

# Nordiskt och internationellt samarbete kring klassifikation av sjukdomar

Lars Berg

Lars Berg, tidigare medicinalråd med ansvar för klassifikationer och terminologi vid Socialstyrelsen, Sverige samt tidigare föreståndare för Nordic WHO-FIC Collaborating Centre, Oslo, Norge. E-post: lars.berg@primnet.se

De första egentliga sjukdomsklassifikationerna tillkom i mitten av 1700-talet. År 1749 startade Sverige den äldsta kontinuerliga befolkningsstatistiken i världen. Under 1800-talet utarbetade de nordiska länderna var för sig egna listor över dödsorsaker och klassifikationer av sjukdomar. Så småningom byggdes det nordiska och internationella samarbetet ut inom det hälsostatistiska området. Genom den nordiska medicinalstatistiska kommittén (Nomesko) och det nordiska klassifikationscentret i Uppsala – med professor Björn Smedby som dess förste föreståndare – har de nordiska länderna aktivt deltagit i detta arbete. Det nordiska samarbetet har präglats av både pragmatiska lösningar och oenighet. I artikeln beskrivs det nordiska och internationella klassifikationssamarbetet inom hälsoområdet.

The first true disease classification schemes were created in the mid-1700s, with Sweden initiating the oldest continuous demographic statistics system in 1749. During the 1800s, Nordic countries developed individual registers for cause of death and disease classification. Later, Nordic and international co-operation was formalized in the area of health statistics through the Nordic medicinal statistics committee (Nomesko) and the Nordic centre for classification in Uppsala with professor Björn Smedby as its first director. The Nordic collaboration has been characterised by both pragmatic solutions and disagreement. In this article, the Nordic and international collaboration on classification in the area of health is described.

## Inledning

Klassifikationsarbete, såväl nationellt som internationellt kom att utgöra en stor del av Björn Smedbys professionella liv. Detta ledde till ett långvarigt samarbete med Socialstyrelsen och Björn var fortfarande vid sin bortgång aktiv vid myndigheten, där han inte minst fungerade som ”läromästare och bollplank” för yngre kollegor.

Denna artikel är en sammanfattande beskrivning av utvecklingen av sjukdomsklassifikationer men den ger också en aktuell bild av arbetets betydelse för hälso- och sjukvården. Det nordiska samarbetet har varit starkt inom klassifikationsområdet och tillsammans med dansken Gunnar Schiøler redogjorde Björn i en Nomesko-rapport från 2006 (1) mer ingående för utvecklingen av nordisk och internationell klassifikationsverksamhet. Utvecklingen därefter för 2007-2018 har beskrivits av Lars Berg i Nomesko-Nososko's Jubileumsskrift 2019 (2).

## De första sjukdomsklassifikationerna

De första internationella sjukdomsklassifikationerna tillkom i mitten av 1700-talet. Fransmannen Sauvage (1731), svensken Linné (1763) och skotten Cullen (1785) bidrog med överblick och systematisering av kunskapen om sjukdomarna. Londonstatistikern Farr gjorde 1853 en indelning av dödsorsakerna i fem stora grupper som bibehölls av fransmannen Bertillon i den första International List of Causes of Death (ICD) 1893. Indelningen används huvudsakligen fortfarande i ICD.

## Nordisk dödsorsaksregistrering

Registrering av dödsorsaker startade tidigt i de nordiska länderna, men utan samordning. Man deltog inte heller i det internationella arbetet utan fortsatte med egna nationella nomenklaturer. År 1926 hade Danmark, Norge och Sverige dock tillsammans utarbetat en interskandinavisk dödsorsaksnomenklatur. Grupperna var anpassade till Bertillons internationella ICD-3-klassifikation från 1920 men utvecklats vidare och kom att få visst inflytande på ICD-4.

Sverige har den äldsta kontinuerliga befolkningsstatistiken i världen. När Tabellverket tillkom 1749 blev en av prästerskapets uppgifter att också rapportera orsakerna till dödsfall med en lista på 33 grupper av sjukdomar och dödsorsaker. År 1861 utökades rapporteringen till att omfatta alla dödsfall i städerna och 1911 infördes krav på orsaksrapportering av alla dödsfall.

Danmark, Island och Norge började använda ICD för mortalitetsstatistik år 1941. WHO fick 1946 ansvar för ICD och gav 1948 ut ICD-6 som var avsedd både för dödsorsaker och sjukhusstatistik. I Sverige började ICD-6 användas år 1951 för mortalitetsstatistik.

## Nordisk sjukdomsrapportering

I de nordiska länderna utvecklades vid sidan om dödsorsaksnomenklaturen särskilda förteckningar för rapportering av anmälningspliktiga sjukdomar och sjukhusvårdade patienters sjukdomar. Men det kom att dröja innan nationella rapporteringar från sjukhusen kom till stånd.

Danmark hade en obligatorisk sjukhusregistrering byggd på ICD sedan 1960 medan Finland hade uppgifter från vissa sjukhus från 1960. Island införde systematisk användning av ICD-8 1971 medan Norge började sammanställa patientdata från sjukhusen i början av 1980-talet, men rikstäckande sjukhusstatistik infördes först från 1999 med ICD-9.

I Sverige fanns sedan 1874 en sjukdomsnomenklatur som skilde sig från dödsorsaksnomenklaturen. Den svenska ICD-6 versionen från 1951 var redan från början avsedd för såväl dödsorsaksstatistik som redovisning av statistik från vård vid sjukhus. Den svenska versionen av ICD-7 var särskilt anpassad för användning för individbaserad diagnosrapportering från sjukhusen. När den utkom 1964 inrättades patientregistret, som dock blev rikstäckande först 1987.

## Nordiskt samarbete startade med ICD-6

Under 1900-talets början var nomenklaturarbetet nationellt, men 1926 tillkom en interskandinavisk dödsorsaksnomenklatur. Vid ett revisionsmöte i Paris 1948 samverkade de nordiska länderna inför införandet av ICD-6, bland annat kring de latinska benämningarna.

Det internationella samarbetet återupptogs efter andra världskrigets slut. Vid Nordiska rådets första möte 1953 föreslogs att länderna skulle inleda ett samarbete på hälsoområdet och försöka få till stånd jämförbar medicinalstatistik. År 1965 bildades den Nordiska medicinalstatistiska kommittén (Nomesko) med uppgift att skapa en grund för jämförbar medicinalstatistik. Arbetet organiserades i nationellt förankrade arbetsgrupper med ansvar för definitioner, klassifikationer, födelsestatistik, patientstatistik och något senare även dödsorsaksstatistik.

Samarbetet intensifierades när WHO publicerade ICD-8 år 1967 och samtliga länder började göra nationella översättningar. Nomesko:s arbetsgrupper tog fram ett förslag till en utvidgad nordisk version av ICD-8 för sjukhusbruk. Förslaget antogs 1968 av Finland och Sverige. Danmark bearbetade förslaget ytterligare och kom 1971 ut med en egen klassifikation. Norge publicerades ingen statistik där en detaljerad klassifikation var nödvändig, och Island hade inte kommit med i Nomesko-samarbetet.

## Reservation mot ICD-9

Från början planerade WHO endast måttliga ändringar i ICD-9. Vid revisionskonferensen i Genève 1975 lades dock ett långtgående förslag fram vilket resulterade i att de nordiska länderna gemensamt reserverade sig. Anledningen var att man i Norden redan utvidgat och anpassat ICD-8 till många av de uppdelningar av koder som förslaget innehöll. Reservationen väckte en viss irritation hos WHO, men det resulterade också i att Nomesko i fortsättningen kom att inbjudas till de årliga möten som WHO anordnade med sina Collaborating Centres för klassifikationsfrågor.

Nomesko försökte nu ta fram en gemensam reviderad ICD-8 och även en beskrivning av skillnaderna mellan ICD-8 och ICD-9. Man lyckades dock inte göra någon gemensam produkt men fick värdefullt material som grund för att tolka olikheter i statistiken. Kring 1980 kom beslutet att inte införa ICD-9 i Norden att ifrågasättas, framför allt eftersom arbetet med ICD-10 blev försenat. Dessutom använde de flesta länderna ICD-9 för sin dödsorsaksstatistik. Efter lång tvekan övergick Sverige och Finland till ICD-9 (1987) och Norge (1988). I Danmark fortsatte man dock att använda sin ICD-8-baserade klassifikation från 1971.

## Primärvård

Ett område där det funnits och finns motsättningar gällande klassificering av sjukdomar, är primärvården. År 1969 tog Björn Smedby och Gustaf Haglund<sup>1</sup> ett initiativ för att få till stånd diagnosrelaterad statistik från den öppna vården och primärvården. Tillsammans utarbetade de en ”Provisorisk diagnoskod för öppen vård” som byggde på ICD-8. Den svenska öppenvårdskoden reviderades 1976 av en nordisk arbetsgrupp och en engelskspråkig version publicerades av Nomesko samma år.

Detta mötte emellertid motstånd i Norge och Danmark. De var engagerade i allmänläkarnas internationella klassifikationsarbete och förordade ”International Classification of Health Problems in Primary Care (ICHPPC)” från år 1975. Därför blev det i huvudsak inom svensk primärvård som den av Nomesko rekommenderade versionen kom att användas. Den ICD-baserade förenklade svenska primärvårdsklassifikationen vidareutvecklades senare i samverkan med svenska allmänläkare och såväl en ICD-9-baserad som en ICD-10 baserad primärvårdsklassifikation har fått en bred användning i Sverige.

I Norge har det beslutats att International Classification of Primary Care (ICPC) – en vidareutveckling av ICHPPC – ska användas vid rapportering av

1. Distriktsläkare i Dalby och Olofström, mångårigt fackligt aktiv, Svensk Förening för Allmänmedicins förste ordförande, medicine hedersdoktor, även kallad ”allmänmedicinens fader i Sverige”.

diagnoser till Rikstrygdeverket. Klassifikationen har också kommit till relativt bred användning i Danmark och i viss mån även i Finland.

Allmänläkarnas världsorganisation World Organization of Family Doctors (WONCA) har deltagit i WHO:s ICD-11-arbete med den s.k. primärvårdslinieringen, men bedömde ändå att en reviderad ICPC behövdes. Under 2021 har därför en uppdaterad tredje version av ICPC-3 publicerats (ICPC-3).

## **Nordiskt klassifikationscenter**

Som nämnts kom Nomesko att från och med 1978 inbjudas till de årliga, veckolånga mötena med WHO och dess Collaborating Centres för klassifikationsfrågor. Under ett tiotal år hade Nomesko observatörsstatus vid mötena och företräddes av representanter som utsågs av de nordiska länderna. Tanken väcktes att sträva efter att få ett av WHO officiellt erkänt Collaborating Centre. Både Danmark och Sverige uttryckte intresse. Efter flera år av förberedelser enades man om att Sverige skulle vara basen för centret och år 1987 inrättades ”Nordiskt center för klassifikation av sjukdomar”, knutet till Socialmedicinska institutionen vid universitetet i Uppsala. Centret fick namnet WHO Collaborating Centre for the Classification of Diseases in the Nordic Countries (på svenska: Nordiskt WHO-center för klassifikation av sjukdomar). Som föreståndare utsågs Björn Smedby. Han efterträddes 2003 av Martti Virtanen från Finland som tjänstgjorde till 2008 då en omorganisering och uppdelning av centret mellan de nordiska länderna genomfördes (se nedan).

Centret fick en dubbel anknytning, både till Nomesko, som delvis finansierade klassifikationsarbetet, och till Uppsala universitet genom placeringen vid den Socialmedicinska institutionen. Centret fick en styrelse bestående av de fem ordförandena i de nordiska Nomesko-delegationerna. Finansieringen kom fram till och med 1994 från Nordiska Ministerrådet. Från 1995 finansierar de nordiska ländernas hälsomyndigheter centret. Centret är ett självständigt organ med egen styrelse och egen budget. Styrelsens medlemmar utses av de nationella nordiska hälsomyndigheterna.

I den första verksamhetsplanen för centret betonades vikten av ett nära samarbete med WHO i det pågående revisionsarbetet på ICD-10. Man skulle även sammanställa erfarenheterna och effekterna av övergången från ICD-8 till ICD-9. En annan huvuduppgift var att studera tillförlitlighet och kvalitet av uppgifterna i dödsorsaks- och sjukhusstatistik i Norden samt utbildningsinsatser för nordiska dödsorsakskodare. Ytterligare en uppgift var att upprätta en bibliografi över nordisk och internationell klassifikationslitteratur.

För samordningen av de nordiska ICD-10-versionerna skapades en referensgrupp för nordiska klassifikationsfrågor. De nordiska länderna utarbetade egna

nationella versioner av ICD-10, men samarbetet var ändå värdefullt och samordningen av uppdateringar minskade diskrepanserna en del. Kortlistor för statistisk redovisning av sjukhusstatistik baserad på ICD-10 togs fram. Tills vidare låg dock arbetet med nordisk klassifikation av olycksfall kvar under Nomesko liksom utvecklingen av den nordiska operationsklassifikationen.

## Dödsorsakskodning

Dödsorsaksstatistiken omfattar enbart en orsak för varje dödsfall. En förutsättning för jämförbarhet är då enhetliga regler för valet av den dödsorsak som skall redovisas, om flera orsaker samverkat till döden. I samband med införandet av ICD-6 fastställdes ett internationellt formulär för dödsbevis samt enhetliga regler för val av underliggande dödsorsak, vilken är den som ska redovisas i den internationella dödsorsaksstatistiken. Vid den analys av kodningspraxis i de nordiska länderna som gjordes av Nomesko 1985 framkom stora skillnader mellan länderna. I en uppföljande studie 1996-1997 kartlades produktionsrutinerna i de olika nordiska länderna. Oliketerna var större än förväntat varför man ökade utbildningsinsatserna och även började diskutera stöd med automatiserad kodning. Lars Age Johansson från Sverige var från 1996 under 20-talet år centrets mortalitetsexpert och deltog mycket aktivt i en nordisk anpassning av ett amerikanskt system ACME (Automated Classification of Medical Entities) och framtagandet av ett internationellt automatiserat kodningsprogram (IRIS) som nu drivs av Iris Institute i Köln. Från år 2000 ingår även de baltiska länderna i samarbetet kring dödsorsaksstatistiken. Jämförelser görs sedan dess med kodning av små urval av dödsattester från de deltagande länderna tre gånger per år.

## Olycksklassifikation

I ICD-6 gavs två möjligheter att beskriva olyckor, förgiftningar och våld. I det ena fallet beskrivs *skadans natur* (sår, fraktur, förgiftning etc. med N-koder), i det andra klassificeras den *yttre orsaken* till skadan (trafikolycka, fall, snubbling, våld, självorsakat etc. med E-koder). Till och med ICD-8 var E-koderna betraktade som en alternativ klassifikation och i ICD-9 som en supplerande klassifikation. Från och med ICD-10 placeras koderna som självständiga kapitel i klassifikationen.

För att bland annat få ett bättre underlag för det förebyggande arbetet vid hem- och fritidsolyckor inrättade Nomesko en arbetsgrupp för systematisk olycksfallsregistrering inom området. Under ledning av Henning Bay-Nielsen från Danmark arbetade gruppen fram ett förslag på en multiaxial klassifikation för olycksfallsregistrering. Följande axlar fanns i den: kontaktorsak (sjukdom eller olycksfall); olycksplats (i hemmet, på väg etc.); skademekanism (vad som sker); aktivitet (gå, åker bil, arbetar etc.).

År 1984 publicerades den första versionen av ”Nordisk Klassifikation til Brug i Ulykkesregistrering” på danska. År 1990 publicerades den andra versionen, men nu på engelska, ”Classification for Accident Monitoring”. År 1996 utgavs den tredje engelska versionen under namnet Nomesco Classification of External Causes of Injuries (NCECI) samt en uppdaterad fjärde version år 2007. Erfarenheterna från dessa nordiska arbeten har starkt påverkat utvecklingen av den internationella Classification of External Causes of Injuries (ICECI) som publicerades för testning 2003. Däremot har ICECI aldrig blivit formellt utgiven men både NCECI och ICECI har starkt påverkat utformningen av yttre orsakskapitlet i ICD-11.

### **Nordisk operationsklassifikation**

Internationellt har olika försök gjorts för att enas kring en klassifikation av åtgärder. Ett förslag utarbetades av WHO och utgavs på försök 1978 – International Classification of Medical Procedures (ICMP), som innehöll både medicinska, kirurgiska och radiologiska åtgärder. Den fick en mycket begränsad användning. En modifierad australiensisk åtgärdsklassifikation, benämnd International Classification of Health Interventions (ICHI) godkändes av WHO 2003. Den var avsedd för utprovning, men har i praktiken ej blivit använd.

I de nordiska länderna användes olika nationella åtgärdsklassifikationer vilka huvudsakligen var fokuserade på operativa ingrepp, med tillägg av vissa diagnostiska åtgärder och resurskrävande icke-kirurgiska interventioner. För Nomesko:s statistikbehov användes en förkortad gemensam nordisk lista över operationer.

År 1989 initierade Nomesko ett arbete med en gemensam engelskspråkig nordisk operationsklassifikation avsedd som referens, men med nationella utgåvor på de nordiska språken. Den engelskspråkiga utgåvan blev publicerad av Nomesko första gången 1996 med titeln Nomesco Classification of Surgical Procedures (NCSP). Uppdateringar av NCSP har därefter skett fram t.o.m. år 2012.

### **Nordiskt DRG-arbete**

I mitten av 1980-talet började de nordiska länderna intressera sig för det amerikanska DRG-systemet. Diagnosis Related Groups (DRG) är ett sekundärt klassifikationssystem som grupperar vårdtillfällen på sjukhus i homogena grupper baserat på vårdbehovet karaktär. DRG har bland annat kommit att användas för beräkning av sjukhusens ersättningar.

I de nordiska länderna sågs systemet först som en hjälp för verksamhetsbeskrivning men senare även resursfördelning. Ett problem var att USA inte övergick till ICD-10 utan fortsättningsvis använde ICD-9-CM till år 2015. Nomesko tillsatte därför en arbetsgrupp som anpassade DRG-grupperaren till ICD-10 och även till den nordiska operationsklassifikationen.

## Utvidgat ansvar för det nordiska centret

Under senare delen av 1990-talet övertog centret ansvaret för uppdatering av Nomesko Classification of Surgical Procedures (NCSP) och Nomesko Classification of External Causes of Injuries (NCECI). Från 2000 ansvarade centret också för utveckling och uppdatering av NordDRG, det vill säga 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+ respektive ICD+. Dessa databaser uppdaterades löpande av nordiska centret varje år fram till år 2009 när Nordiskt Casemix Center tog över. Den engelska gemensamma nordiska versionen av NCSP uppdateras inte sedan 2012. De nationella versionerna uppdateras, men av varje land för sig.

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).

## Omorganisering

Av praktiska och logistiska orsaker blev centret omorganiserat. Från 1 januari 2009 blev klassifikationsdelen förlagd till Helsedirektoratet i Oslo, Norge under ett nytt namn, Nordisk senter for klassifikasjoner i helsetjenesten, och i internationellt sammanhang, Nordic WHO-FIC Collaborating Centre (3), där FIC står för ”Family of International Classifications”. Arnt Ole Ree blev ny föreståndare. DRG-samarbetet blev överfört till ett nytt nordiskt Casemix-center i Helsingfors, Finland (Nordic Casemix Centre) med Martti Virtanen som ansvarig (4).

Centrets designering (godkännande) 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 in. Lars Berg övertog rollen som föreståndare efter Arnt Ole Ree i januari 2010 fram t.o.m. maj 2019.

Snart blev det tydligt att när centret inte var designerat hade det förlorat både tillgång till information och inflytande i WHO:s nätverk för klassifikationer och var dåligt representerade i nätverkets kommittéer och referensgrupper. Med stöd av de nordiska hälsomyndigheterna inleddes en ny designeringsprocess i januari 2011 och i november 2012 erhöles återigen status som Collaborating Centre.

Fokus blev återigen, liksom när centret tillskapades, att delta i och tidigt häm-



ta hem erfarenheter från WHO-FIC:s kommittéer och arbetsgrupper. Arbetet med att utveckla och underhålla nordiska klassifikationer reducerades.

## Centret under 2010-talet

Perioden har präglats av utökat internationellt engagemang. Framför allt har insatser krävts i samband med WHO:s arbete med revisionen av ICD (till ICD-11), där en ny version anpassad för digitalt bruk godkändes i maj 2019 (5). Centret har deltagit aktivt i uppdateringen av ICF (6). Därutöver har centret varit engagerat i arbetet med International Classification for Health Interventions (ICHI) som är en ny åtgärdsklassifikation och som planeras att publiceras under 2022 (7).

När Direktoratet för e-helse inrättades den 1 januari 2016 överflyttades centret till en ny avdelning, Avdelning helsefaglige kodeverk. Centret redesignerades som ett WHO-Collaborating Centre 15 november 2020 för en fyraårsperiod. Nya avtal för centret mellan de fem nordiska länderna har tecknats för perioden 2020–2024, då Finland återigen gått med i det nordiska klassifikations-samarbetet. Under en övergångsperiod har centrets styrelseordförande Solvejg Bang från Danmark varit t.f. föreståndare, men från 2020 är Marie Vikdal från Norge ny föreståndare.

I arbetet med ICD-11 har centret bistått med ett flertal experter både i Topic Advisory Groups (TAGs) sedan 2007 och i Joint Task Force (JTF) som tillkom för att stärka revisionsprocessen år 2015. För ICF sker nordiskt samarbete i form av nordiska möten och genom ansvar som moderator i uppdateringen av ICF. Centret har mycket aktivt deltagit i utvecklingen av ICHI, där ICF:s struktur använts i ICHI men även för en svensk klassifikation av insatser inom socialtjänstområdet.

## Framtid

En rimlig bedömning i dagsläget är att ICD-11 kan börja implementeras i Norden tidigast kring 2023–2025 men kan dröja längre än så. ICD-11 är betydligt mera anpassad för elektroniskt bruk än ICD-10, men en hel del ändringar kommer att krävas i de tekniska systemen i datorjournaler och hälsoregister. Det krävs även ett omfattande översättningsarbete för de länder som inte har engelska eller något av de övriga fem officiella WHO-språken som modersmål. Kina, Korea och Japan är mycket intresserade av en snabb implementering, bland annat för att en klassifikation för traditionell medicin inkluderats som ett nytt eget kapitel.

När det gäller yttre orsaker till skador i ICD-11 har skadepkapitlet en struktur som liknar den i NCECI/ICECI, vilket innebär att NCECI inte längre blir aktuell att använda i de särskilda skaderegistrerarna. Detta gäller även för Danmark som inte använder ICD-10:s yttre orsaksdel (kapitel XX) alls i sitt patientregister.

Det nordiska arbetet med uppdatering av ICF fortsätter kontinuerligt. Än så länge används ICF främst som ramverk för beskrivning av funktion och den praktiska användningen i hälsodataregister är även fortsättningsvis begränsad.

När det gäller åtgärdsklassifikationer har de nordiska länderna en gemensam struktur enbart för kirurgi genom att alla länder använder den nordiska NCSP som grund. Dock finns det väsentliga skillnader i de nationella utgåvorna. För icke-kirurgiska åtgärder har alla nordiska länder egna lösningar och kodstrukturer. En tänkbar framtida övergång till ICHI från de nationella varianterna är något som kan vara ett alternativ.

År 2010 inleddes ett samarbete mellan WHO och Snomed International<sup>2</sup> (tidigare benämnd International Health Terminology Standards Organisation, IHTSDO) kring harmonisering av begreppen i ICD-11 och Snomed CT. Arbetet pågick fram till 2015 i syfte att harmonisera den ontologiska uppbyggnaden och av diagnosbegrepp. Harmoniseringssträvandena har emellertid varit vilande flera år, men ett arbete med mappning av begrepp i SNOMED CT och ICD-11 har initierats från Snomed Internationals håll med involvering av enskilda länder. Samtliga fem nordiska länderna är numera medlemmar i Snomed International varför det kan finnas ett gemensamt nordiskt intresse för att delta i förnyade aktiviteter på detta område.

## Referenser

1. Smedby B, Schioler G. Hälsoklassifikationer i de nordiska länderna. Köpenhamn: Nomesko; 2006.
2. Berg L. Nordisk utveckling av hälsoklassifikationer 2007-2018. I: Att jämföra för kunskap och välfärd - en jubileumsskrift; Köpenhamn: Nomesko-NOSOSKO; 2019. s. 126-133.
3. NordClass. Nordic WHO-FIC Collaborating Centre [Internet]. Oslo: Department of Classifications in Health Care; 2022 [uppdaterad 2022-01-25; citerad 2022-04-19]. Hämtad från: <http://www.nordclass.org/>
4. Nordic Casemix Centre [Internet]. Helsinki: Nordic Casemix Centre; 2022 [citerad 2022-04-19]. Hämtad från: <http://www.nordcase.org/>
5. International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11) [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2019. Hämtad från: <https://icd.who.int/en>
6. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2001. Hämtad från: <https://www.who.int/classifications/icf/en/>
7. International Classification of Health Interventions (ICHI) [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020. Hämtad från: <https://www.who.int/classifications/ichi/en/>

2. Snomed International är en internationell organisation som ansvarar för ett terminologiskt begreppssystem (Snomed CT) avsedd för användning i hälso- och sjukvården.