



Diagnostisk pakkeforløp for pasienter med uspesifikke symptomer på alvorlig sykdom som kan være kreft

Pakkeforløp

1

Introduksjon til Diagnostisk pakkeforløp

Pakkeforløp for kreft beskriver organisering av utredning og behandling i et standard pasientforløp, samt kommunikasjon/dialog med pasient og pårørende, ansvars plassering og forløpstider.

Formålet med pakkeforløpet er at pasienter skal oppleve et godt organisert, helhetlig og forutsigbart forløp uten unødvendig ikke-medisinsk begrunnet forsinkelse i utredning, diagnostikk, behandling og rehabilitering.

Generelt om uspesifikke symptomer på alvorlig sykdom som kan være kreft

Kreftsykdom kan starte med uspesifikke symptomer, men symptomer som tretthet, vekttap, smerter og anemi er hyppige symptomer/funn i befolkningen og er i de fleste tilfeller ikke uttrykk for alvorlig sykdom. Fastlegen har en viktig rolle i å identifisere pasienter som trenger videre utredning, samt å ivareta filterfunksjon. Se mer i kap. 2, Inngang til diagnostisk pakkeforløp.

Personer med kreftsykdom som debuterer med uspesifikke symptomer opplever ofte forlenget utredningstid. Dette kan gi dårligere prognose, og er også en stor belastning for pasienten og dennes pårørende.

Forløpskoordinering

Koordinering av pakkeforløpet skal sikre et effektivt og forutsigbart forløp fra henvisning er mottatt i spesialisthelsetjenesten til oppstart behandling eller avsluttet pakkeforløp, og med tett samarbeid mellom involverte avdelinger og spesialister.

Alle sykehus som utreder og behandler kreft skal ha forløpskoordinatorer.

Det tverrfaglige/multidisiplinære team (MDT)

Formålet med MDT-møter er at kliniske beslutninger i pakkeforløpet blir truffet på et best mulig tverrfaglig grunnlag med deltagelse av nødvendige fagprofesjoner.

Diagnostisk senter eller tilsvarende enhet har ansvar for gjennomføring av nødvendige tverrfaglige drøftelser om enkeltpasienter. Pasientene i diagnostiske pakkeforløp er svært forskjellige. Permanente tverrfaglige team er derfor ofte ikke hensiktsmessig. Tverrfaglige drøftelser vil vanligvis skje ad hoc med de deltagere som er relevante. Det er imidlertid hensiktsmessig å etablere nettverk av fagfolk som kjenner aktiviteten i et regionalt diagnostisk senter. Erfaringsmessig vil det hyppig være behov for deltagelse fra revmatolog, gastroenterolog, radiolog, hematolog, onkolog, gastrokirurg, gynekolog og urolog. Ved opprettelsen av et regionalt diagnostisk senter anbefales det å etablere tidlig kontakt med ressurspersoner innenfor disse fagfeltene.

Informasjon og dialog med pasienten

Målet er at pasient og pårørende får god informasjon og har mulighet for aktiv medvirkning og dialog gjennom hele forløpet. Ansvarlig lege tar beslutninger om det videre forløp i samråd med pasienten. Informasjon og dialog skal være tilpasset den enkeltes individuelle forutsetninger, som alder, språk, uttrykte ønsker og behov. Tolketjeneste skal benyttes ved behov. Pårørende involveres i pasientforløpet dersom pasienten ønsker det (pårandendeveilederen).

Sykehusene informerer om mulighet for kontakt og samtaler med likepersoner gjennom pasientforeningene, dersom pasient eller pårørende ønsker dette.

Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft

Alle som får en kreftdiagnose inkluderes i Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft. Pakkeforløpet består av et tilbud om samtaler for å avdekke behov for tjenester og oppfølging ut over selve kreftbehandlingen. Samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten er viktig for å kunne bidra til god oppfølging.

Flytskjema

Kommer

2

Inngang til diagnostisk pakkeforløp

Innledende utredning starter vanligvis hos fastlegen, og i noen tilfeller hos annet helsepersonell. I mange tilfeller vil mistanke om alvorlig sykdom vokse frem gradvis. Omfanget av utredning som gjøres før henvisning til spesialisthelsetjenesten vil variere. Noen ganger er indikasjon for henvisning åpenbar allerede ved første konsultasjon hos fastlegen. Også leger i spesialisthelsetjenesten kan henvise til Diagnostisk pakkeforløp.

Videre utredning i diagnostisk pakkeforløp gjøres fortrinnsvis i diagnostisk senter der det er opprettet. Alle helseregioner bør ha minst ett diagnostisk senter.

Det bør legges til rette for god dialog mellom henviser og diagnostisk senter.

Begrunnet mistanke - kriterier for henvisning til pakkeforløp

- Ikke-organspesifikke symptomer/funn som gir mistanke om kreft
- Sykdomsbildet tilsier at organspesifikk utredning ikke er hensiktsmessig

Konkret dreier det seg ofte om følgende nyoppståtte (primært mindre enn 6 mnd) symptomer og funn som:

- Allmenn sykdomsfølelse
- Uttalt uforklart tretthet (samtidig med andre symptomer)
- Større utilsiktet vekttap
- Feber uten påvisbar årsak
- Uforklarlig anemi
- Diffuse eller lokaliserte smerter uten kjent årsak
- En eller flere alarmerende laboratorieprøver som ikke umiddelbart kan forklares
- Markant økning i antall kontakter med helsevesenet hos en pasient med lavt forbruk av helsetjenester tidligere
- Markant økning i medisinforgbruk, for eksempel antibiotika eller analgetika hos en pasient med tidligere lavt medisinforgbruk

Undersøkelser

Fastlege, praktiserende spesialist, sykehusavdeling eller annen med henvisningsrett kan henvise pasienter til diagnostisk pakkeforløp. Før henvisning foreslås:

- Grundig anamnese
- Relevant klinisk undersøkelse f. eks av hjerte, lunger, inspeksjon av hud og ledd, palpasjon av lymfeknuter, mammae eller testis, gynekologisk undersøkelse og rektal eksplorasjon
- Temperaturmåling og vekt
- Blodprøver: Hgb, MCV, MCH, leukocytter m/diff, retikulocytter, trombocytter, CRP, natrium, kalium, kreatinin (eGFR), kalsium (total), albumin, HbA1c, ALAT, ALP, LD, TSH, FT4. PSA hos menn > 50 år
- Ytterligere blodprøver ut fra konkret mistanke
- Urinprøve, stiks for glukose, protein, leukocytter, nitritt og blod
- Feces for blod. Ved positiv prøve vurderes henvisning direkte til Pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft
- Legemiddelgjennomgang, for å avdekke mulige årsaker til symptomene
- Skrøpighetsvurdering

Henvisning til pakkeforløp

Henvisningen merkes «Diagnostisk pakkeforløp», og sendes diagnostisk senter eller tilsvarende enhet.

Henvisning må inneholde opplysninger om begrunnet mistanke alvorlig sykdom som kan være kreft. I tillegg skal henvisningen inneholde viktig informasjon om pasienten, som f.eks:

- medikamenter
- komorbiditet
- skrøpighetsvurdering (eks. [frailty score](#))

Kommentert [KJ1]: lenke

Henvisningen skal tydelig merkes «Diagnostisk pakkeforløp».

Informasjon og dialog med pasienten

Fastlege, eller annen henvisende instans, skal ved henvisning til diagnostisk pakkeforløp informere pasienten om:

- Begrunnet mistanke om alvorlig sykdom som kan være kreft
- Hva henvisning til pakkeforløp innebærer

Ansvarlig for henvisningen

Fastlege, avtalespesialist, røntgeninstitutt eller annen lege i primær- eller spesialisthelsetjenesten kan henvise pasienter til Diagnostisk pakkeforløp i spesialisthelsetjenesten. Kopi av henvisningen sendes fastlege. Alle henvisninger skal sendes til offentlig sykehus i spesialisthelsetjenesten.

Registrering

Kode for start av Diagnostisk pakkeforløp skal registreres på dato når:

1. Henvisning merket "Pakkeforløp" mottas i spesialisthelsetjenesten.
2. Henvisning som oppfyller kravene til pakkeforløp, men ikke er merket "Pakkeforløp", er mottatt i spesialisthelsetjenesten.
3. Begrunnet mistanke om kreft oppstår eller det påvises kreft i spesialisthelsetjenesten, og dette dokumenteres i journalen til pasienten.

Registreringen skal skje i offentlig sykehus, inkludert private ideelle sykehus, og primært i diagnostisk senter. Det skal løpende dokumenteres i pasientens journal at pasienten er inkludert i diagnostisk pakkeforløp.

Det skal registreres:

Kode Kodebeskrivelse

C01A Start pakkeforløp – henvisning mottatt

Forløpstid

Forløpsbeskrivelse

Forløpstid

Fra henvisning mottatt til første fremmøte ved utredende avdeling 7 kalenderdager

3 Utredning i spesialisthelsetjenesten

Utredning

Ansvarlig kliniker ved diagnostisk senter eller tilsvarende gjennomgår henvisning og tar opp anamnese og utfører klinisk undersøkelse. På bakgrunn av dette, og i samråd med pasienten, legges en plan for eventuelt videre utredning.

Klinisk undersøkelse bør inneholde registrering av blodtrykk, puls og vekt, inspeksjon av hud og ledd, palpasjon av thyroidea, bryst eller skrotum, abdomen og lymfeknutestasjoner på hals, i aksiller og lysker, samt auskultasjon av hjerte og lunger og vurdering av ødemer.

Kommentert [JH2]: Jeg har forslått endring da jeg synes det var forvirrende slik det stod -virket som 2 klinikere var involvert i utredningen

Det tilstrebes størst mulig grad av kontinuitet i utredningsforløpet.

På bakgrunn av anamnese og funn ved klinisk undersøkelse og blodprøver vurderes:

- Ved skjelettsmerter: Røntgen, scintigrafi, CT/ MR, s-elektroforese og frie lette kjeder
- CT collum, thorax, abdomen og bekken eller andre
- Gastroskopi og koloskopi
- GU inkludert vaginal ultralyd
- Blodkultur, serologi og relevante mikrobiologiske dyrkninger
- Ekko cor
- Benmargsundersøkelser
- PET

Det anbefales at større diagnostiske sentra har avsatte timer til radiologi, endoskopi og annen supplerende diagnostikk for å oppnå rask og forutsigbar utredning.

Klinisk beslutning

På bakgrunn av anamnese, kliniske funn og resultater av de undersøkelser som er utført, gjennomføres tverrfaglig diskusjon med beslutning om sykdomstilstand og eventuell behandling. Det tas også stilling til om det er nødvendig med ytterligere utredning av usikre funn. Beslutningen skal journalføres og registreres i pasientadministrativt system. Endelig beslutning om behandling tas i samråd med pasienten. Fastlege eller annen henvisende instans informeres om beslutningen.

Ansvarlig

Diagnostisk senter eller tilsvarende enhet er ansvarlig for forløpet inntil det foreligger klinisk beslutning.

Ansvar for endelig beslutning om behandling tas av behandlende lege i samråd med pasienten.

Informasjon og dialog med pasienten

Pasienten får tilpasset informasjon om utredning og aktuell behandling, slik at pasienten kan samtykke til behandling. Pasienten informeres om hvor man kan ta kontakt ved spørsmål.

Ved behov for videre utredning opplyses det om når dette skal skje og hvem som er kontaktperson for pasienten gjennom det videre forløp. Det må være enkelt for pasienten å oppnå kontakt. Forløpskoordinator vil som oftest ha denne rollen.

Der det foreligger evidens for at fysisk aktivitet eller andre forberedende tiltak kan ha innvirkning på behandling, rehabilitering og prognose, informeres pasienten om dette

før behandlingsstart. Dette kan f.eks. dreie seg om røykeslutt, tilrettelagt fysisk aktivitet og ernæring.

Informasjon om fertilitetsbevarende behandling formidles til pasienter i fertil alder der dette vurderes aktuelt og der behandlingen kan påvirke reproduksjon.

Pasienten tilbys også en samtale med behovskartlegging som inneholder temaer som går utover selve kreftbehandlingen, jf. Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft.

Registrering

Utredning start

Pasientens første fremmøte til utredning i "Diagnostisk pakkeforløp for pasienter med uspesifikke symptomer på alvorlig sykdom som kan være kreft" skal registreres i pasientadministrativt system. Første fremmøte kan være:

a) oppmøte i sykehus, som oftest vil det være i Diagnostisk senter (poliklinikk, innleggelse eller bildediagnostisk undersøkelse) eller

b) oppmøte hos avtalespesialist

Avtalespesialister kan ha fått en rolle i utredning av pasienter i pakkeforløpet, men kan ikke rapportere hendelser i pakkeforløp til NPR. Det offentlige helseforetaket er ansvarlig for å rapportere hendelser i pakkeforløp til NPR. Avtalespesialister skal imidlertid rapportere informasjon om pasientens utredning og ev. behandling på ordinær måte (ICD-10, NCMP/NCSP/NCRP).

Pasienter som er helt eller delvis utredet hos avtalespesialist skal kodes med premiss A Utredet hos avtalespesialist i tilknytning til Start pakkeforløp.

Det skal registreres:

Kode Kodebeskrivelse

C01S Utredning start - første fremmøte

Overføring til helseforetak/sykehus

Er en pasient i pakkeforløp og overføres til et annet helseforetak/sykehus for videre utredning eller start av behandling, kodes:

Kode Kodebeskrivelse

C01O Overført til et annet helseforetak/sykehus

Koden brukes når ansvaret for pasienten overføres mellom sykehusene. Koding for overføring av pasient mellom helseforetak/sykehus registreres på dagen henvisning oversendes. Koden skal ikke brukes hvis pasienten kun henvises til en spesiell undersøkelse, eller for å innhente et råd, uten at behandlingsansvaret overføres mellom helseforetak/sykehus.

Forløpstid

Forløpsbeskrivelse

Fra første fremmøte ved utredende avdeling til avsluttet utredning, (beslutning tas).

Forløpstid

21
kalenderdager

4

Klinisk beslutning og avslutning av pakkeforløpet

Henvisning til organspesifikt pakkeforløp

Påvises i utredningen organspesifikk kreftsykdom, eventuelt overveiende sannsynlig organspesifikk kreftsykdom, skal diagnostisk pakkeforløp avsluttes og pasienten henvises til det aktuelle organspesifikke pakkeforløp.

Videre utredning utenfor pakkeforløp

Hvis det påvises sykdom det ikke finnes et pakkeforløp for, henvises pasienten til videre utredning og/eller behandling ved relevant spesialavdeling, eller videre oppfølging hos fastlege. Hvis pasienten skal følges opp av fastlege, må epikrisen konkret angi hva som skal følges opp, og pasienten gis beskjed om å bestille time hos fastlege for oppfølging.

Der utredningsenhet på et sykehus overfører pasienten til videre utredning ved regional utredningsenhet for / Diagnostisk senter, regnes dette som videreføring, ikke avslutning av pakkeforløpet.

Pakkeforløp for metastaser med ukjent primærtumor

Påvises det i utredningen metastase med ukjent primærtumor, eventuelt overveiende sannsynlig metastase med ukjent primærtumor, avsluttes diagnostisk pakkeforløp, og pasienten henvises til Pakkeforløp for metastaser med ukjent primærtumor.

Avslutning uten påvist kreft

Avdekkes ikke kreft, avsluttes pakkeforløpet. Epikrise går til fastlege og eventuelt annen henviser. Ved behov for oppfølging av fastlege, angis dette konkret i epikrisen og pasienten få beskjed om å bestille time for dette.

Informasjon og dialog med pasienten

Når undersøkelsessvar foreligger og er vurdert i MDT-møter, gjennomføres en samtale med pasienten om videre behandling. Det informeres om mulige bivirkninger, risiko for komplikasjoner og konsekvenser av behandlingen.

Pasienten oppfordres til å ha en pårørende med til samtalen.

Pasienten tilbys samtale med behovskartlegging som inneholder temaer som går utover selve kreftbehandlingen, jf. Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft.

Registrering

Diagnostisk pakkeforløp avsluttes ved at det registreres en klinisk beslutning med en av følgende koder:

Kode	Kodebeskrivelse
------	-----------------

C01CK	Pakkeforløp slutt - Påvist eller overveiende sannsynlig organspesifikk kreft
-------	--

C01CU	Pakkeforløp slutt - Påvist eller overveiende sannsynlig metastase med ukjent primærtumor
-------	--

C01CA	Pakkeforløp slutt - Påvist annen sykdom enn kreft
-------	---

C01CI	Pakkeforløp slutt - Ikke påvist sykdom
-------	--

Dersom pakkeforløp avbrytes ved at pasienten ikke ønsker ytterligere utredning eller ved død skal avdelingen registrere:

Kode Kodebeskrivelse
C01XPakkeforløp slutt

Koden registreres når det tas beslutning om at Diagnostisk pakkeforløp avbrytes.

Samlede forløpstider

Forløpsbeskrivelse	Forløpstid
Fra henvisning mottatt til første fremmøte utredende avdeling	7 kalenderdager
Fra første fremmøte i utredende avdeling til avsluttet utredning (beslutning tas)	21 kalenderdager
Fra henvisning mottatt til avsluttet utredning	28 kalenderdager