor arbeidsmarkedet. Den første har vi kalt «ekskludering», og det er personer som definerer seg selv som arbeidsledige, hjemmearbeidende eller inaktive og som ikke

har hatt yrkesinntekt i løpet av et helt år. Den andre har vi kalt «ufør eller ute av stand til å arbeide», og det er personer som beskriver seg selv som det, samtidig som de ikke har hatt yrkesinntekt i løpet av et helt kalenderår (dette er ikke nødvendigvis det samme som at de mottar uføretrygd). Ekskludering finner vi oftest i Finland, der andelene 2006-2015 har variert fra 4,6 til 5,6 prosent, uten noen klar trend i disse årene. I Danmark har andelen gått fra 2,9 prosent til 2,2 prosent, i Norge har den holdt seg stabil under 2 prosent. I Island så vi en økning i andelen etter finanskrisen, og fra 2010 til 2013 var andelene over 2 prosent, men har falt noe igjen etter det. I Sverige var andelene svært stabile på 2 prosent fra 2006 til 2009, men har vært noe høyere i årene etter. Vi finner en positiv utvikling i andelen uføre i løpet av de siste årene. Andelen har falt i alle land unntatt Island, og mest markant er nedgangen i Finland og Sverige. Lavest andel er det nå i Sverige med 1,2 prosent som er uføre eller ute av stand til å arbeide.

Figur 3. Arbeidsledighet, 15-64 år, fødeland, Nordiske land, 2016, prosent.



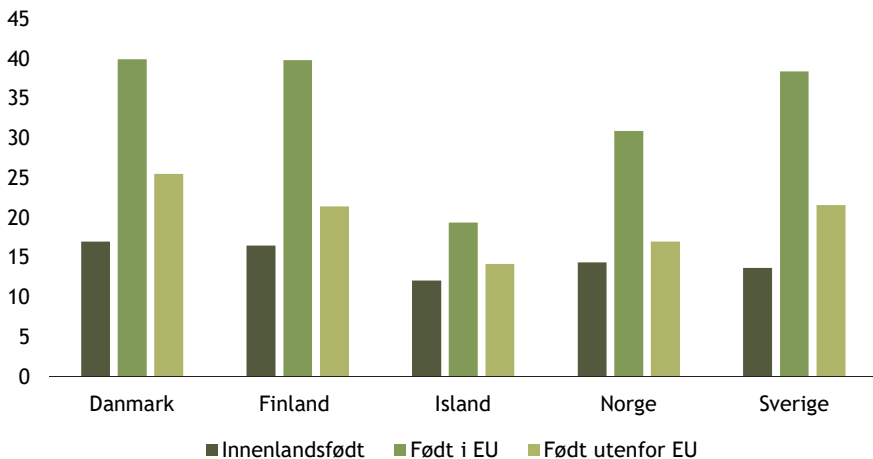
Kilde: Eurostat (LFS)

Utfordringer med at personer faller ut av arbeidslivet på denne måten har sterk sammenheng med både alder og svekket helse, og vi ser at høy utdanning er et sterkt vern mot å falle utenfor. Innvandrere født utenfor EU er også oftere ekskluderte fra arbeidsmarkedet enn andre. Til en viss grad henger det også sammen med demografiske kjennetegn, samt utdanning og helse, men i Finland, Norge og Sverige finner vi også at det å være innvandrere fra utenfor EU i seg selv øker risikoen for å være ekskludert.

Innvandrere er mer utsatt for fattigdom og ekskludering

Den Nordiske modellen har klart å kombinere et samfunn med relativt små forskjeller med økonomisk vekst over tid. Selv om de nordiske landene er blant landene i Europa med lavest risiko for fattigdom og sosial ekskludering (AROPE-at risk of poverty and social exclusion), viser denne indikatoren at innvandrere er mer utsatt enn dem som ikke er innvandrere. Spesielt utsatt er innvandrere født utenfor

Figur 4. Personer med risiko for fattigdom og sosial ekskludering. Landbakgrunn. Nordiske land, 2015, Prosent av befolkningen over 18 år.



Kilde: Eurostat

EU. I Danmark, Finland og Sverige er andelen nesten 40 prosent, mellom to og tre ganger høyere enn for dem som er innenlandsfødt. I Norge er andelen 31 prosent og også her er denne andelen mer enn dobbelt så høy som for dem som er født i Norge. Forskjellen er minst i Island, her er andelen 19 prosent for dem som er født utenfor EU sammenlignet med 14 prosent for dem som er født i Island.

Eldre har bedre helse enn tidligere

Utgifter til helse utgjør en stor del av de offentlige utgiftene og behov for helsetjenester øker gjerne med alder. Med en økt levealder og en økt andel eldre i befolkningen er det sannsynlig at helserelaterte utgifter vil øke i framtiden. Befolkningens helsetilstand vil være med på å avgjøre utviklingen i utgifter. Når det gjelder innvandreres helse, blir det ofte pekt på at man generelt trenger god helse for å migrere, selv om dette er en effekt som avtar med botid (OECD, 2015). Innvandringsgrunn vil også være en faktor som påvirker helse. Flyktninger kan være mer utsatt for noen typer helseutfordringer enn andre grupper. I tillegg til innvandringsbakgrunn og alder er faktorer som utdanning, arbeid og inntekt viktig for helsen.

Generelt i befolkningen i Norden er det mange som rapporterer om god helse. Andelen med god helse er høyere enn gjennomsnittet for Europa, og andelen med dårlig helse er lavere.

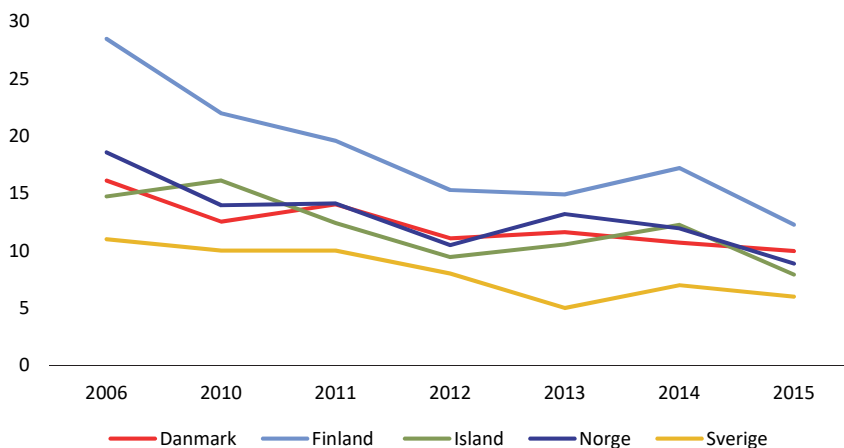
Skiller innvandrere seg ut med bedre eller dårligere helse enn den øvrige befolkningen? Generelt finner vi små forskjeller mellom dem som er innenlandsfødt, dem som er født i EU og dem som er født utenfor EU. Det er imidlertid en tendens til at de som er født utenfor EU oftere rapporterer om dårlig helse enn de andre gruppene.

En regresjonsanalyse som kontrollerte for kjønn, alder, og utdanning bekreftet at for de fleste årene, med unntak av Finland, at personer født utenfor EU har større sannsynlighet for å rapportere om dårligere helse sammenlignet med dem som er født i landet. Vi finner ikke samme resultater for de som er født i EU.

De mest interessante endringene i løpet av de ti årene som vi nå har data for gjelder alder. Som tidligere nevnt øker ofte helseproble-

mene med alder, og med en økt andel eldre i befolkningen fremover er det potensielle utfordringer knyttet til økte utgifter til helse- og omsorgstjenester. Våre data og analyser tyder på at eldre nå har bedre helse enn tidligere. Det er en klar reduksjon i andelen over 70 år som rapporterer om dårlig helse og dette gjelder alle de nordiske landene (se figur 5).

Figur 5. Andel av befolkningen over 70 med dårlig helse, 2006-2015, prosent.



Kilde: EU-SILC

Vi har sett på en kombinasjon av utdanning, arbeidsdeltakelse og helse. Resultatene tyder på at det kan være spesielt utfordrende å få dem med redusert helse og lavere utdanning til å stå lenger i jobb, sammenlignet med dem med redusert helse og høyere utdanning. Her viser imidlertid våre analyser tegn til positiv utvikling siden forskjellen mellom gruppene har blitt mindre i perioden fra 2006 til 2015. Det er spesielt verdt å merke seg en økning i arbeidsdeltakelsen for dem med svekket helse og lavere utdanning i Danmark og Sverige.

Oppsummert: Lys i tunnelen?

Dette prosjektet har sammenlignet felles utfordringer for de nordiske land ut fra et velferdsstatsperspektiv. Her er det spesielt den økende andelen eldre i befolkningen som peker seg ut siden det medfører utfordringer innenfor flere områder som berører både velferdsstaters inntekts- og utgiftsside. Vi har lagt spesielt stor vekt på utfordringene knyttet til å opprettholde og øke deltakelsen på arbeidsmarkedet, samt utfordringer knyttet til befolkningens helsetilstand. Det første er spesielt viktig for velferdsstaters finansiering, det andre påvirker spesielt utgiftssiden. Våre analyser viser positiv utvikling både når det gjelder deltagelse på arbeidsmarkedet og i utviklingen av egenvurdert helse for den eldre delen av befolkningen. Dette kan bidra til noe mer optimisme med tanke på velferdsstatens fremtid. Våre resultater indikerer også at innvandrere født utenfor EU har høyere risiko for arbeidsledighet, ekskludering, fattigdom og dårligere helse enn andre grupper. Økt innvandring kan føre til økt press på de offentlige utgiftene dersom landene ikke lykkes i å øke deltakelsen i utdanning og arbeidsmarkedet. Det blir derfor viktig å følge med på utviklingen på disse områdene fremover.

*Tor Morten Normann og Elisabeth Nørgaard,
Statistisk sentralbyrå, Oslo.
På vegne av Nososko Norge*

Nordic Emergency Medical Services project on data collection and benchmarking 2014-2018 - outcomes



This project represents an excellent example of how the Committees offer a network platform to showcase activities and projects that take place in the Nordic Countries beyond the scope of the Committees' mandate. In 2014, at a meeting of Nordic Health Director Generals, the decision was made to start a project whose purpose was to explore the possibility of developing quality indicators on Emergency Medical Services in the Nordic Countries. All the countries attended the project and the final project report is to be published in end of 2018 with recommendations to continue this Nordic collaboration. When it came to making the final report available to a wider audience, the NOMESCO website was the obvious choice. It is hoped that the Nordic EMS experts will find a solution for collecting and publicizing the quality indicators in the future. In fact, OECD studies have shown that EMS data and indicators, together with coordinated services and leadership, represent one of the most cost-effective ways to achieve a well-functioning health system. This will improve patient-centered care and deliver an efficient and proactive health service.

Background

The Nordic countries are among the top-ranking healthcare services¹⁵ and have a long tradition of collecting data, documenting and publishing their outcomes for patients. However, we have learned

15 Health at a Glance 2017: OECD Indicators

that for the Nordic countries' Emergency Medical Services (EMS) this is not the case.

In this context, the collaboration between Nordic countries on benchmarking EMS data started in the autumn of 2013. At that time, the Nordic countries were interested in developing national EMS patient care records and databases. In 2014 organized and regular work began to define common data variables to enable the collection and benchmarking of EMS data, initially between Nordic countries, and subsequently, it was hoped, internationally.

Emergency Medical Services (EMS) or pre-hospital services consist of the Emergency Medical Dispatch (EMD), the ambulance services, medical doctors, first responders and other pre-hospital resources. In this context the focus is on the EMD and the ambulance service.

The EMS are in a major transition phase in the Nordic countries, with similar trends seen worldwide. Increase in population, longer life expectancy and a rapidly growing elderly population mean a greater need for healthcare services, including out-of-hospital EMS. The rate of growth in the number of calls to the emergency medical number has exceeded the population increase in percentage terms.¹⁶ Centralization and specialization, both in hospital healthcare and primary healthcare, also strengthen the need for well-organized out-of-hospital EMS in the future. In most countries, expenditure on EMS is increasing as a result of this trend.

Healthcare services are increasingly being transferred out of the hospital setting, and the need for pre-hospital diagnosis and treatment requires pre-hospital staff to be better qualified so that they can begin to provide advanced medical treatment to patient groups suffering from different complex health conditions. Such an improvement in qualifications could prevent unnecessary hospitalization and improve quality of care and prevention for the patient.

¹⁶ NOU 2015: 17, Først og fremst — Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus.

Why EMS quality indicators are important

The established EMS systems provide important benefits to the public. The EMS provide immediate medical care in response to individual health emergencies and play an important role in responding to disasters that threaten the health and safety of the public at large. EMS have not traditionally received the same recognition and support from policy makers as other parts of the specialized healthcare services or hospital services, despite their relevance to healthcare access and medical outcomes. However, we recognize that there has been a shift in policy during recent years, and out-of-hospital acute social and health services are now more often identified as one of the key elements in reshaping and planning tomorrow's healthcare.

The Nordic EMS – like EMS worldwide – have a limited tradition of measuring performance and quality indicators of health effects. Documentation on survival is scarce and there are limited scientific publications and few quality indicators except for those that relate to response time.¹⁷

A European Emergency Data project, published in 2006, identified developments for the future for five quality indicators to be included in the European Core Health Indicators (ECHI) short list.¹⁸ That report has been an inspiration for the Nordic countries and has lead them to join forces.

Project organization and objectives

In 2014 the meeting endorsed the proposal for the project and each country was encouraged to appoint their government representative to the project. The project has, on an annual basis, reported progress and results to the meeting of Health Director Generals.

¹⁷ JEMS December 2017: Quality Indicators. Measuring EMS quality in the Nordic countries.

¹⁸ European Emergency Data Project 2006: Health Monitoring & Benchmarking of European EMS Systems: Components, Indicators, Recommendations.

All the Nordic countries decided to join the project with government representatives and experts from different parts of the EMS, as well as researchers of this context. The Norwegian Directorate of Health has been both project manager and secretariat.

The objective of the Nordic EMS data project was to identify and define common quality indicators, and to enable comparable data to support the improvement of patient safety and quality in the Nordic EMS systems.

A common framework was created, including definitions of concept and terms, common use of medical classification, data collection structures for EMS and a template for description of the identified Nordic EMS quality indicators. The work was organized in four working groups: 1) Assess, treat and release, 2) Out-of-hospital cardiac arrest (OHCA), suspected STEMI and suspected stroke, 3) Key statistics, and 4) Classification of reason to care (ICPC-2).

The Nordic project group has held two annual meetings, in addition to meetings in the working groups. Data collection has been processed in three pilot sessions. The concept of work has been shared and discussed with EMS colleagues around the world. The progress of the project was presented in workshops at the following international conferences; EMS Today USA 2016, EMS Copenhagen 2016 and EMS Copenhagen 2017. The Nordic Council of Ministers funded the EMS seminar in connection with the Nordic Welfare States and Public Health conference in Helsinki in 2016. This has also resulted in an international research collaboration on the patient group Assess, Treat and Release. The project was presented in the December 2017 issue of the American Journal of Emergency Medical Services (JEMS)¹⁹ and in the Nordic Council of Minister's anniversary publication in 2018.

To secure the data validity and reliability for the Nordic EMS quality indicators, a tender process was arranged and the bid submitted by Helseplan AS was chosen.

19 <http://www.jemsdigital.com/jems/201712/?pg=27&pm=1&ui=friend>

Achievements of the project

- Nordic EMS patient pathway has been defined and described.
 - Data structure has been developed.
 - Terms and definitions needed for the quality indicators have been defined.
 - First set of Nordic quality indicators has been agreed and results are presented in the report.
 - A subset of the classification system ICPC2 to be used as a "reason for care" in EMS has been agreed.

Table: First set of Nordic Quality Indicators

NO	Nordic EMS Quality Indicators
	Response indicators:
1	EMD reaction time
2	EMS reaction time
3	EMS pre-hospital time
4	Unit reaction time
5	Unit response time
6	Time at scene
7	Incidents where no ambulance is dispatched
	Assess, treat and release indicators:
8	Incidents where no ambulance is dispatched
9	Patients assessed by ambulance at scene and not transported by ambulance to hospital or GP

Figure: Data structure for patient pathways in EMS

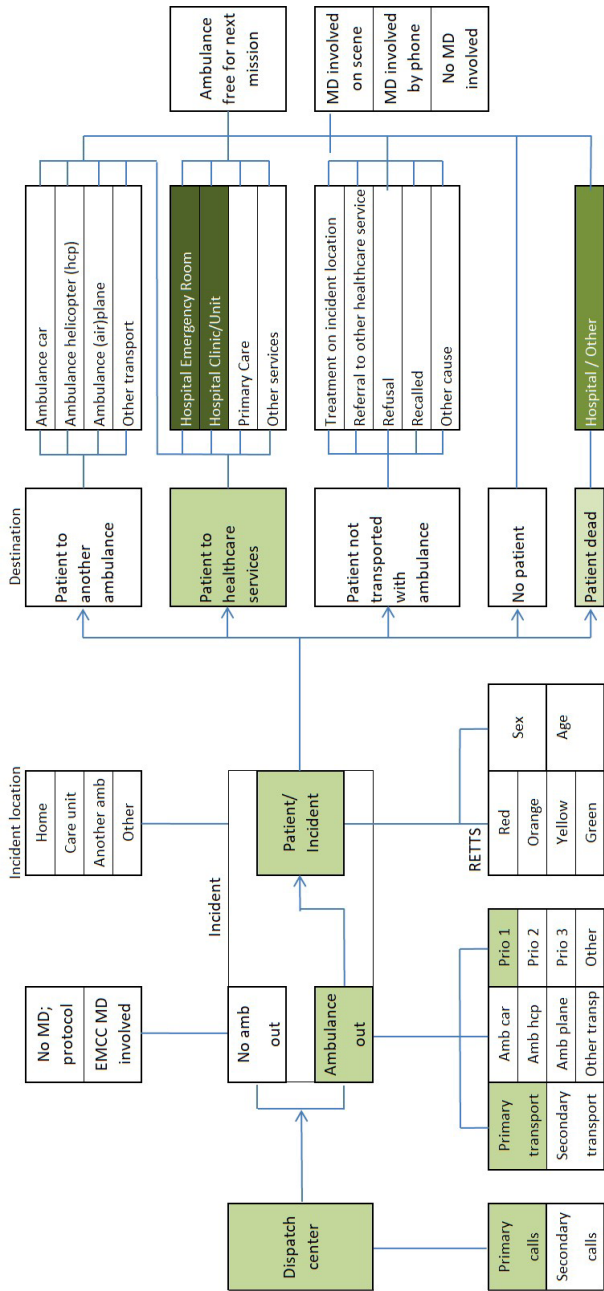
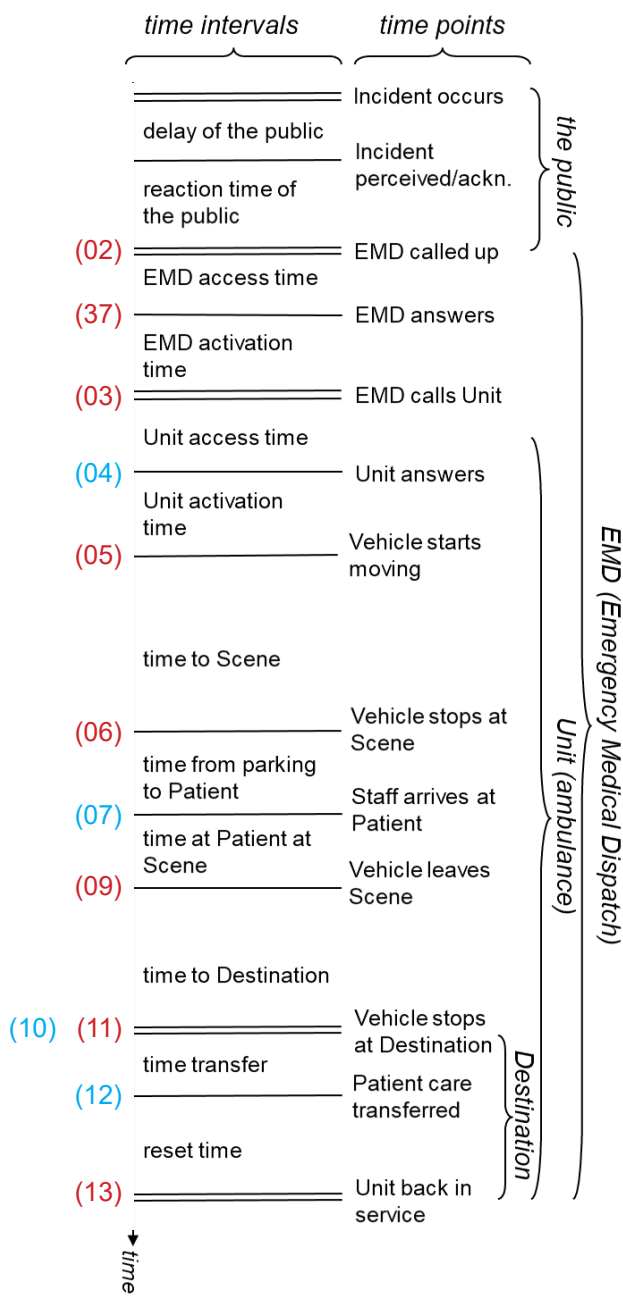


Figure: Common Nordic pre-hospital EMS time line. The numbers correlate to variables in the global EMS definitions (Nemsis)



Lessons learned in the project:

- There is a need for the Nordic standardization of EMS data, classification of terminology and the out-of-hospital patient care pathway, in order to be able to compare and exchange experiences internationally and among the Nordic countries.
- The collection of nationwide reliable and valid patient-related data in the field of EMS is a challenge for all the Nordic countries.
- There is a lack of common classification systems to describe "reason for care" for patients treated by EMS.
- The criteria for urgency and priority in the emergency medical dispatch centres (EMD) vary between the Nordic countries.

Identified developments for the future:

- The Nordic project group suggests including EMS as a new area of statistics in the Nordic Council of Ministers.
- Continued formalized Nordic collaboration on quality and patient issues for EMS patients is needed.
- National electronic patient records and registries in the EMS should be implemented in order to enable the collection and comparison of valid patient data.
- A Nordic manual for using a subset of ICPC-2 classification for EMS is needed and should be implemented.
- Common Nordic criteria and definitions of urgencies and priorities for the same type of incidents must be developed and implemented in the emergency medical dispatch centres.
- The role of NOMESCO in data collection should be discussed and evaluated.

Janne Kristin Kjöllesdal på vägnar av Nomesko Norge

Kapitel 2. Hur har vi kommit fram till dessa utvecklingsprojekt - Kommittéerna i arbetet

Det andra kapitlet är NOSOSKO-fokuserat och avspeglar det sätt på vilket sätt kommittéerna har arbetat och diskuterat, när det gäller val av olika uppgifter och prioriteringar. Den första artikeln ger en av delegationsledarnas personliga erfarenheter sedan 2014 om deltagandet i kommittéernas utvecklingsarbete. Artikeln avspeglar en öppen, tolerant och kritisk diskussionskultur, som har befrämjat nytänkande och förnyelse av arbetet.

Den andra delen av kapitlet består av en text författad av redaktionsgruppens ledare inom NOSOSKO. Bägge kommittéerna har sina egna redaktionsgrupper, som har varit centrala i arbetet ända fram till 2017, då statistiska årsboken *Social Protection in the Nordic Countries och Health Statistics for the Nordic Countries* publicerades sista gången. Ordförande av NOSOSKO:s redaktionsgrupper var också operativt ansvarig att leda projektgruppen, som utvecklade kommittéernas gemensamma kommunikationsstrategin under åren 2014–2015.

Från kritiska utgångspunkter till utvecklingssträvanden för att uppdatera det nordiska statistiksamarbetet



The head of Finland's Nososko delegation was recently replaced in a scenario where the demand for savings and increased efficiency focused on personnel resources in central government. The other Nordic countries were also aware of the challenge. Denmark had demanded substantial cuts in the budget of the Nordic Council of Ministers. The Nordic Committee of Senior Officials for Health and Social Affairs assessed the possibilities for savings in the area of MR-S activity and the potential for making cuts in the budget during 2014–2016. Against this background Finland considered the significance of the statistical committees' activities and what benefits they offered. In recent years the committees have been able, slowly but surely, to take several important developmental steps towards initiating a modernisation of these activities.

Finland hade blivit medlem i Europeiska unionen 1995. Efter att den första ivern hade lagt sig insåg ministeriet²⁰ vilken stor arbetsbörda som skulle krävas av experterna för att sköta alla Europaärenden. Redan i början av 2000-talet började man inom centralförvaltningen genomföra sparåtgärder och effektivisera verksamheten, bland annat genom att skära ner på personalen vid vårt ministerium. Därför granskades också kritiskt det nordiska samarbetet och den användning av expertarbetskraft det krävde. I samband med det-

²⁰ Social- och hälsovårdsministeriet koordinerar Nososko:s och Nomesko:s verksamhet. Organisatorisk anknytningspunkten har tidigare varit planeringsenheten på ekonomi- och planeringsavdelningen numera utvärderingsgruppen på ledningens stöдавdelning.

ta ifrågasatte ledningen för ekonomi- och planeringsavdelningen deltagandet i de statistiska kommittéerna och den nytta deltagandet medförde. Denna ståndpunkt ledde emellertid inte till några andra åtgärder än att de personalresurser som satsats på samarbetet minskades.

Bytet av ledare för delegationen föregicks också av påtryckningar om besparingar i NMR:s budget. Regeringen i det sydligaste medlemslandet Danmark hade föreslagit och lyckades få igenom sina krav på nedskärningar i den samnordiska budgeten. Ämbetsmannakommittén för social- och hälsofrågor (ÄK-S) kartlade sparåtgärderna och hur en budgetnedskärning på 5–6 procent skulle kunna uppnås under 2014–2016. I samband med granskningen av sparobjekt väcktes i Finland en kritisk diskussion om den statistiska kommittén och nyttan den medför. Vi granskade naturligtvis ärendet ur vårt eget nationella perspektiv: vi konstaterade att det statistiska samarbetet som utförs inom EU i stor utsträckning strävar mot samma mål, som också genomförs genom annat internationellt samarbete inom social- och hälsobranschen i syfte att utveckla statistikföreningen. Vi funderade på om det fortsättningsvis fanns ett lika stort behov av nordiskt samarbete som vid tidpunkten då verksamheten inleddes. Dessutom hade vi vid ministeriet uppfattningen att resultaten av samarbetet inte spreds särskilt bra och att man i Finland dåligt känner till och utnyttjar nordisk statistik.

Enheten för internationella ärenden vid ministeriet, som ansvarar för att samordna beredningen av nordiska frågor, ordnade en mer omfattande samrådsrunda gällande potentiella sparobjekt. Det samlades in synpunkter om Nososko och Nomesko av det nationella myndighetsnätverket för statistik (THL, Folkpensionsanstalten FPA, Pensionsskyddscentralen PSC och Statistikcentralen). I den skriftliga responsen från de nationella delegationsledarna framhävdes dock att parterna upplevde arbetet som meningsfullt: Det upplevdes att utbytet av nordisk know-how utvecklade kompetensen på personnivå och att det expertarbete som utfördes i kommittéerna gav värdefull erfarenhet och idéer med tanke på utvecklingen av den

inhemska produktionen av statistik. Utifrån responsen drog ministeriets ledning upp riktlinjer utifrån att Finland inte ifrågasätter kommittéernas verksamhet som en metod för att göra nedskärningar i MR-S-budget eller föreslår en snar extern utvärdering av de statistiska kommittéerna.

Som ny delegationsledare tolkade jag i det mandat jag fått att Finland måste stödja utvecklingen av kommittéernas arbete. Visserligen skulle vår insats komma att vara mycket begränsad då jag nu skötte ärendena som enda representant för ministeriet i Finlands Nososko- och Nomesko-delegationer.

Kommittéernas plenarmöte ordnades 2014 i Svolvaer i Norge. Det var det första plenarmötet som var gemensamt för Nososko och Nomesko och vi i Finland förberedde oss genom att ordna ett gemensamt möte med bägge nationella delegationer. Vid mötet bekräftades att den arbetsinsats som krävdes av de statistiska kommittéerna betraktades som rimlig och delegaterna ansåg att arbetet var till nytta för deras bakgrundsorganisationer. Som ett gemensamt resultat producerades åtminstone de traditionsrika nordiska socialstatistiska och hälsostatistiska årsböckerna.

Jag upplystes om att man hade fått till stånd en utveckling i det nybemannade och omorganiserade sekretariatet samt att man fått ordning på den rad av uppgifter som tidigare hopat sig. Man eftersträvade en förnyelse av verksamheten och det kommande gemensamma plenarmötet var ett exempel på detta. Syftet med arrangemanget var att intensifiera samarbetet mellan Nomesko och Nososko. Detta passade Finland utmärkt – vårt eget nästan 100-åriga ministerium hade ju ända från början varit ett ministerium för både sociala och hälsofrågor. Vi beslutade att försöka sköta de grundläggande uppgifterna, det vill säga insamling av statistik och förmedling av information, enligt överenskommen tidtabell och att aktivt medverka i framställandet av de statistiska böckerna. Däremot förhåller vi oss kritiskt till att starta nya projekt, tills det att vi får bekräftelse på att de ärenden i vilka beslut redan fattats framskrider och att projekten genomförs enligt tidtabell.

Genom lägesrapporteringen fick jag veta att det hade framförts flera nya, intressanta utvecklingsidéer och man har diskuterat hur dessa kunde konkretiseras i form av projekt. Jag hade redan tidigare under våren 2014, då det hade bekräftats att jag skulle bli ledare för delegationen, varit tvungen att fördjupa mig i en sådan idé. Sverige hade förberett ett projekt om mikrosimulering och föreslagit att Elina Pylkkänen från Finland skulle bli projektchef. Elina arbetade som finansråd vid finansministeriet och koordinerade bland annat vårt nationella mikrosimuleringsnätverk. På grund av vår förbehållsamma attityd till nya projekt fick Elina informera vårt ministerium om de potentiella fördelarna med detta projektförslag. Det var positivt att vårt partnerministerium var intresserat av att stöda projektet genom att överlåta en av sina experter som projektchef. Projektet ansågs också ge erfarenhetskaptal som kan utnyttjas av det inhemska mikrosimuleringsnätverket och eventuellt ny know-how. Huvuduppgiften i projektet var att utnyttja mikrodatamaterial på nordisk nivå och som uppdrag valdes att undersöka hur frågan huruvida skatt som ska betalas eller inte betalas på barnbidrag påverkar inkomstfördelningen (mer om detta i artikeln om mikrosimulering). Vi ansåg att det här var ett intressant sätt att utnyttja gemensamma data och ett relevant experiment för modellering av politiska alternativ eftersom frågan om att beskatta barnbidrag tidvis hade lyfts fram i den politiska diskussionen även i Finland.

År 2014 skedde rotation i ordförandeskapet för de statistiska kommittéerna enligt kommittéernas egna, gamla praxis – Danmark blev ordförande och Nososko lotsades av Nille Bregenov-Pedersen från Danmarks socialministerium. En reform där beslut fattades under plenarmötet var att kommittéerna skulle övergå till att följa NMR:s ordförandeskapsrotation. År 2015 var Danmark ordförande-land för NMR så Nilles ordförandeskapsperiod blev två år lång. Ett projekt för att utveckla kommittéernas interna förvaltning inleddes på initiativ av Danmark. Inom ramen för projektet dokumenterades skriftligt kommittéernas struktur, olika aktörers roller och ansvar samt verksamhetssätten. Det skapades en slags arbetsordning ("för-

rättningsordning”) som underlättade det inledande arbetet för nya medlemmar och delegationsledare som tagit emot sitt uppdrag, om vederbörande inte hade tidigare erfarenhet av nordiskt samarbete. På initiativ av ordförandelandet tillsattes vid plenarmötet en projektgrupp för att effektivisera kommittéernas kommunikation samt utarbeta en kommunikationsstrategi (se separat artikel av Michael H. Feldballe Hansen).

Island var ordförande för NMR 2014 och startade då prioritetssprojektet Valfärdsvakt (Welfare Watch) inom MR-S:s område. En deluppgift inom projektet var att utveckla ett system med indikatorer för nordisk välfärd. På önskemål av ordförandelandet tillsattes de statistiska kommittéerna en expertgrupp, för vilken man ordnade ett kick-off-möte i Reykjavik i juni 2014. Vi hade redan tre olika motsvarande indikatorsystem: Statistikcentralens Findikator, THL:s Valfärdskompass och Sotkanet²¹. Därför var vi delegationsledare som representerade Finland i Nomesko och Nososko, inte särskilt motiverade att resa till kick-off-mötet.

Vi hade diskuterat med experter från såväl de inhemska statistikinstitutionerna som från bland annat finansministeriet, som tidigare hade finansierat utvecklingen av Findikator, då den finska riksdagen önskade ett lätthanterligt och visuellt indikatorsystem för att följa utvecklingen i samhället. Det låg i Finlands intresse att utveckla evidensbaserade indikatorer (så kallad evidensbaserad tidigt varsel) som snabbt reagerar på de skadliga konsekvenser som ekonomiska kriser och recessioner medför, i utvecklingen av befolkningens levnadsförhållanden, hälsa och välfärd. Vi lyckades integrera denna synpunkt i projektgruppens mål och jag fick i uppgift att representera Finland i projektgruppen. Det treåriga projektet blev framgångsrikt och producerade en högklassig slutrapport, som omfattade en modell för ett nordiskt system för välfärdsindikatorer (se artikeln om

²¹ Se mera på www.findikator.fi, www.hyvinvointikompassi.fi och www.sotkanet.fi – systemen, vilka erbjuder information och statistik på finska och svenska samt på engelska.

NOVI). I skrivande stund (våren 2018) undersöker ÅK-S förutsättningar för att implementera NOVI som ett bestående analys- och indikatorsbaserat system vid presentation av social- och hälsostatistiska data, genom vilket man kan jämföra befolkningsgrupper i Norden.

Kommittéernas föregående treåriga resultatavtal från 2015 upphörde att gälla 2017. Det innehöll den administrativa uppgiften att genomföra en brukarundersökning. Konsult Bjarne Lindström (f.d. bland annat direktör för Ålands statistikkontor och utredare med erfarenhet från bland annat för Sveriges och Norges regeringskanslier) engagerades till uppgiften. Han intervjuade 50 relevanta informanter från alla nordiska länder och självstyrelseområden per telefon. Personerna hade antingen utnyttjat resultatet av de statistiska kommittéernas arbete eller så var de relevanta aktörer utan uttalad kännedom om det arbete de statistiska kommittéerna åstadkommit, vilka kunde tänkas utnyttja resultatet. Målgrupper var politiker, ledande tjänstemän och experter, representanter för medier, tredje sektorn och "akademiker" (det vill säga forskare och undervisningspersonal vid universitet och högskolor). Huvudresultaten bekräftade kommittédelegationernas förhandsuppfattning om att en mycket liten krets i de nordiska länderna var medveten om verksamheten och resultaten, samt att det fanns få aktörer som aktivt utnyttjade resultaten av arbetet. Ett sakförhållande, man hade redan tidigare fått insikter i samband med utarbetandet av kommunikationsstrategin, i vilken hade antecknats både skyldigheter och uppgifter, för olika parter i de statistiska kommittéernas nätverk på såväl nationell som nordisk nivå i syfte att effektivisera kommunikationen. Dessutom föreslogs i utvärderingsrapporten att man å det snaraste skulle satsa på att modernisera de statistiska kommittéernas verksamhetsarbete och publikationsverksamhet.

Hösten 2016 hade Island tid att ordna en slutkonferens om det treåriga prioritetsprojektet Welfare Watch från det egna ordförandeskapsåret. Ett konkret huvudresultat var indikatorsystemet NOVI. Slutrapporten och den pilotversion som utvecklats för webben pre-

senterades på konferensen av projektchef Håkan Nyman (se www.bazoka.se).

I samband med konferensen fick de statistiska kommittéerna tillfälle att ordna ett anslutande seminarium kring det avslutade mikrosimuleringsprojektet. Utöver undersökningen om vilka konsekvenser valet om barnbidrag beskattas eller inte medför för inkomstfördelningen, var det andra skedet i projektet att få i gång utvecklingen av Islands och Färöarnas mikrosimuleringsmodeller med hjälp av arbetsmöten. Tack vare Finlands ordförandeskapsårets mandat i Nososko kunde vi aktivt stödja beredningarna av seminariet. Arbetet leddes av Tom Nilstierna och Sigríður Jónsdóttir. Till seminariet i Reykjavik lyckades vi samla ihop den expertgrupp på 30 personer som vi eftersträvat och kunde konkretisera mikrosimuleringen som en lämplig metod genom att utnyttja nordiska social- och hälsodata i analysen av de politiska alternativen. Dessutom visade Island stort intresse för att slutföra arbetet med att utveckla en modell för mikrosimulering som lämpade sig för landet. Också Färöarna visade samma intresse, men det torde ännu dröja några år innan ärendet kan genomföras där.

Anpassningen av kommittéernas ordförandeskap till NMR:s ordförandeskapsrotation har redan efter några års erfarenhet visat sig vara en lyckad lösning. Också Finland kunde utnyttja denna möjlighet till samordning då vi förberedde oss för ordförandeskapet 2016. År 2014 färdigställde Bo Könberg sin utredningsrapport "*Det framtida nordiska hälsosamarbetet*". Vårt ministerium drog upp riktlinjer om att man under Finlands ansvar ska fortsätta utreda rekommendationerna i rapporten och främja genomförandet av dem. Ett uppdrag som öronmärktes för de statistiska kommittéerna var att utarbeta en förutredning om rapportens *sjunde rekommendation om patientrörlighet*. Tematiskt sett passade ämnet ihop med Nomeskos mandat och antecknades i kommittéernas arbetsprogram vid planerings- och budgetmötet i december 2015. Vi hade svårigheter att hitta en lämplig projektchef för projektet, som enligt ÄK-S tidtabell borde startas omedelbart. Därför var Nomeskos ordförande Mika Gissler

tvungen att ansvara för projektet med undertecknads understöd från social- och hälsovårdsministeriet (se artikel om *Statistik för politisk prioritering*). På så sätt kunde projektet genomföras med gemensamma ansträngningar från båda kommittéerna på samma sätt som Nomesko i NOVI-projektet, genom sin experttissatsning hade gett råd i valet av lämpliga indikatorer för hälsa.

År 2015 överraskades Europa av flyktingkrisen. I synnerhet Sverige hörde till de europeiska länder som fick ta emot kvantitativt mest flyktingar. Likaså var Norge vid sidan om Finland en slutlig destination för flyktingströmmen. Före det här hade invandringen till Finland varit sparsam, men 2015 blev landet överraskande nog det land i Kontinentaleuropa dit proportionellt sett flest asylsökande sökte sig jämfört med tidigare år (se *patientrörlighetsartikel*).

NMR:s generalsekreterare kontaktade alla nordiska organ med ett initiativ om att de skulle uppföra på agendan ett ökat samarbete kring flyktingströmmen, invandringen och asylsökandenas situation. Nososko var i startgrupparna med temat i och med att Norge redan tidigare hade visat intresse för att starta ett projekt som en fortsättning på det år 2013 slutförda projektet om hoten mot den nordiska välfärds-modellen med fokus på invandring. Beredningen av det nya projektet påskyndades inom Nososko (se artikeln *Utfordringer for de nordiske velferdsstater i lys av økt innvandring*). Nomesko beaktade omedelbart generalsekreterarens initiativ i det redan pågående projektet för patientrörlighet, vars mandat utvidgades genom att man antog biuppgiften att å det snaraste kartlägga situationen för odokumenterade invandrare – så kallade papperslösa – i Norden (bedömning av antal, reglering av hälsovårdstjänster, rätt till tjänster och så vidare). Sverige, där papperslösa har den mest omfattande lagstadgade rätten till hälsotjänster, visade sig vara ett föregångarland i detta avseendet²².

22 Se rapporten *Statistics on patient mobility in the Nordic countries-Pre-study*, Nomesko 2017.

I samband med kommittéernas beredning av handlingarna till det nya treåriga resultatavtalet till ministerrådet 2017 upplevde vi antligen att åren av livlig och kritisk intern diskussion om att utveckla kommittéernas arbete började bära frukt: arbetet för och i samband med vårt förvaltningsprojekt "förrättningsordning", vår kommunikationsstrategi och den externa utvärderingen började utkristallisera sig i ett konkret utvecklingsprogram. I kärnan fanns ett behov av att förnya databanken och i samband med detta även reformera arbets-sätten och modernisera publikationsverksamheten, det vill säga avveckla publiceringen av de statistiska årsböckerna till förmån för en webbaserad serviceplattform. Nyckelorden var digitalisering och den serviceplattform som webbplatsen utgör, och som skulle vara användarvänlig och möjliggöra interaktiv kommunikation. Syftet var att övergå från statisk statistik (som publiceras en gång per år) till dynamisk och kontinuerligt insamlad statistik, där användaren själv kan skapa statistik genom att välja lämpliga variabler och målgrupp, om vilka programmet söker information i databanken. I slutet av 2017 godkände ÄK-S det här resultatavtalet, genom vilket de statistiska kommittéernas verksamhet kan moderniseras, så att den lämpar sig för det nutida sättet att kommunicera om statistik. För närvarande pågår under ledning av ordförandelandet Sverige en förutredning för att starta den egentliga digitaliseringen från 2019. En ytterligare förutsättning för detta är att NMR har skapat ett femårigt ad hoc-ministerråd för digitaliseringen. På så sätt sker reformen av kommittéerna främst för detta arbete i de nordiska samarbetsorganen. Därmed är utvecklingsfönstret gynnsamt med tanke på den tilläggsfinansiering som eventuellt är nödvändig från DIGI-MR.

Då jag undersökte deltagarlistan från mitt första plenarmöte 2014 insåg jag vilken omfattande och mångsidig kompetens alla mötesrepresentanter och experter från olika länder utgjorde. Till exempel bildade nätverket för statistiskt samarbete 2017 vid sidan om de officiella delegationerna jämte de arbets-, bransch- och projektgrupper som kommittéerna behöver för sin verksamhet, ett samarbetsorgan bestående av cirka 70–80 experter. När jag nu som senior tjänsteman

ger vidare mitt ansvar i Finlands Nososko-delegation kan jag konstatera att det nätverk som utvecklats med åren bildar ett slag nordiskt "utredningsinstrument". Detta nätverk gör det möjligt att smidigt samla de främsta experterna från olika länder i projektgrupper för nödvändiga utvecklings- och utredningsprojekt. Detta har bevisats i synnerhet genom de specialutredningar som ingått i NMR:s ordförandeskapsprogram under de senaste åren och som Nososko och Nomesko har inbjudits att upprätta. Basen är emellertid att kunna genomföra sina grundläggande uppgifter, det vill säga samla in nordiska social- och hälsodata, förbättra statistikens jämförbarhet, utveckla verktyg för analys och publicera statistik. Utifrån dessa kan den nordiska social- och hälsopolitiken få mer internationell synlighet och vår statistik kan bli ett ny nordiskt flaggskepp, vilket de nordiska ländernas goda placering i olika jämförelseprojekt av exempelvis OECD har visat.

Timo A. Tanninen, Nososko Finland



The main products of the committees' work – the statistical yearbooks "Social Protection in the Nordic Countries" and "Health Statistics for the Nordic Countries" have normally been based on the work of the editorial groups. In recent years the editorial group for Nososko has been led by Michael H. Feldballe Hansen from the Faroe Islands. In this article he gives an interesting insight into the committees' internal, so-called core activities. As well as compiling annual statistics the editorial groups have initiated developmental measures and have collaborated in a number of major projects. One example of the great importance of ongoing modernisation work has been the formulation of the committees' communication strategy, which has been led by the chairman of Nososko's editorial groups.

Nomesko og Nososko har som komiteer fungeret uafhængige af hinanden i hovedparten af deres tilværelse. Og det er stadig tilfældet i de permanente arbejdsgrupper. Ser man således bort fra samarbejde og koordinering på delegationslederniveau, er der fortsat tale om, at komiteernes arbejdsgrupper har fokus på egne områder.

Denne deling giver god mening i forhold til komiteernes fokusområder, der hver især dækker over store og væsentlige velfærdsområder. Samtidig har komiteerne også forskelligt fokus, alt afhængig af, hvordan datamateriale samles ind og formidling af dette finder sted.

Redaktionsgruppen har hidtil arbejdet inden for egne områder. Og selvom begge redaktionsgrupper har arbejdet med at publicere årbøger på stort set sammen måde, er der i form og indhold forskelle

i arbejdet, bestemt af emner og materialets karakter. Det er også med til at give oplevelsen af at sidde med to vidt forskellige årbøger, hvis man sammenligner de to seneste udgivelser fra redaktionsgrupperne fra 2017.

Denne tekst vil derfor fokusere på redaktionsgruppen i Nososko, der er en permanent arbejdsgruppe på samme måde som redaktionsgruppen i Nomesko.

Om redaktionsgruppen i Nososko

Redaktionsgruppen består af en repræsentant fra hvert af de lande, der deltager i komiteen. Som det kan forventes er der regelmæssig udskiftning blandt landenes repræsentanter i arbejdsgruppen. Udskiftningen har været hyppigere de seneste fem år, end det har været tilfældet tidligere. Det nuværende åremål for de fleste af gruppens medlemmer er fire til fem år.

Gennem mange år har redaktionsgruppen tilrettelagt arbejdet med en ordførende, der vælges blandt nationale delegater. Den ordførende har blandt andet til opgave at lede arbejdsgruppemøderne. Sekretariatet udgør en fast del af redaktionsgruppen og yder et væsentligt bidrag til arbejdet og er deltager på alle arbejdsmøder.

Redaktionsgruppen står for at indsamle data samt lande- og regelbeskrivelser og sørger for, at denne information formidles korrekt i publikationerne. For at gennemføre denne opgave har sekretariatet en stor del af ansvaret for at indskrive rettelsel og sammensætte data til tabeller og figurer.

Hidtil har redaktionsgruppen arbejdet med årbogen som vigtigste opgave. Dette vil fremover komme til at ændre sig i og med der ikke længere skal produceres årbøger. Arbejdet med at indsamle data og andet materiale fortsætter imidlertid uændret. Det er formidling i form af metode og hyppighed, der vil ændre sig og påvirke måden redaktionsgruppen arbejder på.

Hvert enkelt medlem af redaktionsgruppen hører til en national delegation. Der er forskel på, hvor stort et bagland redaktionsgruppemedlemmet skal koordinere data og tekstindsamling for. Typisk er

der i hvert land flere forvaltningsorganer, der leverer oplysninger til redaktionsgruppens medlem.

Oplysninger der indsamles kan eksempelvis være statistiske oplysninger fra det nationale statistikbureau. Men det kan også være en beskrivelse af lande- og regelsystemer, der gerne besvares af enkelte styrelser eller ministerier med ansvar for området.

Redaktionsgruppen arbejder med alle kapitler i bogen, og emnet for social sikring og velfærd dækker over temaer inden for politikområderne familie og børn, sygdom, arbejdsløshed, pensioner og sociale ydelser i øvrigt. Det er derfor næsten umuligt, at redaktionsgruppe-medlemmet kan have specialviden om alle facetter af områderne i bogen, og det hænder ofte, at spørgsmål, der diskuteres på arbejdsgruppens møder, må afklares eller besvares efter henvendelse til nationale eksperter i hjemlandet.

At der er lige så mange måder at være nationalt medlem af redaktionsgruppen, som der er medlemmer i arbejdsgruppen, betyder, at det er hensigtsmæssigt at have en mere uddybende beskrivelse af, hvordan indsamlingen finder sted i hvert enkelt land.

Dette er et tilbagevendende tema at diskutere og formidle. Det er hensigten, at redaktionsgruppen på den ny digitale platform skal informere mere om de nationale processer bag arbejdet. Hidtil har redaktionsgruppen fokuseret på at formidle de nationale kilder bag oplysninger, der samles ind og har været fremstillet i årbogen.

Det er også en tilbagevendende opgave for redaktionsgruppen at gennemgå og vurdere det indsamlede materiale. Dels i forhold til sammenlignelighed og anvendelse af så identiske metoder for indsamling og opgørelse som muligt.

For nogle år siden besluttede redaktionsgruppen at tilpasse årbogen til den overordnede struktur, der følger af ESSPROS nomenklaturen. Ser man årbogen "Social Protection in the Nordic Countries" efter i sømmene, vil man således observere en ensartet struktur i kapitlernes opbygning, som hovedsagligt svarer til nomenklaturen. I de enkelte kapitler er en ensrettet fordeling af statistik, regelbeskrivelser og udgifter, så vidt det er muligt i forhold til emnet.

På arbejdsgruppens møder optræder ofte behov for at diskutere det nærmere grundlag for strukturen på indsamlede data. I den udstrækning det ikke er muligt at forklare forskelle mellem landenes data, kan der være grundlag for at revidere dataindsamlingen.

Når det hænder, at der er behov for ændring i datagrundlaget, udarbejdes ofte en samlet dataoversigt, der strækker sig flere år tilbage. Senest har det vist sig nødvendigt i forbindelse med opsamling af statistik på området for udbetalt barselsydelse.

Om arbejde i kommunikationsgruppen

Et eksempel på udviklingsarbejdet, der udspringer af arbejdet i redaktionsgruppen, var oprettelse af ”kommunikationsgruppen”, der fik til opgave at afdække nye måder og metoder til formidling af komiteernes arbejde.

Kommunikationsgruppen fik på plenarmødet i Svolvær i 2014 mandat til at udarbejde en rapport med det formål at foreslå, hvordan komiteerne og deres produktioner kunne formidles bedre og gøres mere tilgængelige.

Arbejdsgruppen blev sammensat af medlemmer fra redaktionsgrupperne i Nososko og Nomesko samt nationalt udpegede deltagere, der havde formidlingsmæssig erfaring og baggrund. Af samme årsag skal gruppens medlemmer særskilt nævnes her:

<i>Jakob Lyng Sandegaard</i>	<i>Statens Serum Institut, Danmark</i>
<i>Samira Nawa Amini</i>	<i>Ankestyrelsen, Danmark</i>
<i>Simon Daniel Eiriksson</i>	<i>Statens Serum Institut, Danmark</i>
<i>Riikka Vayrynen</i>	<i>Institutet för hälsa och välfärd (THL), Finland</i>
<i>Sannamari Alatalkkari</i>	<i>Kela/FPA - The Social Insurance Institution of Finland</i>
<i>Jorun Ramm</i>	<i>Statistisk sentralbyrå, Norge</i>
<i>Tone Dehli</i>	<i>Nav, Norge</i>
<i>Roger Dahlberg</i>	<i>Socialdepartementet, Sverige</i>
<i>Sara Djupsund</i>	<i>Socialstyrelsen, Sverige</i>

*Jeanette Ellefsen Blaasvær
Michael Feldballe*

*Almannamálaráðið, Færøerne
Almannamálaráðið, Færøerne
(ordførende)*

Rapporten, der blev fremlagt på følgende plenarmøde i 2015 i Egilstaðir, havde intern karakter og henvendte sig til delegationerne i Nomesko og Nososko.

Udgangspunktet var ønsket om at afdække mulige forandringer af den hidtidige måde, komiteernes permanente arbejdsgrupper formidlede deres resultater.

Det var klart for delegaterne i Nomesko og Nososko, at skulle resultaterne komme ud til det ønskede publikum, måtte formidlingsstrategien gennemgå nogle ændringer.

Kommunikationsgruppen fik derfor til opgave at se nærmere på fire hovedspørgsmål: Hvem man formidler til, hvordan formidlingsformen kan ændres, herunder hvordan formidlingsplatformen kan udvikles, samt hvordan hyppigheden af formidlingen kan øges.

Kommunikationsgruppen kom frem til, at komiteerne har som overordnet ønske at kunne henvende sig til politikere og embedsfolk, journalister, akademiske miljøer og offentligheden generelt.

Det har været omtalt at få formidlet resultater oftere og målrettet journalister for derigennem at bidrage til udformning af national debat. Dette gælder særligt inden for aktuelle politikområder med et nationalt udgangspunkt og reference til nærmeste nordiske lande.

Når det gælder academia, er det i højere grad data og analytiske beregninger der har modtagers interesse. Særligt i en udformning der gør det muligt for forskere og studenter at arbejde med data på egen hånd.

Publikationer fra komiteerne – både årbøger og specialrapporter – hører til gruppen af ”grå litteratur”, der blandt forskere ikke er eftertragtede referencematerialer, da afsender ikke er uafhængig, men hører til offentlige forvaltningsorganer.

Ændring af denne gammeldags måde at formidle viden, hvor årbøger hidtil har været det primære middel til formidling, blev af

kommunikationsgruppen foreslået med fokus på to områder. Dels en fremtidig anvendelse af en digital platform til formidling af data og analytiske beregninger, men også en fortsættelse af de særegne lande- og regelbeskrivelser, blot i dissekeret form og med udsendelse af mindre rapporter, der indholdsmæssigt er begrænsede til enkeltstående emner.

Udviklingen af en digital platform er et emne der er taget op af delegationerne. Det indgår derfor som væsentligt arbejdsområde for de kommende år. Et særligt projekt er oprettet med henblik på at forbedre hyppighed og formidling af data og analyser og vil i 2018 være særlig interessant for starten på denne udvikling.

Formidling af lande- og regelbeskrivelser bliver indarbejdet som del af denne proces. Det vil først og fremmest betyde, at formidling vil blive forankret i den digitale platform. Det vil også ændre radikalt på opfattelsen af publikationsmetoden og give andre muligheder for formidling af denne information i fremtiden.

Kommunikationsgruppen tog også fat på diskussionen om feedback fra brugere af Nomesko og Nososko. Behovet for en brugerundersøgelse blev klart for delegationerne, og et projekt blev oprettet og gennemført i over årsskiftet 2016-17.

Af konklusionerne på denne rapport var blandt andet, at fornyelse og udvikling af den eksisterende produktion er væsentligt for positionering af komiteerne i forhold til brugere.

Dette, sammen med en udvikling af tilgængelighed og anvendelse af materialet generelt, gør, at anbefalingerne ligger i forlængelse af den erkendelse, som kommunikationsgruppen kom frem til, og som delegationerne nu har sat sig for at ville arbejde efter og forandre.

Redaktionsgruppens arbejde fremover

Redaktionsgruppen i Nososko vil i de kommende år fortsætte med at indsamle materiale på samme måde som hidtil. Imidlertid vil fokus være på datagrundlaget til brug for regelmæssig formidling og opdatering af information på den fælles hjemmeside, der fremover vil udgøre formidlingsplatformen for begge komiteer. Det vil ændre på

den måde, arbejdsgruppen hidtil og gennem mange år har tilrettelagt sit arbejde.

De første skridt i omstillingsprocessen er taget for nogle år siden, hvor redaktionsgruppen kortlagde hyppigheden, hvormed de nationale statistikbureauer kan levere data til opdatering af database og videre formidling på hjemmesiden. Dette arbejde videreføres i et særligt projekt for at tilrettelægge grundlaget under redaktionsgruppens arbejde i de kommende år.

Michael H. Feldballe Hansen, Nososko Færøerne

Kapitel 3: Demografisk utveckling och ökade mobilitet avspeglas i Nomeskos utredningsprojekt

Det tredje kapitlet är baserat på arbetsinsatser från NOMESKO. Den första artikeln beskriver demografiska utmaningen. *The Ageing Society* – artikeln är ett exempel på, att detta område ”äldres hälsa” har varit en långvarig prioritet i kommitténs arbete sedan millennieskiftet.

Andra artikeln är ett exempel på ett politiskt uppdrag, som NOMESKO fick genom det finska ordförandeskapet i NMR år 2016. Uppgiften var att göra en utredning om patientrörlighet i Norden. Inom ramen av projektet genomfördes också en liten speciell studie om sjukvårdspatienternas rörlighet mellan gränsregionala områden i Nordkalotten, dvs. mellan de nordligaste regionerna i Finland, Norge och Sverige. En pådrivande aktör i detta projekt var också Åland, som gav underlag och exempel på, hur man utreder och analyserar patientrörlighet över gränsregionala områdena. Inom ramen för projektet påtalades värdet av att få eRecept-systemet att fungera över landsgränserna, när människors mobilitet på grund av studier, arbetet, turism samt även pensionärrörligheten ökar i Norden och Europa.

The ageing society



The Nordic region has one of the world's oldest populations. In recent decades, the health and care of elderly people has attracted more and more attention, as the proportion of elderly people in the population is increasing. Therefore NOMESCO and NOSOSCO have prepared articles and special publications on elderly health and wellbeing in, «The health of the elderly people» and «Old-age Pension Systems in the Nordic Countries» both published in 2008 and «Health and health care of the elderly in the Nordic Countries» published in 2017.

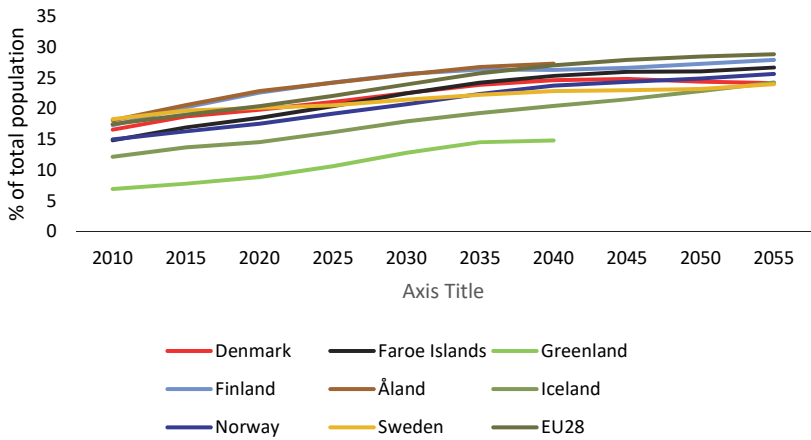
Elderly people in the Nordic region do not comprise an homogeneous group in terms of health. There are large individual variations. In general, the living conditions of elderly people are closely related to each country's general standards and living conditions. In this regard, the Nordic countries show great similarities. Notwithstanding minor variations in the Nordic countries, today's younger elderly people and those who are now approaching pensionable age can look forward to many years of relatively good health and a relatively high standard of living.

The World Health Organization (WHO) has established two objectives for older people:

- Older people will be able to remain in good health as they age and maintain both independence and autonomy in important life choices for as long as possible.
- Older people will be active participants in society.

In principle, it is these objectives that steer and permeate the ambitions of the Nordic countries’ healthcare and social services.

Figure 1: Elderly population (aged 65 and over)



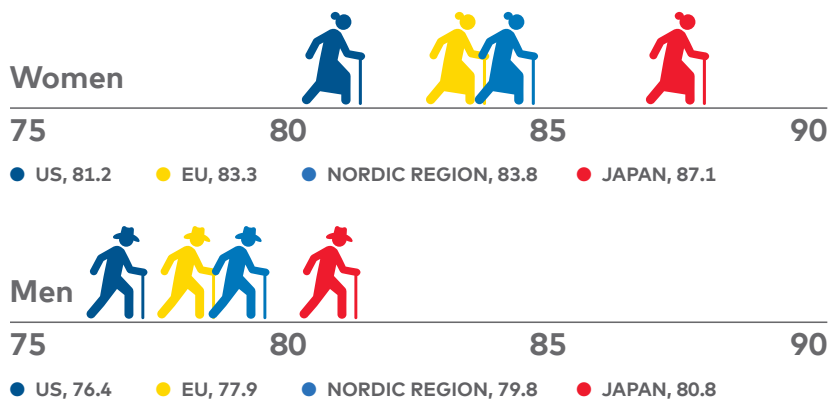
Source: Nordic Statistics 2017 (Nordic Councils of Ministers)

The proportion of people aged 65 and older in the Nordic region is increasing, and an increasing number of people are now living to great ages. Many old people retain independence and remain in their own homes up to a great age.

The Nordic population is getting older

In the first half of the 20th century, falling mortality rates from infectious diseases, particularly among young people, helped to increase life expectancy. In the second half of the 20th century, falling mortality rates from cardiovascular diseases were the main reason behind the constant increase in life expectancy. Together with a relatively low birth rate, this has increased the proportion of older people in the population.

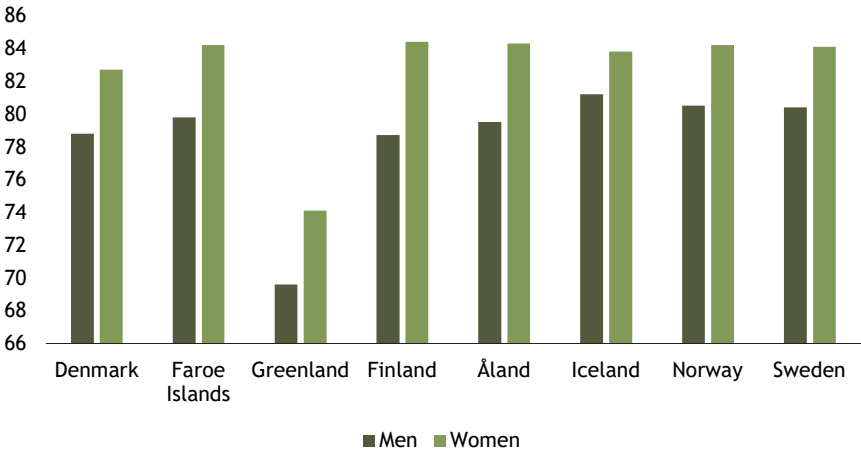
Figure 2: Life expectancy (years) in the Nordic countries compared with other areas



Source: *Nordic Statistics 2017 (Nordic Councils of Ministers)*

Life expectancy is the number of years a person can expect to live, calculated based on the risk of death in each age group. Life expectancy at birth has been increasing over many years, and the trend is expected to continue. Remaining average life expectancy at the age of 65 and 80 has increased in recent decades in all the Nordic countries and will continue to do so in the coming decades.

Figure 3: Life expectancy (years) in the Nordic countries, 2016

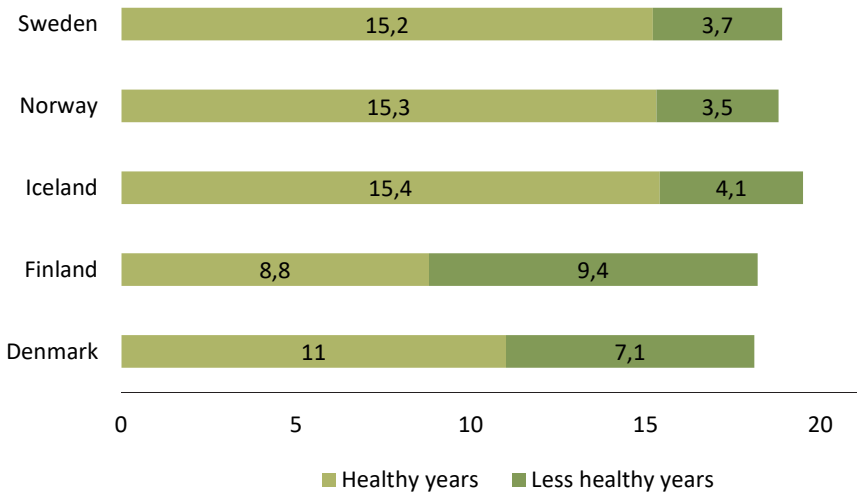


Source: Nordic Statistics 2017 (Nordic Councils of Ministers)

As a supplement to the traditional ways of calculating and reporting remaining average life expectancy, Eurostat has developed an indicator for health status in the population aged 65 and older. The indicator gives an estimate of the number of years people can expect to live with good health or without disability after the age of 65. When combining this data on healthy years with data on the total number of remaining years after 65, the figures show the relationship between the number of remaining healthy and less healthy years for men and women.

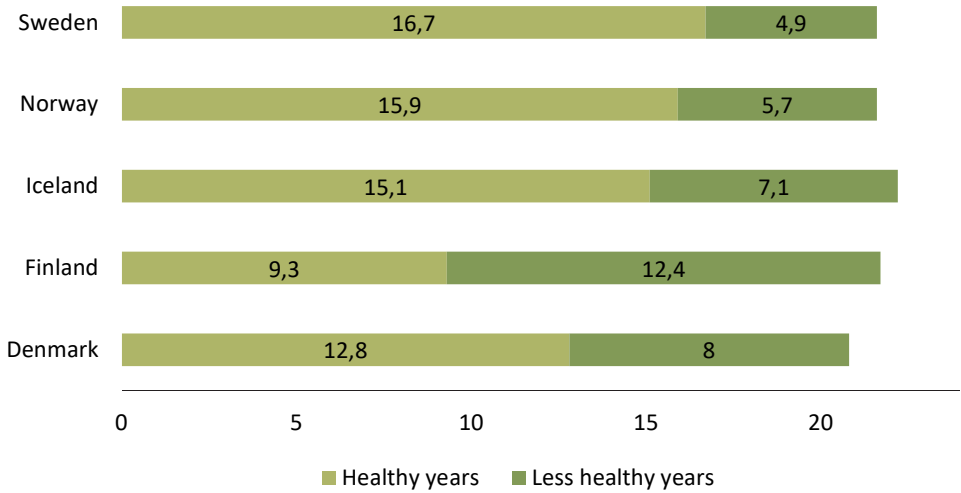
The Healthy Life Years indicator (HLY) is a European structural indicator computed by Eurostat. HLY measures the number of remaining years that a person of a certain age is expected to live without disability. It is actually a disability-free life expectancy. Cultural differences in reporting activity limitations may partly explain the large country differences.

Figure 4: Relationship between remaining healthy and less healthy years at 65 years, men 2014



Source: Eurostat

Figure 5: Relationship between remaining healthy and less healthy years at 65 years, women 2014



Source: Eurostat

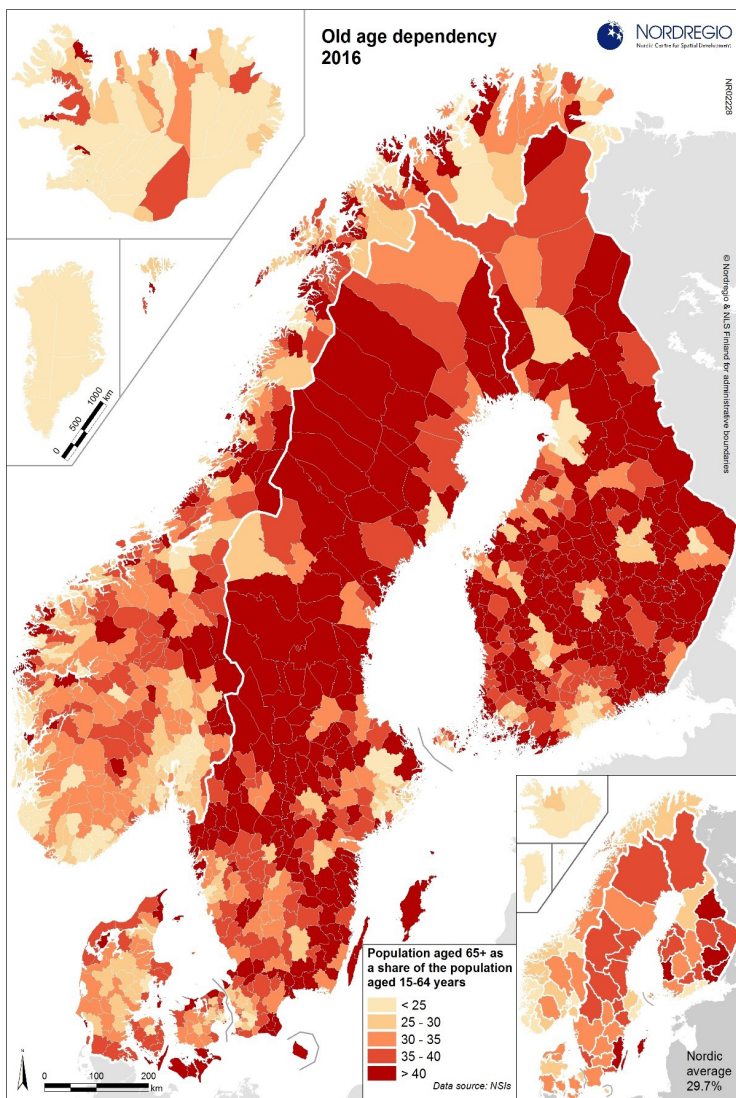
Table 1: Relationship between remaining healthy and less healthy years at 65 years, men and women 2016

	Males		Females	
	Healthy years	Less healthy years	Healthy years	Less healthy years
Denmark	11,5	6,7	11,9	8,9
Finland	9,4	8,8	8,9	13,0
Iceland	15,5	3,2	15,1	6,2
Norway	15,4	3,7	15,2	6,4
Sweden	15,1	4,0	16,6	4,9

Source: Eurostat

The greatest population increases are observed in the Nordic capitals. The proportion of old people in relation to young people is increasing. In both Finland and Sweden, the proportion of old people is growing in rural areas, when young people in the population move to the metropolitan areas to study and work. This phenomenon increases the pressure on the municipalities in rural areas.

The old dependency ratio shows the proportion of people aged 65 and older in relation to the working-age population (those aged 15-64), and is an indicator often used in international comparisons.



Old age dependency 2016 (Nordregio): The red shading represents the percentage, with darker colours corresponding to a higher percentage of the population aged 65 and over as a share of the working-age population (15-64), and lighter colours corresponding to a lower percentage. Relatively high rates can be found in a large number of municipalities in Finland and Sweden.

Health of the elderly

Elderly people do not comprise an homogenous group in relation to health and living conditions, and there are clearly large individual variations. Most elderly people are in good health when they reach pensionable age and they can live a long time, maintain their health and function well. With increasing age, the prevalence of disease and disability increases. The proportion of people aged 65 and older in the Nordic region is increasing, and an increasing number of people are now living to great ages. Many old people retain their independence and remain in their own homes up to a great age. Not until the age of nearly 80 does the proportion of elderly people living in special accommodation in the Nordic countries exceed 10 per cent.

The older a person becomes, the greater the risk of contracting more and comorbid diseases, living with reduced physical and cognitive abilities, and becoming more dependent on help, medical and otherwise, to manage everyday life. However, health has generally improved in recent decades, and increasing life expectancy is driven not least by reduced mortality after retirement age.

Health status based on questionnaire data on self-reported health

A person can perceive their health as being good or poor, regardless of whether they have any diseases. The subjective perception of health is affected by, for example, what expectations the person has regarding their own health and their reference framework.

In the Nordic countries, the proportion of people who rate their health as good or very good has increased in the past ten years, but the differences between the Nordic countries are great. A high proportion of women and men over 65 in Norway and Sweden rate their health as good or very good. This is very different from Finland, where less than half of women and men over 65 rate their health as good or very good. It remains unclear if this is a real phenomenon or caused by reporting.

Table 2: Perceived health status: Good/very good health, age 65+, percentage of the population in the Nordic Countries, 2005-2016

Year	2005	2010	2013	2014	2015	2016
Men						
Denmark	53,1	52,5	57,4	58,6	59,5	55,5
Finland	36,1	31,5	35,8	40,0	45,1	44,5
Iceland	41,8	48,2	50,1	53,9	50,5	n/a
Norway	51,5	61,3	60,7	67,1	65,5	62,7
Sweden	52,6	59,1	63,5	62,9	59,5	58,6
Women						
Denmark	61,1	60,8	60,5	60,5	59,7	58,0
Finland	40,9	37,9	42,1	41,0	50,3	50,1
Iceland	53,4	52,9	58,4	58,8	63,3	n/a
Norway	61,0	70,9	63,4	67,4	67,9	68,2
Sweden	58,6	62,8	69,9	70,2	67,1	63,0

Source: OECD Health statistics

Conclusions and recommendations

Many elderly people manage very well, and better than they did several decades ago. Many of them live a long life with good health after reaching pensionable age. Average life expectancy has increased for both men and women, and will continue to increase in the Nordic countries. The proportion of people aged over 80 will increase in the future.

The changing age structure, with a growing proportion of old and very old people will make new demands on society as the proportion of working-age people in the population falls. When there are fewer

economically productive people to support a greater proportion of old people, there are fewer resources available for allocation to different parts of society. The dependency burden is expected to increase in all the Nordic countries, although the increase in Denmark and Sweden will be relatively small in the coming decades. Iceland and Norway will continue to have the lowest number of old people in the population.

The older a person becomes, the greater the risk of contracting more and comorbid diseases, living with reduced physical and cognitive abilities, and becoming more dependent on help, medical and otherwise, to manage everyday life. Not until the age of nearly 80 does the proportion of elderly people living in special accommodation in the Nordic countries exceed 10 per cent.

For NOMESCO and NOSOSCO our recommendation is to develop and extend the statistics describing the health and care of the elderly in the population and monitor the effects of a growing proportion of elderly people on society.

Ingalill Paulsson Lütz, Nomesko Sverige



The enquiry entitled "The Future Nordic Cooperation on Health", carried out on behalf of the Nordic Council of Ministers by the former Swedish minister Bo Könberg, was prepared in 2014. Since then this work has revitalised Nordic health policy cooperation in many ways through the 14 concrete recommendation contained in the enquiry. One of these – discussion of patient mobility and its possible improvement in the Nordic countries – was earmarked in 2016 through Finland's NMR chairmanship programme for Nomesko. Nomesko was tasked with describing the relevant legislation governing patient mobility in the Nordic countries, compiling the available statistics and proposing measures for the development of statistics in the near future. In addition – because of the initiative and political mission of the Nordic Council – a special study was carried out on patient mobility in Nordkalotten, i.e., in the northernmost regions in Finland, Norway and Sweden.

Patientmobilitet har inte stått hög på agendan för nordiskt samarbete fram till de senaste åren²³. En rapport med titeln "Det framtida nordiska hälsosamarbetet" av utredaren Bo Könberg publicerades 2014, och den innehöll 14 rekommendationer. Den sjunde rekommendationen behandlade potentialen för att främja patientmobilitet

²³ Den första nordiska studien om patientrörligheten i Norden publicerades 2011 av det norska utredningsinstitutet Innova – strax före verkställandet av EU:s patientrörlighetsdirektiv. Där man utredde speciellt möjligheter och hinder för patientrörligheten samt man genomförde en djupstudie om rörligheten av patienter speciellt inom Öresunds-området.

bland de fem nordiska länderna. Uppgifter gällande patienttrörligheten är essentiella för den nordiska gruppen för högspecialiserad vård, det nordiska nätverket för sällsynta sjukdomar och samarbetet inom e-hälsa.

Nomesko samlat in sjukhusstatistik för årtionden, men det finns ingen information om patienter som använder hälsovårdens tjänster utanför sitt eget hemland. Under programmet för Finlands ordförandeskap för nordiskt samarbetet år 2016 startades en förstudie, som skulle täcka en översikt om regler för patienttrörlighet - hur de nordiska länderna och självstyrande områdena har löst frågor patienttrörligheten och de praktiska arrangemangen – samt kartläggning av existerande nationell och internationell statistik i ämnet. Gruppen diskuterade om intressanta nordiska fallstudier, och även dessa blev rapporterade. I projektet deltog alla fem länderna samt Grönland och Åland. Färöarna blev regelbundet informerad om projektet och dess framsteg. Rapporten kom ut hösten 2017.

Samma regler

EU-direktivet och förordning är grunden för patienttrörlighet i EU- och EES-länder (Gränsöverskridande sjukvårdsdirektiv och förordning 883/2004, direktiv 2011/24/EU). De klargör patienträttigheter och reglerna för gränsöverskridande hälso- och sjukvård samt tillgång till och ersättning av hälso- och sjukvårdstjänster i ett annat EU-land. Samtliga EU-länder hade till och med den 25 oktober 2013 på sig att genomföra direktivet. Norge gjorde detsamma år 2015 och Island år 2017. Direktivet gäller även på Färöarna och Åland. Grönland är inte medlem i EU och har inte formellt anslutit sig till direktivet, men följer generella behandlingsregler inom Europa. Akutvård ska tillhandahållas för alla, men ett giltigt sjukförsäkringskort garanteras medicinskt nödvändig vård med samma egenbetalning och avgifter som invånarna har. För planerad vård kan patienten ansöka om förhandstillstånd enligt förordningen.

Direktivet bygger på att patienten eller kunden utan fördomsrätt har rätt att få behandling i ett EU- eller EES-land, men skall betala

alla sina kostnader för behandling själv. Ansökning om ersättning från sitt bosättningsland kan göras enligt hemlandets lagstiftning, men först efter hemkomsten. Förordningen bygger på det faktum att patienten har ett europeiskt sjukförsäkringskort eller något annat dokument som visar rätten att få vård trots man är bosatt i ett annat land än försäkringslandet.

Situationen är enklare i Norden. Den medicinskt nödvändiga vården kan erhållas genom att visa ett officiellt identitetskort och ge sina adressuppgifter till tjänsteleverantören. Inom Norden finns nämligen flera nordiska avtal om hälso- och sjukvården och om socialtjänster:

- Avtal mellan Danmark, Finland, Norge och Sverige gällande samarbete om territoriella gränser, syftet att förebygga eller begränsa skador på människor, egendom
- Nordisk konvention om social integration,
- Överenskommelse om den gemensamma nordiska arbetsmarknaden för viss vårdpersonal och veterinärer av den 14 juni 1993, ändrad genom konventionen av den 11 november 1998.

Dessutom har de nordiska länderna flera regionala eller nationella avtal för gränsöverskridande samarbete, som rapportens exempel visar i Nordkalotten²⁴, mellan Åland, Uppsala (Sverige) och Åbo

²⁴ Ett sådant avtalssystem kan vara ganska komplicerat, om det gäller flera länder som deltar i verksamheten. Så visade sig vara fallet, när vi studerade Nordkalotten. Flera multilaterala avtal kompletterades med några bilaterala kontrakt behövdes för att bereda mandaten för gränsregional hälso- och sjukvård (till exempel Agreement on cross-border cooperation - Healthcare providers in Northern Norway, Sweden and Finland, Samverkan med ambulanshelikopter mellan Norge och Sverige, Procedures for Prehospital Emergency Medical Care, Procedures for cooperation and interaction between Emergency Call Response Centers, Administrative Procedures). Se närmare Nordkalottens organisering av samarbetes, utveckling och patientvolym i kapitel 6.2 Cross-border regional patient mobility – Case North-Calotte i rapporten *Statistics on patient mobility in the Nordic countries*, Nomesko 107:2017.

(Finland) eller mellan Island och Danmark. EU-blanketter används vanligtvis inte i Norden, vilket innebär att EU-statistik inte kan användas för att redovisa patientrörlighet inom Norden. Samma gäller sjukhusvårdsstatistik, som Eurostat samlar in i mycket detaljerad format. Många länder har svårigheter att leverera statistik regelbundet till Eurostat, och ingen statistik har publicerats trots den har samlats in under längre tid.

Lite statistik

Eftersom det inte finns statistik på EU-nivå, undersöktes möjligheterna att få jämförbara uppgifter om användningen av sjukhustjänster i de nordiska länderna. Danmark, Grönland, Finland, Åland, Island och Norge kunde ge några uppgifter, men jämförbarheten var utmanande. Finland och Åland tillhandahöll endast sjukhusvård. Andelen episoder med alla utlännningar av alla episoder inom öppen- eller sjukhusvård varierade mellan 0,1 % och 1,2 %. Andelen patienter från andra nordiska länder varierade mellan 26 % och 46 %, vilket gav en andel på mellan 0,0 % och 0,4 % av alla episoder.

Andelen utländska patienter av antalet patienter inom öppen- eller sjukhusvård varierade mellan 0,6 % och 1,6 %. Andelen patienter från övriga nordiska länderna varierade mellan 26 % och 41 % vilket ger en total andel på 0,1 % och 0,4 % av alla patienter. Man bör notera att länder hade olika proportioner av utlännningar från vilka det saknades information om ursprungslandet. Norge och Åland rapporterade inga episoder eller patienter med saknade data. I Danmark, Finland och Island varierade andelen patienter utan information om sitt hemland mellan 27 % och 48 %. Det var inte möjligt att jämföra de viktigaste diagnoser eller åtgärder hos patienter som vårdats i ett annat nordiskt land än sitt hemland. Statistiken visade att det finns många olika orsaker att använda hälsovårdens tjänster utomlands: några var akuta fall, en del planerad vård och en del hade patienten sökt sin vård utomlands.

Slutsatser och rekommendationer för Nomesko

En tidigare studie från 2011 (Nordic Innovation 2011) rapporterade att gränsöverskridande hälso- och sjukvård gäller endast på hundratalet eller högst tusentalet patienter per år. Förstudien visade att rörlighetsvolymen har ökat mellan enskilda länder, men är i bästa fall färre än tio tusen. Jämfört med det totala antalet patienter som behandlas av varje nordiskt land står gränsöverskridande hälso- och sjukvård endast för en bråkdel av en procent.

Det är svårt att uppskatta omfattningen av vården i de övriga nordiska länderna. Under deras ömsesidiga överenskommelser, behöver dessa länder inte fakturera varandra för vården för nordbor i händelse av akut sjukdom, vilket innebär att det faktiska antalet patienter blir okänt. Länder kan få statistik över dem som presenterar sina europeiska sjukvårdskort eller ID-kort inom sjukvården, men det finns problem med att inhämta tillförlitliga uppgifter om de patienter som är bosatta i ett land men är försäkrade i ett annat nordiskt land.

Det finns en naturlig förklaring till det låga antalet mobila patienter: I enlighet med det nordiska välfärdsstatskonceptet försöker enskilda länder erbjuda högkvalitativ hälso- och sjukvård över hela landet. Enligt internationella jämförande studier har de nordiska länderna lyckats med detta på ett exemplifierande sätt (se OECD Health Data). Som framgår av ovanstående uppstår det ett antal språkliga, kulturella och administrativa omständigheter (såsom ersättnings- och betalningssystem) som hinder för patientrörligheten över de nordiska gränserna. De försvårar sökandet efter och tillgång till hälso- och sjukvård i ett annat land, även mellan de länder där de skandinaviska språken talas (Danmark, Sverige och Norge).

Emellertid visar denna förstudie att när det finns ett verkligt behov av samarbete inom specialistsjukvården, kan det ordnas på kontraktbasis mellan de nordiska länderna och mer specifikt mellan de självstyrda områdena och deras partnerländer. De nordiska samhällena kännetecknas av avancerad demokrati och en beslutsprocess som ligger nära medborgarna. Detta gäller också för sjukvården där

tjänsterna normalt tillhandahålls av kommuner och samkommuner samt län/landsting och regioner. Dessutom har lokala och regionala tjänsteleverantörer länge utvecklats och underhållit hälso- och sjukvård IT- och patientdatasystem självständigt. Med tanke på att nationella uppgifter gällande patientrörlighet fortfarande är ett relativt nytt fenomen och ingen av de fem nordiska länderna har ännu inte kunnat skapa ett komplett nationellt system för övervakning. Samtidigt kan datainsamlingslösningar som krävs för internationella patientrörlighetsstatistik lättare integreras i arbetet genom att utveckla IT-system.

Speciella krav för Finland

Under EU gränsöverskridande sjukvårdsdirektiv är medlemsländerna skyldiga att ersätta kostnaderna för den gränsöverskridande sjukvården upp till det maximala belopp som medlemsstaten skulle ha betalat om vården har givits på eget territorium. Den ersättningsmodell som Finland tillämpar täcker kostnaderna enligt sjukförsäkringslagen (1224/2004), medan EU finner att den begränsning som tillämpas av Finland inte är helt förenlig med EU-direktiven. Enligt kommissionen borde kostnaderna ersättas på ett sådant sätt att det belopp som skall betalas av patienten är identisk med det belopp som patienten skulle ha fått betala för samma omsorg om den tillhandahålls av finländska hälsovårdssystemet. Finland hävdar att direktivet om gränsöverskridande hälso- och sjukvård bör tolkas med vederbörlig hänsyn till struktur och inneboende i det nationella systemet i varje medlemsstat. Följaktligen likställs vården från en annan EU-medlemsstat till den vård som inhämtats utanför kommunen som är ansvarig för vården i Finland. Denna praxis bygger på det befintliga finansieringssystemet för flera kanaler.

Finlands förberedelser för en omfattande reform av social- och hälsovård är på gång. Det ger en övergång från det nuvarande decentraliserade systemet till ett system med 18 regionala enheter som ansvarar för att erbjuda integrerade sociala och hälsovårdstjänster. Reformen träder i kraft i början av 2020 i hela landet förutom Åland.

Samtidigt kommer människors valfrihet att gradvis förstärkas. Finlands social- och hälsovårdsreform kommer att underlätta patientrörligheten, vilket innebär ett större behov för statistik. Detta blir lättare eftersom Finland tog från och med 2017 i bruk ett särskilt elektroniskt förmånssystem. Tidigare var statistiken baserad på manuell datainsamling. Nu kommer med det nya systemet data migreras till Folkpensionsanstaltens datalagring med detaljerad, aktuell statistik om rätt till vård att kunna publiceras.

Hänvisningar till EU-direktivet ingår i anmälningarna till det finska sjukhusutskrivningsregistret. I början av 2017 skapade Institutet för hälsa och välfärd (THL), som upprätthåller registret, en variabel som anger om vård som utlänning har fått var enligt EU-direktivet. Information om patienter bosatta utanför Finland brukar vara osäkert och saknas ofta.

Rekommendationer

Projektet ger följande rekommendationer för ytterligare åtgärder för att övervaka patientmobilitet och sammanställning av statistik:

1. Länder bör samla in mer fullständiga uppgifter om patientmobilitet för EU. Dessa data kan användas som grund för nordisk statistik.
2. Statistiken för EU kan utvecklas genom att initiera nordiska samarbetsprojekt och studier. På basis av Könberg rapporten skulle det vara intressant om länderna kunde komma överens på nordisk nivå hur de individer som använder andra länder hälsovårdstjänster kunde identifieras. Detta kan underlätta kontakterna mellan olika vårdgivare för dessa patienter. Könberg rapporten föreslår också att samarbetet mellan nordiska länder utvidgas till exempel till högspecialiserad vård. I framtiden kan vi förvänta oss ökat patientflöde bland de nordiska länderna. Även i dessa sammanhang krävs en identifiering av patienten. Det skulle vara mycket intressant om man kunde lösa denna fråga på nordisk nivå.

3. Uppgifter om bosättningsland bör läggas till i nationella hälso-
årdsregister för att täcka vården, som inte ingår i EU:s statistik.
Det bör diskuteras om hälsostatistik för de nordiska länderna
i framtiden ska innehålla en tabell över patientmobilitet - t.ex.
inläggningar, recept. Detta förutsätter att de nationella hälsoin-
formationssystemen är väsentligt mer utvecklade än i dagsläget.
4. Systembeskrivning av lagstiftning, praxis och statistik bör publi-
ceras på Nomeskos hemsida och bör uppdateras regelbundet, och
alltid efter stora förändringar.

Till sist kom arbetsgruppen till slutsatsen att ett mer omfattande projekt för att utveckla sammanställningen av statistik om patientmobilitet bör startas om 5–7 år, eftersom det tar tid att utveckla de nationella informationssystemen. Tidsintervallet är identiskt med den tid som gått sedan föregående studie släpptes av Nordic Innovation år 2011.

Specialfall: Odokumenterade invandrare - ”de papper-slösa”

Samtidigt som projektet påbörjades ökade invandringen och antalet asylsökande i Norden. Efter att ett rekordantal humanitära migranter anlände till Norden år 2015–2016, stod det klart att en stor andel av dessa inte skulle få permanent asyl och att det fanns en risk för att antalet illegala invandrare i de nordiska länderna skulle öka betydligt. Odokumenterade invandrare kan komma att utgöra en allvarlig utmaning för hälsovården om inte lagstiftning, resurser och finansieringen anpassas med den nya situationen. På grund av denna nya och utmanande situation beslutade projektgruppen att begära nationella systembeskrivningar om rättigheter och förordningar för odokumenterade invandrare.

Systembeskrivningen visar att länderna har tagit olika ställningar, vilka hälsovårdens tjänster de odokumenterade invandrarna disponerar. Det fanns även en viss variation inom länderna, eftersom många storstäder har beslutit om en mera liberal politik. Den tredje sektorn

var också en markant aktör för att organisera på hälsovårdens tjänster för de som vistas olaglig i sitt bosättningsland.

Asylsökande - tio i topp inom EU 2011-2015

	2011	2012	2013	2014	2015	% förändring, 2014- 2015	Per million invånare, 2015
Ungern	1.690	2.155	18.895	42.775	177.135	+314	17.973
Sverige	29.650	43.855	54.270	81.180	162.450	+100	16.666
Österrike	14.420	17.415	17.500	28.035	88.160	+214	10.280
Norway	8.990	9.675	11.930	11.415	31.110	+173	6.021
Finland	2.915	3.095	3.210	3.620	32.345	+794	5.911
Schweiz	23.615	28.400	21.305	23.555	39.445	+67	4.788
Luxenburg	2.150	2.050	1.070	1.150	2.505	+118	4.450
Malta	1.890	2.080	2.245	1.350	1.845	+37	4.297
Belgien	31.910	28.075	21.030	22.710	44.660	+97	3.967
Danmark	3.945	6.045	7.170	14.680	20.935	+43	3.699

Källa: Annual Report on the Situation of Asylum in the European Union 2015, European Asylum Support Office 2016

Mika Gissler, Nomesko Finland

Källor:

Gissler M, Tanninen TA, Lehto E and the national experts: Statistics on patient mobility in the Nordic countries - Pre-study. Nomesko (Nordic Medico-Statistical Committee) 107. Copenhagen 2017. <http://norden.diva-portal.org/smash/get/diva2:1148529/FULLTEXT01.pdf>

Hem K-G, Kalseth B, Wilson A: Patient mobility in the Nordic Countries. Volume and obstacles. Nordic Innovation 2011. <http://www.nordicinnovation.org/Publications/patient-mobility-in-the-nordic-countries-volume-and-obstacles/>



Åland - unlike the other two self-governing areas, The Faroe Islands and Greenland – has not chosen to be represented by its own delegation in Nomesko, but does cooperate via the Finnish Nomesko network and since the middle of the 1990s has sent its statistics to the Nordic Medico-Statistical yearbook. Over the years Åland has also actively collaborated in various Nomesko projects that have been in the province's interest, the last of which involved the project group for assessing patient mobility in the Nordic countries. Using its own statistics and experiences of how to analyse information on patient mobility on the Finnish "mainland" and in Åland and Sweden, the project group was able to create more in-depth statistical descriptions and to analyse interregional movement of patients in Nordkalotten. In association with Nomesko's special study, it was noted on Åland's part that cooperation in ePrescriptions would be highly important in the Nordic countries in the future. In addition to these information issues, the article also presents interesting accounts of distinctive features of the Åland community and of self governance.

Öriket Åland²⁵ är ett självstyrkt och enspråkigt svenskt landskap i Finland med sin egen flagga, den blåbottnade korsflaggan med sitt gul/röda kors. Åland har också egna frimärken, egna registreringsskyltar och en egen toppdomän (.ax). Unikt för Åland är den orörda skärgården och de vackert slipade klipporna som får sin röda färg från

²⁵ www.visitaland.fi

den åländska rapakivgraniten. Med sina 6 700 öar erbjuder Åland en övärld där havet alltid är nära. Sammanlagt bor 29 214 personer på Åland (2016) fördelade på 16 kommuner. Av dem bor cirka 11 565 (2016) i Ålands enda stad, Mariehamn. Staden grundades 1861 och är idag centrum för näringsliv och politik. Det är även säte för Ålands regering som kallas landskapsregeringen.

I öriket räknas sjöfart, handel, bank, jordbruk, livsmedel och turism till de viktigaste näringarna. Särskilt sjöfarten har alltid varit viktig för Åland och ingen annan näring har nog präglat ålänningarna så mycket som den.

Idag kallas Ålands lagstiftande församling för lagting som består av 30 ledamöter. Lagtinget har rätt att stifta egna lagar inom flera områden som undervisning, kultur, hälso- och sjukvård, näringsliv, polis-och postväsendet samt kommunikation. Således är den åländska hälso- och sjukvården inte direkt beroende av Finlands social- och hälsovårdsreform.

Åland är representerad i Nordiska rådet och det nordiska ministerrådet samt har medlemmar i olika ämbetsmannakommittéer. Åland har specialrådgivare i Bryssel som skapar kontakter och följer upp ärenden som hör till Ålands behörighet, man har en representant i EU:s regionkommitté men ingen egen parlamentsplats i Europaparlamentet.

Hälso- och sjukvård på Åland²⁶

Ålänningarna har bra hälsa. Jämfört med hela Finland har ålänningarna konstaterats inta första eller andra plats när man bedömer populationens hälsa med hjälp av flera indikatorer. Däremot visar cancerstatistiken lite högre siffror än övriga Finland, beroende eventuellt på vida screeningsaktiviteter, speciellt när det gäller prostatacancer.

26 Ålands landskapsregering, Almqvist. F & Latvala U-L: Åland Folkhälsorapport 2015. Mariehamns tryckeri 2015. ISBN 978-952-5614—59-6

Ålands hälso- och sjukvård (ÅHS) har ett sjukhus med 121 sängplatser. ÅHS kan erbjuda vård inom de flesta specialiteter, också med en omfattande jour. ÅHS ansvarar för all primär- och specialistsjukvård för åländska invånare men i vissa fall remitteras patienter till Sverige och Finland. 2016 fanns det 690 akuta och 3313 remitterade patienter, då hela ÅHS hade totalt 103 391 besök. Samma år fanns det 283 flygtransporter från eller till ÅHS. Hälso- och sjukvården på Åland är ca. 700 €/invånare dyrare än i Finland. Små volymer med omfattande jourberedskap är en orsak till detta.

Det är en bestående och stor utmaning för Åland att locka kompetent personal inom hälso- och sjukvård. Delvis beror det på att det svenska språket är det enda officiella språket, vilket begränsar finskspråkiga hälso- och sjukvårdsanställdas möjligheter att arbeta på Åland, dels Ålands geografiska läge. Framtidens utmaningar är den åldrande befolkningen och ekonomi på samma sätt som i hela Finland.

Privat hälso- och sjukvård

Åland har två privata läkarstationer. Den privata sektorn sköter en hel del av företagshälsovården. Även dagkirurgiska operationer utförs och flera konsulterande specialiserade läkare som kommer utanför Åland arbetar på dessa privata läkarstationer. Det finns även många privata tandläkarstationer på Åland eftersom ålänningarna har möjlighet att få tandvård i offentlig tandvård endast tills de fyller 27 år. Det är i motsats med övriga Finland där alla medborgare har möjlighet att besöka offentlig tandvård livet ut.

eRecept på Åland

Från början av 2000 – talet hade undertecknad möjlighet att, å tjänstens vägnar, följa upp och delta i möten när eRecept diskuterades och lagen formades. När lagen om elektroniska recept stadgades 2007 (FFS 2007/61) hade det för Ålands del lämnats en valmöjlighet: Att ansluta till eRecept eller ej.

På ÅHS ansåg man det först som en lättnad eftersom Åland, med sin småskalighet med endast 3 apotek, skulle slippa de stora kostnader som vårdinformationsleverantören krävde för att ansluta sig i eRecept och KanTa. Riksomfattande anvisningar och utbildningsmaterial, när det gäller elektroniska recept, var i början mestadels på finska vilket var ett problem för Åland. De hemsidor som fanns då på KanTa:s sidor var inte så bra strukturerade och det var svårt att få grepp om vad som var viktigt. Men så småningom började befolkningen, som besökte apoteken, fråga: "Varför har vi inte eRecept som i Finland - det är mycket nytta med den speciellt när man själv kan se sina egna recept på nätet och men inte behöver pappersrecept mera".

Lagstiftningen ändrades senare och eRecept blev obligatoriskt även på Åland. Alla recept, med vissa undantag, skulle från den 1 januari 2017 skrivas elektroniskt. Ålands landskapsregerings hälso- och sjukvårdsbyrå ordnade flera informationstillfällen tillsammans med finska myndigheter för ÅHS och för de privata aktörerna. Det första eReceptet på Åland levererades av de privata läkarstationerna. Numera används eRecept så gott som på hela Åland.

EpSOS - eRecept utbyte mellan Finland och Sverige

Finland och Sverige startade ett s.k. epSOS –pilotprojektet, utbyte av elektroniska recept mellan länderna. Testet pågick i Tornedalen till 30.6.2014²⁷. Under projektet kunde en person, som hade eRecept och var bosatt i Finland, hämta sina mediciner

- från vilket apotek som helst i Finland
- från apotek i Sverige som var med i testet (Apotek Aspen, Haparanda och Apotek Svarta Räven i Övertorneå)

27 <http://www.kanta.fi/suomen-ja-ruotsin-epsos-kokeilu>

Även personer som hade elektroniskt recept från Sverige kunde hämta sina mediciner

- från vilket apotek som helst i Sverige
- från apotek i Finland som var med i testet (Apoteket i Torneå, Nedertorneå och Övertorneå)

I europeiska epSOS -projekt utvecklade man hälso- och sjukvårdstjänster över ländernas gränser och meningen var att byta patientuppgifter och elektroniska recept mellan länderna elektroniskt. EpSOS är en förkortning av orden European Smart Open Services for European patients.²⁸

Ålands intresse för gränsöverskridande hälso- och sjukvårdstjänster

När man tittar på befolkningsrörelse och speciellt invandring till Åland flyttade det år 2016 över 700 personer till Åland. Från Sverige flyttade det 431 personer och från Finland 370 personer.

För de åländska studerande som studerar utomlands, är Sverige överlägset populäraste studieland. År 2016 studerade majoriteten av åländska högskolestuderande i Sverige (766) av totalt 1191. I Finland studerade 366 och i övriga länder studerade 59 studenter.

²⁸ <http://www.epsos.eu/>

Studerande utanför Åland 2016 efter kön, studieland, ålder och nivå

	Nivå			
	Totalt	Gymnasie- nivå	Högskola inkl. yrkeshögskola	Folkhögskola och övrigt
Totalt	1.455	206	1.191	58
Kön				
Kvinnor	862	135	692	35
Män	593	71	499	23
Studieland				
Finland	450	68	366	16
Sverige	926	127	766	33
Övriga	79	11	59	9
Ålder				
16-19	175	97	71	7
20-24	803	53	721	29
25-29	345	26	302	17
30+	132	30	97	5

Källa: ÅSUB Utbildningsstatistik

Från tabellen kan man konstatera att över 900 studerande av totalt 1455 studerade i Sverige.

Även de många turister från Sverige ger anledning till gränsöverskridande samarbete. Under år 2016 anlände drygt 200 400 gäster till

inkvarteringsanläggningarna. Gästernas totala övernattningar var nästan 421 900 stycken. Nästan 88 600 gäster anlände från Sverige och sammantaget hade man drygt 194 700 övernattningar. Totalt sett hade svenska besökare den största andelen av övernattningar på de åländska anläggningarna 2016, drygt 46 procent. Från Finland, anlände totalt 87 800 gäster som stod för 167 300 övernattningar.

Finlands plan är att 2018 vara redo att skicka ut sina eRecept till de länder vars apotek har möjlighet att expediera dem²⁹. Detta utvecklingsarbete, som nu siktar på permanent produktion, sker inom ramarna för Connecting Europé Facility 2017–2020, som är ett EU-program och som också står för finansieringen. Sverige kommer att vara redo att skicka sina eRecept 2018, men kommer inte att kunna ta emot och expediera några eRecept före 2019.

P.g.a. närheten till Sverige, de många kontakterna på svenska sidan, släktingar som ålänningar har i Sverige samt i Sverige studerande ålänningar, skulle det vara av stort intresse för Åland att delta i projektet med elektroniskt utbyte av eRecept mellan Åland och Sverige. De åländska apoteken skulle vara naturliga samarbetspartners för att kunna erbjuda en permanent lösning för både ålänningar som vistas i Sverige samt de många svenska medborgare som vistas i sina sommarstugor på Åland eller turistar på Åland.

Ulla-Liisa Latvala, Nomesko Åland

²⁹ I Finland och Estland fanns redan på sommaren både tekniska förutsättningar och lagar färdiga att få eReceptet att fungera mellan länderna. Nu väntas bara tillåtelse av EU myndigheterna att sätta systemet i funktion och detta beslut fattas under hösten 2018.

Kapitel 4: Så har den nordiska samarbetskretsen och traditionen anpassat till internationell kontext

Detta avslutningskapitel syftar till att erbjuda en utförlig och mångsidig bakgrund, hur arbetet har utvidgats när de självstyrda områdena har blivit mera aktivt inkorporerade i NOMESCO:s och NOSOCO:s verksamhet. Det betyder också så att EU:s utvidgning - efter att flertalet av de nordiska länderna blivit medlemmar - har påverkat insamling och sättet för att publicera sociala data och hälsodata. Överhuvudtaget har det internationella samarbetet med flertal internationella organ utöver EU så som OECD och WHO ökat mycket sedan 1990-talet, och fått större ömsesidig betydelse även för Norden.

Av enskilda artiklar belyses flera intressanta tematiska områden. Läkemedelpolitik och behov av att utveckla statistik som beskriver bruk av läkemedel är temat som återkommande tas upp i det Nordiska samarbetet, inte minst då detta område har fått större internationell uppmärksamhet genom spridning av resistent bakterier och antibiotikaresistens. En nordisk historia om detta område erbjuds här, samt en presentation av utvecklingen av nordiska hälsoklassifikationer under de senaste åren. Kapitlet avslutas med Grönlands text om, hur medlemskap i NOMESCO har varit nyttig för detta självstyrande område i det danske riksfellesskabet.



NOMESKO and NOSOSKO are nowadays firmly integrated parts of the collaboration and networking within the Nordic Council of Ministers. But when the Council of Ministers was established in 1971, the two committees had already preceded them. Although throughout their long history they have increasingly trodden a common path, they both started out independently.

The committees' head of secretariat Jesper Marcussen looks back on the various twists and turns which led to the committees' development and establishment of a joint secretariat.

Et politisk ønske om samordning

NOSOSKO var først på banen, kort efter afslutningen af 2. verdenskrig. Og så kunne det endda have begyndt endnu tidligere. Ved det nordiske socialministermøde i 1939 blev udtrykt følgende ønske:

”Det vilde til gensidig Orientering om Lovenes Virkninger i de forskellige Lande være meget ønskeligt, om der fra hvert af Landene hvert Aar kunde tilvejebringes Opgørelse over de sociale Udgifter, opbygget på saa vidt muligt ensartet Maade ...”

Formuleringerne er påfaldende. ”Lovenes virkninger”, de sociale udgifter og de ønsket om sammenlignelighed. Allerede her ses en tegning til de linjer, der skal gå gennem samarbejdet i årene fremover.

Man vedtog i 1939 at landene hver for sig skulle undersøge sagen for at forfølge denne mulighed – men krigen satte en foreløbig stopper for muligheden for at gøre denne ambition konkret.

Men da socialministrene igen mødtes i 1945, blev det vedtaget at nedsætte en fælles nordisk komite til at udrede området. Arbejdet begyndte i 1946, og Nordisk Socialstatistisk Komite – NOSOSKO – var født. Tidspunktet her er også markant. Det er ikke forbavsende at se et ønske om bedre underbygget forståelse på socialområdet her i et startpunkt for den opbygning af den nordiske velfærdsstat, som kom til at finde sted i efterkrigstiden.

Indledningsvis deltog Danmark, Finland, Norge og Sverige i komiteen. Island sluttede sig til samarbejdet i 1953.

Komiteen udarbejdede en første rapport, som blev forelagt Nordisk Råd 1949 alene om de sociale udgifter (den blev senere trykt i 1951 som komiteens første udgivelse). Den blev vel modtaget, og fulgt op af et ønske om også at beskrive de sociale foranstaltninger. Samtidig blev komiteen også et element i landenes bestræbelser for at forbedre statistikkens kvalitet, i bestræbelsen på at opnå sammenlignelighed.

Ansvar for rapporten, og dermed sekretariatsfunktionen for komiteen, gik på omgang mellem Danmark, Norge og Sverige, og det ansvarlige land afgjorde rapportens sprog.

Fra 1955 var rapportererne del af Nordisk Statistisk Skriftserie. Rapporternes titler var i starten præget af fokus på samordning – den første, fra 1951, hed *Samordning af de nordiske landes statistik vedrørende den sociale lovgivning*, og flere fulgte i den stil. Æren for rapportens mangeårige faste titel falder på Norge for *Sosial sikkerhet i de nordiske land* fra 1963. Om det var ”sikkerhed” eller ”tryghed” varierede over årene, før ”tryghed” i den sidste ende vandt, men stort set har NOSOSKOs faste publikationer heddet det samme lige siden. Dette var også et udtryk for, at selv om arbejdet stadig handlede om samordning, så var selve rapporten en bredere beskrivelse af det sociale system.

Og den faste tilbagevendende rapport var også udtryk for NOSOSKOs fortsatte eksistens som fast komite under de nordiske socialministre. Denne konstruktion forstsatte indtil 1979, hvorefter NOSOSKO er blevet finansieret gennem treårige bevillinger fra Nordisk

Ministerråd. Og påfaldende nok gjaldt det samme, også fra 1979, for en anden nordisk statistikkomite – NOMESKO.

NOMESKOs oprindelse

NOMESKO opstod på Nordisk Råds foranledning. Efter deres opfordring blev der allerede i 1955 afholdt et nordisk møde for eksperter på området, for at afklare, om det var muligt at lave fælles statistik. Det blev på det tidspunkt konkluderet, at det ikke var muligt, men at man skulle arbejde henimod ensartede definitioner for statistikken.

Dette problem blev over tid overvundet, da de enkelte lande hver for sig tilsluttede sig WHO's internationale klassifikationer. På den baggrund besluttede Nordisk Råd i 1965 at nedsætte en komite der skulle skabe grundlaget for en sammenlignelig medicinalstatistik. Navnet blev Nordisk Medicinalstatistisk Komite – NOMESKO – og arbejdet begyndte i 1966.

De første mange år var arbejdet fokuseret på ensretning af klassifikationer og arbejde på enkelte dataområder, ofte finansieret af nationale bevillinger. Der var således udgivet 10 rapporter gennem 70'erne, før den første *Health Statistics in the Nordic Countries* så dagens lys i 1980. Dette blev komiteens faste publikation med rutinestatistik, udgivet årlig på to sprog i et bind.

Et fælles sekretariat

I 1979 fik NOMESKO et fast sekretariat med en halvtidsansat sekretær, tilknyttet Nordisk Statistisk Sekretariat, som var tilknyttet Danmarks statistik i København. Sekretariatsfunktionen for NOSOSKO roterede stadig mellem landene, men der opstod en tanke om at forene de to funktioner. Fra 1984 opstod således det fælles sekretariat, der siden blev den faste forbindelse mellem de to komiteer.

Det er i denne sammenhæng umuligt at komme uden om Johannes Nielsen, som i sin rolle først som sekretær for NOSOSKO fra 1985, og siden også NOMESKO, gennem et kvart århundrede nok kom til at betyde mere for samarbejdets fortsættelse end nogen anden enkelt person, frem til sin afgang ved nytår 2011.

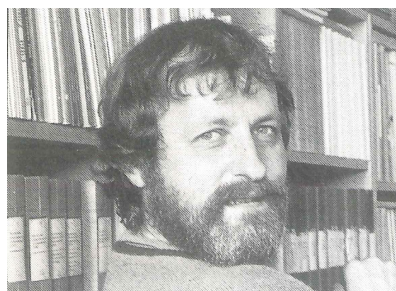
Sekretariatets faste placering i Danmark førte også til en strømlining af publikationssproget – fremover blev begge komiteers rapporter udgivet på dansk og engelsk.

Det første årti var sekretariatet tilknyttet Nordisk Statistisk Sekretariat. I 1996 blev den nordiske statistik imidlertid omstruktureret, og Nordisk Statistisk Sekretariat blev nedlagt. I den usikkerhed omkring Komiteernes fortsatte eksistens, som fulgte, opstod en ret unik konstruktion, da Johannes Nielsen registrerede NOMESKO / NOSOSKO som et firma under dansk lovgivning. De efterfølgende år var komiteerne således et firma, fortsat finansieret gennem treårige bevillinger fra Nordisk Ministerråd og visse (mindre) egenindtægter fra salg af bøger, og med bopæl hos Danmarks Statistik.

Denne særprægede model kunne dog ikke fortsætte, da ministerrådet med en vis rimelighed krævede at sekretariatet blev tilknyttet en nordisk statsinstitution. En aftale blev indgået med Sundhedsstyrelsen i Danmark, og 1. marts 2002 flyttede sekretariatet til Styrelsens nye lokaler på Amager, hvor man fik til huse sammen med den danske sundhedsstatistik.

Gennem de følgende år gik sundhedsstatistikken i Danmark gennem flere omstruktureringer, og sekretariatet flyttede derfor organisatorisk med til først Statens Serum Institut og senere den nyoprettede Sundhedsdatastyrelse.

1. januar 2018 flyttede sekretariatet igen, og har nu til huse hos Statens Institut for Folkesundhed i hjertet af København.



*Johannes Nielsen,
komiteernes mangeårige sekretær*

Projekter, hjemmeside, database

Ud over de faste publikationer med rutinestatistik gennemførte begge komiteer over årene mange enkeltstående projekter, dels til udvikling af statistik, dels til gennemlysning af specifikke områder,

ofte efter ønske fra Nordisk ministerråd eller enkeltstående lande. I mange år var det praksis at rutinepublikationen indeholdt en temasektion som omhandlede et sådant projekt.

Med teknikkens fremdrift bevægede NOMESKO og NOSOSKO sig over i nye modeller for formidling. I flere år blev bøgerne fulgt af data på en floppy-disk, og med tiden blev det naturligt også at have en hjemmeside, som senere kom til at huse den første fælles database.

I mange år blev disse publikationer solgt som bøger, og dette salg gav en mindre biindtægt til aktiviteten. Fra 2007 blev de faste publikationer ikke længere trykt, men forelå som pdf-filer på hjemmesiden.

En fælles kurs

Komiteerne havde haft fælles sekretariat siden 1984, men fungerede ellers hovedsageligt hver for sig, med hver sin uafhængige struktur. Dette ændrede sig imidlertid i 2013. Dette år blev der taget initiativ til fælles møder for lederne af landenes delegationer i begge komiteer. Her blev det vedtaget at komiteernes plenarmøder – de årlige møder for hele komiteen, som er højeste myndighed i den interne struktur – i 2014 ville blive gennemført ved et fælles møde. Dette blev afholdt i august 2014 i Svolvær, Norge. Det blev vurderet at være så klar en succes, at denne praksis er blevet fulgt lige siden.

I årene herefter har den fælles gruppe af delegationsledere fået en central rolle som løbende bestyrelse for det fælles netværk. De to komiteer eksisterer stadig, og har hver sine arbejdsgrupper. Dette binder i, at Socialstatistik og sundhedsstatistik på trods af overlap i emneområder fagligt fungerer så pas forskelligt, at begge komiteers kompetence stadig er påkrævet. Men på mange områder fungerer de to komiteer i dag som en, forenet struktur.

Jesper Marcussen, sekretariatsleder



The historical publications of previous committees (Nososko 1986 and 1996, Nomesko 1991 and 2006) above all described the organisation's internal (endogenous) and intergovernmental statistics development. This article – and to some extent two subsequent articles on health categories and pharmaceutical statistics/policies – focuses on a wider perspective of how international network building and collaboration have influenced Nordic cooperation in the area of statistics. In international arenas the Nordic countries have often been regarded as leading exponents in the production of statistics. At the same time international contacts and cooperation have been reflected in the Nordic activities. In many respects the Nordic countries have been noted for their good operational ability in developing statistics in accordance with international recommendations – in contrast to other notable, culturally more diffuse Central and southern European groups of countries in which this development is proceeding more slowly.

Det nordiska statistiksamarbetet inleddes för den sociala statistikens del 1946 och för hälsostatistikens del 1966. Avsikten var att de nordiska länderna tillsammans skulle ta fram jämförbar statistik för användning bland annat som stöd vid beslutsfattande och i politiska beredningar. De nordiska länderna hade en utmärkt möjlighet till detta, eftersom de alla hade registerbaserade data som kunde användas för att göra upp statistik av hög kvalitet. Samarbetet baserade sig helt och hållet på en så kallad gentlemannaöverenskommelse. Länderna hade inga juridiska förbindelser om saken, men nog viljan. Det fanns inte ännu någon annan internationell statistik tillgänglig

över socialtjänster och socialt skydd. De övriga nordiska länderna var en naturlig jämförelsegrupp.

Det skulle dröja länge innan några andra länder än de nordiska började utveckla statistikföringen av det sociala skyddet och finansieringen av detsamma, samt över befolkningens hälsotillstånd samt hälso- och sjukvården. Men i slutet av 1970-talet vaknade småningom inom det dåvarande EEG ett behov av motsvarande statistik. År 1981 lanserades det första europeiska systemet för statistik över socialt skydd ESSPROS (European system of integrated social protection statistics). Då var det endast Danmark av de nordiska länderna som berördes av detta system. År 1993 inleddes en reformering av ESSPROS-systemet. En ny manual togs i bruk 1996, och den var förpliktande även för Finland och Sverige, som hade blivit medlemmar i EU 1995. I egenskap av medlemmar i EFTA började också Norge och Island producera statistik till EU och använda ESSPROS-systemet.

På 1990-talet blev OECD aktivare i fråga om socialt skydd och utvecklade ett eget system för statistik över utgifterna för socialt skydd (SOCX). Alla nordiska länder var medlemmar i OECD. Då hade situationen blivit den att de nordiska länderna ibland var tvungna att skicka statistik över utgifter för socialt skydd till så många som tre olika organisationer på tre olika sätt. Detta var inte till fördel för någon, allra minst för dem som använde statistiken. Därför kom man inom NOSOSKO 1994 fram till att man ska upphöra med sitt eget sätt att föra statistik gällande utgifterna för socialt skydd och finansieringen av dessa och övergå till statistikföringen inom ESSPROS-systemet. Detta var en logisk och lätt lösning, eftersom ESSPROS i sitt utvecklingsarbete hade använt den statistikföring som tagits fram i NOSOSKO. Skillnaderna var således inte särskilt stora.

Konkret syntes förändringen på det sättet att den nordiska publikationens namn *Social Security in the Nordic Countries* ändrades så att den skulle överensstämja med terminologin inom EU. Dess nya namn blev *Social Protection in the Nordic Countries*. Även i systemet för statistikföring av utgifterna för det sociala skyddet skedde samtidigt små förändringar som inverkade på tidsserierna. Förväntningar-

na gällande EU var i detta skede åtminstone i Finland höga, och man ansåg det som ganska klart att EU:s statistikföringssystem så småningom kommer att tränga undan den rent nordiska statistikföringen. EU:s resurser var så pass omfattande och intresset för jämförelser mellan EU-länderna stora, även i Norden. Åtminstone i Finland tänktes till och med att NOSOSKO:s verksamhet kunde läggas ner helt och hållet när EU:s statistikföringssystem utvecklas och utvidgas. Även samma argument riktades mot NOMESKO – EU-samarbetet borde ta över hela hälsostatistiken.

I arbetet med att utveckla statistiken över hälso- och sjukvården samt befolkningens hälsotillstånd har WHO:s regionalkontor för Europa varit en central aktör. I början samlade kontoret in data oregelbundet, men från och med 1990-talet mer systematiskt i och med databasen Health for all. OECD i sin tur utvecklade ett eget statistikföringssystem för utgifterna gällande hälso- och sjukvården och för finansieringen av detta (System of Health Accounts, SHA). Detta system är internationellt mycket känt och har använts i hög utsträckning. NOSOSKO och NOMESKO använder det även i sin egen statistikpublikation, och det har inte i något skede funnits behov av att börja utveckla en egen statistikföring i Norden för utgifterna gällande hälso- och sjukvården. OECD samlar heltäckande in data även om hälsotillståndet hos befolkningen i medlemsländerna samt om hälso- och sjukvården i dem. Data publiceras vartannat år i publikationen Health at a Glance.

På 1990-talet började även OECD utvidga sin datainsamling, särskilt för indikatorer som rör användningen av hälso- och sjukvårdstjänster. Under de senaste åren har OECD:s statistikutvecklingsarbete rört i synnerhet kvalitetsindikatorer för hälso- och sjukvården. Även i detta utvecklingsarbete har de nordiska länderna haft en central ställning, även om de inte direkt deltagit via NOMESKO. Insamlingen av data för WHO:s statistik och arbetet med att utveckla statistiken dras med ett ständigt finansieringsunderskott. I NOMESKO:s nordiska statistik finns i stort sett samma data som i OECD:s och WHO:s statistik, men med de nordiska registren

möjliggörs publicering av ännu mer detaljerade data i NOMESKO:s årsbok och databas.

Arbetet inom OECD synliggörs också i utvecklandet av statistiken över utgifterna för socialt skydd. OECD tog fram begreppet sociala nettoutgifter och metoden för beräkning av dessa. Denna metod beaktar att de förmåner som betalas i pengar skattemässigt, behandlas olika i olika länder. Om en förmån är en inkomst som beskattas är dess nivå i allmänhet högre än nivån på en förmån som inte beskattas. Beräkningarna av sociala nettoutgifter ger en uppfattning om nettovärdet på de sociala förmåner som medborgarna får. Eurostat utvecklade utifrån detta även en motsvarande beräkningsmetod, som kompletterar det traditionella sättet som ESSPROS använt för att beräkna utgifterna för det sociala skyddet. I NOSOSKO:s publikation ingår numera också dessa data.

EU:s statistikmyndighet Eurostat ville att medlemsländerna förbinder sig till att följa de definitioner som angetts för produktionen av statistik och tidtabellerna för statistiken, och började vid millennieskiftet bereda reglering av statistikföringen, både av det sociala skyddet och av hälsan. En annan orsak till detta var att det för en del av medlemsländerna var viktigt att få en juridisk grund för statistikföringen för att man skulle kunna rikta resurser till den. Reglering om statistik över folkhälsan kom 2008 och om ESSPROS-systemet 2011.

När det gäller hälsostatistiken har Eurostats befogenheter – och medlemsländernas skyldigheter – fastställts i förordningen om statistik över folkhälsa (1338/2008). Denna statistikföring består av följande delar: en hälsoenkät vart femte eller sjätte år (European Health Interview Survey), statistik över dödsorsaker, statistik över hälso- och sjukvården uppdelad på hälsoutgifter och annan statistik över hälso- och sjukvård samt statistik över sjuklighet. För statistiken över andra hälsoutgifter än hälso- och sjukvård har det inte ännu antagits några bestämmelser för genomförande. Beslut om reglering som gäller statistik över sjuklighet fattas först senare, om det pilotprojekt som är under planering för denna statistikföring blir framg-

ångsrik samt det visar sig vara möjligt att få fram jämförbara uppgifter. Det nordiska samarbetet har varit viktigt särskilt i arbetet med att utveckla och införa en ram för statistikföring av hälsoutgifterna i de olika nordiska länderna, liksom i arbetet med att införa datainsamlingsmetoder för statistikföring av dödsorsaker. I fråga om EU:s hälsoenkät har samarbetet i NOMESKO inte varit lika aktivt. Av de nordiska länderna har endast Finland deltagit i Eurostats arbete med att utveckla statistikföring av sjuklighet.

Under årens lopp har speciellt ESSPROS-systemet utvecklats. Den årliga statistikföringen enligt regleringen har börjat omfatta, utöver utgifterna för det sociala skyddet och finansieringen av detta, även uppgifter om antalet pensionärer, beskrivningar av den centrala lagstiftningen och beräkningar av sociala nettoutgifter. Preciseringar i systemet har gjorts när lagstiftningen utvecklats i de olika länderna. Dessa reformer bereds ofta i separata smågrupper, och i gruppernas arbete har man gärna tagit med representanter för de nordiska länderna. De nordiska ländernas erfarenheter och åsikter värdesätts, och i allmänhet beaktas de också. Emellanåt är man förstås tvungen att söka kompromisslösningar, för att statistiksystemet även ska passa för andra länder.

Så småningom blev det uppenbart att EU:s statistikverksamhet inte helt kan ersätta den nordiska statistikföringen. De över 30 länder som deltar i EU-samarbetet har så pass olika samhällssystem och system för socialt skydd att det är mycket utmanande och går långsamt att utveckla en mer detaljerad gemensam statistik. Ländernas förutsättningar och möjligheter är mycket olika. Att producera omfattande statistik i synnerhet över olika förmåner och mottagare av tjänster har visat sig vara mycket utmanande. De nordiska ländernas försprång baserar sig på omfattande register som möjliggör bland annat statistik över pensionstagarna. I de flesta EU-länder kan man producera endast uppgifter om pensionstagarna i ett enskilt system eller enligt en enskild lag, men det är omöjligt att producera en uppgift om totala antalet pensionstagare, för en och samma person kan få pension enligt flera lagar eller system samtidigt. De nordiska

ländernas register möjliggör mycket smidig produktion av omfattande statistik med ålder- och könsindelning. Dessutom kan uppgifterna sättas i relation till hela befolkningen.

Utöver att EU:s statistikföringssystem ännu inte kan producera jämförbar statistik med ovannämnda pensionsuppgifter, kan det inte heller producera statistik över barnskyddet och över mottagare av utkomststöd. Dessa uppgifter kan de nordiska länderna producera på ett jämförbart sätt.

Statistikföringen av det sociala skyddet, hälso- och sjukvården och befolkningens hälsotillstånd har fått en allt viktigare roll. Vid sidan av uppgifter om ekonomin och sysselsättningen behövs uppgifter om dessa för att man ska få en korrekt helhetsbild av samhället och befolkningens välfärd. OECD, Eurostat och det nordiska samarbetet bildar numera en ganska välfungerande helhet, där varje organisation och dess produktion av statistik över socialt skydd och hälsa har sin egen välgrundade roll. Data samlas i allt högre grad in med gemensamma och standardiserade metoder. Även de nordiska statistikkommittéerna har redan delvis övergått till de datainsamlingsmetoder som används av andra internationella aktörer. Den nordiska styrkan ligger i att de data som kan fås från de välfungerande datasystemen är betydligt mer omfattande och av högre kvalitet än på andra håll i Europa. Men de övriga europeiska länderna närmar sig Norden. Därför bör också den nordiska social- och hälsostatistiken utvecklas vidare så att den kan tillgodose det ständigt ökande behovet av data.

Tiina Palotie-Heino och Mika Gissler³⁰, Nososko & Nomesko Finland

³⁰ Skribenterna har varit Finlands representanter sedan 1990-talet i sina respektive sakkunniga roller inom EU:s så väl WHO:s och OECD:s samarbete.



This article presents a perspective of one of the Nordic self-governing regions with regard to Nordic cooperation and in particular describes the importance of the Nordic Council of Ministers' social welfare and health policy sectors in Faroese affairs since the autonomous region joined Nososko and Nomesko in the mid-2000s. The autonomous regions of the Nordic countries have special types of communities which differ greatly from each other and also from the nations as a whole, of which they are part (see later articles on Greenland and Åland). Their distinctive geography and natural environments give rise to unique areas of human habitation which in turn influence infrastructure and the configuration of settlements. This article therefore looks at various aspects of the Faroese community, including administrative structures. The article emphasises the major role played by Nordic cooperation in the area of statistics in the administration of this autonomous region which is not part of the EU. The Nordic countries and the other autonomous regions offer an opportunity to make tangible comparisons and to learn lessons. The text gives several concrete examples of how collaboration in the area of social welfare- and health-statistics has demonstrated its usefulness with regard to political discussion; politics that have brought about the inclusive development of legislation.

Et færøsk ordsprog siger ”leingi er tað, ið væl skal vera”. Betydningen er at ”ting tager tid, skal det være godt” og historien om Færøernes deltagelse i Nomesko og Nososko passer godt til ordsproget. Sekretariatet rettede i starten af 1990'erne henvendelse til færøske myn-

digheder og forespurgte om man ville deltage i komiteernes arbejde. Men der skulle gå omkring 10 år før stillingtagen og forberedelser bar frugt, og siden 2004 har Færøerne været repræsenteret både i Nomesko og Nososko.

Færøerne er et samfund beliggende i Atlanterhavet, der består af 18 øer. Hovedstaden er Tórshavn, beliggende i den sydlige ende af den største ø, Streymoy. Landet indgår i det danske rigsfællesskab med hjemmestyre siden 1948 der efterfølgende er udviklet til formelt selvstyre fra 2005. Dette betyder at alle samfundsmæssige ansvarsområder er overlagt til færøske myndigheder, bortset fra en fortsat række fælles anliggender af udenrigspolitisk karakter, herunder statsborgerskab, forsvars- og valutapolitik, samt øverste domstolsvæsen.

Befolkningen var i starten af 2017 49.864 indbyggere, fordelt på 17 af øerne. Landets største kommune udgøres af Tórshavn med 20.885 indbyggere. Af øvrige 28 kommuner er Klaksvik den næststørste med 5.051 indbyggere. Folketallet har i løbet af 2017 passeret 50.000.

Knap en fjerdedel af befolkningen er 15 år eller yngre. Andelen af personer der har nået folkepensionsalder udgør 15%. Af de resterende 62% mellem 16 og 66 år er omkring 1.600 flere mænd end kvinder og har denne forskel mellem kønnene haft særlig politisk bevågenhed de senere år.

Den færøske befolkning er mobil og søger ofte uddannelse og arbejdsmuligheder i andre lande. I mange år har kvindeunderskuddet været opfattet som særligt knyttet sammen med uddannelsesmobilitet. Samfundet har imidlertid over en 5-årig periode oplevet en stigende befolkningsvækst og skyldes dette flere faktorer, dels den højeste fødehyppighed i norden (og EU) samt en tilflytning af studerende, færing i udlandet og udlændinge.

Selvom Færøerne er en del af det danske rigsfællesskab, er lovgivning og kompetence på det sociale og sundhedsmæssige område underlagt færøske myndigheder. Færøerne deltager som selvstyrende region i det nordiske samarbejde på en lang række områder, og dette

samarbejde prioriteres højt. Imidlertid er Færøerne ikke en del af EØS og eksempelvis indgår statistisk information om Færøerne ikke i Eurostat eller OECD.

På Færøerne er det socialpolitiske og sundhedspolitiske område overvejende adskilt både forvaltningsmæssigt og praktisk. Når det gælder arbejdet i Nomesko og Nososko er der mange aktører involveret i tilgangen og arbejdet med at tilvejebringe information, regelbeskrivelser og data.

På sundhedsområdet har landet ansvaret for hospitalsvæsen og apoteksvæsen. Dertil kommer landslægen, der er en myndighed med tilknytning til Danmark. Landet har også folkesundhedsinstitut og arbejdsmedicinere der bl.a. varetager forskning inden for området. Land og kommuner har fælles ansvar for kommunelægeordningen og de regionale lægecentre.

På det sociale område har landet det primære ansvar for sociale ydelser og særfor sorgen gennem landsdækkende socialforvaltning. Ældreplejen har de seneste 3 år været kommunal opgave. For at løfte denne opgave har landets mindre kommuner indgået regionale samarbejder.

En central aktør når det gælder statistiksamarbejdet, er Færøernes statistikbureau Hagstova Føroya. Myndigheden indsamler en stor del af den tilgængelige statistik, som siden publiceres enten direkte hos Nomesko og Nososko eller gennem Nordisk Råds statistiksamarbejde.

Hagstovan står også bag udvikling af beregninger, der anvendes i analyser i komiteernes arbejdsgrupper, herunder arbejdsgruppen der har til opgave at udvikle livs-situations beregninger.

Når man deltager i arbejdet i komitéerne, kan man let få den opfattelse, at der findes et en skillelinje i tidspunktet før og efter Færøerne kom med i Nomesko og Nososko. Det er kommet mere fokus på socialstatistik, og der bliver brugt flere ressourcer på området.

Opfattelsen er imidlertid ikke helt rimelig i den forstand, at indrapportering af statistik til Nordisk ministerråd foregik også inden Færøerne kom med i Nomesko og Nososko. Deltagelse i

COFOG³¹ er tilsvarende af ældre dato. Særligt når det gælder landslægens rapporteringer om forhold på Færøerne, strækker de sig ganske langt tilbage i tid.

Men det der alligevel skaber skillelinjen, er det forhold, at i hvert fald inden for det socialpolitiske område, har færøske myndigheder fået andre og flere muligheder end man havde tidligere. At Færøerne ikke er med i EØS samarbejdet og ikke leverer statistik til EUROstat eller OECD, betyder, at det nordiske samarbejde får stor betydning når færøske forhold sammenlignes med andre lande. Nososko følger udvikling i relevant international socialstatistik, og derved kan den færøske deltagelse i Nososko, også række længere end bare til Norden.

Det gælder særligt i forhold til udvikling af ny statistik og tilrettelæggelse af statistik og regelbeskrivelser efter eksterne standarder. Som nævnt indrappporterer Færøerne ikke data til Eurostat. Derfor har Hagstovan, for at kunne bidrage med statistik til Nososko, gennemført statistikindsamling og rapportering, så resultatet kunne anvendes til sammenligning med andre nordiske lande. Dette er særligt gældende for metoden til at opgøre indkomstbaseret risiko for fattigdom.

Man er på Færøerne også blevet mere bevidst om det nordiske velfærdssamfund, og Færøernes velfærdsniveau i forhold til andre nordiske lande. Deltagelse i Nomesko og Nososko indebærer også at man identificerer ligheder og forskelle på et regelmæssigt rapporteringsgrundlag gennem årbøger, artikler og specialrapporter. Det er erfaringen at det udvider vidensgrundlaget blandt især politikere og embedsfolk, for hvilke retninger velfærdsområder kan udvikle sig i.

Hvor det tidligere var naturligt at udvikle regelgrundlag i en retning der var identisk eller fulgte efter danske regelsystemer, er det

³¹ Formålet med et fælles 'Classification of the Functions of Government' er at kunne belyse og sammenligne de offentlige udgifter fordelt på socioøkonomiske målsætninger.

i dag ofte tilfældet, at man ser til kredsen af de nordiske lande for at finde løsningsmodeller og udviklingsretninger.

Eksempelvis har lovforslag på det socialpolitiske område inden for arbejdsmarkeds-tilknytning og pensionsforhold de senere år, haft udgangspunkt i analyse af de nordiske regelsystemer og ikke blot en spejling af tilsvarende danske regler. Flere faktorer er selvfølgelig med til at påvirke denne udvikling, men deltagelse i Nomesko og Nososko har haft en væsentlig betydning.

Arbejdet i Nomesko og Nososko beror på erkendelse af en fælles nordisk model. Derfor har det også betydning at have udgangspunkt i det nordiske i den fortsatte beskrivelse og analyse af velfærdssystemerne.

I komiteerne vil de kommende år bevæge sig frem mod udvikling af nordiske data og nordiske indikatorer. For den omkringstående verden kan det have forklaringspotentiale for forståelse og tolkning af udviklingen i de nordiske samfund set over et. For de enkelte samfund vil en nærmere analyse vise, at der er forskelle og afvigelser i forhold til den nordiske model. Samfundene er netop ikke arketyper.

Det er af stor betydning at have fora for den komparative samfundsbeskrivelse og analyse, og det er en særlig kompetencen i Nomesko og Nososko. Om det er mellem alle lande eller et udvalg af lande, har det mangeårige arbejde at ville se på velfærdssamfundene i en nordisk helhed, skabt en særlig sammenhængende regional beskrivelse, der kan identificere den nordiske region og anvendes til at sammenligne i forhold til EU og OECD.

Og det er blandt andet på dette område at fremtiden kan give nye opgaver og udfordringer for Færøernes deltagelse i komiteerne. Desto flere statistikområder der anvendes i forbindelse med sammenligning og ikke mindst ved udarbejdelse af indikatorer, betyder tilsvarende udvikling af komparativt datamateriale til anvendes i disse sammenligninger. Der ligger således en særlig opgave i at tilpasse statistikopgørelse og rapportering til de metoder og modeller, andre nordiske lande rapporterer efter, uanset om man vil bidrage til

datasamlinger der anvender eksisterende metoder eller der udarbejdes nye med særligt nordisk perspektiv.

Michael H. Feldballe Hansen, Nososko Færøerne



The documentation of this text shows that collaboration in pharmaceutical policies and the first attempts to create joint pharmaceutical statistics also have much deeper historical roots in the Nordic countries than the establishment of Nomesko. NAEVA – Nordisk läkemedelsamarbetsnämnd (Nordic committee for collaboration in the area of pharmaceuticals) preceded Nomesko's operations. Parallel activities were first discontinued in the 1990s when NAEVA's work was incorporated into Nomesko's mandate. The article gives several examples from Iceland to illustrate how international (in this case Nordic) statistics can influence how a country is able to rationalise its consumption of pharmaceuticals in the event that there is unwarranted overconsumption relative to neighbouring countries. Political discussion in the area of pharmaceuticals and opportunities for developing collaborative action occur from time to time in the Nordic plan. Political discussions and administrative solutions therefore require that reliable and analogous Nordic statistics are already to hand or that the knowledge base can be quickly assembled.

På lægemiddelområdet har nordiske lande udnyttet denne mulighed på en række politiske og faglige spørgsmål, der for langt de fleste bygger på sammenligning af statistik imellem de nordiske lande. Der er lang og god erfaring af nordisk samarbejde på lægemiddelområdet, der stammer helt fra den første halvdel af det sidste århundrede med det nordiske farmakopénævn, hvis arbejde resulterede i publikation af den nordiske farmakopé 1963.

I december 1974 besluttede Nordisk Ministerråd at etablere Nordisk Lægemiddelnævn (NLN) fra og med januar 1975. I nævnets vedtægter blev angivet, at NLN havde til ”opgave at arbejde for harmonisering af lovgivning og administrativ praksis på lægemiddelområdet i Norden“.

Den virksomhed, som tidligere blev gennemført af den Nordiske Farmakopénævn, blev en vigtig del af NLN's arbejde, men mange andre opgaver blev tilføjet, såsom samarbejdet omkring godkendelse af lægemidler, samarbejdet omkring lægemiddelinformation og ikke mindst samarbejdet om nordisk lægemiddelstatistik.

Da NLN udgav den første nordiske lægemiddelstatistik allerede 1978 valgte man at bruge klassificeringssystemet ATC (Anatomical Therapeutical Chemical) til klassificering af lægemidler og DDD (Defined Daily Dose) til at estimere mængde, som på det tidspunkt blev brugt i Norge. I den første udgave af *Nordic Statistic on Medicines*, der dækkede perioden 1975-1977, undersøgte man lægemiddelbrugen i Danmark, Finland, Island, Norge og Sverige, og allerede dengang forsøgte man at forklare årsager til forskellig brug af lægemidler i landene.

ATC og DDD blev videreudviklet af NLN i takt med erfaringerne fra de fem nordiske landes samarbejde om lægemiddelstatistik. De første retningslinjer for ATC og DDD blev publiceret i NLN's publikationsserie i 1982. NLN udviklede også et klassificeringssystem for veterinærlægemidler, ATCvet, som i høj grad bygger på det humane system. Disse statistiske redskaber gjorde det muligt at sammenligne brugen af lægemidler ved forskellige sygdomme, selv om der bruges forskellige præparater. Noget som var unikt i videre internationalt perspektiv. ATC og DDD blev senere overtaget af *WHO Collaborating Centre for Drug Statistics and Methodology*, der blev stiftet i Oslo i 1982 og er nu internationalt anerkendte systemer for klassificering af lægemidler og lægemiddelstatistik.

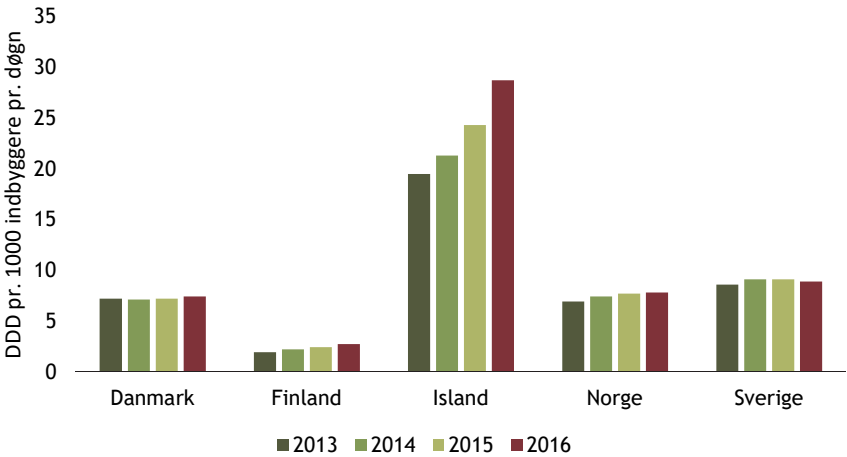
NLN udgav nordisk lægemiddelstatistik, indtil nævnet desværre var nedlagt i slutningen af forrige århundrede. NOMESKO har i dette århundrede overtaget opgaven fra NLN og regelmæssigt udgivet

nordisk lægemiddelstatistik til gavn for landenes forskere, sundhedsmyndigheder og sundhedspersonale.

Mange eksemplar kan nævnes om lægemiddelstatistikens kontakter og samspil med lægemiddelpolitikken i landene. Når det viser sig, at et land adskiller sig fra de andre nordiske lande i brugen af bestemte lægemidler, giver det anledning til videreundersøgelse og eventuelt at træffe foranstaltninger.

For eksempel har overforbruget af methylphenidat i Island (fig.1) i forhold til de andre nordiske lande gang på gang givet anledning til undersøgelser og både faglige og politiske beslutninger med det formål at bekæmpe overforbruget – indtil nu desværre uden succes. I begyndelsen af 2018 blev endnu et udvalg nedsat for at finde måder til at forhindre overbruget af methylphenidat og opioider, som man mener ordineres alt for meget i Island. Målet er, at forbruget bliver så tæt som muligt på det gennemsnitlige forbrug i de øvrige nordiske lande.

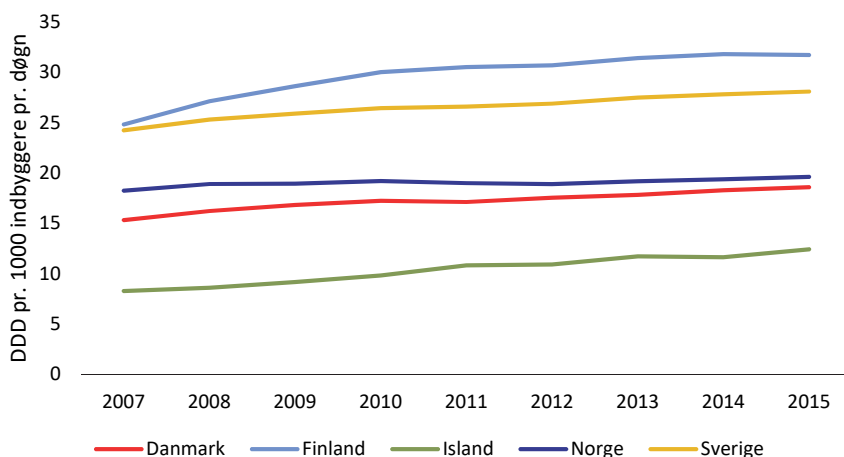
Figur 1: Brug af methylphenidat i de nordiske lande



Kilde: Oplysninger fra IMA i Island

Insulin er et andet eksempel, som er værd at overveje (se fig. 2). I lang tid har brugen af insulin været forholdsvis lav i Island, men som man kan se i figur 2, er Island ved at nærme sig de andre nordiske lande. Spørgsmålet, som man nu forsøger at finde ud af, er, hvorfor?

Figur 2: Brug af insulin og analoger i de nordiske lande



Kilde: Oplysninger fra IMA i Island

I de seneste par år har alle de nordiske lande oplevet udfordringer vedrørende implementeringen og brugen af nye, dyre lægemidler. Alle lande – små som store – kæmper i stigende grad for at sikre adgang til nye og dyre lægemidler og at planlægge deres anvendelse inden for finanslovens budgetbevillinger. Internationale organisationer, såsom EU, OECD og WHO, opfordrer landene til at samarbejde om løsninger.

Disse udfordringer er en af hovedårsagerne til, at behovet for tættere nordisk samarbejde inden for lægemiddelområdet har været på dagsordenen, blandt andet i Nordisk Ministerråd (NMR). På det politiske plan har diskussionen i NMR drejet sig om forbedret adgang til lægemidler, samarbejde om teknologiske vurderinger og ikke mindst om prisfastsættelse, prisforhandlinger, fælles nordisk

indkøb og udbud af lægemidler, hvilket naturligvis ville gavne alle landene.

I den sammenhæng er det vigtigt at indse, at nordisk lægemiddelstatistik giver grundlag for andre samarbejdsmuligheder indenfor lægemiddelområdet.

Samarbejde er at komme sammen for at opnå noget, som hver enkelt ikke kan klare selv. Det er at dele arbejdet, så summen af deltagernes input bliver større. Det er at samle kundskab og lære af det bedste.

Einar Magnússon, på vegne af Nomesko Island



This article provides yet another example of how the committees – in addition to their own activities – provide a functional context for parallel and cooperative activities in the Nordic countries. In actual fact the committees are equivalent to umbrella organisations which serve as platforms for other relevant stakeholders in the Nordic countries. This is illustrated in this article in the form of the Nordic classification centre, which develops classification systems for disease diagnoses and healthcare services. In one way – as a collaborative constellation – the centre corresponds to the ESSPROS cooperation under the auspices of Nososko, as described in Tiina Palotie-Heino's and Mika Gissler's article. The centre is an example of Nomesko using its initiative, when the establishment of the centre's operations began at the end of the 1980s. The text shows how challenging it can be to start up and run an operation which affects a small but important "niche" which requires special expertise and in which the majority of the Nordic countries would be able to participate.

Centret tillkom för att stödja nationellt klassifikationsarbete mellan de nordiska länderna och nordiskt samarbete med WHO (som ett s.k. WHO Collaborating Centre). Initiativet till att upprätta ett nordiskt klassifikationscenter kom från Nomesko och blev först tiden finansierat av Nordiska Ministerrådet³². Sedan 1995 har cen-

³² Nordiskt center för klassifikation av sjukdomar inrättades 1987, knutet till Socialmedicinska enheten vid Universitetet i Uppsala, Sveri-

tret varit finansierat av de nordiska nationella hälsomyndigheterna. Centret är ett självständigt organ med egen styrelse och egen budget. Styrelsens medlemmar utses av de nationella nordiska hälsomyndigheterna.

Den historiska utvecklingen av hälsoklassifikationer i Norden fram till 2006 har beskrivits utförligt i Gunnar Schiøler's och Björn Smedsbys bok Hälsoklassifikationer i de nordiska länderna (NOMESCO 76:2006). Gunnar konkluderar i sin epilög:

”Etableringen af det nordiske WHO Collaborating Centre betød imidlertid et fastere og mere koordineret internationalt samarbejde, som langsomt påvirkede det nordiske samarbejde og indførelsen af ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision) var langt bedre koordineret. Nordens medvirken ved vedligeholdelsen af ICD-10 er nu et velfungerende fælles anliggende.

Trods de indledende vanskeligheder i samarbejdet om klassifikationer kan vi ved NOMESCO's 40 års jubilæum konstatere, at det er lykkedes at udvikle et solidt grundlag for gode og troværdige fælles statistikker for sundhedsvæsenet i de nordiske lande. Med NOMESCO's klassifikationer af operationer og ydre årsager til skade samt NordDRG og en fælles forståelse af ICD-10 og ICF har de nordiske lande bedre muligheder for at samle fælles erfaring og udvikle fælles statistik og analyse af forskelle og ligheder, end det er almindeligt i international sammenhæng.”

Utvidgat ansvar

Under senare delen av 1990-talet övertog centret ansvaret för uppdatering av NOMESCO Classification of Surgical Procedures (NCSP) och NOMESCO Classification of External Causes of Injuries (NCE-

ge med Björn Smedby som föreståndare 1987–2002 och Martti Virtanen 2003–2008.

CI). Redan från 2000 ansvarade centret för utveckling och uppdatering av NordDRG (det nordiska Casemix-systemet).

Som ett led i DRG-arbetet har samtliga nationella åtgärds- och diagnoskoder i de nordiska länderna (inklusive Estland och Lettland) samlats i en databas under namnet NCSP+ (NCSP plus) respektive ICD+ (ICD plus). Dessa databaser uppdateras av Casemix-centret fortlöpande varje år. Den engelska gemensamma nordiska versionen av NCSP uppdateras däremot inte sedan 2012. De nationella versionerna uppdateras, men av varje land och ej samordnat. Den nordiska engelska versionen av ICECI version 4.0 uppdaterades senast 2007. Någon ytterligare uppdatering är ej planerad.

Som en konsekvens av det utvidgade uppdraget ändrades centrets namn år 2003 till *Nordiskt center för klassifikationer i hälso- och sjukvården* för att bättre spegla det utökade ansvarsområdet inom det nordiska och internationella klassifikationssamarbete, bland annat WHO *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF).

Problematisksituation - men utmanande frågor och arbetsteman

Under 2000-talet blev det successivt allt svårare att rekrytera kompetent personal till centret. Centrets verksamhet upplevdes vidare främmande för universitetet och en hög högskoleoms belästade centret ekonomiskt. För att underlätta rekrytering föreslogs därför en flytt av centret till Socialstyrelsen i Stockholm.

Efter flera år av upprepade kontakter med Socialstyrelsen och Socialdepartementet i Stockholm erhöles beskedet att det av formella skäl inte bedömdes vara möjligt att lokalisera centret till Socialstyrelsen. Alternativ placering i Norge, Danmark eller Finland övervägdes, liksom möjligheten att bilda en förening eller stiftelse.

Styrelsen förde vidare upprepade diskussioner kring olika brännande frågor som

- behovet av en åtgärdsklassifikation med bättre generell struktur och inte enbart avgränsad till kirurgi
- klassifikationer för anesthesiologi, radiologi, sjuksköterskor etc.
- relationen till terminologier, särskilt SNOMED CT
- nordiskt kontra internationellt arbete (WHO)
- eventuell utvidgning till de baltiska länderna
- användning av skandinaviska språk kontra engelska

Omorganisering och flytt med ny inriktning

Av praktiska och logistiska orsaker blev centret omorganiserat. Från 1 januari 2009 blev klassifikationsdelen förlagd till HelseDirektoratet i Oslo, Norge med Arn Ole Ree som ny föreståndare. DRG-samarbetet blev överfört till ett nytt nordiskt Casemix-center i Helsingfors, Finland (Nordic Casemix Centre) med Martti Virtanen som ansvarig.

Designeringen som WHO Collaborating Centre hade dock löpt ut under 2008. Det stod klart att centret måste designeras som ett helt nytt center i och med flytten till ett annat land och en ny process för designering inleddes. Under 2009 bedömdes de ekonomiska ramarna för centret vara alltför svaga, och ansökan om designeringen av WHO som Collaborating Centre drogs tillbaka i november 2009. Lars Berg övertog rollen som föreståndare efter Arnt Ole Ree i januari 2010.

Centrets flytt innebar ett betydande omställningsarbete, en alltför svag ekonomisk bas, oklarheter kring centrets roll samt oklarhet kring fortsatt mandat för verksamheten. Centret var bristfälligt representerat vid de årliga mötena med WHO-FIC nätverket. För att få ett bra underlag för ställningstagande till det internationella arbetet breddades därför antalet nordiska deltagare vid WHO-FIC-mötet i Toronto oktober 2010. Under mötet stod det klart att centret förlorat både tillgång till information och inflytande i WHO-FIC nätverket och var dåligt representerade i nätverkets kommittéer och referensgrupper.

I december 2010 sändes ett brev från centrets styrelse till de nordiska hälsomyndigheterna med anmodan om fortsatt stöd i det nordiska klassifikationsarbetet och stöd för att centret återigen skulle bli

ett WHO Collaborating Centre. I brevet konkluderades bland annat följande:

”... Arbetet bör fokuseras mera tydligt på att aktivt påverka, inhämta erfarenheter från och använda internationella WHO klassifikationer istället för att underhålla våra regionala nordiska klassifikationer, som är föråldrade och därmed inte längre är aktuella att vidareutveckla.”

”... För att kunna påverka arbetet i WHO-FIC nätverket och för att erhålla information måste centret ha status som ett Collaborating Centre.”

Svaret från de nordiska hälsomyndigheterna blev positivt och i januari 2011 initierades processen igen för en formell WHO designering, som kunde slutfördes i november 2012.

Fokus blev återigen, liksom när centret upprättades, arbetet på att delta i och tidigt hämta hem erfarenheter från WHO-FIC:s kommittéer och arbetsgrupper och mindre på att utveckla och underhålla enbart nordiska produkter (klassifikationer). Ambitionen var även ett utökat samarbete med och relation till nordisk statistikverksamhet (NOMESKO), Casemix/DRG (Casemix-centret) samt nationellt i länderna gentemot de områden inom e-hälsa där klassifikationer används. Den centrala administrationen minskades (föreståndare till 30 procent och koordinator till 20 procent) och för experter strävas efter att spegla WHO-FIC:s indelning i kommittéer och referensgrupper.

Centret under 2010-talet

Perioden har präglats av mera internationellt engagemang. WHO:s arbete med revisionen av ICD (till ICD-11) och arbete med International Classification for Health Interventions (ICHI - ny åtgärdsklassifikation) initierades år 2007. ICF har uppdaterats med begrepp från barn- och ungdomsversionen (ICF-CY).

När Direktoratet för e-helse inrättades den 1 januari 2016 överflyttades även centret till en ny avdelning: Avdelning helsefaglige kodeverk. Centret designerades som ett WHO-Collaborating Centre 15 november 2016 för en fyraårsperiod. Nya avtal för centret mellan de nordiska medlemsländerna har tecknats för perioden 2017–2020. Finland har dock valt att stå utanför det nordiska klassifikations-samarbetet.

International Classification of Diseases (ICD)

I revisionen av ICD har det huvudsakliga arbetet skett i s.k. Topic Advisory Groups (TAG). Dessa var huvudsakligen specialitetsvis indelade, men med ett par s.k. horisontella TAG:s för mortalitet, morbiditet, funktion och kvalitet. Initialt 2007–2009 var centrets experter Martti Virtanen, Olafr Steinum och Lars Age Johansson involverade, men exkluderades när centret inte längre var designerat.

Vid WHO-FIC-mötet i Kapstaden oktober 2011 ökades tillgängligheten till information från WHO-FIC-nätverket då Lars Berg för en 4-årsperiod blev vald som co-chair för WHO-FIC Council liksom medlem i ICD-11 Revision Steering Group (RSG). Centret blev återigen formellt representerat i Mortality TAG genom Lars Age Johansson och i Functioning TAG genom Solvejg Bang. Inofficiellt har därutöver Olafr Steinum kunnat delta i Morbidity TAG och Gunnar Henriksson i Neoplasm TAG.

I ICD-11-revisionsprocessen har mer än 200 experter deltagit från 35 länder och alla WHO-regioner. Efter en extern utvärdering och därefter reorganisation av arbetet med ICD-11 år 2015 fick Norden och Tyskland en bättre representation i den tillskapade Joint Task Force (JTF) som nu stödjer WHO i arbetet. Nordiska representanter i JTF är Martti Virtanen, Lars Berg, Solvejg Bang och Olafr Steinum, den senare i egenskap av co-chair för Morbidity Reference Group (MbRG). Mycket arbete återstår under de närmaste åren, bland annat gällande regelverk för morbiditet och mortalitet, liksom behovet av justeringar. Release av ICD-11, som en förberedelse av implementering i länderna, gjordes av WHO den 18 juni 2018.

International Classification of Health Interventions (ICHI)

År 2007 fanns ingen internationell åtgärdsklassifikation och en mängd olika nationella varianter. Arbetet – huvudsakligen inom WHO-FIC nätverket – har lett till att år 2018 föreligger ICHI Beta-2 färdig för testning och granskning. Från nordiskt håll deltog Martti Virtanen, Gunnar Henriksson och Olafr Steinum i mappningsarbeten 2010–2011. Därefter har från nordiskt håll Ann-Helene Almborg deltagit mycket aktivt i utvecklingen både gällande struktur och innehåll i ICHI.

ICHI har över 7000 åtgärder, täcker samtliga sektorer i hälsoområdet från akut diagnostiska, medicinska och kirurgiska åtgärder till primärvård, prevention och Public Health. Under 2019 planeras formell testning och i oktober 2019 en pre-final version. Release av ICHI för planering av implementering planeras ske under 2020.

International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)

ICF används än så länge främst som ramverk för beskrivning av funktion. Praktisk användning i hälsodataregister är begränsad. Dock har ICF:s struktur använts för indelning av insatser riktade mot funktion i ICHI liksom även i den svenska klassifikationen av insatser inom socialtjänstområdet. Nordiskt samarbete, inkluderande även Finland, sker i form av nordiska möten, deltagande i uppdateringen av ICF och i FDRG (Reference Group for Disability and Functioning). För nordisk samordning ansvarar Ann-Helene Almborg och Solveig Bang. Från oktober 2017 är Thomas Maribo från Danmark ny internationell moderator för ICF uppdatering.

Framtida utmaningar

WHO Nomenclature Regulations (World Health Assembly May 1967) anbefaller att den senaste versionen av ICD ska användas vid framställning av mortalitets- och morbiditetsstatistik. En rimlig bedömning i dagsläget är att ICD-11 kan börja implementeras tidigast kring 2021–2023. ICD-11 är betydligt mera anpassad för elektroniskt

bruk än ICD-10, men en hel del ändringar kommer att krävas i de tekniska systemen gällande datorjournaler och hälsoregister.

En tänkbar övergång till ICHI från de nationella varianterna av NCSP plus är något som även bör värderas av de nordiska länderna. Detta skulle innebära att ICHI skulle kunna ersätta NCSP plus. Yttre orsaker till skador i ICD-11 har en struktur som baseras på NCECI/ICECI motsvarar den nordiska NCECI i hög grad och behöver inte ersättas.

I ett sådant scenario skulle NOMESKO:s klassifikationer helt ha tjänat ut sin roll, för att ersättas av internationella klassifikationer.

Lars Berg, ledare



Texten belyser en annan nordiska autonomiska regionens relevanta skärdrag, när det gäller att fungera och att ingå som en regional-administrativa enhet i det danska riksskällskapet. Den massiv stora geografiska yta – egentligen som en egen ”kontinent” – som befolkas av relativ små befolkning, utgör en stor utmaning för den administrativa apparaten att kunna samla statistiska uppgifter om befolkningen. Trots sådana svårigheter – som kan delvis lösas genom användning av modern ITC-systemer - beskriver denna arikel de nyttor som det grönländska självstyre får genom att delta i Nomeskos verksamhet. Mera generellt syns det vara så att även den högsta politiska ledningen i Grönland värdesätter det nordiska samarbetet.

Grønland har et udbygget selvstyre inden for rammerne af det danske rigsfællesskab. Grønlands selvstyre blev indført den 21. Juni 2009 og afløste dermed Grønlands Hjemmestyre, der havde fungeret siden 1. maj 1979. Allerede i 1992 overtog Grønland ansvaret for sundhedsvæsenet.³³

Grønland har sit eget flag og sit eget sprog. Befolkningen var den 1. januar 2017 på i alt 55 860 indbyggere. Landet er i skrivende stund administrativt opdelt i fire kommuner (pr. 1. januar 2018 opdeles dog i fem kommuner). Hovedstaden er Nuuk, hvor en tredjedel del af befolkningen bor. Grønland er ca. 2 670 km langt og ca. 1 050 km bredt med et areal på lidt over to millioner kvadratkilometer. Den

³³ Se <https://www.sslug.dk/~chlor/www.retsinformation.dk/lov/l21132.html>

lovgivende forsamling kaldes Inatsisartut, og landsstyret kaldes Naalakkersuisut.

I Grønland er alle indbyggere dækket af et offentligt sundhedssystem med et ydelseskatalog over de former for behandling, man kan forvente at få. Patienter, der henvises til undersøgelse og/eller behandling uden for Grønland, modtager individuel medicinsk vejledning og information om grunde til henvisningen samt behandlingsprocessens forløb udenfor Grønland. Denne vurdering foretages på grundlag af beslutninger i Sundhedsvæsenets Visitationsnævn, som arbejder ud fra loven og vejledningen hertil (for nærmere oplysninger henvises til kapitel 7 og 8 i lovgivning³⁴). Hvis personer med behov for sundhedsydelser ikke har bopæl i Grønland, gælder reglerne for midlertidigt ophold i Grønland. Grønland er ikke medlem af EU og har ikke formelt tiltrådt EU's direktiv 2011/24/EU om patientrettigheder i forbindelse med grænseoverskridende sundhedsydelser, men indgår i en generel behandlingsforpligtelse.

Samarbejde og udfordringer for et stort land med en lille befolkning og unge datasystemer

Da Nordisk Medicinalstatistisk Komité (NOMESKO) startede helt tilbage i 1966, dvs. før hjemmestyre og selvstyre, var den grønlandske deltagelse varetaget af Danmark (se senere nedenfor). Langsomt har Grønland fået egne selvstændige kolonner repræsenteret i det statistiske materiale. Men der er stadig et godt stykke vej til at blive repræsenteret i alle tabeller og figurer. Dette skyldes i vid udstrækning, at Grønland enten slet ikke har data, eller at data først er ved at blive klar til offentliggørelse. F.eks. er repræsentative data på BMI (Body Mass Index) kun tilgængelige fra de større befolkningsundersøgelser, som udføres cirka hvert fjerde år. På sigt vil disse data kunne trækkes fra en nyligt oprettet livstilsdatabase, hvor netop disse data

34 Se <http://lovgivning.gl/lov?rid=%7b7030CA46-D861-4582-973D-01ED94FE5EF5%7d>

indsamles i forbindelse med den generelle helbredsundersøgelse på sundhedsklinikker.

Andre data er også kun i sin vorden, hvorfor det endnu ikke er muligt at kunne bidrage til tabeller vedrørende f.eks. operationer og sengedage på grund af manglende datavaliditet. Detaljeringsgraden af nogle data er til tider mangelfuld og f.eks. ikke opdelt på lægelige specialer og må derfor indtil videre forblive på et overordnet plan. Og yderligere, på grund af strukturen i sundhedsvæsenet, hvor ydelserne er centraliserede, og ingen har sin egen praktiserende læge, er der også tal, som ikke kan tilvejebringes til de givne tabeller. Men visse tal har i lang tid været med i tabellerne og er velbeskrevne, som f.eks. dødsårsager, forekomsten af kræft og medicinforbrug.

I forhold til NOMESKOs bidrag til *særlige projekter*, så har Grønland senest deltaget i projektet om patientmobilitet i de nordiske lande. Som følge af Grønlands geografiske placering er det et mindre antal patienter fra andre nordiske lande, som søger behandling her i Grønland. Selve antallet kunne ikke udtrækkes, men et estimat for antallet blev de verserende refusionssager for 2016 på 17 turister, hvor der var et forsikringsmellemværende med Det Grønlandske Sundhedsvæsen. På samme måde må det med stor sikkerhed antages, at antallet af uidentificerede migranter var meget få³⁵. Dette skyldes, at Grønland er svært tilgængeligt uden, at man har været igennem f.eks. Danmark, Island eller Canada først – alle lande som følger flygtningekonventionen.

Fordelene for Grønland ved deltagelse i NOMESKO?

Nordisk Ministerråd er som bekendt opdragsgiveren for NOMESKO. Ministerrådet, der bygger på en mellemfolkelig forståelse, arbejder

³⁵ I forsøget på at beskrive omfanget af belastningen på Grønlands sundhedssystem ved "uidentificerede migranter" blev den danske udlændingestyrelse (hvorunder disse sager for Grønland stadig sorterer) og politiet i Grønland kontaktet. Udlændingestyrelsen havde ikke noget tal. Politiet i Grønland har kun kunne berette om to uidentificerede migranter i 2016.

efter princippet om konsensus (enighed). De selvstyrende områder har ret til at stille forslag og ytre sig, men har ikke stemmeret. De selvstyrende områder; Ålands Landskapsregering, Færøernes Landsstyre og Naalakkersuisut kan ud fra eget valg lade sig repræsentere i de ministerråd og embedsmandskomiteer, som de ønsker at deltage i. Grønlands deltagelse i de enkelte ministerråd (MR) og embedsmandskomiteer (EK-xx) varetages af de enkelte departementer. De selvstyrende områders muligheder for deltagelse på lige vilkår i nordiske institutioner blev fastslået i Ålandsdokumentet i 2007. Da Nordisk Ministerråd arbejder efter princippet om konsensus, er afstemninger undtagelsen.

Denne historik forklarer delvist grunden til, at Grønland – efter i flere år at have deltaget passivt i form af kun at have leveret data først på et ret sent tidspunkt i forhold til de andre nordiske lande – blev aktivt medlem af henholdsvis delegations- og redaktionsgruppen. En klar udfordring for Grønland for at *bidrage* såvel som at *høste* ved aktuel fysisk deltagelse er dog de geografiske afstande til de andre deltagende lande samt et begrænset administrativt apparat.

Men nogen kommer dog frem – og et citat fra 2013 fra en tidligere grønlandsk politiker efter et møde i Nordisk Ministerråd summerer i hvert fald noget af, hvad der er på spil for Grønland i konteksten af det nordiske samarbejde:

”Jeg fik en meget positivt indtryk af både kolleger og arbejdet ved dette første møde”, udtaler Miiti Lynge. ”For mig og for hele Naalakkersuisut er det nordiske samarbejde en vigtig del af vores lands udenrigspolitik. Det er dejligt at opleve, at det foregår i en meget god og venskabelig atmosfære...Jeg fornemmer også at kollegerne fra de andre lande sætter pris på den direkte dialog med Grønland. Samtidig har jeg fået bekræftet at interessen for hvad der foregår hos os, i disse år er meget stor.”³⁶

³⁶ <http://naalakkersuisut.gl/da/Naalakkersuisut/Nyheder/2013/07/Nordisk-Ministerraad-Budget-moede>

Som menig talknuser og dataleverandør kan fornemmelsen for, *hvorfor* data leveres forsvinde i mængden af Excel-ark. Og i et lille samfund med en virkelighed, hvor medarbejdere såvel som ministre ofte bliver udskiftet er der mange udfordringer. Men at vide f.eks., at det Nordiske Ministerråd ikke blot er ét råd, men består af flere indenfor forskellige områder, og at netop disse er opdragsgiverne, kan synes trivielt, men er ikke uvæsentligt i forståelsen for deltagelse i en større helhed.

I en rapport fra brugerundersøgelsen af NOMESKO's og NOSO-SKO's virksomhed og produkter var der opmærksomhed på manglende data fra de selvstyrende områder. På grund af størrelsen af de selvstyrende områder bliver indsatsen let en *nice-to-do*- og *need-to-do*-diskussion, når meget få personer dækker store fagområder, hvor de store lande har store enheder til at varetage opgaverne. I samme rapport bliver der også efterlyst en publikation fra de tre selvstyreterritorier (Grønland, Færøerne og Åland) om mere detaljeret statistik. Som de ovenfor anførte udfordringer med dataindsamling kort har berørt, så vil det nok kunne blive en udfordring, når det i forvejen er problematisk bare at tilvejebringe de data, som der efterspørges i de gængse tabeller. Men en klar umiddelbar fordel ved deltagelse i samarbejdet i NOMESKO er muligheden for at få så sammenlignelige data, som det er muligt, med de samme aldersgrupper og kodninger.

Alt dette til trods, så må det anses for en klar fordel – via deltagelsen i NOMESKO – at få muligheden for at stille kontinuerlige kvalitetskrav til inddata i kraft af bevidstheden om, at Grønland er på vej imod at kunne bidrage med endnu flere data fra det store land mod nord.

Henrik L. Hansen og Sonja Vestergaard, Nomesko Grønland

Epilog. Blicken mot framtiden

Den nordiska välfärdsmodellen har givit upphov till samhällen där det har varit möjligt att snabbt förena teknisk och ekonomisk utveckling och mänsklig trygghet framgångsrikt. De nordiska länderna placerar sig nära nog alltid i topp vid internationella jämförelser avseende allt från kreativa ekonomier till skydd för utsatta grupper. De grundläggande likheterna mellan de nordiska länderna med de skillnader som ändå finns utgör den viktigaste motivationen för ett jämförande statistiskt arbete inom välfärdsområdet. Ett statistiskt samarbete inom Norden ger den bästa grunden för att förstå hur alternativa utformningar av våra välfärdssystem kan inverka på utfallsvariabler som disponibla inkomster och hälsa.

Att skapa och presentera rättvisande statistiska jämförelser mellan de nordiska länderna inom välfärdsområdet är det faktiska syftet med Nomesko och Nososko. Samarbetet har av många framhållits som viktigt men det har också ifrågasatts. En linje för ifrågasättande har varit att andra viktiga internationella organisationer (i synnerhet OECD och EU) producerar och presenterar statistik och indikatorer på välfärdsområdet. Man har menat att det borde vara tillräckligt med denna andra statistik och att den nordiska verksamheten därför helt enkelt skulle vara överflödig. Försvare av det nordiska samarbetet på området har framhållit den nordiska statistikens större detaljeringsgrad och högre kvalitet som motiv för fortsatt särskilt nordiskt samarbete. Även om övriga länders statistik genomgår förbättringar är det sannolikt så att det i Norden är bättre förutsättningar att skapa detaljerad, högkvalitativ och snabb statistik än i andra delar av världen. T.ex. har ett flertal länder i Norden nu månadsredovisning av uppgifter som kan användas för skapande av

kortperiodisk statistik och indikatorer av inkomstförhållanden. Det nordiska statistiska samarbetet på välfärdsområdet bör vara pådrivande för att ta vara på dessa möjligheter.

Också i en framtid utgör möjligheterna att rättvist jämföra välfärdssystemen i de nordiska länderna det egentliga existensberättigandet för det nordiska statistiska samarbetet inom hälsoområdet och de sociala områdena. Formerna för samarbetet behöver dock utvecklas.

Tillgängliggörandet av den statistik och de indikatorer samarbetet frambringar behöver förnyas. De tryckta böcker och rapporter som utgjort publiceringen fram till nyligen har strängt taget helt avvecklats. Istället publicerar vi idag i PDF-format. Inom ett fåtal år bör vi ha ett system för tillgängliggörande som har sin direkta grund i digitala databaser. Förutom att ta ut fördefinierade tabeller och figurer ska det vara möjligt för användaren att göra egna och flexibla uttag ur databasen. På detta sätt skapar vi bättre möjligheter för användarna (t.ex. regeringstjänstemän, forskare och journalister) att använda våra produkter på ett integrerat sätt i sin egen verksamhet.

Inom Nososko gjordes det för några år sedan ett försök till policyanalys med hjälp av fyra nationella mikrosimuleringsmodeller (Danmark, Finland, Norge och Sverige). Försöket visade på svårigheter att göra jämförbara beräkningar med hjälp av flera modeller. Dessa svårigheter till trots resulterade försöket i policy slutsatser som kan vara vägledande för den politiska debatten om skatte- och transfereringssystemens utformning i olika nordiska länder. T.ex. frågor om inkomstfördelning och fattigdom bör vara frågor som ligger högt på den politiska agendan. Just sådana frågor ägnar sig väl för mikrosimuleringsmodeller. På sikt bör sådana modeller också kunna användas för analyser mellan inkomster och hälsa och hur politiken inom dessa områden kan påverka de båda sfärerna. Inom det europeiska samarbetet används en mikrosimuleringsmodell, EUROMOD. Den har absolut ett värde för beräkningar och analyser för de stora dragen på aggregerad nivå. De nationella modellerna är betydligt mer detaljrika och kan användas för betydligt mer förfinade analyser.

Kanske är en väg för det nordiska samarbetet att skapa en nordisk mikrosimuleringsmodell som kan komma till rätta med jämförbarhetsproblemet och problemet tillräcklig detaljeringsgrad. Kanske heter modellen NORDMOD.

Inom Nososko produceras s.k. typfallsmodeller (eng. hypothetical households) som syftar till att ge kvantitativa beskrivningar av inkomsteffekter av olika livshändelser. Det kan handla om pensionering, sjukdomsfall, arbetslöshet eller utökning av en familj med ett barn. I dagsläget görs beräkningarna av dessa typfall av en särskild grupp inom kommittén. För en uppsättning typfall bör det troligen förbli så. Men den digitala utvecklingen ger möjligheter att etablera redskap för användaren att välja sina egna exempel och att givet de olika reglerna i de olika länderna få ut olika inkomsteffekter vid livshändelser. På så sätt skulle användaren bättre kunna integrera våra redskap i sin egen verksamhet.

Arbetet med de nordiska välfärdsindikatorerna (NOVI) kan beskrivas som ett arbete som syftar till en mer samlad framställning av välfärdssituationen i de nordiska länderna. De decennier av statistiskt samarbete som skett inom ramen för de båda kommittéerna har gett upphov till beskrivningar där delar av välfärden beskrivs separat. Sådana separata beskrivningar är en viktig grund för den kvantitativa kunskapen om välfärds läget i de nordiska länderna. Den samlade välfärden för ett samhälle eller en grupp beskrivs dock inte på det sättet. För en samlad beskrivning krävs ett något annat angreppssätt. Det arbete som har gjorts inom NOVI är ett exempel på ett angreppssätt som närmar sig den helhetsbeskrivning som här efterlyses.

I slutrapporten *A Nordic Welfare Indicator System* skisserades ett tydligt utvecklingsperspektiv till NOVI. En snabb start och omgående implementering är möjligt genom att utnyttja insamlad EU-SILC-statistik. Gällande några nyckelindikatorer (dvs. om inkomster och skatter) är det möjligt att i nästa steg gå över att börja använda direkt högkvalitativa nationella dataregister. Fördelen är att få färsk information till indikatorer i stället för att vänta på

EU-SILC-datasamlingar och dess valideringsprocesser. Det tredje steget i NOVIs utveckling kan på längre sikt vara att kunna producera så kallade early warnings-indikatorer, som baserar på vetenskaplig evidens på, hur den ekonomiska utvecklingen eller stagnation inverkar på välfärdsutveckling och hälsa bland människor. En nordisk expertgrupp – som föreslås i rapporten – vid sidan av Nososko kan utmärkt göra detta utvecklingsarbete så att i några år NOVI kan bli ett av det främsta indikatorsystem i världen som kan beskriva och analysera välfärdssituationen i fokuserade befolkningsgrupper och göra detta mellan länderna.

Så väl vid användning av mikrodata och mikrosimulering behövs också för NOVIs utveckling en smidigare tillgång till nationella data i framtiden. Detta har redan aktualiserat i flertal gånger i Nomeskos verksamhet som praktiskt problem att få nationella hälsodata för gemensamma komparativa analyser i nordiska projekten. Vi i Norden har ett ambitiöst mål att skydda det personliga integritet och har en hög dataskydd för tvivelaktig användning av personifierade uppgifter. Och detta med all rätt! Men samtidigt har vi skapat stora svårigheter att hindra en förnuftig forsknings- och utredningsverksamhet över gränser. Detta uppmärksammas också i en utredningsrapport till Nordisk Ministerrådet om juridisk och lagsamarbetet.³⁷

I Inge Lorange Backers rapport tar han upp, hur man kan skapa bättre grundlag för folkhälsoforskning genom att få stor mängd av befolkningsdata från grannländer till gemensamma nordiska projekten. I detta sammanhang behandlas också bl.a. eRecept och läkemedelspolitik – uppgifter som kommit fram i ett par artiklar redan i denna skrift –inklusive testning och eventuella gemensamma inköp av nya dyra läkemedel, som skulle kunna befrämmas genom flexibelt juridisk samarbetet. Rapporten belyser också digitaliseringens utmaningar, som kräver utökat och förstärkt samarbetet för att informati-

³⁷ Styrket nordisk lovsamarbeid – Muligheter og utfordringer. En rapport avgitt til Nordisk ministerråds generalsekretær 24. januar 2018 av prof. em. Inge Lorange Backer.

on kan levereras över nationella gränser. Det är en prioriterad uppgift för de statistiska kommittéerna redan nutid för att göra relevanta nordiska aktörer och nationella myndigheter uppmärksamma på, vilka åtgärder som krävs för att mikrodata kan göras tillgängliga för mer sofistikerade statistiska analyser och presentationer av nordiska sociala och hälsodata.

Allra sist vill jag framhålla ett värde med samarbetet som inte framkommer i statistiken eller i publikationer direkt; nämligen alla de personliga kontakter det leder till. Själv har jag vi flera tillfällen i mitt dagliga arbete i det svenska regeringskansliet snabbt kunnat få klarhet i frågor om förhållandena i de övriga nordiska länderna som behövts för beredning av ärenden. De upparbetade kontaktvägarna har visat sig ovärderliga i sådana sammanhang.

*Tom Nilstierna, i samarbetet med redaktionsteamet
Nososko ordförande 2018*

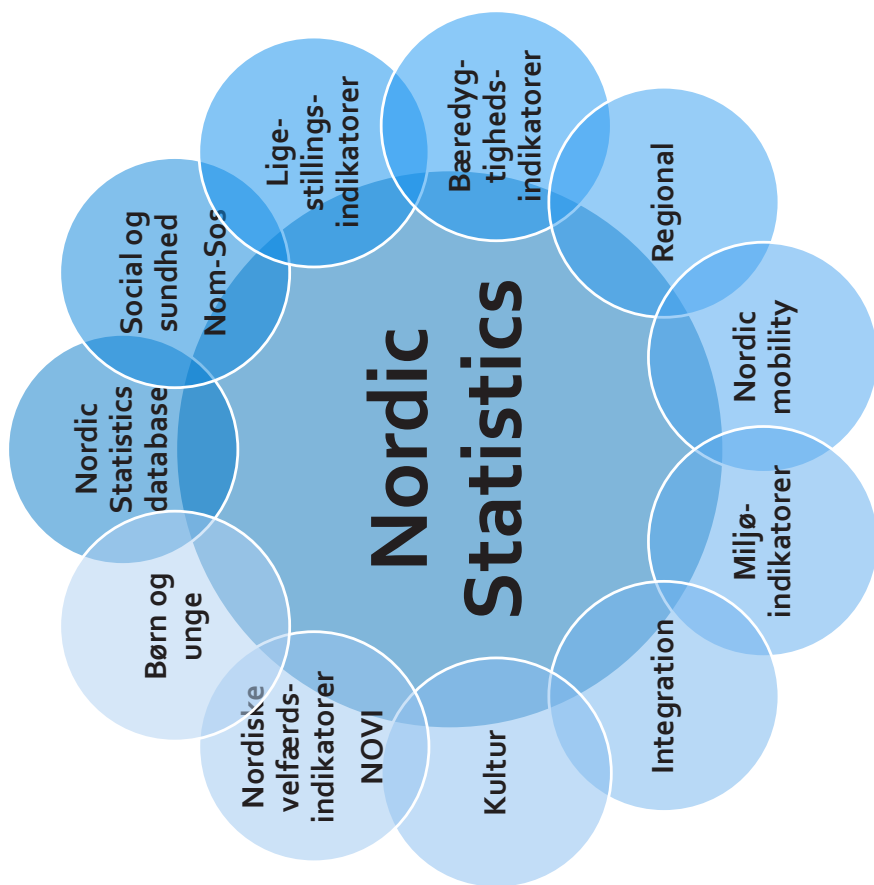
Bilaga 1. Fornyelsen af nordisk statistik og den nordiske databank

Visionen er at den nordiske statistik skal fungere som underlag for det politiske arbejde i Nordisk Ministerråd – og til enhver tid afspejle de strategiske indsatsområder i det nordiske samarbejde. Statistikken skal også kunne belyse svagheder og styrker i forhold til at udvikle Norden til verdens mest integrerede region.

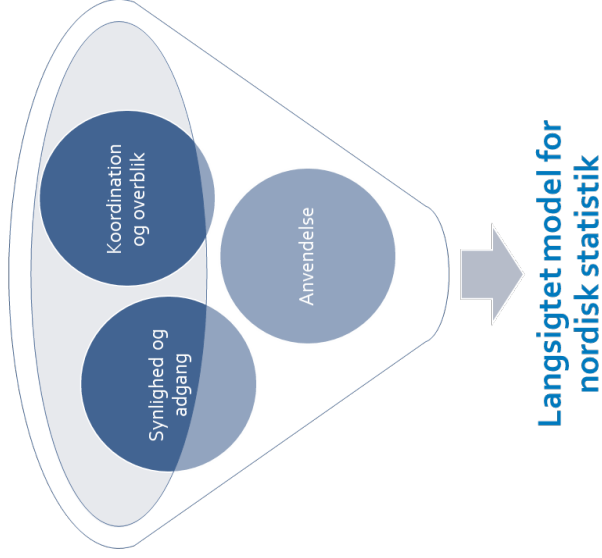
For at opnå visionen arbejdes inden for rammerne en model i Nordisk Ministerråds sekretariat. Modellen består af tre områder: Koordination og styring, Synlighed og adgang, samt Anvendelse, der tilsammen skal sikre at arbejdet med statistik er med til at skabe nordisk nytte.

Nososco Nomesco skal også kunne drage fordel af at være en del af dette samarbejde, fx ved at bidrage til og udnytte fælles nordiske løsninger inden for områder som publicering, kommunikation, produktionsmetoder, analyse, mm.

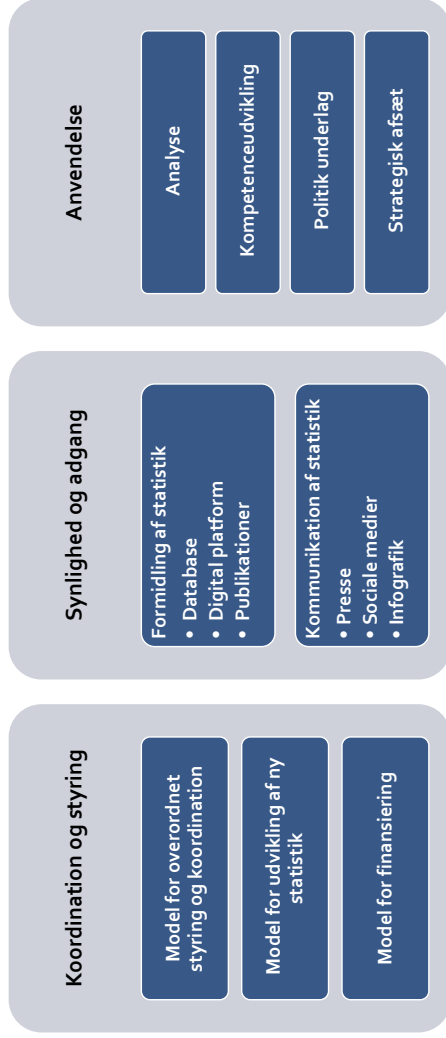
Ulla Agerskov, Projektleder/Statistik, Nordiska Ministerrådet



Statistikprojektet i Nordisk Ministerråd

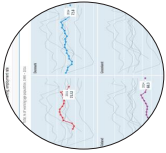
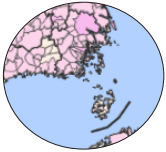
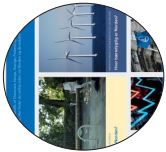
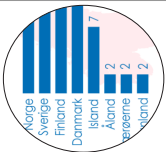


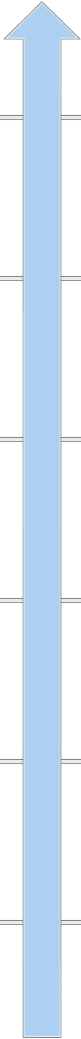
Model for nordisk statistik



Projekter	NMRS	Stab i NMR	Samarbejdspartnere og leverandører
• Nordic Mobility • Kulturstatistik • Integration og migration • Miljøindikatorer • Børn og unge • Ligestilling • Velfærd • Bæredygtighed (SDG) • Ulighed i sundhed • ...	• EK-A • EK-E • EK-N • EK-FJLS • EK-JÄM • EK-M • EK-K • EK-FINANS • EK-R • EK-S • EK-U • Integration • Børn og unge • Arktis • ...		• Nordiske institutioner • Nordiske statistibureauer • Nomesco Nososco • OECD • Statisticon • ...

Formidling og kommunikation

						
Databaser - Nordic Statistics - Nowbase	Indikatorer Nordic iLibrary	Nordmap	Norden.org	Publikationer	Nyhedsbreve	Infografikker og andre præsentationer



Bilaga 2. Presentation av skribenterna

Namn: Berg, Lars

Utbildning/ professionella bakgrund: Legitimerad läkare, specialist i Allmän- och i Socialmedicin

Arbetsgivare/befattning: Nordiska klassifikationscentret, föreståndare

Nordiska erfarenheter: Suppleant i Nomesko för Sverige 2000–2010, deltagit i uppdateringen av Nomeskos kirurgiklassifikation (NCSP) 1998–2012 och i arbetsgruppen för 4:e revision av NCECI

N: Gissler, Mika

U/PB: Pol.mag. i statistik och nationalekonomi, fil.dr. i epidemiologi

A/B: THL Institutet för hälsa och välfärd, forskningsprofessor vid avd. för informationstjänster

NE: Medlem i diverse arbetsgrupper i Nomesko sedan 1992 och i den finska Nomesko-delegationen sedan 2002, ordförande för Nomesko 2004–2006 och 2016, projektledare för patienttrörlighetsprojekt 2016–2017

N: Feldballe Hansen, Michael H.

U/PB: Cand.mag., BA.S.Sc.

A/B: För närvarande 2018–2021 Ph.D.-student vid Roskilde Universitet, anställd vid Färöarnas Socialministerium 2008–2018

NE: Delegationsledare för Nososko Färöarna till vinter 2018, ordförande för typfalls-gruppen 2011–2013 och för redaktionsgruppen 2013–2018, Färöarnas representant i arbetsgruppen under Nordisk konvention om social säkring

N: Hansen, Henrik L.
U/PB: MD, Ph.d., Lægevidenskab
A/B: Landslægeembedet, Landsläkare
NE: Delegationsledare Nomesko Grönland

N: Haram, Øystein
U: Cand. Oecon - Samfunnsekonom
A/B: Avdelningsdirektör (emeritus) vid Arbeids- og sosialdepartementet, positioner i olika departementen från 1985–2008 och tidigare bl.a. forskare vid NAVF utredningsinstitut
NE: Delegationsledare för Nososko Norge 2005–2015, styrelsemedlem i NVC – Nordens Velfärdscenter

N: Jónsdóttir, Sigríður
U/PB: MA (econ) Social Policy and Administration
A/B: Leder av Kvalitets- og tilsynsstyrelsen for sociala tjänster och barnvörn
NE: Delegationsledare för Nososko Island 2010–2018, deltagit i NM-R's projekt Gamla kvinnor i Norden (1989–1991), projektansvarig för projektet Framtidens boformer for eldre; NOVA-Norsk Institutt om oppvekst, velferd og aldring (1998–1999)

N: Kjöllesdal, Janne Kristin
U/PB: Cand. Polit.
A/B: Helsedirektoratet, Seniorrådgiver
NE: Sekretariatsleder for “Nordic Emergency Medical Services project on data collection and benchmarking”, 2014–2018

N: Latvala, Ulla-Liisa

U/PB: Specialsjuksötare, FM, professionell bakgrund inom specialsjukvården, IT och sakkunnigarbete inom hälso- och sjukvård

A/B: Senior adviser på Ålands landskapsregering

NE: Medlem i Nomesko sedan 2014, medlem i sk. Arjeplog-gruppen och Svalbardsgruppen sedan 2014, medlem i projektgruppen "Patienttrörlighet i Norden 2016–2017 samt i styregruppen för "Vård och omsorg på distans" 2018–2020

N: Magnússon, Einar

U/PB: M. Sc./ Cand. Pharm

A/B: Ministry of Health and Welfare, Island, Director of Pharmaceutical Affairs

NE: 30 års erfarenhet inom Nordisk samarbete om läkemedel samt expertposition vid WHO Regional Office i Danmark 1995-1996 och Adviser vid Ministry of Health i Hanoi, Vietnam och flera kortare konsultuppdrag i ca 10 olika länder för WHO

N: Marcussen, Jesper

U/PB: Cand. mag. Engelsk och Statsvetenskap

A/B: Sekretariatet för NOMESKO och NOSOSKO, Sekretariatsledare, Specialkonsulent

NE: Sekretariatet för NOMESKO och NOSOSKO sen 2011, Nordisk grupp för Dödsorsaksstatistik 2005-2011, Sekretariatet for NOME-SKO och NOSOSKO 1998–2005

N: Nilstierna, Tom

U/PB: Akademisk utbildning på mastersnivå i samhällsekonomi

A/B: Ämnesråd på Socialdepartementet

NE: Åren 2002–2007 medlem in NOSOSKO:s redaktionsgrupp och från 2004 delegationsledare för NOSOSKO. Delegationsledare för NOSOSKO 2011–2018

N: Normann, Tor Morten

U/PB: Statsvetare (cand polit)

A/B: Statistik sentralbyrå samt i Arbeids- og sosialdepartementet, 2014–2015

NE: Projektledare och författare för ”Utfordringer for den nordiske velferdsstaten” på uppdrag av Nososko

N: Nørgaard, Elisabeth

U/PB: M.Sc Social Policy Planning

A/B: Arbeidsforskningsinstituttet, Instituttledare, tidigare Statistisk sentralbyrå 1992–2018

NE: Delegationsmedlem i Nososko Norge 2004–2011, forskare och författare för tre volymer inom projektet ”Utfordringer for den nordiske velferdsstaten” på uppdrag av Nososko

N: Palotie-Heino, Tiina

U/PB: Master of Health Care

A/B: Pensionsskyddcentralen, Statistikchef, tidigare Nationala Institut för Hälsa och Välfärd samt Social och hälsovårdsministeriet

NE: Medlem i Nososko 1991–2012 också medverkat i redaktionsgruppen, ESSPROS-gruppen och som delegationsledare och Nososko ordförande

N: Paulsson Lütz, Ingalill

U/PB: Ekonomexamen

A/B: Socialstyrelsen, Sverige / utredare (samordning av internationell statistik)

NE: Medlem i Nomeskos redaktionskommitté och i flera arbetsgrupper i Nomesko sedan år 2000. Medlem av den svenska Nomesko-delegationen sedan 2004, projektledare för Äldres hälsa 2006–2008, Hälso- och sjukvårdens finansiering i Norden 2012–2013 samt redaktör och skribent för uppföljningsrapporten om äldres hälsa 2015–2017

N: Tanninen, Timo A.

U/PB: Lic. Soc. sc, socialpolitik

A/B: Social- och hälsovårdsministeriet, finansråd

NE: Delegationsledare för Nososko Finland 2014–2018, Nososko ordförande 2016, medlem i ÄK-S 2012–2018, rektor för NOPUS 1997–1999, vetenskaplig assistent vid NordPlan i Stockholm 1981–1985

N: Vestergaard, Sonja

U/PB: Ph. d., Sundhedsvidenskab

A/B: Landslægeembedet, Nuuk Grönland, Specialkonsulent

NE: Nomeskos redaktionsgrupp sedan 2016, medlem i projektgruppen ”Patientrörlighet i Norden 2016–2017

Bilaga 3. Publikationer sedan 2000

NOMESCO Publications since 2000

Recurring Publications

Each year, NOMESCO published Health Statistics in the Nordic Countries, with the final edition published in 2017. Up until and including 2011, this was a bi-lingual publication in Danish (Nordic languages) and English.

In cooperation with the Nordic Centre for Classification of Health Services (Nordclass), NOMESCO publishes NOMESCO Classification of Surgical Procedures. The publication was updated annually until 2011 the most recent version is 1.16.

In cooperation with the Baltic countries, the publication Nordic/Baltic Health Statistics has been published four times, the latest version with data from 2006.

Moreover, a number of theme publications have been published. These are shown below with their number in NOMESCO's publication list.

107. Statistics on Patient Mobility in the Nordic Countries, 2017
106. Health and health care of the elderly in the Nordic Countries - From a statistical perspective, 2017
105. Social Inequality in Mortality in the Nordic Countries – The impact of smoking and alcohol, 2017
99. Financing of Health Care in the Nordic Countries, 2013
92. NOMESCO Report on Mortality Statistics – Theme section 2010, NOMESCO, Copenhagen 2010
90. Temasektion vedrørende kvalitetsindikatorer, NOMESCO's Health Statistics in the Nordic Countries 2009, NOMESCO, Copenhagen 2010
88. Medicines Consumption in the Nordic Countries 2004-2008. NOMESCO, Copenhagen 2010
82. Ældres Helse, Temasektion, Health Statistics in the Nordic Countries 2006
80. Mental Helse, Temasektion, Health Statistics in the Nordic Countries 2005
79. NOMESCO Classification of External Causes of Injuries. Fourth revised edition. NOMESCO, Copenhagen 2007
78. Sustainable Social and Health Development in the Nordic Countries. Seminar, 6th April 2006, Oslo. Seminar Report. NOMESCO, Copenhagen 2006

76. Smedby, Björn and Schiøler Gunner: Health Classifications in the Nordic Countries. Historic development in a national and international perspective 2006. NOMESCO, Copenhagen 2006
72. Medicines Consumption in the Nordic Countries 1999-2003. NOMESCO, Copenhagen 2004
75. Patienter I Öppen Vård, Temasektion, Health Statistics in the Nordic Countries 2004
73. Barns Helse, Temasektion, Health Statistics in the Nordic Countries 2003
69. Vård på lika villkor, Temasektion, Health Statistics in the Nordic Countries 2002
66. Validitet och jämförbarhet i NOMESCO:s dagkirurgistatistik, Section B, Health Statistics in the Nordic countries 2001
67. Sustainable Social and Health Development in the Nordic Countries. Seminar 27th May 2003, Stockholm. NOMESCO, Copenhagen 2003
64. Validitet og sammenlignbarhet av statistikk over kirurgiske inngrep ved nordiske sykehus, Temasektion, Health Statistics in the Nordic countries 2000
58. Nordiske læger og sygeplejersker med autorisation i et andet nordisk land. Copenhagen 2000

NOSOSCO publications since 2000

Recurring publications

Every year, NOSOSCO published Social Protection in the Nordic Countries with the final edition published in 2017.

Theme publications

Microsimulation in Nordic Social Policy Analysis. Nordic Social-Statistical Committee no. 61:16. Copenhagen 2016

Sickness absence in the Nordic countries. Nordic Social-Statistical Committee no. 59:15. Copenhagen 2015

Challenges to the Nordic Welfare State. Comparable Indicators. Nordic Social-Statistical Committee no. 54:13. Copenhagen 2013

Udfordringer for den nordiske velferdsstaten. Comparable indicators. 2nd edition. Nordisk Socialstatistisk Komité nr. 52:13. København 2013

Youth Unemployment in the Nordic Countries – A Study on the Rights of and Measures for Young Jobseekers'. Nordic Social-Statistical Committee no. 50:11. Copenhagen 2011

Ungdomsarbejdsledighed i Norden – En studie av rettigheter og tiltak for unge arbeidssøkere'. Nordisk Socialstatistisk Komité nr. 47:11. København 2011

Challenges to the Nordic Welfare State. Comparable Indicators. Nordic Social-Statistical Committee no. 42:10. Copenhagen 2010

Udfordringer for den nordiske velferdsstaten. Sammenlignbare indikatorer . Nordisk Socialstatistisk Komité nr. 41:10. København 2009

Do the Nordic Welfare Systems Encourage the 60-74-Year-Olds to Work? Nordic Social-Statistical Committee no. 39:10. Copenhagen 2010

Opmunttrer de nordiske systemer 60-74-årige til at arbejde? Nordisk Socialstatistisk Komité nr. 38:09. København 2009

Old-age Pension Systems in the Nordic Countries. Nordic Social-Statistical Committee no. 35:09. Copenhagen 2009

Ålderspensionssystem i Norden. Nordisk Socialstatistisk Komité nr. 34:08. København 2008

Sustainable Social and Health Development in the Nordic Countries. Seminar 6th April 2006, Oslo. Nordic Social-Statistical Committee no. 29:06. Copenhagen 2006

Sustainable Social and Health Development in the Nordic Countries. Seminar 27th May 2003, Stockholm. Nordic Social-Statistical Committee no. 22:03. Copenhagen 2003

Nordic/Baltic Social Protection Statistics 2000. Nordic Social-Statistical Committee no 19:03. Copenhagen 2003