

Oppgraderingsstrategi for ICD-11 – Informasjonsforvaltning, kodeverk og terminologi

Først publisert: 22. juni 2026

Siste faglige endring: 22. juni 2026

Innhold

1. <u>Sammendrag</u>	3
2. <u>Hensikt med oppgraderingsstrategien</u>	5
3. <u>Bakgrunn</u>	6
4. <u>Relevante aktører</u>	7
5. <u>Rammebetingelser for overgangen</u>	8
6. <u>Mulighetsstudie</u>	11
7. <u>Helsedirektoratets anbefalinger</u>	15
8. <u>Vurdering av behov for risikoreduserende tiltak</u> ...	17
9. <u>Foreløpig overordnet tidsplan for overgangen</u>	19
10. <u>Forutsetninger for vellykket gjennomføring</u>	20
11. <u>Vedlegg 1: Mulighetsstudie</u>	23
12. <u>Vedlegg 2: Endringer og distribusjon</u>	28

Sammendrag

Oppgraderingsstrategi for ICD-11 har til hensikt å sette retning for oppgraderingen til ICD-11 i Norge. Den danner grunnlag for aktørenes kartlegging av konsekvenser som oppgraderingen gir, som igjen er underlag for å fastsette endelig Nasjonal plan for oppgradering til ICD-11.

Strategien bygger på målene som er satt for oppgraderingen, den peker på rammebetingelser som er gjeldende og forutsetninger som må være til stede for at oppgraderingen skal bli vellykket. Parallelt med arbeidet med å planlegge oppgradering fra ICD-10 til ICD-11 pågår det også et arbeid i Helsedirektoratet med å fastsette en helhetlig strategi for kodesystemer og standarder, med formål å tydeliggjøre og sikre sammenhenger.

Fem sentrale problemstillinger er trukket frem, og strategien peker på ulike tilnærminger for hver av disse problemstillingene. Basert på dialog og innspill fra relevante aktører i helse- og omsorgssektoren, og med mål, rammebetingelser og forutsetninger som premissgivere, gir Helsedirektoratet her sine anbefalinger til retningen for oppgraderingen til ICD-11, slik de samlet sett vurderes å treffe best.

Oppgraderingsform

Helsedirektoratet anbefaler en stegvis oppgradering av ICD-11 etter fagområde. Det vil bidra til å ta ned risikoen knyttet til overgangen, og vil være enklere å følge opp med støttefunksjoner. Det gir mulighet for bedre oppfølging av fagområder med større endringer. I tillegg åpner det for å la områder der ICD-11 er særlig etterspurt, gå foran. En stegvis oppgradering kan innebære merarbeid for Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet, ettersom to versjoner av ICD i en periode vil være i bruk samtidig. Det medfører blant annet behov for kobling mellom ICD-10 og ICD-11. Oppgraderingsperioden bør derfor ikke være for lang.

Kodepraksis ved oppgraderingstidspunktet

Helsedirektoratet anbefaler mulighet for å kombinere diagnosekoder, såkalt postkoordinering. Anbefalingen innebærer at det åpnes opp for kombinasjon av diagnosekoder for spesifikke områder der det er vurdert å være oppdaterte helsefaglige behov, også utover hva som er vurdert å være nødvendig for kun å erstatte ICD-10. Denne tilnærmingen sikrer utnyttelse av mulighetene til mer presis koding av diagnoser som ICD-11 representerer.

Konvertering ved oppgraderingstidspunktet

Konvertering omhandler pasienter i pågående forløp, åpne henvisninger og lignende, som har diagnoser fastsatt med ICD-10-koder ved oppgraderingstidspunktet. Helsedirektoratet anbefaler alternativet som innebærer at helsepersonell koder med ICD-11 når pasienten kommer til en behandlingskontakt, da dette er mest effektivt for helsepersonell. Dette innebærer at ICD-10-koder som har blitt kodet ved tidligere kontakter, fortsetter å være kodet i ICD-10, men at koder satt ved nye kontakter kodes med ICD-11.

Kodeverktøy og støtte til koding

Helsedirektoratet vurderer at den mest hensiktsmessige tilnærmingen er å bruke WHO's verktøy og integrere dem i EPJ og andre kliniske løsninger. Det bidrar til å sikre at kode- og støtteverktøy er oppdatert i tråd med gjeldende retningslinjer for koding. Det er imidlertid avgjørende at WHO's verktøy integreres i fagsystemene på

en hensiktsmessig måte, og at bruk av disse verktøyene ikke vil medføre at helsepersonell bruker unødig tid på å bytte mellom ulike systemer eller vinduer i arbeidet med å registrere koder.

Helsedirektoratet er kjent med at Helse Midt-Norge RHF benytter SNOMED CT til primær dokumentasjon av og samhandling med diagnoseinformasjon i Helseplattformen, og at SNOMED CT er koblet til ICD-10 for rapportering, statistikk og finansielle formål. Som en forutsetning for en vellykket oppgradering til ICD-11 vurderer Helsedirektoratet at SNOMED CT og ICD-11 må sees i sammenheng med hverandre. Dette må håndteres i egne prosesser. For de øvrige regionale helseforetakene legger Helsedirektoratet opp til at den enkelte aktør, sammen med sine leverandører, finner fram til løsninger som samlet sett er best egnet.

Lagring og datautveksling

Helsedirektoratet vurderer at en tilnærming som innebærer å lagre ICD-11 som et strukturert kodeobjekt med tilhørende unike identifikatorer (URI), fremstår som det beste alternativet. Lagring av koden som et strukturert kodeobjekt sikrer fleksibilitet, blant annet fordi det vil være enklere å bryte opp, identifisere og gjenbruke deler av koden. Det er vurdert at lagring av URI vil være viktig for å redusere risikoen for informasjonstap. Som for kodeverktøy og støtte til koding, legger Helsedirektoratet opp til at den enkelte aktør sammen med sine leverandører finner fram til løsninger som samlet sett er best egnet.

Forutsetninger for vellykket gjennomføring

Helsedirektoratet vurderer at følgende forutsetninger må håndteres for at en oppgradering til ICD-11 skal bli vellykket: Helsedirektoratets ansvarsområder, relevante aktører sine ansvarsområder, behov for opplæring, kobling mellom ICD-10 og ICD-11, sammenheng mellom ICD-11 og andre relevante kodesystemer og krav til brukervennlighet.

Hensikt med oppgraderingsstrategien

Oppgraderingsstrategien skal sette retning for oppgraderingen fra ICD-10 til ICD-11 i Norge. Den omhandler overordnede problemstillinger knyttet til oppgraderingen. Dette omfatter blant annet strategi for utrulling (oppgraderingsform), kodepraksis for ICD-11 ved oppgraderingstidspunktet, behov for konvertering av eksisterende ICD-10-koder, verktøy og støtte til koding, lagring og datautveksling, i tillegg til håndtering av sammenheng mellom SNOMED CT og ICD-11.

Det er den enkelte virksomhet som benytter ICD-koder som er ansvarlig for å ta i bruk ICD-11. Nødvendige forberedelser ligger dermed til den enkelte virksomhet. Oppgraderingsstrategien skal bidra til at overgangen kan gjennomføres mest mulig effektivt, kontrollert og med lavest mulig risiko, samtidig som datakvalitet og forbedringen som ICD-11 representerer, ivaretas. Problemstillingene som presenteres i strategien, har derfor vært drøftet med relevante aktører^[1], og Helsedirektoratet har fått verdifulle innspill til strategien gjennom en innspillsrunde våren 2026.

Formålet er at oppgraderingsstrategien skal fungere som et underlag for kartlegging av hvilke konsekvenser oppgraderingen fører til for relevante aktører. Kartleggingene er planlagt gjennomført i 2026, i henhold til overordnet foreløpig tidsplan som er beskrevet i kapittel 9. I forbindelse med kartleggingene kan det fremkomme informasjon eller nye spørsmål som så langt ikke har blitt vurdert. Det kan derfor være behov for å justere vurderinger og anbefalinger etter innspill og i tråd med kartlagte konsekvenser. Oppgraderingsstrategien, sammen med kartleggingen av konsekvenser, danner derfor underlag for etablering av Nasjonal plan for oppgradering til ICD-11, som vil være klar i 2027.

^[1] Problemstillinger har blitt drøftet i møter med fagdirektører og IKT-direktører i de fire regionale helseforetakene, i tillegg til Interregionalt arkitekturutvalg (IRAU), samt i møter med Folkehelseinstituttet (FHI), Norsk helsenett SF (NHN), Kommunesektorens organisasjon (KS) og Arbeids- og velferdsetaten (Nav). Videre ble utkast til strategien sendt på innspillsrunde til Folkehelseinstituttet (FHI), Helse Sør-Øst, Helse Vest, Helse Midt-Norge, Helse Nord, Norsk Helsenett SF (NHN), Den norske legeforening, Psykologforening, Kommunesektorens organisasjon (KS) og Arbeids- og velferdsetaten (Nav). Helsedirektoratet mottok innspill fra alle nevnte aktører.

Bakgrunn

ICD er forkortelse for Den internasjonale klassifikasjonen av sykdommer (International Classification of Diseases; ICD). ICD er et klassifikasjonssystem for dødsårsaker, sykdommer, skader og andre helsetilstander og kontaktårsaker og benyttes av over 190 land. ICD eies og forvaltes av Verdens helseorganisasjon (WHO), og Norge er forpliktet til å bruke den siste versjonen av ICD, se kapittel 5.

Bruk av ICD er forskriftsfestet for rapportering av dødsårsaker. Krav til rapportering til ulike kvalitetsregistre fastsettes av Folkehelseinstituttet i henhold til forskrift. ICD benyttes også i forbindelse med forskriftsfestede pasientrettigheter og dokumentasjon i forbindelse med ytelser. Kodene registreres av helsepersonell, kodere og annet merkantilt personell (heretter samlet omtalt som helsepersonell), og bærer informasjon brukt i pasientbehandling, til styring, finansiering og kvalitetsutvikling av helsetjenesten lokalt, nasjonalt og globalt. For mer om ICD, se: [ICD-10 og ICD-11](#).

ICD-11 ble formelt godkjent i Verdens helseforsamling i 2019, med mulighet for å kunne tas i bruk fra 2022^[1]. [ICD-11 har nytt innhold og struktur](#) som speiler moderne medisinskfaglig forståelse og oppdatert kunnskap om tilstander og sykdommer, og er utvidet med flere nye kapitler, kategorier og diagnoser. Dette omfatter betydelige endringer, blant annet innen immunologi, allergi, søvn, seksuell helse og psykiske lidelser. ICD-11 er bygget slik at det er mulig å legge til tilleggsinformasjon til en diagnosekode gjennom postkoordinering. Det er koder i ICD-11 som må postkoordineres for å bære samme informasjonsmengde som enkeltkoder i ICD-10.

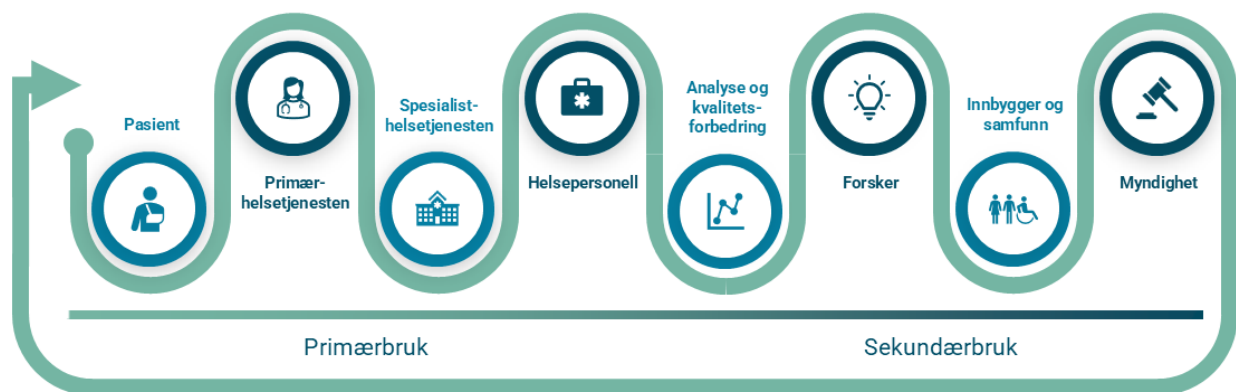
^[1] World Health Assembly - Verdens helseforsamling er WHO's beslutningsorgan, hvor delegasjoner fra alle medlemsland møtes årlig i Genève for å bestemme organisasjonens politikk, utnevne generaldirektøren, overvåke finanspolitikk og godkjenne budsjettet.

Relevante aktører

Rapportering av ICD-koder brukes både til å administrere og yte helsehjelp til pasienter (primærbruk) og til sekundære formål som forskning og kunnskapsutvikling, innovasjon, styring og kvalitetsforbedring av helsetjenesten (Figur 1).

For primærbrukere av ICD-koder må en tilstrebe at overgangen fra ICD-10 til ICD-11 ikke medfører økt kodings- eller dokumentasjonsbyrde. For sekundærbrukere, som Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet, er det først og fremst viktig at overgangen fra ICD-10 til ICD-11 ikke medfører reduksjon i datakvalitet.

Involverte aktører har tilpasset sine informasjonssystemer og arbeidsprosesser til ICD-10. Et generelt mål er at kodingsbyrden skal være så lav som mulig. Videre skal det som kodes, kunne gjenbrukes mange ganger for alle aktører som har behov for det.



Figur 1: Verdikjede for helsedata

Rammebetingelser for overgangen

I de følgende avsnittene beskrives sentrale rammebetingelser som definerer og avgrenser det mulige handlingsrommet for en oppgradering fra ICD-10 til ICD-11 i Norge.

Strategien konsentrerer seg om områder hvor ICD-10 brukes i dag

ICD er utviklet for å dekke behovene til et bredt spekter av bruksområder som dødsårsaker, sykелighet, epidemiologi, casemix (diagnoserelaterte grupper, DRG), kvalitet og pasientsikkerhet, primærhelsetjenesten, funksjonsvurdering, forskning, forebygging, sikkerhet knyttet til substanser (legemidler) eller medisinsk utstyr, spesifikk overvåking som antimikrobiell resistens (AMR), kreftregistrering, skadestatistikk og -forskning, både for primær- og spesialisthelsetjenesten, samt å sikre semantisk interoperabilitet for klinisk dokumentasjon, beslutningsstøtte og retningslinjer eller anbefalinger^[1].

Tidligere utredning har fastslått at ICD-11 er det kodeverket som er best egnet til å erstatte ICD-10 i Norge og bør dekke formålene ICD-10 dekker i dag da det er behov for klassifikasjonsegenskaper for disse formålene. Oppgraderingen til ICD-11 skal derfor legge til rette for at ICD-11 kan erstatte ICD-10 på de områder ICD-10 brukes i dag. Det er også nødvendig å oppgradere på de områdene hvor det stilles krav om rapportering til nasjonale og overnasjonale organer på ICD^[2]. Det ligger ikke innenfor ICD-11-prosjektets mandat å vurdere om eller hvordan ICD-11 skal tas i bruk på områder der ICD-10 i dag ikke benyttes.

Parallelt med arbeidet med å planlegge oppgradering fra ICD-10 til ICD-11, pågår det også et arbeid i Helsedirektoratet med å fastsette en helhetlig strategi for codesystemer og standarder, med formål å tydeliggjøre og sikre sammenhenger.

Nasjonalt regelverk

Bruken av ICD i Norge skal skje innenfor gjeldende lovverk som regulerer helsepersonells plikter og virksomhetenes ansvar. Særlig relevante lovverk er [Helsepersonelloven \(lovdata.no\)](#), som stiller krav til faglig forsvarlighet og pålegger helsepersonell å gi nødvendige opplysninger til virksomhetens ledelse og administrative systemer, i tillegg til [Spesialisthelsetjenesteloven \(lovdata.no\)](#), som understreker tilsvarende krav til å tilrettelegge for forsvarlighet og stiller krav til journal- og informasjonssystemer. Videre vil det være avgjørende at oppgraderingen skjer i henhold til [Helseregisterloven \(lovdata.no\)](#), som gir hjemmel for etablering og drift av lovbestemte helseregistre, Regelverk for innsatsstyrt finansiering, som regulerer den aktivitetsbaserte finansieringen av spesialisthelsetjenesten, samt [Blåreseptforskriften \(lovdata.no\)](#), som regulerer rettigheter til legemidler på blåresept.

[Helsepersonelloven stiller krav om faglig forsvarlighet](#) og pålegger helsepersonell å gi nødvendige [opplysninger til virksomhetens ledelse og administrative systemer](#). Dette vil omfatte at korrekt koding av diagnoser er en del av forsvarlig yrkesutøvelse og vil således måtte ledsages av et oppdatert diagnosekodeverk. [Spesialisthelsetjenesteloven beskriver tilsvarende krav til å tilrettelegge for forsvarlighet](#) og stiller [krav til journal- og informasjonssystemer](#). Journalforskriften utdyper kravene til dokumentasjon, blant annet at [journalen skal inneholde opplysninger om symptomer, funn og diagnostiske vurderinger, samt beskrivelser som ligger til grunn for kodet informasjon, innrapportert til helseregistre](#).

[Helseregisterloven hjemler etablering og drift av lovbestemte helseregistre](#), og [forskrifter knyttet til Norsk pasientregister \(lovdata.no\)](#) og [Dødsårsaksregisteret \(lovdata.no\)](#), som stiller detaljerte krav til koding og

klassifisering. Folkehelseinstituttet har myndighet til å pålegge bruk av bestemte klassifikasjonssystemer og kodeverk ved registrering samt standardiserte meldingsformater for innsending av opplysninger. Helsedirektoratet utgir årlig ISF-regelverket og Kodeveiledningen, som er normerende dokumenter for korrekt bruk av ICD-10 og klassifikasjonssystemene. Helsedirektoratet fastsetter refusjonsvilkår og publiserer oversikter over hvilke ICD-10-koder som gir rett til blåresept. Overgangen til ICD-11 vil derfor kreve en revisjon av disse vilkårene og tilhørende regelverk.

Personvern sikres i dag gjennom systemer som beskytter pasientdata og kun tillater utlevering av anonymiserte opplysninger eller data med pasient-ID til godkjente mottakere. Økt detaljnivå i kodeverket, særlig ved sjeldne tilstander, kan kreve justeringer for å hindre identifisering. Videre utprøving vil vise hvor finmasket nivå som faktisk brukes.

Internasjonale forpliktelser

Som medlemsland i WHO har Norge en internasjonal forpliktelse til å rapportere helsedata i henhold til ICD-systemet, jf. WHO-konstitusjonen og tilhørende resolusjoner. Dette er avgjørende for global helseovervåking, statistikk, forskning og sammenlignbarhet mellom land. Videre krever internasjonale avtaler og rapporteringsordninger (blant annet til WHO, EUROSTAT og OECD) bruk av standardiserte kodeverk for å sikre kvalitet og konsistens i helsedata.

WHO har publisert lisensvilkår for bruk og integrasjon av klassifikasjonene ICD, ICF og ICHI, samt for bruken av deres programvare[3]. Lisensvilkårene vil som helhet utgjøre en del av rammevilkårene. Det er viktig å merke seg at man forplikter seg til å benytte både kode, kodetekst og URI i utveksling og lagring av ICD-11-data.

WHOs anbefalinger til overgang mellom ICD-10 og ICD-11

WHO anbefaler at landene etablerer nasjonale kompetansesentre som kan koordinere arbeidet, gi opplæring og støtte under oppgraderingen (ICD-11 Implementation or Transition Guide[4]). Det bør utarbeides en helhetlig plan med tydelige tidslinjer, ressursbehov og risikovurderinger med tidlig involvering av relevante aktører. WHO anbefaler også en periode med dobbel koding, der både ICD-10 og ICD-11 brukes parallelt i 12–18 måneder, noe lenger for finansieringsformål. Dette gir kontinuitet i data, stabilitet i rapportering samt mulighet for overgangsstudier som indikerer fremtidig kodingskvalitet. Dette er avgjørende for nødvendige kostnad- og nyttevurderinger. WHO anbefaler å lagre URI eller URI-kombinasjoner i tillegg til kode slik at man ivaretar historikk hvis koden flyttes eller endres. Utveksling av data skal også følge nasjonal norm for dataintegritet (ref. Normens faktaark).

WHO anbefaler også pilotprosjekter og erfaringsutveksling med land som allerede har tatt i bruk ICD-11. WHO utreder muligheten for å kunne etablere nasjonale lineariseringer med ulikt granularitetsnivå basert på landenes behov. På nåværende tidspunkt vurderes det at Norge skal benytte den internasjonale versjonen uten slik nasjonal tilpasning for overgangstidspunktet. Ved behov for nasjonale tilpasninger, må blant annet forvaltningsbyrde, hensyntas.

Ressursbruk for helsepersonell

Et viktig mål i arbeidet med å utvikle fremtidens helse- og omsorgstjeneste er at helsepersonell får bruke mer av sin tid på pasienter. Dette innebærer at utvikling og implementering av løsninger må hensynta helsepersonells behov. I Helsepersonellkommisjonen sin utredning NOU 2023:4 Tid for handling. Personellet i

en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste, presiseres det blant annet at en sentral forutsetning for å lykkes med utvikling av digitale løsninger i helsesektoren er at helsepersonell settes i sentrum, og at nye løsninger for innsamling, forvaltning og bruk av data ikke fører til unødig tidsbruk til dokumentasjon og datainnsamling for helsepersonell. Dette hensynet ligger til grunn i hele arbeidet med en overgang fra ICD-10 til ICD-11.

Fremtidig forvaltning

Helsedirektoratet har ansvaret for å tilgjengeliggjøre og vedlikeholde ICD. Dagens forvaltning omfatter håndtering av innspill og vurdering av behov for å justere kodeverket. Ved overgang til ICD-11 kan det være behov for å justere deler av forvaltningen, blant annet fordi WHO legger opp til publisering av ny utgave av ICD-11 ved årsslutt. Dette vil Helsedirektoratet komme tilbake til.

[1] [ICD-11 Reference Guide](#)

[2] I henhold til i artikkel 2 i Nomenclature Regulation, som er avtalen Norge har med WHO, er Norge i utarbeidelse av dødelighet- og sykighetsstatistikk forpliktet til å ta i bruk siste versjon av ICD. Videre er Norge, jfr. artikkel 6, forpliktet til å dele helseinformasjon med WHO. ICD-11 er et internasjonalt forvaltet kodeverk som legger til rette for utveksling av helsedata gjennom digital samhandling nasjonalt og internasjonalt. WHO har anbefalt at medlemsland tar i bruk ICD-11 så snart som mulig.

[3] [International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems \(ICD\), International Classification of Functioning Disability and Health \(ICF\), International Classification of Health Interventions \(ICHI\) \(icd.who.int, PDF\)](#)

[4] [ICD-11 Implementation or Transition Guide \(icd.who.int, PDF\)](#)

Mulighetsstudie

Sentrale problemstillinger

Oppgraderingsstrategien peker på noen sentrale overordnede problemstillinger knyttet til overgangen fra ICD-10 til ICD-11. Disse er:

- oppgraderingsform
- valg av kodepraksis for ICD-11 ved oppgraderingstidspunktet
- behov for konvertering av eksisterende ICD-10-koder ved oppgraderingstidspunktet
- kodeverktøy og støtte til koding
- teknisk implementasjon (lagring og datautveksling)

I strategien peker vi på ulike alternative tilnærminger til disse problemstillingene. Formålet er å identifisere relevante alternativer som sikrer at den beste løsningen for helse- og omsorgssektoren samlet sett velges. For at de ulike alternativene skal vurderes som relevante, må de bidra til å oppnå målene som er satt med oppgraderingen, i tillegg til å befinne seg innenfor rammebetingelsene som gjelder.

For hver problemstilling er det identifisert tre ulike alternative tilnærminger. Disse har vært diskutert i møter med relevante aktører, og alternativene er utarbeidet etter innspill fra disse aktørene (se Tabell 1 for oppsummering og Vedlegg 1 for nærmere beskrivelse). Alternativene definerer mulighetsrommet for hvilke tilnærminger som vurderes for hver problemstilling. Aktørenes kartlegginger vil avdekke om tilnærmingene er hensiktsmessige, eller om nye bør komme til.

Tabell 1: Sentrale problemstillinger og tilhørende alternativ

Problemstilling	Alternativ 1	Alternativ 2	Alternativ 3
Oppgraderingsform*	Samtidig oppgradering (Big bang): Alle går over fra ICD-10 til ICD-11 på samme tidspunkt.	Stegvis etter geografisk inndeling: Gradvis overgang der ett og ett geografisk område går fra ICD-10 til ICD-11.	Stegvis etter fagområde: Gradvis overgang der ett og ett område (for eksempel psykisk helse og deretter somatikk) går over fra ICD-10 til ICD-11.
Kodepraksis ved oppgraderings-tidspunktet* (ICD-11 forutsetter postkoordinering)	Postkoordinering brukes kun der det er nødvendig for å erstatte dagens ICD-10-kode: Erstatte dagens ICD-10 kode med tilsvarende ICD-11 kode der dette er mulig. Gjøre så små endringer som mulig.	Postkoordinering for områder der det er vurdert å være oppdaterte helsefaglig behov (ut over alternativ 1): På områder hvor det er vurdert å være oppdaterte helsefaglige behov, utnytter man mulighetene i ICD-11 til bedre koding av diagnoser.	Fri postkoordinering: Tillate fri koding med ICD-11 og tillate fri bruk av postkoordinering innenfor hva rammene av kodeverket tillater.
			Helsepersonell koder med ICD-11 når

Konvertering* av informasjon kodet i ICD-10 ved oppgraderings-tidspunktet	Kobling mellom ICD-10 og ICD-11: Benytte WHO's offisielle kobling mellom ICD-10 og ICD-11 for å konvertere koder for alle pasienter som er i en åpen behandlingsperiode på oppgraderingstidspunktet.	Helsepersonell koder om for alle pasienter som er i en åpen behandlingsperiode: Helsepersonell koder om ICD-10-koder til ICD-11 manuelt for alle pasienter som er i en åpen behandlingsperiode på oppgraderingstidspunktet.	pasienten kommer til en behandlingskontakt: ICD-10-koder som har blitt kodet ved tidligere kontakter, fortsetter å være kodet i ICD-10, mens koder satt ved nye kontakter kodes med ICD-11.
Kodeverktøy og støtte til koding	Selvstendige verktøy: Man bruker verktøy som ikke integreres med berørte systemer. Koder må manuelt overføres mellom systemer.	Integrasjon: Bruke WHO's verktøy og integrere dem i systemer og andre kliniske løsninger.	Egenutvikling: Leverandør lager løsningene/verktøyene selv, som blir integrert i systemer og andre kliniske løsninger.
Teknisk implementasjon: lagring og datautveksling	Lagre en ICD-11 kodelinje som erstatter ICD-10-koden: Erstatte dagens felt for ICD-10-kode med en kodelinje i ICD-11. Kodelinjen må dekodes hver gang innholdet skal brukes.	Lagre ICD-11 som et strukturert kodeobjekt: Kodelinjen i ICD-11 brytes opp sine enkelte koder i en struktur.	Lagre ICD-11 som et strukturert kodeobjekt med tilhørende URI[1]: Kodelinjen i ICD-11 brytes opp sine enkelte koder i en struktur. I tillegg lagres tilleggsinformasjon som kodenets URI for hver kode.

* Forutsetter nasjonal beslutning/anbefaling/koordinering ved oppgradering

Oppgraderingsform

Oppgraderingsform beskriver hvordan overgangen fra ICD-10 til ICD-11 kan gjennomføres organisatorisk og teknisk i helsesektoren. Dette kan enten skje ved at alle relevante aktører går over fra ICD-10 til ICD-11 på samme dato og tidspunkt. Ved en slik tilnærming vil det ikke, etter tidspunkt for overgang, være mulig hverken å registrere eller rapportere ICD-10-koder.

Alternativt er det mulig å gjennomføre oppgraderingen som en stegvis overgang. Det kan enten skje geografisk, der ett og ett geografisk område går fra ICD-10 til ICD-11. Det vil i så fall være nødvendig å vurdere hvordan områdene skal defineres, for eksempel om dette skal gjøres per helseforetak eller per regionalt helseforetak. En stegvis overgang kan også gjennomføres etter fagområde, der ett og ett (eller grupper av) fagområde(r) går over fra ICD-10 til ICD-11 suksessivt. Med dette menes at alle kapitler i ICD-11 suksessivt gjøres tilgjengelig for grupper av helsepersonell, for eksempel alle ansatte som jobber innen psykisk helsevern.

Valg av oppgraderingsform har direkte konsekvenser for risiko, behov for drift av parallelle løsninger, rapportering, samhandling mellom aktører og belastning på klinisk virksomhet. Resultatene av kartleggingen som relevante aktører skal gjennomføre i løpet av 2026 vil derfor være viktig inn i arbeidet med en videre konkretisering av hvordan en eventuell stegvis oppgradering skal gjennomføres.

Kodepraksis ved oppgraderingstidspunktet

Med kodepraksis menes hvilke føringer som skal gis for hvordan helsepersonell skal kode med ICD-11 på oppgraderingstidspunktet. I og med at ICD-11 legger opp til at man kan kombinere diagnosekoder, såkalt postkoordinering, vil det være behov for å etablere noen minimumskrav til slik koding. Dette vil være nødvendig for å sikre konsistens mellom ICD-10- og ICD-11-kodene på områder der stamkodene i ICD-11 er mindre spesifikke enn tilsvarende ICD-10-koder.

I forlengelsen av dette er det en sentral problem-stilling hvor omfattende bruk av postkoordinering (utover minimumskrav) som skal tillates på oppgraderings-tidspunktet. Det er overordnet skissert tre alternative tilnærminger, hvor ett ytterpunkt er å legge seg så nærme dagens kodepraksis med ICD-10 som mulig (alternativ 1). Dette innebærer en tilnærming der man kun tillater postkoordinering der dette er nødvendig for å erstatte dagens ICD-10-koder. Et mer vidtgående alternativ vil være å åpne opp for postkoordinering på spesifikke områder der det er vurdert å være oppdaterte helsefaglige behov, selv om dette ikke er strengt nødvendig for å erstatte dagens ICD-10-kode (alternativ 2). Et tredje alternativ er å tillate fri postkoordinering (alternativ 3). Det vil i dette tilfellet være opp til den som koder, å vurdere hvordan de ønsker å utnytte mulighetene ICD-11 gir for postkoordinering.

Konvertering ved oppgraderingstidspunktet

Dette området omhandler pasienter som har diagnoser fastsatt med ICD-10-koder, og hvordan selve kodingen skal håndteres ved overgang til ICD-11. Dette omfatter blant annet pasienter i pågående forløp, åpne henvisninger, historiske journalopplysninger og dokumentasjon som fortsatt er gyldig etter oppgraderingstidspunktet.

En tenkt tilnærming er bruk av WHOs offisielle kobling mellom ICD-10 og ICD-11 for å konvertere koder for alle pasienter som er i en åpen behandlingsperiode på oppgraderingstidspunktet (alternativ 1). Alternativt må helsepersonell selv kode om ICD-10-koder til ICD-11 manuelt for alle pasienter som er i en åpen behandlingsperiode på oppgraderingstidspunktet (alternativ 2). En tredje løsning er at helsepersonell koder med ICD-11 når pasienten kommer til en behandlingskontakt (alternativ 3). Dette innebærer at ICD-10-koder som har blitt kodet ved tidligere kontakter, fortsetter å være kodet i ICD-10, men at koder satt ved nye kontakter kodes med ICD-11. For inneliggende pasienter innebærer alternativ 3 at helsepersonell koder med det kodeverket som er gjeldende på det tidspunktet hvor pasienten utskrives.

Kodeverktøy og støtte til koding

En overgang fra ICD-10 til ICD-11 vil kreve tilpasninger i en rekke systemer, herunder EPJ-systemer. Med kodeverktøy og støtte til koding presenteres ulike alternativer for å tilpasse disse systemene. WHO har utviklet verktøy for koding, både som selvstendige nettleserbaserte applikasjoner og gjennom grensesnitt (API). Disse verktøyene kan integreres i systemer eller benyttes som selvstendige verktøy.

Et første alternativ er derfor at personell som setter koder, benytter disse verktøyene uten at de integreres i berørte systemer (alternativ 1). Et annet alternativ er å integrere WHO sine verktøy i relevante systemer (alternativ 2). En siste mulighet er at hver enkelt leverandør selv benytter API-ene fra WHO til å utvikle egne løsninger i sine systemer (alternativ 3). For å sikre tilfredsstillende kvalitet og funksjonalitet, samt tilfredsstillende kodekvalitet, vil det i dette tilfellet være nødvendig å formulere noen minstekrav til funksjonalitet.

Lagring og datautveksling

Lagring og datautveksling beskriver alternativer for hvordan leverandørene lagrer og utveksler diagnosekoder. En ICD-11-kode består både av en kode som henviser til diagnosens kapittel og kategori, i tillegg til en unik

identifikator (URI). En mulig tilnærming er at leverandører kun legger til rette for lagring av den ICD-11-kodestrengen som er nødvendig for å erstatte ICD-10-koden (alternativ 1). En annen mulighet er å lagre ICD-11-koden som et strukturert kodeobjekt (alternativ 2), mens et mer omfattende alternativ er at det i tillegg legges ved informasjon om kodenes URI (alternativ 3).

[1] En unik identifikator som aldri endres.

Helsedirektoratets anbefalinger

Anbefalingene og vurderingene som presenteres i dette kapitlet, skal fungere som utgangspunkt for aktørenes arbeid med kartlegginger. Disse bør omfatte helsefaglige, tekniske og organisatoriske konsekvenser, som arbeidsprosesser og opplæring. I tillegg bør aktørene kartlegge forventet ressursbruk ved oppgraderingen.

Anbefalingene og vurderingene anses som hypoteser. Kartleggingene som relevante aktører skal gjennomføre i 2026, vil avdekke om anbefalingene og vurderingene til Helsedirektoratet er hensiktsmessige, om de bør justeres eller om nye tilnærminger bør komme til. Kunnskapsgrunnlaget som etableres, danner grunnlag for å fastsette endelig overordnet nasjonal tidsplan for oppgraderingen til ICD-11 og i tillegg bidra til at den enkelte aktør etablerer mer detaljerte lokale planer for overgangen.

Oppgraderingsform

Helsedirektoratet anbefaler en stegvis oppgradering av ICD-11. Det er vurdert at en stegvis oppgradering vil bidra til å ta ned risikoen knyttet til overgangen, blant annet fordi en slik tilnærming legger til rette for læring underveis i hele verdikjeden. En stegvis oppgradering vil også være enklere å følge opp for eventuelle støttefunksjoner.

Det er vurdert at en oppgradering etter fagområde, alternativ 3, kan være å foretrekke. Dette alternativet vil være enklere å håndtere for Helsedirektoratet, blant annet fordi en stegvis overgang etter geografiske områder vil kunne medføre ulikt grunnlag for finansiering. Oppgradering etter fagområde gir også mulighet for bedre oppfølging av fagområder med større endringer, i tillegg til en mulighet til å la områder der ICD-11 er særlig etterspurt, gå foran.

En stegvis oppgradering kan innebære merarbeid for Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet, ettersom to versjoner av ICD vil være i samtidig bruk i en periode. En stegvis overgang medfører derfor behov for kobling mellom ICD-10 og ICD-11. Som omtalt under kapittel 6 er det behov for å utrede nærmere hvordan en eventuell stegvis oppgradering skal gjennomføres i praksis. Over hvor lang periode den stegvise oppgraderingen skal foregå, må også fastsettes. Den bør ikke være for lang.

Kodepraksis ved oppgraderingstidspunktet

Helsedirektoratet anbefaler alternativet som innebærer at det åpnes opp for kombinasjon av diagnosekoder (postkoordinering) på spesifikke områder der det er vurdert å være oppdaterte helsefaglige behov, også utover hva som er vurdert å være nødvendig for kun å erstatte ICD-10 (alternativ 2). En slik tilnærming sikrer utnyttelse av mulighetene til mer presis koding av diagnoser som ICD-11 representerer, samtidig som man reduserer risiko for store variasjoner i kodepraksis ved oppgraderingstidspunktet. Ved tidlig å åpne opp for postkoordinering ut over hva som er nødvendig for å erstatte ICD-10-koden, sikrer vi at EPJ-systemer og andre systemer bygges fleksible nok til å håndtere videre bruk av postkoordinering senere, dersom det viser seg å være hensiktsmessig.

Det vil være behov for en nærmere utredning av hvilke områder det skal åpnes opp for ytterligere postkoordinering, samt hvordan slike føringer skal operasjonaliseres.

Konvertering ved oppgraderingstidspunktet

Helsedirektoratet anbefaler alternativet som innebærer at helsepersonell koder med ICD-11 når pasienten kommer til en behandlingskontakt (alternativ 3). Det er mer ressursbesparende for helsepersonell enn om helsepersonell skal rekode eksisterende diagnoser (alternativ 2). Videre er det vurdert at kobling mellom ICD-10 og ICD-11 (alternativ 1) ikke vil være hensiktsmessig, da det øker risiko for tap av informasjon og at diagnosen blir unøyaktig eller feil. Videre kan det være vanskelig å definere hvor langt tilbake det eventuelt skal kobles. Dersom det også kobles tilbake for enkelte pasienter, men ikke andre, kan dette blant annet medføre ulemper for statistikkbrukere.

Til tross for at alternativ 3 medfører visse ulemper for Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet, er det vurdert at alternativet kan gjennomføres ved hjelp av kobling mellom ICD-10 og ICD-11 utarbeidet av WHO i samarbeid med medlemslandene (se nærmere beskrivelse i kapittel 10).

Kodeverktøy og støtte til koding

Helsedirektoratet vurderer at alternativet som innebærer å bruke WHOs verktøy og integrere dem i EPJ og andre kliniske løsninger, fremstår som det beste alternativet (alternativ 2). Utnyttelse av løsninger som allerede eksisterer innebærer trolig lavere investerings- og utviklingskostnader. Alternativet bidrar også til å sikre at kode- og andre støtteverktøy er oppdatert i tråd med nytt kodeverk og gjeldende retningslinjer for koding.

Det er imidlertid avgjørende at WHOs verktøy integreres i fagsystemene på en hensiktsmessig måte, og at bruk av disse verktøyene ikke vil medføre at helsepersonell må «hoppe» mellom ulike systemer eller vinduer i arbeidet med å registrere koder. Hvis fagsystemene har egenskaper som gjør det utfordrende å få til en sømløs integrasjon av WHO-verktøy, bør større grad av egenutvikling vurderes. Dette er særlig viktig for å redusere risikoen for at en overgang til ICD-11 medfører økt tidsbruk for helsepersonell i arbeidet med å registrere koder.

Helsedirektoratet er kjent med at Helse Midt-Norge RHF benytter SNOMED CT til dokumentasjon og samhandling av diagnoseinformasjon i Helseplattformen. Om WHO sine verktøy eller andre løsninger bør etableres må avklares. For de øvrige aktørene legger Helsedirektoratet opp til at den enkelte aktør, sammen med sine leverandører, finner fram til løsninger som samlet sett er best egnet. Se nærmere beskrivelser av verktøy under kapittel 10 Krav til brukervennlighet.

Lagring og datautveksling

Helsedirektoratet vurderer at alternativet som innebærer å lagre ICD-11 som et strukturert kodeobjekt med tilhørende URI, fremstår som det beste alternativet (alternativ 3). Lagring av koden som et strukturert kodeobjekt sikrer fleksibilitet, blant annet fordi det vil være enklere å bryte opp, identifisere og gjenbruke deler av koden.

Det er vurdert at lagring av URI vil være viktig for å redusere risikoen for informasjonstap, både fordi URI-en kan inneholde mer informasjon enn ICD-koden, fordi informasjon fra URI-en kan være avgjørende for kobling til andre kodeverk/terminologier og fordi URI-en er konsistent over tid og derfor enklere kan benyttes til produksjon av tidsserier.

Den strukturerte lagringen av kodeobjektet muliggjør også at meldinger kan tilpasses mottakers behov, ved at relevante deler av kodeobjektet kan inkluderes i meldingsutvekslingen, samtidig som URI sikrer en felles og entydig semantisk referanse på tvers av aktører og systemer. Helsedirektoratet legger her opp til at den enkelte aktør, sammen med sine leverandører, finner fram til lagringsløsninger som samlet sett er best egnet.

Vurdering av behov for risikoreduserende tiltak

For å håndtere og minimere risiko forbundet med overgangen er det behov for å vurdere og utrede ulike risikoreduserende tiltak. Tiltakene som så langt er vurdert som mest relevante, er presentert i det følgende.

Utprøving før overgang til ICD-11

Småskala utprøvinger før endelig overgang til ICD-11 er i tråd med nasjonale føringer og WHO's anbefalinger. Slike utprøvinger kan innebære å teste ICD-11 og tilhørende tekniske løsninger i deler eller hele verdikjeden, samtidig som man evaluerer om prosesser og verktøy fungerer som planlagt. Utprøvingen innebærer ikke formell overgang til ICD-11, men danner grunnlag for læring. Formell rapportering vil fortsatt baseres på ICD-10. Dette kan medføre at helsepersonell og kodere må bruke begge kodeverk i utprøvsperioden.

For å sikre høy nytteverdi bør utprøvingen være mest mulig realistisk og gjennomføres på en måte som gjenspeiler en nasjonal oppgradering. Det innebærer å velge fagområder som enten er representative for sektoren eller å teste på flere ulike fagområder for å gi et robust kunnskapsgrunnlag. Resultater og erfaringer fra utprøvingen vil være sentrale for å sikre en god overgang.

Helsedirektoratet har ikke på nåværende tidspunkt tatt stilling til om eventuelle utprøvinger bør gjennomføres i regi av Helsedirektoratet, eller om ansvaret bør legges til andre aktører.

Dobbelkoding i en avgrenset og definert periode etter overgangen

Et annet mulig risikoreduserende tiltak er å innføre dobbelkoding i en avgrenset og definert periode etter overgangen til ICD-11. Dobbelkoding innebærer at helsepersonell som registrerer koder, i en periode registrerer koder på begge kodeverk (både ICD-10 og ICD-11). WHO gir en generell anbefaling om gjennomføring av dobbelkoding med tilhørende dobbelkodingsstudier gjennom ICD-11 Implementation or Transition Guide.

Dobbelkoding muliggjør en kontrollert og trinnvis overgang fra ICD-10 til ICD-11 som reduserer risiko, blant annet fordi det tillater fortsatt rapportering til og bruk av ICD-10-koder for nasjonale aktører, samtidig som aktører som er ansvarlige for registrering av ICD-koder kan bygge opp kompetanse og erfaring med bruk av ICD-11. På denne måten sikrer dobbelkoding tilstrekkelige muligheter til å avdekke og korrigere for utfordringer i kodepraksis. Dobbelkoding tillater også at nasjonale aktører kan teste datautveksling og innrapportering på ICD-11 i lukkede testmiljøer. På denne måten kan dobbelkoding redusere risikoen for uforutsette utfordringer i hele verdikjeden og følgelig også ta ned risiko for brudd i registrering og rapportering av koder. Samlet sett vil dette legge til rette for rene brudd i tidsserier og et mer konsistent kunnskapsgrunnlag.

Dobbelkoding vil imidlertid medføre økt tidsbruk for helsepersonell og andre kodere, fordi disse i en periode må kode dobbelt (både med ICD-10 og ICD-11). Dersom rapportering og DRG i en periode fortsatt skal gjøres med utgangspunkt i ICD-10, er det en risiko for at helsepersonell vil være lite motivert for koding med ICD-11. For at en periode med dobbelkoding skal fungere etter hensikten, vil det derfor trolig være behov for å etablere en insentivstruktur som også motiverer til koding på ICD-11. En periode med dobbelkoding vil også med høy

sannsynlighet medføre økte kostnader for helseforetakene, fordi systemleverandører i en periode må drifte to kodeverk. Om brukergrensesnitt og arbeidsflyt for dobbelkoding blir lagt til rette for effektiv koding, er også usikkert.

Utredningen av behov for risikoreduserende tiltak er fortsatt i prosess. Helsedirektoratet har derfor ikke tatt stilling til hvilke tiltak som anbefales.

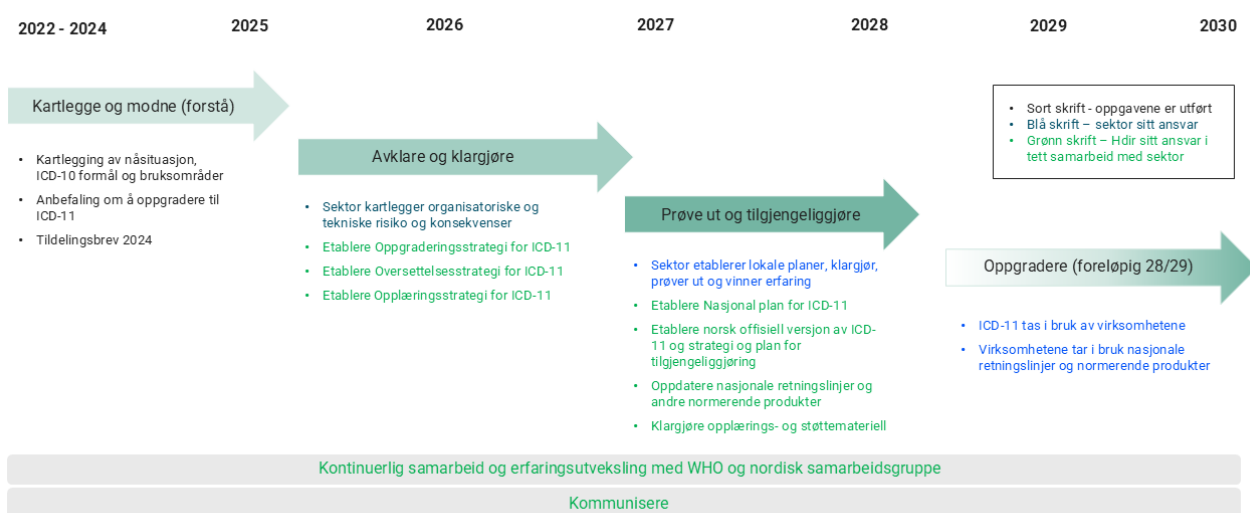
Foreløpig overordnet tidsplan for overgangen

Helsedirektoratet fikk i 2025 i oppgave fra Helse- og omsorgsdepartementet å gi en løypemelding med overordnet tidsplan for overgang til ICD-11. Arbeidet ble gjennomført i samarbeid med regionale helseforetak, Folkehelseinstituttet og fagmiljøene i sektoren.

Oppdraget resulterte i følgende anbefaling fra Helsedirektoratet: «videre arbeide for å etablere en realiserbar overordnet tidsplan bør legges til grunn at ICD-11 er i bruk i helse- og omsorgssektoren 2028/2029».

Videre peker Helsedirektoratet på behov for å ta fram en oppgraderingsstrategi sammen med aktørene i helse- og omsorgssektoren, og at endelig Nasjonal plan fastsettes etter at oppgraderingsstrategien er etablert og kartleggingen er gjennomført. Helsedirektoratet vurderer at tidspunkt for ibruktakelse av ICD-11 bør sees i sammenheng med innføringen i andre vestlige land, og at Norge ikke nødvendigvis bør være først til å ta i bruk ICD-11. Dette henger sammen med risiko og sikre mulighet for læring. Videre vil det være viktig å avvente kartleggingen som gjennomføres av RHF-ene før tidspunkt for ibruktakelse vurderes endelig.

Følgende reviderte foreløpige plan legges derfor til grunn i det videre arbeidet:



Figur 2: Direktelenke til overordnet foreløpig tidsplan etter innspill fra aktører fra sektor.

Forutsetninger for vellykket gjennomføring

I det følgende beskrives sentrale forutsetninger for at oppgraderingen fra ICD-10 til ICD-11 blir vellykket.

Helsedirektoratets ansvarsområder

I forbindelse med overgangen fra ICD-10 til ICD-11 har Helsedirektoratet ansvaret for å utarbeide, oversette, tilgjengeliggjøre og forvalte en norsk versjon av ICD-11, koordinere arbeidet med overgangen i helsesektoren, tilgjengeliggjøre opplærings- og støttemateriell, i tillegg til å kommunisere om oppgraderingen til relevante aktører og samfunnet for øvrig. Videre har Helsedirektoratet ansvar for å oppdatere nasjonale retningslinjer og normerende produkter, samt sørge for at egne løsninger som benytter ICD-10, oppgraderes for ICD-11.

Relevante aktører sine ansvarsområder

Det er den enkelte aktør som benytter ICD som er ansvarlig for at den norske versjonen av ICD-11 tas i bruk på en korrekt måte, inkludert å implementere oppgraderingen i sine systemer. Ibruktakelse omfatter arbeid med diagnostisering og pasientbehandling, sykemeldinger og annet. Før ibruktakelse er det derfor avgjørende at den enkelte virksomhet selv tar ansvar for å kartlegge konsekvenser av og risikofaktorer forbundet med oppgraderingen som angår dem, samt klargjør, prøver ut og vinner erfaring før selve kodeverket tas i bruk. Dette inkluderer opplæring av egne ansatte. Det er også behov for at helsesektoren bistår i arbeidet med kvalitetssikring av den norske oversettelsen og oppdatering av normerende produkter.

Behov for opplæring

WHO anbefaler opplæring til alt relevant personell ved overgang til ICD-11. Flere internasjonale aktører samarbeider med WHO om å utarbeide opplæringspakker som kan oversettes og tilpasses lokale forhold. Det er avgjørende at slikt materiell fortsatt utarbeides og tilbys med bakgrunn i de verktøy og metoder Helsedirektoratet anbefaler til enhver tid. Utover korrekt kodingspraksis vil det være flere fagområder som må vurdere om de faglige endringene i ICD-11 impliserer behov for egne kompetansetiltak. Manglende fokus på opplæring vil blant annet øke risikoen for lite effektive diagnoseprosesser med ICD-11, variasjon i kodepraksis, lav datakvalitet og dermed lav utnyttelse av de forbedringene som ligger i ICD-11.

Kobling mellom ICD-10 og ICD-11 som er av tilstrekkelig kvalitet

WHO, i samarbeid med medlemslandene, har utviklet en toveis kobling mellom ICD-10 og ICD-11, som publiseres på [WHO's nettsider \(who.int/zipnet/mappe\)](http://who.int/zipnet/mappe). Bruksområdet er beskrevet, ettersom ulike bruksområder vil ha behov for ulik grad av presisjon. WHOs kobling mellom ICD-10 og ICD-11 forvaltes fortløpende internasjonalt på bakgrunn av blant annet innspill fra medlemslandene. Bruk av kobling vil alltid utfordre datakvalitet, og man skal derfor tydelig merke data med hva slags kobling man eventuelt har brukt.

Sikre at ICD-11 sees i sammenheng med andre relevante kodesystemer

Ved en oppgradering fra ICD-10 til ICD-11 er det viktig å adressere og hensynta avhengigheter mellom ICD og andre kodeverk som brukes i helsesektoren. Dette er blant annet viktig for å ivareta semantisk interoperabilitet og mulighet for samhandling mellom ulike aktører i helsesektoren. Avhengighet til SNOMED CT og ICPC er i denne sammenhengen vurdert som særlig viktig og beskrives nærmere i det følgende.

Sammenheng mellom SNOMED CT og ICD-11

Helse Midt-Norge RHF benytter SNOMED CT til dokumentasjon og samhandling av diagnoseinformasjon i Helseplattformen, og benytter derfor en kobling fra SNOMED CT til ICD-10 for innrapportering til f.eks. NPR.

Koblingen forvaltes internasjonalt av SNOMED International. I Norge forvaltes de norske tilpassingene av denne koblingen av Helsedirektoratet. Koblingen er aktivt i bruk i Norge i dag, først og fremst av Helse Midt-Norge RHF. En oppgradering fra ICD-10 til ICD-11 aktualiserer problemstillingen om hvordan SNOMED CT og ICD-11 sees i sammenheng med hverandre, og hvordan dette skal håndteres i fremtiden.

Problemstillingen er ikke bare avgrenset til Helse Midt-Norge RHF i Norge, men er aktuell i en rekke land der både SNOMED CT og ICD-10 er i bruk. Derfor har WHO og SNOMED International etablert et samarbeid (gjørne kalt Joint Action) for å utforske et felles rammeverk for ICD-11 og SNOMED. Det arbeides nå om hvilken form og løsning dette rammeverket skal ha. Helsedirektoratet deltar i samarbeidet som representant for Norge og er involvert i både styringsgruppe og faglige arbeidsgrupper, som blant annet har delt erfaringer fra Norge for å bidra inn i det videre internasjonale arbeidet.

Basert på tilbakemeldinger fra aktørene som berøres av oppgraderingen fra ICD-10 til ICD-11 i Norge, vurderer Helsedirektoratet at SNOMED CT og ICD-11 må sees i sammenheng med hverandre som en forutsetning for en vellykket oppgradering.

Sammenheng mellom ICD-11 og ICPC

Som tidligere nevnt, pågår det et parallelt arbeid i Helsedirektoratet med å fastsette en helhetlig strategi for kodesystemer og standarder, med formål å tydeliggjøre og sikre sammenhenger. ICPC og ICD-11 vil være en del av dette arbeidet.

Krav til brukervennlighet

Den nye digitale infrastrukturen til ICD-11 skal resultere i enklere koding. Den digitale strukturen gjør det mulig å bygge inn verktøyene for søking og koding i lokale journalsystemer og andre IT-systemer. Sentrale WHO-verktøy presenteres nedenfor.

Verktøy for søking

WHO leverer et søkeverktøy som kan brukes for å søke i gjeldende versjon av kodeverket. Søkeverktøyet inkluderer kontekstsensitiv hjelp, som man får tilgang til ved å klikke på ikoner som finnes på flere forskjellige steder i applikasjonen. Søkeverktøyet lar også brukere bidra til oppdateringer og kontinuerlig forbedring av ICD via en forslagsplattform. WHO har også åpnet opp for å inkludere søkeverktøyet i egne applikasjoner, slik at brukere kan få det integrert i egen arbeidsflate. Virksomhetene kan da tilpasse søkeverktøyet til egne brukeres behov. Det kan også være et alternativ at Helsedirektoratet tilgjengeliggjør en tilpasset norsk versjon av søkeverktøyet via FinnKode (en tjeneste for søk og oppslag i kodeverk og terminologi til bruk i den norske helse- og omsorgstjenesten) med bruk av Front API for Terminologi (FAT) og ICD-API.

Verktøy for koding

WHO har utviklet og videreutvikler et kodeverktøy som skal hjelpe brukerne med å kode rett. Det er lagt inn regler i verktøyet som skal bidra til rett postkoordinering og begrense mulighetene for å sette sammen uriktige kodekombinasjoner. Verktøyet kan finnes på WHO sine nettsider og brukes som det er, men det er også mulig for aktørene å inkludere kodeverktøyet i brukernes arbeidsflate og integrere det med fagsystemene. Aktørene kan da tilpasse søkeverktøyet til egne brukeres behov.

ICD-API

ICD-11 er heldigitalisert, og WHO har utviklet ICD-API for å gi aktører og leverandører programmatisk tilgang til ICD-enheter og verktøy. Dette inkluderer mulighet for å søke opp enheter fra innholdsgrunnlaget og lineariseringer, inkludere nettversjoner av verktøy eller etablere lokale versjoner av lineariseringer og verktøy. Konsistent bruk av ICD sikres ved at lineariseringer alltid hentes fra innholdsgrunnlaget. ICD-API åpner opp for å laste ned lokale versjoner av lineariseringen, inkludert verktøy, og det vil være behov for å sikre at virksomhetene bruker samme versjon.

Innholdsgrunnlaget

Det underliggende arkivet eller databasen for alle ICD-enheter har vi valgt å kalle innholdsgrunnlaget. ICD-enhetene har en unik identifikator (URI) og omfatter sykdommer, lidelser, skader, ytre årsaker til skade og tegn og symptomer, og forholdet mellom dem. URI-en forblir knyttet til én enkelt enhet, uavhengig av senere oppdateringer. Innholdsgrunnlaget representerer helheten av ICD-universet, og det er fra dette lineariseringer og den alfabetiske indeksen er utledet. Innholdsgrunnlaget for ICD-11 er strukturert på en standardisert måte for å legge til rette for effektive søk og koding. Dette gjøres ved å lagre innhold og terminologi for sykdommer og relaterte helsetilstander, og de strukturene som er nødvendige for integrering i digitale journalsystemer og andre IT-systemer.

Verktøy for kobling av koder

CodeFusion er et verktøy som kan hjelpe til med koding av diagnoser og medisinske fraser ved bruk av ICD eller andre WHO-FIC-klassifiseringer. Verktøyet kan lese Excel (.xlsx) og tabulator-separerte tekstfiler (.txt) og matcher teksten i disse filene med koder og URI-er fra innholdsgrunnlaget. Tidligere evalueringer fra internasjonal arbeidsgruppe (Mapping Task Force) har vist at CodeFusion er det verktøyet som har gitt best resultater av kobling mellom ICD-10 til ICD-11. Verktøyet kan installeres som en egen applikasjon i virksomhetens infrastruktur. En ulempe ved effektiv bruk er at det bør finnes en oversatt versjon av ICD-11 for det språket som skal kobles mot tekster i innholdsgrunnlaget.

Vedlegg 1: Mulighetsstudie

Oppgraderingsform

Oppgraderingsform beskriver hvordan overgangen fra ICD-10 til ICD-11 kan gjennomføres organisatorisk og teknisk i helsesektoren. Dette kan enten skje ved at alle relevante aktører går over fra ICD-10 til ICD-11 på samme dato og tidspunkt. Ved en slik tilnærming vil det ikke, etter tidspunkt for overgangen, være mulig hverken å registrere eller rapportere ICD-10-koder. Alternativt er det mulig å gjennomføre oppgraderingen som en stegvis overgang. Det kan enten skje geografisk, der ett og ett geografisk område går fra ICD-10 til ICD-11. Det vil i så fall være nødvendig å vurdere hvordan områdene skal defineres, for eksempel om dette skal gjøres per helseforetak eller per regionalt helseforetak.

En stegvis overgang kan også gjennomføres etter fagområde, der ett og ett (eller grupper av) fagområde(r) går over fra ICD-10 til ICD-11 suksessivt. Med dette menes at alle kapitler av ICD-11 suksessivt gjøres tilgjengelig for grupper av helsepersonell, for eksempel alle ansatte som jobber innen psykisk helsevern.

Figur 3: Alternative tilnærminger til hvordan overgangen fra ICD-10 til ICD-11 kan gjennomføres organisatorisk og teknisk i helsesektoren

Problemstilling	Alternativ 1	Alternativ 2	Alternativ 3
Oppgraderingsform*	Samtidig oppgradering (Big bang): Alle går over fra ICD-10 til ICD-11 på samme tidspunkt.	Stegvis etter geografisk inndeling: Gradvis overgang der ett og ett geografisk område går fra ICD-10 til ICD-11.	Stegvis etter fagområde: Gradvis overgang der ett og ett fagområde (for eksempel psykisk helse og deretter somatikk) går over fra ICD-10 til ICD-11.

* Forutsetter nasjonal beslutning/anbefaling/koordinering ved oppgradering

En overgang hvor alle aktører går over fra ICD-10 til ICD-11 samtidig (alternativ 1) vil være enklere å håndtere for Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet, fordi det ikke vil være nødvendig å motta rapportering på to ulike versjoner av kodeverket i parallell. En samtidig overgang vil derfor også være fordelaktig for statistikkproduksjon. En samtidig overgang innebærer imidlertid mindre mulighet for læring underveis i prosessen og således høyere risiko for uforutsette utfordringer i overgangen, for eksempel dersom tekniske systemer ikke er tilstrekkelig testet og klare på tidspunktet for en oppgradering. Slike uforutsette hendelser kan både medføre unødig ressursbruk og høyt press på eventuelle støttefunksjoner, men øker også risikoen for at kapasiteten i helsesektoren går ned.

En stegvis overgang vil trolig bidra til å ta ned en del risiko i overgangen, fordi en stegvis overgang legger til rette for læring underveis i hele verdikjeden og vil være enklere å følge opp for eventuelle støttefunksjoner. En stegvis overgang etter fagområde gir også mulighet for bedre oppfølging av fagområder hvor det har skjedd store endringer fra ICD-10 til ICD-11, i tillegg til at en slik tilnærming gjør det mulig å prioritere oppgradering på fagområder hvor ICD-11 er særlig etterspurt.

En stegvis overgang vil imidlertid kunne medføre merarbeid for Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet, fordi det vil være nødvendig å motta rapportering på to ulike versjoner av kodeverket i parallell. Det vil i så fall være behov for å mappe mellom ICD-10 og ICD-11 for å sikre et enhetlig datagrunnlag.

Ulempene ved en stegvis overgang vil trolig være større dersom overgangen skjer stegvis etter geografiske områder, fordi rapportering på ulike versjoner av kodeverket på tvers av helseregioner vil kunne medføre ulikt grunnlag for finansiering. Videre vil relativt høy mobilitet både av pasienter og helsepersonell på tvers av ulike regioner kunne skape utfordringer dersom ulike områder benytter ulike versjoner av kodeverket. En stegvis overgang etter fagområde vil på sin side kunne være utfordrende og øke kompleksiteten for helsepersonell som i sitt arbeid forholder seg til flere ulike fagområder.

Kodepraksis ved oppgraderingstidspunkt

Med kodepraksis menes hvilke føringer som skal gis for hvordan helsepersonell skal kode med ICD-11 på oppgraderingstidspunktet. I og med at ICD-11 legger opp til at man kan kombinere diagnosekoder, såkalt postkoordinering, vil det være behov for å etablere noen minimumskrav til slik koding. Dette vil være nødvendig for å sikre konsistens mellom ICD-10- og ICD-11-kodene på områder der stamkodene i ICD-11 er mindre spesifikke enn tilsvarende ICD-10-koder. I forlengelsen av dette er det en sentral problemstilling hvor omfattende bruk av postkoordinering (utover minimumskrav) som skal tillates på oppgraderings-tidspunktet.

Figur 4: Alternative tilnærminger til hvilke krav som skal stiles til hvordan helsepersonell skal kode med ICD-11 på oppgraderingstidspunktet

Problemstilling	Alternativ 1	Alternativ 2	Alternativ 3
Kodepraksis* (ICD-11 forutsetter postkoordinering)	Postkoordinering brukes kun der det er nødvendig for å erstatte dagens ICD-10-kode: Erstatte dagens ICD-10 kode med tilsvarende ICD-11-kode der dette er mulig. Gjøre så små endringer som mulig.	Postkoordinering for områder der det er vurdert å være oppdaterte helsefaglig behov (ut over alternativ 1): På områder hvor det er vurdert å være oppdaterte helsefaglige behov, utnytter man mulighetene i ICD-11 til bedre koding av diagnoser.	Fri postkoordinering: Tillate fri koding med ICD-11 og tillate fri bruk av postkoordinering innenfor hva rammene av kodeverket tillater.

* Forutsetter nasjonal beslutning/anbefaling/koordinering ved oppgradering

Det er overordnet skissert tre alternative tilnærminger, hvor et ytterpunkt er å legge seg så nærme dagens kodepraksis, med ICD-10, som mulig (alternativ 1). Dette innebærer en tilnærming der man kun tillater postkoordinering der dette er nødvendig for å erstatte dagens ICD-10-koder.

Alternativet innebærer å gjøre så små endringer som mulig i kodepraksis og vil derfor redusere opplæringsbehov blant helsepersonell. Lik kodepraksis (mellom ICD-10 og ICD-11) vil også trolig innebære lavere risiko for feilkoding og reduksjon i datakvaliteten. Lik kodepraksis er videre fordelaktig med tanke på produksjon av tidsserier.

Alternativet innebærer på den annen side risiko for lav utnyttelse av de diagnostiske- og behandlingsmessige forbedringene som ligger i den oppdaterte versjonen av ICD, ICD-11. Videre medfører alternativet en risiko for at tekniske systemer, som EPJ, ikke bygges fleksible nok til å ta inn ny funksjonalitet senere. Det samme kan gjelde for praksis blant helsepersonell, nærmere bestemt at kodepraksis ikke utvikler seg mot ytterligere bruk av postkoordinering i etterkant av oppgraderingen dersom det er hensiktsmessig.

Et mer vidtgående alternativ vil være å åpne opp for postkoordinering også på spesifikke områder der det er vurdert å være oppdaterte helsefaglige behov, selv om dette ikke er strengt nødvendig for å erstatte dagens ICD-10-kode (alternativ 2). Dette vil gi rom for en bedre utnyttelse av diagnostiske- og behandlingsmessige forbedringer sammenlignet med foregående alternativ, noe som særlig på enkelte fagområder også vil innebære at den kliniske kodingen i større grad vil samsvare med klinisk arbeidsflyt.

Bedre utnyttelse av forbedringene i kodeverket vil videre også kunne bidra til å gi mer presise helsedata og mer presis styringsinformasjon. Dersom det skal stilles krav til postkoordinering på områder hvor det er vurdert å være mangler ved ICD-10 og/eller utvidelser i ICD-11 som det er særlig viktig å hensynta, vil det være nødvendig å gjennomgå kodeverket for å prioritere og beskrive områder/koder hvor det skal åpnes opp for ytterligere postkoordinering. Dette vil kunne være en ressurskrevende prosess. Større forskjeller mellom koder som er rapportert på ICD-10 og koder som rapporteres på ICD-11 vil også kunne gjøre produksjon av tidsserier mer utfordrende.

Et annet ytterpunkt er å tillate fri postkoordinering (alternativ 3). Det vil i dette tilfellet i stor grad være opp til den som koder å vurdere hvordan de ønsker å utnytte mulighetene ICD-11 gir. Et slikt alternativ vil i enda større grad enn alternativ 2 muliggjøre utnyttelse av diagnostiske- og behandlingsmessige forbedringer i kodeverket, og således også forsterke de positive virkningene av dette, som tilpasning til klinisk arbeidsflyt, mer presise helsedata og styringsinformasjon og en eventuell mulighet for lettet rapporteringsbyrde på enkelte fagområder.

Alternativet stiller på den annen side trolig enda større krav til opplæring og innebærer formodentlig også større risiko for redusert presisjon i den kliniske kodingen og reduksjon i datakvalitet. Uklare krav til bruk av postkoordinering i overgangen kan også medføre økt risiko for høy kodebyrde og merarbeid i forbindelse med innrapportering i overgangen.

Konvertering ved oppgraderingstidspunkt

Dette området omhandler pasienter som har diagnoser fastsatt med ICD-10-koder, og hvordan selve kodingen skal håndteres ved overgang til ICD-11. Dette omfatter blant annet pasienter i pågående forløp, åpne henvisninger, historiske journalopplysninger og dokumentasjon som fortsatt er gyldig etter oppgraderingstidspunktet.

Figur 5: Alternative tilnærminger til hvordan eksisterende diagnoseinformasjon kodet i ICD-10 skal håndteres ved overgang til ICD-11

Problemstilling	Alternativ 1	Alternativ 2	Alternativ 3
Konvertering* av informasjon kodet i ICD-10 ved oppgraderingstidspunktet	Kobling mellom ICD-10 og ICD-11: Benytte WHO's offisielle kobling mellom ICD-10 og ICD-11 for å konvertere koder for alle pasienter som er i en åpen behandlingsperiode på oppgraderingstidspunktet.	Helsepersonell koder om for alle pasienter som er i en åpen behandlingsperiode: Helsepersonell koder om ICD-10-koder til ICD-11 manuelt for alle pasienter som er i en åpen behandlingsperiode på oppgraderingstidspunktet.	Helsepersonell koder med ICD-11 når pasienten kommer til en behandlingskontakt: ICD-10-koder som har blitt kodet ved tidligere kontakter, fortsetter å være kodet i ICD-10, mens koder satt ved nye kontakter kodes med ICD-11.

* Forutsetter nasjonal beslutning/anbefaling/koordinering ved oppgradering

En tenkt tilnærming er bruk av WHOs offisielle kobling mellom ICD-10 og ICD-11 for å konvertere koder for alle pasienter som er i en åpen behandlingsperiode på oppgraderingstidspunktet (alternativ 1). Det finnes en kobling mellom ICD-10 og ICD-11, utarbeidet av WHO, som kan brukes til automatisk kobling mellom ICD-10 og ICD-11. En slik løsning vil sannsynligvis være relativt lite ressurskrevende. Automatisk kobling innebærer imidlertid en risiko for informasjonstap, tap av kontekst og at den nye diagnosen blir unøyaktig eller feil. Det vil trolig også være utfordrende å definere hvor langt tilbake koblingen skal gå, i tillegg til at det, dersom det kun kobles tilbake for pasienter som er i pågående forløp, men ikke andre pasienter, kan oppstå utfordringer for statistikkbrukere.

Et annet alternativ er at helsepersonell selv koder om ICD-10-koder til ICD-11 manuelt for alle pasienter som er i en åpen behandlingsperiode på oppgraderingstidspunktet (alternativ 2). Dette vil trolig innebære lavere risiko for informasjonstap, sammenlignet med ovennevnte alternativ, men fortsatt en sannsynlighet for at dette kan forekomme. Alternativet vil trolig også innebære merarbeid for helsepersonell, som må rekode diagnoser.

En tredje løsning er at helsepersonell koder med ICD-11 når pasienten kommer til en behandlingskontakt (alternativ 3). Dette innebærer at ICD-10-koder som har blitt kodet ved tidligere kontakter, fortsetter å være kodet i ICD-10, men at koder satt ved nye kontakter kodes med ICD-11. Dette alternativet innebærer lavere risiko for informasjonstap, sammenlignet med de to foregående, og lavere risiko for merarbeid for helsepersonell. Alternativet innebærer imidlertid merarbeid for Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet, som må håndtere rapportering på begge versjoner av kodeverket.

Kodeverktøy og støtte til koding

En overgang fra ICD-10 til ICD-11 vil kreve tilpasninger i en rekke ulike systemer, herunder EPJ-systemer. Med kodeverktøy og støtte til koding presenteres ulike alternativer for å tilpasse disse systemene. WHO har utviklet verktøy for koding, både som selvstendige nettleserbaserte applikasjoner og gjennom grensesnitt (API). Disse verktøyene kan integreres i systemer eller benyttes som selvstendige verktøy.

Figur 6: Alternative tilnærminger til overgang til håndtering av ICD-11 i kodeverktøy og støtte til koding

Problemstilling	Alternativ 1	Alternativ 2	Alternativ 3
Kodeverktøy og støtte til koding	Selvstendige verktøy: Man bruker verktøy som ikke integreres med relevante systemer. Koder må manuelt overføres mellom systemer.	Integrasjon: Bruke WHOs verktøy og integrere dem i EPJ og andre kliniske løsninger.	Egenutvikling: Leverandør lager løsningene/verktøyene selv som blir integrert i EPJ og andre kliniske løsninger.

Et første alternativ er derfor at personell som setter koder, benytter disse verktøyene, uten at de integreres i berørte systemer (alternativ 1). Dette alternativet vil kunne være fordelaktig for aktører som i liten grad benytter ICD-koder, og som derfor også vil ha liten gevinst av å bruke ressurser på integrasjon eller utvikling av løsninger for kodeverktøy for koding med ICD-11. For helsepersonell vil en slik løsning trolig være både tungvint og ressurskrevende. Videre innebærer en slik løsning høy personvernrisiko, i tillegg til at det er muligheter for at det vil ligge tekniske begrensninger i kliniske systemer som hindrer at informasjon manuelt overføres til systemer. Manuell overføring av informasjon øker også risikoen for feilkoding og lav datakvalitet, blant annet fordi det vil være en fare for at fortløpende oppdateringer av kodeverket og tilhørende regler ikke oppdateres i systemene.

Et annet alternativ er å integrere WHO sine verktøy i relevante systemer (alternativ 2). Dette sikrer utnyttelse av løsninger som allerede eksisterer og vil derfor sannsynligvis også innebære lavere investerings- og utviklingskostnader for helseforetakene og øvrige systemeiere. Hvis fagsystemene har egenskaper som gjør

det utfordrende å få til en sømløs integrasjon av WHO sine verktøy, bør større grad av egenutvikling vurderes. Det er viktig at valgte løsninger for kodeverktøy ikke medfører økt tidsbruk for helsepersonell i forbindelse med registrering av koder. Dette vil for eksempel kunne være en risiko hvis helsepersonell i større grad enn i dag må veksle mellom ulike vinduer i kodingsprosessen.

En siste mulighet er at hver enkelt leverandør selv benytter APIene fra WHO til å utvikle egne løsninger i sine systemer (alternativ 3). En slik tilnærming innebærer lavere risiko for suboptimale løsninger, men vil trolig medføre høyere utviklings- og forvaltningskostnader. Videre medfører egenutvikling at systemleverandører og eiere, i større grad enn om de benytter WHO's verktøy, må ta ansvar for å sikre at kodeverktøy og eventuell annen støtte til koding til enhver tid er oppdatert med nyeste versjon av kodeverket og i henhold til eksisterende koderegler.

Lagring og datautveksling

Lagring og datautveksling beskriver hvordan leverandører kan legge til rette for å lagre og utveksle diagnosekoder. En ICD-11-kode består både av en kode som henviser til diagnosens kapittel og kategori, i tillegg til en unik identifikator (URI).

Figur 7: Alternative tilnærminger til hvordan leverandører kan legge til rette for å lagre og utveksle diagnosekoder

Problemstilling	Alternativ 1	Alternativ 2	Alternativ 3
Teknisk implementasjon: lagring og datautveksling	Lagre en ICD-11 kodelinje som erstatter ICD-10 koden: Erstatte dagens felt for ICD-10 kode med en kodelinje i ICD-11. Kodelinjen må dekodes hver gang innholdet skal brukes.	Lagre ICD-11 som et strukturert kodeobjekt: Kodelinjen i ICD-11 brytes opp sine enkelte kode-r i en struktur. Dette er gunstig for søk, analyser, beslutningsstøtte etc.	Lagre ICD-11 som et strukturert kodeobjekt med tilhørende URI: Kodelinjen i ICD-11 brytes opp sine enkelte koder. I tillegg lagres tilleggsinformasjon som kodenets URI for hver kode.

En mulig tilnærming er at leverandører kun legger til rette for lagring av den ICD-11-kodelinjen som er nødvendig for å erstatte ICD-10-koden (alternativ 1). I og med at ICD-11 innebærer større grad av postkoordinering, og derfor også at en andel diagnoser består av flere koder, vil denne tilnærmingen medføre at den lagrede informasjonen (kodelinjen) må dekodes hver gang innholdet skal brukes.

En annen mulighet er å lagre ICD-11-koden som et strukturert kodeobjekt (alternativ 2). Dette innebærer at ICD-koden, bestående av flere koder, brytes opp i en struktur. Hverken alternativ 1 eller 2 innebærer at URI-en lagres. Et mer omfattende alternativ er at det i tillegg legges ved informasjon om kodenets URI (alternativ 3). Lagring av URI kan være fordelaktig blant annet fordi URI-en kan være nødvendig for mapping, for eksempel mellom SNOMED CT og ICD-11, men også fordi URI kan være nødvendig for produksjon av tidsserier. Sistnevnte gjelder særlig dersom ICD-koder flyttes fra et kapittel til et annet.

Vedlegg 2: Endringer og distribusjon

Tabell: Endringslogg

Versjon	Dato	Endring	Produsent	Godkjent av
0.8	03.03.2026	Innspillsutkast	Helsedirektoratet	Prosjekteier
0.9	28.05.2026	Bearbeidet utkast etter innspillsrunde	Helsedirektoratet	Prosjekteier
1.0	12.06.2026	Endelig versjon	Helsedirektoratet	Prosjekteier

Tabell: Distribusjonslogg

Versjon distribuert	Dato	Navn
Oppgraderingsstrategi versjon 0.8 – saksnr. 26/5941 Oppgraderings-strategi ICD-11: Innspill fra relevante aktører	04.03.2026	Folkehelseinstituttet Helse Sør-Øst Helse Vest Helse Midt-Norge Helse Nord Norsk Helsenett SF Kommunesektorens organisasjon (KS) Arbeids- og velferdsetaten (Nav) Den norske legeforeningen Psykologforeningen
Oppgraderingsstrategi versjon 1.0 – saksnr. 26/15386 TB2026-38, Informasjonsforvaltning Kodeverk og terminologi – pkt.1	14.06.2026	Helse- og omsorgsdepartementet Folkehelseinstituttet Helse Sør-Øst Helse Vest Helse Midt-Norge Helse Nord Norsk Helsenett SF Kommunesektorens organisasjon (KS) Arbeids- og velferdsetaten (Nav) Den norske legeforeningen Psykologforeningen

