

Form B-1: Health Personnel Statistics

Please provide information regarding the scheme for the survey or reporting of numbers of medical doctors, dentists, pharmacists and nurses (those professionally active and/or licensees).

	Number of medical doctors	Number of dentists	Number of pharmacists	Number of nurses
Name of the law and regulations providing basis for collecting statistics *				
Time interval between consecutive surveys				
Year of the latest survey				
Modality of survey (self reporting, board registration, etc.)				
Criteria for survey (all licensees or only those professionally active)				
Government branches/ offices responsible for the survey				
Other agencies or bodies involved in the implementation of the survey **				
Is the licensing/registration valid permanently or to be renewed periodically (if so what is the interval)?				
Problems, if any, technical or other, of the survey; plans for future change				

*: In original language with its English or French translation

**: Please provide on the next sheet B-2 a flow chart of the administrative structures through which information is collected and transmitted upwards.

Form B-2: Health Personnel Statistics (continued)

Please provide a flow chart of the administrative structures through which health personal information is collected and transmitted upwards.

Form C-1: Mortality Statistics

Please provide information regarding the scheme for the survey or reporting of mortality (eg. cause of deaths).

	Mortality
Name of the law and regulations providing basis for collecting statistics*	
Year of the latest survey	
Criteria for reporting (1) (all deaths of the residents or exclusion of certain population groups)	
Criteria for reporting (2) (all causes of deaths or exclusion of certain causes of deaths)	
Government branches/ offices responsible for the survey	
Other agencies or bodies involved in the implementation of the survey **	
Qualification of persons filling in the death registration form (hospital physician in charge, nurse, insurance employee etc.)	
Nature and format of the individual survey card (electronic, paper etc.) ***	
Use and/or publication of the statistics (collected data accessible to third parties or not; if published, in parts or in total, under which forms, books or other)	
Problems, if any, technical or other, of the survey; plans for future change	

*: In original language with its English or French translation.

**: Please provide on the next C- 2 a flow chart of the administrative structures through which information is collected and transmitted upwards.

***: Please provide a hardcopy of the registration forms if available

C-2: Mortality Statistics (continued)

Please provide a flow chart of the administrative structures through which mortality information is collected and transmitted upwards.

Form D-1: Morbidity Statistics

Please provide information regarding the scheme for the survey or reporting of morbidity (out-patients and/or in-patients).

	Morbidity (out-patient)	Morbidity (in-patient)
Name of the law and regulations providing basis for collecting statistics*		
Time interval between consecutive surveys		
Year of the latest survey		
Description of the parent population (patients)		
Method of sampling (description of the mother population, sampling rates etc.)		
Criteria for sampling (all patients or only those who have certain diseases)		
Number of samples (if applicable)		
Calculation method of prevalence of a disease		
Calculation method of incidence of a disease		
Government branches/ offices responsible for the survey		
Other agencies or bodies involved in the implementation of the survey **		
Qualification of persons filling in the individual survey cards (hospital physician in charge, nurse, insurance employee etc.)		
Nature and format of the morbidity survey form (electronic, paper etc.) ***		
Use and/or publication of the statistics (collected data accessible to third parties or not; if published, in parts or in total, under which forms, books or other)		
Problems, if any, technical or other, of the survey; plans for future change		

*: In original language with its English or French translation.

**: Please provide on the next sheet D-2 a flow chart of the administrative structures through which information is collected and transmitted upwards.

***: Please provide a hardcopy of the survey forms if available.

Form D-2: : Morbidity Statistics(continued)

Please provide a flow chart of the administrative structures through which morbidity information is collected and transmitted upwards.

Form D-3: Morbidity Statistics (continued)

Please indicate the names of the diseases of which all cases are reported/registered to the public health or other authorities. Please use extra sheets if necessary.

[illegible]

*: In original language with its English or French translation

回答

スウェーデン

Form A-1: Population and Vital Statistics – Population, Live Births and Deaths

Please provide information regarding the scheme for the collection of respective statistic data.

	Resident Population	Number of Live Births	Number of Deaths
Name of the law and regulations providing basis for collecting statistics *			
Time interval between consecutive surveys			
Year of the latest survey			
Criteria for the survey (all residents or only those who have the country's citizenship)			
Government branches/ offices responsible for the survey			
Other agencies, local and/or central, involved in the implementation of the survey **			
Problems, if any, technical or other, of the survey; plans for future change			

*: In original language with its English or French translation.

**: Please provide on the next sheet A-2 a flow chart of the administrative structures through which information is collected and transmitted upwards.

Form A-2: Population and Vital Statistics (continued)

Please provide a flow chart of the administrative structures through which vital health information is collected and transmitted upwards

Form B-1: Health Personnel Statistics

Please provide information regarding the scheme for the survey or reporting of numbers of medical doctors, dentists, pharmacists and nurses (those professionally active and/or licensees).

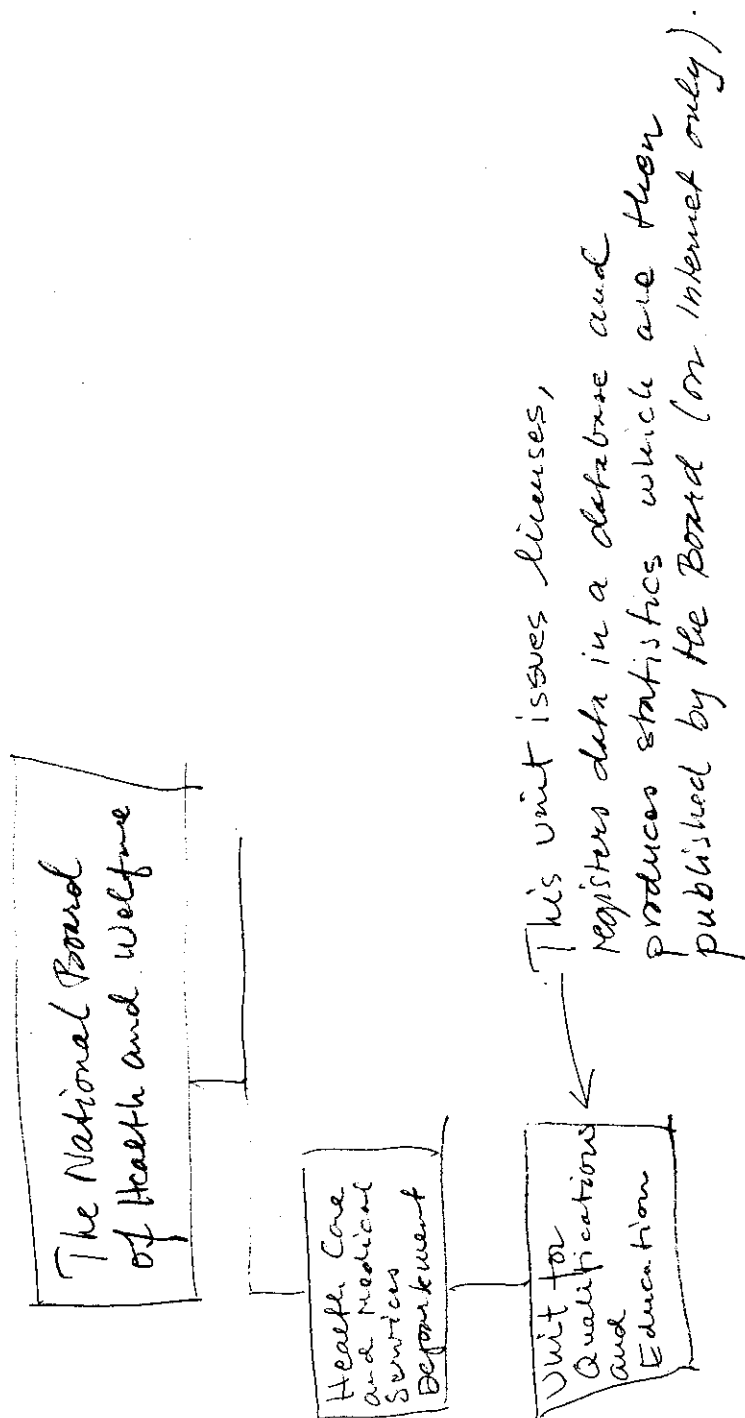
Name of the law and regulations providing basis for collecting statistics *	Number of medical doctors	Number of dentists	Number of pharmacists	Number of nurses
LAGEN OM YRKESVERKSAMHET PÅ HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS OMRÅDE (1998:531) The health & Medical Services (Professional Activity) Act (1998:531)	1 YEAR			
Time interval between consecutive surveys	2001			
Year of the latest survey	BOARD REGISTRATION			
Modality of survey (self reporting, board registration, etc.)	ALL LICENSEES			
Criteria for survey (all licensees or only those professionally active)	THE NATIONAL BOARD OF HEALTH AND WELFARE			
Government branches/ offices responsible for the survey	NONE			
Other agencies or bodies involved in the implementation of the survey **	VALID PERMANENTLY			
Is the licensing/registration valid permanently or to be renewed periodically (if so what is the interval)?	NO PROBLEMS			
Problems, if any, technical or other, of the survey; plans for future change				

*: In original language with its English or French translation

**: Please provide on the next sheet B-2 a flow chart of the administrative structures through which information is collected and transmitted upwards.

Form B-2: Health Personnel Statistics (continued)

Please provide a flow chart of the administrative structures through which health personnel information is collected and transmitted upwards.



Form C-1: Mortality Statistics

Please provide information regarding the scheme for the survey or reporting of mortality (eg. cause of deaths).

		Mortality
Name of the law and regulations providing basis for collecting statistics*		
Year of the latest survey		Begravningslagen 1999 Burial law
Criteria for reporting (1) (all deaths of the residents or exclusion of certain population groups)		
Criteria for reporting (2) (all causes of deaths or exclusion of certain causes of deaths)		
Government branches/ offices responsible for the survey		National Board of Health and Welfare
Other agencies or bodies involved in the implementation of the survey **		—
Qualification of persons filling in the death registration form (hospital physician in charge, nurse, insurance employee etc.)		Physicians
Nature and format of the individual survey card (electronic, paper etc.) ***		Paper
Use and/or publication of the statistics (collected data accessible to third parties or not; if published, in parts or in total, under which forms, books or other)		Publications, from 1997 only electronically on our Web page
Problems, if any, technical or other, of the survey; plans for future change		—

*: In original language with its English or French translation.

**: Please provide on the next C-2 a flow chart of the administrative structures through which information is collected and transmitted upwards.

***: Please provide a hardcopy of the registration forms if available

C-2: Mortality Statistics (continued)

Please provide a flow chart of the administrative structures through which mortality information is collected and transmitted upwards.

ÖVERFÖRS FRÅN DÖDSBEVISET	adress, telefonnr och ev. telefaxnr ①		Personuppgifter (personnr, efter- och förnamn, adress) ②	
	För barn under 7 dygn anges			
	<input type="checkbox"/> 1 Dödfött <input type="checkbox"/> 2 Under 24 tim <input type="checkbox"/> 3 24 tim t.o.m. 6 dygn			
	Dödsdatum (år, mån, dag, klockslag, ev. intervall) ③		Anträffad död (år, mån, dag) – Övriga upplysningar ④	
	<input type="checkbox"/> 1 Säkert <input type="checkbox"/> 2 Sannolikt			
	Dödsort och typ av dödsplats/fyndplats ⑤			
Bar den döde något implantat som kan explodera? ⑥ För att tillåta kremering kräver krematorierna regelmässigt att sådana implantat har avlägsnats				
<input type="checkbox"/> Ja, och det har avlägsnats <input type="checkbox"/> Ja, men det har inte avlägsnats <input type="checkbox"/> Nej				
Finns skäl för polisnämnan (yttre påverkan m.m., se nedan)?				
<input type="checkbox"/> 1 Ja Polisen skall genast kontaktas ⑦ <input type="checkbox"/> 2 Nej (sjukdom)				
Ort		Datum		Har kroppen undersökts efter dödsfallet (se nedan)? (år, mån, dag)
				<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nej, senast undersökt före döden:
Tjänsteställe		Tjänsteställning		Läkarens namnteckning
				Namnförtydligande
				Telefonnr (inkl. riktnr)

LÄKARENS UTTALANDE OM DÖDSORSAKEN ⑧

1 Det sjukdoms- eller skadeförlopp som lett till döden ⑨

Den terminala dödsorsaken var:

A _____

Ungefärlig debut eller varaktighet: _____

som var en följd av:

B _____

Ungefärlig debut eller varaktighet: _____

som i sin tur var en följd av:

C _____

Ungefärlig debut eller varaktighet: _____

2 Andra sjukdomar och skador som bidragit till dödsfallet (ange även debut eller varaktighet) ⑩

Ifylls inte – SCB-kod		Dödsorsak	
		Kapitel	
		Grupp	
Dödsorsaksuppgifterna grundas på undersökning före döden			
<input type="checkbox"/> 1 klinisk obduktion ⑪ <input type="checkbox"/> 5 på sjukhus ⑫ <input type="checkbox"/> 6 utanför sjukhus <input type="checkbox"/> 7 yttre likbesiktning <input type="checkbox"/> 8 därutöver annan källa			
Opererad inom 4 veckor före döden? ⑬		Operationsdatum	
<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nej <input type="checkbox"/> 3 Uppgift saknas		Vilket tillstånd föranledde ingreppet?	
Vid skada/förgiftning anges ⑭			
<input type="checkbox"/> 1 olycksfall <input type="checkbox"/> 2 avsiktligt självtillfogad <input type="checkbox"/> 3 avsiktligt tillfogad av annan <input type="checkbox"/> 4 oklart om avsikt förelegat ⑮ <input type="checkbox"/> 5 annat dödsätt			
Kort beskrivning av hur skadan/förgiftningen uppkommit (ange även typ av plats för händelsen) ⑯			
Ort		Datum	
		Läkarens namnteckning	
Tjänsteställe		Tjänsteställning	
		Namnfor tydligande	
		Telefonnr (inkl. riktnr)	

Noterna ①–⑯ hänvisar till instruktionerna på blankettens baksida

☐ e Intyget ersätter ett tidigare utfärdat

Vänd!

Dödsorsaksintyget sänds inom tre veckor till Dödsorsaksstatistiken, Box 24064, 104 50 STOCKHOLM

ALLMÄNT

Vid varje dödsfall i Sverige skall ett dödsbevis och ett intyg om dödsorsaken utfärdas av läkare. Denne får inte vara nära anhörig eller på något annat sätt närstående till den avlidne. Övriga regler, bl.a. föreskrifter om journalföring, framgår av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1996:29) Vissa åtgärder inom hälso- och sjukvården vid dödsfall.

Den läkare som har utfärdat dödsbeviset skall även **ansvara för att dödsorsaksintyget utfärdas**. När denne begär det, är den läkare som har vårdat den avlidne för den sjukdom eller det tillstånd som ledde till dödsfallet skyldig att utfärda intyget. Det skall sändas in **inom tre veckor** från det att dödsbeviset utfärdades. Om tidsgränsen tre veckor undantagsvis behöver överskridas, skall underrättelse om förseningen och skälen för denna sändas till

Dödsorsaksstatistiken, Box 24064, 104 50 STOCKHOLM.

Efter rättsmedicinsk undersökning svarar Rättsmedicinalverket för att dödsorsaksintyget utfärdas och sänds in.

INSTRUKTIONER

- 1 Blanketten fylls i med skrivmaskin eller textas. För klinik- och personuppgifter kan tydliga avtryck med stämpelbrickor godtas.
 - 2 För dödfött barn eller barn som avlidit inom 28 dygn efter födseln **får inte stämpelbricka användas** utan uppgifterna skall fyllas i med skrivmaskin eller textas. Överst anges barnets personnummer eller födelsedatum (år, mån, dag) samt kön och eventuellt namn. Under anges moderns personnummer, namn och adress.
 - 3 Kan inte ett säkert dödsdatum fastställas, anges ett sannolikt datum eller, när detta inte är möjligt, ett intervall (1997-01-01–07, feb–maj 1997, 1980-talet).
 - 4 När ett säkert dödsdatum inte kan anges, uppges även när den avlidne anträffades död. Ange då om möjligt också t.ex. när denne senast sågs i livet.
 - 5 T.ex. "Eksjö, bostaden", "Stockholm, ortopedavd 56, Södersjukhuset", "Falun, Svärdsjö sjukhem", "Marks kommun, Lindängs servicehus", "motorväg E4, 5 km söder om Uppsala".
 - 6 Detta gäller bl.a. hjärtstimulatorer, defibrillatorer, insulinpumpar och infusionspumpar.
- Ange vad som gäller när dödsbeviset utfärdas.** Underrätta skattekontoret om implanterat senare avlägsnas. Har det inte avlägsnats när intyget för gravsättning eller kremering utfärdas, skall skattekontoret tydligt ange detta på intyget.
- 7 Beslutas att någon rättsmedicinsk undersökning inte skall göras, underrättar polismyndigheten den som har lämnat dödsbeviset om detta. Denne ansvarar då för att dödsorsaksintyget utfärdas.
 - 8 Uppgifter om dödsorsak används huvudsakligen i medicinsk forskning. Ange därför diagnosen så specifikt som möjligt så att dödsorsaken kan klassificeras enligt WHO:s föreskrifter. Undvik förkortningar. Kodnummer anges **inte**. Uppgifter om debut eller varaktighet är mycket väsentliga för registrering enligt WHO:s regler.

Ange för

- **tumör**: malign, benign etc.; primärtumörens läge,
- **diabetes mellitus**: komplikationer,
- **klaffel**: etiologi,
- **njursjukdomar**: komplikationer (t.ex. hypertoni), etiologi till njursvikt.

Vid skada/förgiftning: Se även punkterna 14–15.

Ange särskilt om någon uppgift inte kan lämnas. Därmed undviks onödigt arbete för att begära in uppgiften.

- 9 Beskriv det sjukdoms- eller skadeförlopp som haft störst betydelse för dödsfallet. Ange bara **ett** förlopp, skriv **en** diagnos per rad och ange **debut eller varaktighet** för varje tillstånd.

Skriv på

- **rad A**: den terminala (direkta) dödsorsaken,
- **rad B**: den sjukdom/skada som närmast framkallade det terminala tillståndet,
- **rad C**: den sjukdom/skada som i sin tur framkallade tillståndet på rad B.

Om fler än tre rader krävs, kan extra rader läggas till under rad C. Räcker en eller två rader, lämnas resten tomt. Skriv den sjukdom/skada som inledde förloppet (den underliggande dödsorsaken) på den sist ifyllda raden så att det bildas en sammanhängande kedja från den inledande orsaken på den raden upp till den terminala orsaken på rad A.

För hjärtsvikt och lunginflammation anges eventuella bakomliggande tillstånd, t.ex.

- rad A: hjärtsvikt; rad B: lårbensbrott,
- rad A: lunginflammation; rad B: influensa.

- 10 Ange här sådana sjukdomar/skador som har bidragit till dödsfallet men inte kan inordnas i det förlopp som beskrivits under punkt 9. Sjukdomarna anges i rangordning efter den betydelse de haft för dödsfallet med den allvarligaste sjukdomen först. Ange tillståndens debut eller varaktighet inom parentes efter varje diagnos.

- 11 När obduktion görs, fylls inte uppgifterna om dödsorsaken i förrän obduktionsresultatet föreligger.

- 12 Används när patienten varit **intagen** på sjukhus (motsvarande). Har diagnos ställts vid undersökning på t.ex. sjukhusmottagning markeras "utanför sjukhus".

- 13 Som operation räknas åtgärder enligt avsnitten I–XV i Socialstyrelsens "Klassifikation av operationer". Ange den sjukdom/skada som ledde till ingreppet.

- 14 Vid skada/förgiftning görs alltid polisanmälan. Om rättsmedicinsk undersökning inte beslutas (se punkt 7), kan läkaren få behövliga uppgifter om t.ex. omständigheterna vid dödsfallet från polisen.

- 15 Används när man inte har kunnat avgöra om skadan/förgiftningen skedde med avsikt eller genom olycksfall. Om ett alternativ är sannolikt, skall det i stället kryssas för även om man inte har full visshet. Finns det inte något som talar för avsikt, markeras "olycksfall" även om man inte har kunnat klarlägga omständigheterna vid dödsfallet.

- 16 Beskriv kortfattat det förlopp som ledde fram till skadan/förgiftningen. Ange för
 - **trafikolycka**: om den döde var t.ex. förare, passagerare eller fotgängare och vilka typer av fordon som var inblandade (personbil, lastbil, motorcykel etc.),
 - **förgiftning**: aktuell substans,
 - **fall**: t.ex. fall i trappa, från stege, halkat på mattkant,
 - **drunkning**: t.ex. under bad, från småbåt, genom isen.

Ange också **typ av plats för händelsen** enligt punkt 5 ovan.

Form D-1: Morbidity Statistics

Please provide information regarding the scheme for the survey or reporting of morbidity (out-patients and/or in-patients).

Name of the law and regulations providing basis for collecting statistics*	Morbidity (out-patient)	Morbidity (in-patient)
Time interval between consecutive surveys	Lag om h ¹⁰⁰ data register Health Data Register Act	The same
Year of the latest survey	No Surveys. Total reporting	--
Description of the parent population (patients)	2000 2001 will be ready in autumn	--
Method of sampling (description of the mother population, sampling rates etc.)	All patients at general hospitals	--
Criteria for sampling (all patients or only those who have certain diseases)	Total population	--
Number of samples (if applicable)	-	
Calculation method of prevalence of a disease	-	
Calculation method of incidence of a disease	Not done	--
Government branches/offices responsible for the survey	Only for cancer	--
Other agencies or bodies involved in the implementation of the survey **	National Board of Health and Welfare	--
Qualification of persons filling in the individual survey cards (hospital physician in charge, nurse, insurance employee etc.)	County Councils	--
Nature and format of the morbidity survey form (electronic, paper etc.) ***	-	
Use and/or publication of the statistics (collected data accessible to third parties or not; if published, in parts or in total, under which forms, books or other)	Electronic	--
Problems, if any, technical or other, of the survey; plans for future change	Published Ad Hoc Accessible for everybody	--
	-	

*: In original language with its English or French translation.

**: Please provide on the next sheet D-2 a flow chart of the administrative structures through which information is collected and transmitted upwards.

***: Please provide a hardcopy of the survey forms if available.

Form D-2: Morbidity Statistics(continued)

Please provide a flow chart of the administrative structures through which morbidity information is collected and transmitted upwards.

Form D-3: Morbidity Statistics (continued)

Please indicate the names of the diseases of which all cases are reported/registered to the public health or other authorities. Please use extra sheets if necessary.

[illegible]

回答

オーストラリア