

KODEVEILEDER

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

Denne veilederen er en beskrivelse av registreringen knyttet til Diagnostisk pakkeforløp – alvorlig sykdom som kan være kreft. Registreringen beskrives overordnet i kapittel 1, med en mer utdypende og supplerende veiledning i kapittel 2.

INNHOLDSFORTEGNELSE

INNLEDNING	3
1 VEILEDER	4
1.1 Pakkeforløp start	4
1.2 Utredning start	4
1.3 Overføring til annet helseforetak/sykehus	5
1.4 Diagnostisk pakkeforløp - alvorlig sykdom som kan være kreft	5
2 UTFYLLENDE VEILEDER	6
2.1 Henvisning til start Diagnostisk pakkeforløp - alvorlig sykdom som kan være kreft	6
2.2 Utredning start	7
2.3 Overført til et annet helseforetak/sykehus	7
2.4 Pakkeforløp slutt	7
2.5 Videre utredning eller behandling på spesialavdeling	8

INNLEDNING

Helse- og omsorgsdepartementet ga i 2014 Helsedirektoratet i oppdrag å etablere Pakkeforløp for kreft etter dansk modell. Det skulle også etableres forløpsindikatorer for enkelte perioder i pasientforløpet. 28 pakkeforløp ble implementert i løpet av 2015. 26 av disse er organspesifikke, ett er for metastaser med ukjent utgangspunkt og ett er Diagnostisk pakkeforløp.

En viktig målsetning med etablering av pakkeforløp er å unngå ikke medisinsk begrunnet ventetid, slik at pasienter med mistanke om alvorlig sykdom som kan være kreft, skal gjennomgå raskere og mer forutsigbare forløp med definerte tider til diagnostisering, utredning, beslutning og oppstart av behandling. For å kunne måle dette, må de nødvendige registreringer gjøres i henhold til denne kodeveilederen.

Dagens pasientadministrative systemer er ikke teknisk bygget opp slik at registrering skjer automatisk. Helsedirektoratet har derfor etablert et eget kodeverk til dette formål. Det er laget en midlertidig teknisk løsning for å kunne registrere koder for definerte målepunkter i de pasientadministrative systemene. Det arbeides med å forenkle registreringen i en videreutvikling av de pasientadministrative systemer.

Denne kodeveilederen beskriver registrering i pakkeforløp for kreft – Diagnostisk pakkeforløp for pasienter med uspesifikke symptomer på alvorlig sykdom som kan være kreft, heretter kalt Diagnostisk pakkeforløp – alvorlig sykdom som kan være kreft.

Den kliniske og administrative håndteringen av pasientforløpet er beskrevet i pakkeforløps-beskrivelsen. Kjennskap til innholdet i Diagnostisk pakkeforløp – alvorlig sykdom som kan være kreft, er en forutsetning for korrekt registrering av et pakkeforløp.

Utredning av alvorlig sykdom kan starte utenfor sykehus. Det er først når pasienten henvises til Diagnostisk pakkeforløp – alvorlig sykdom som kan være kreft eller henvises med begrunnelse som svarer til kravene for inkludering i et slikt pakkeforløp, at pasienten inkluderes i dette pakkeforløpet, med registreringskode for måling av pakkeforløp.

Pasientforløp kan strekke seg over flere kontakter og forskjellige avdelinger, også på tvers av sykehus, helseforetak og helseregioner. Hvis det ikke er klart hvilke målepunkter og koder som allerede er registrert tidligere i forløpet, skal avdelingen gjøre sine registreringer ut fra egen vurdering. Det samme målepunktet kan derfor potensielt bli registrert mer enn en gang i forløpet. NPR vil sammenstille datoene for å finne tidspunktet det skal måles fra.

En pasient går ut av Diagnostisk pakkeforløp ved at det gjøres en klinisk beslutning, eventuelt om pasienten ønsker det selv, eller om pasienten dør under forløpet.

Ut over målepunktene tilknyttet pakkeforløp skal avdelingen registrere og rapportere som vanlig til NPR. Det gjelder alle andre relevante registreringer om den enkelte pasientkontakt gjennom hele pasientforløpet.

1 VEILEDER

All koding i diagnostisk pakkeforløp – alvorlig sykdom som kan være kreft begynner med **C01**.

1.1 Pakkeforløp start

C01A Start pakkeforløp – henvisning mottatt

Kode for henvisning til start av Diagnostisk pakkeforløp – alvorlig sykdom som kan være kreft skal registreres

- a)** når henvisning til Diagnostisk pakkeforløp – alvorlig sykdom som kan være kreft mottas i spesialisthelsetjenesten,
- b)** når det vurderes at henvisningens innhold svarer til kravene til henvisning til Diagnostisk pakkeforløp – alvorlig sykdom som kan være kreft eller
- c)** når det i sykehuset oppstår begrunnet mistanke om kreft eller annen alvorlig sykdom som kan være kreft under utredning eller behandling av annen sykdom. Koden skal settes på dato for henvisning mottatt i sykehuset (ikke dato for vurdering av henvisning), med unntak av alternativ c ovenfor der koden skal settes på dato når begrunnet mistanke om kreft eller annen alvorlig sykdom oppstår. Avtalespesialister kan inntil videre ikke kode for start pakkeforløp.

Registreringen skal skje uavhengig av om det er elektronisk henvisning (klart å foretrekke) eller telefonisk henvisning (unntaksvis) etterfulgt av henvisning på papir (fax eller post).

Det skal foreligge begrunnet mistanke om alvorlig sykdom, som kan være kreft, ved henvisning til pakkeforløp. Registreringen skal skje i offentlige sykehus eller private ideelle sykehus, for eksempel i spesialenhet for utredning av denne gruppen pasienter (Diagnostisk senter). Det skal løpende dokumenteres i pasientens journal at pasienten er inkludert i Diagnostisk pakkeforløp – alvorlig sykdom som kan være kreft.

Kode skal også registreres i helseforetaket (her kalt HF 2) når viderehenvisning mottas fra annet helseforetak (her kalt HF 1) for pasient som allerede er inkludert i pakkeforløp. Koden skal registreres i hvert nytt HF som mottar henvisning.

Henvisningen kan komme fra fastlege/ primærhelsetjenesten, avtalespesialist, egen avdeling, enheter/avdelinger i eget helseforetak, annet sykehus/helseforetak (HF 1) eller øvrige virksomheter.

1.2 Utredning start

C01S Utredning start – første fremmøte

Pasientens første fremmøte til utredning i Diagnostisk pakkeforløp – alvorlig sykdom som kan være kreft skal registreres i pasientadministrativt system. Første fremmøte kan være

- a)** oppmøte i klinisk sykehusavdeling, for eksempel i spesialenhet for utredning av denne gruppen pasienter (Diagnostisk senter)
- b)** oppmøte hos avtalespesialist hvis denne er gitt en rolle i utredningen
- c)** oppmøte til radiologisk eller annen diagnostisk undersøkelse rekvirert av den kliniske sykehusavdelingen.

Hvis avtalespesialister er gitt en rolle i utredning av pasienter i dette pakkeforløpet, må registrering skje hos avtalespesialist som rapporterer til NPR. Det offentlige sykehus har ansvar for at denne kodingen skjer.

Registrering av utredning start skal rapporteres til NPR. HF 2 skal også registrere første fremmøte (utredning start) selv om pasienten har hatt første fremmøte i et annet sykehus (her kalt HF 1) og koden tidligere er registrert der.

Hvis klinisk sykehusavdeling har mottatt og registrert henvisning til pakkeforløp, og bestiller undersøkelse (for eksempel bildediagnostisk undersøkelse) for pasienten før pasienten fysisk møter i den kliniske avdeling, vil det første fremmøte til undersøkelse være dato for start utredning. Klinisk sykehusavdeling er ansvarlig for registrering av kode og melding til NPR.

Ved undersøkelse basert på henvisning fra fastlege direkte til for eksempel bildediagnostisk enhet i sykehus, skal denne ikke registrere utredning start Diagnostisk pakkeforløp – alvorlig sykdom som kan være kreft. Den bildediagnostiske enheten kan henvise pasienten direkte til klinisk sykehusavdeling for start Diagnostisk pakkeforløp – alvorlig sykdom som kan være kreft, med kopi til fastlege. Alternativt henviser fastlegen til den kliniske sykehusavdeling for start pakkeforløp når fastlegen har fått svaret fra den bildediagnostiske enhet.

1.3 Overføring til annet helseforetak/sykehus

En pasient som er i et pakkeforløp og overføres til et annet helseforetak/sykehus for videre utredning, kodes:

C010	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 (brev, faks, telefon, elektronisk) 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.

1.4 Klinisk beslutning

Diagnostisk pakkeforløp – alvorlig sykdom som kan være kreft avsluttes ved at det registreres en klinisk beslutning. Når utredningen er ferdig og det er tatt beslutning om sykdomstilstand og eventuelt tilbud om videre oppfølging, skal avdelingen registrere en av følgende koder:

C01CK	Pakkeforløp slutt – Påvist eller overveiende sannsynlig organspesifikk kreft
C01CU	Pakkeforløp slutt – Påvist eller overveiende sannsynlig metastase med ukjent utgangspunkt
C01CA	Pakkeforløp slutt – Påvist annen sykdom enn kreft
C01CI	Pakkeforløp slutt – Ikke påvist sykdom

Klinisk beslutning vil ofte skje i et tverrfaglig/multidisiplinært (MDT) møte, slik det er beskrevet i de enkelte pakkeforløpene. Beslutningen journalføres og kode registreres. Beslutning kan bli tatt uten et tverrfaglig møte. Også da journalføres beslutningen og kode registreres på dato for beslutning.

Hvis pakkeforløpet avsluttes av andre årsaker enn at det gjøres en klinisk beslutning, registrerer avdelingen:

C01X	Pakkeforløp slutt
-------------	-------------------

Koden registreres når et pakkeforløp avsluttes uten at det tas klinisk beslutning. Dette gjelder der pasienten ikke ønsker mer utredning eller behandling, eller ved død.

2 UTFYLLENDE VEILEDER

2.1 Henvisning til start Diagnostisk pakkeforløp - alvorlig sykdom

Kode for start av Diagnostisk pakkeforløp – alvorlig sykdom som kan være kreft registreres

a) når henvisning til forløpet mottas i sykehusavdelingen,
b) når det vurderes at en henvisnings innhold svarer til kravene til henvisning til Diagnostisk pakkeforløp – alvorlig sykdom som kan være kreft, eller
c) når det i sykehuset oppstår begrunnet mistanke om kreft eller annen alvorlig sykdom som kan være kreft under utredning eller behandling av annen sykdom. Koden skal settes på dato for henvisning mottatt i sykehuset (ikke dato for vurdering av henvisning, med unntak av alternativ c) ovenfor der koden skal settes på dato når begrunnet mistanke om kreft eller annen alvorlig sykdom oppstår. Avtalespesialister kan inntil videre ikke kode for start pakkeforløp.

Ved henvisning til pakkeforløp skal det klinisk være vurdert å være begrunnet mistanke om alvorlig sykdom som kan være kreft.

Henvisning til Diagnostisk pakkeforløp – alvorlig sykdom som kan være kreft kan komme fra fastlege/ primærhelsetjenesten, avtalespesialist, enheter/ avdelinger i eget sykehus/helseforetak, annet helseforetak/sykehus (HF 1) eller øvrige virksomheter.

Registreringen skal skje i offentlig sykehus, for eksempel i spesialenhet for utredning av denne gruppen pasienter (Diagnostisk senter). Registrering av henvisning skal skje uavhengig av om henvisningen er elektronisk (klart å foretrekke) eller telefonisk henvisning (unntaksvis) etterfulgt av henvisning på papir (fax eller post).

Registrering skal gjøres uansett hvor i pasientforløpet det klinisk vurderes at pasienten skal inn i et Diagnostisk pakkeforløp. Oppstår begrunnet

mistanke om alvorlig sykdom som kan være kreft under et allerede oppstartet utrednings- og behandlingsforløp for annen sykdom, skal pasienten henvises til pakkeforløp og registreres i den utredende enhet.

Pakkeforløpsbeskrivelse for Diagnostisk pakkeforløp – alvorlig sykdom som kan være kreft beskriver hvilke symptomer og funn som leder til henvisning til pakkeforløpet i spesialisthelsetjenesten. Likeledes beskrives konkrete funn fra ulike supplerende undersøkelser (filterfunksjon) som gir begrunnet mistanke om kreft. Spesialisthelsetjenesten registrerer start av pakkeforløp, ved

- mottak av henvisning til Diagnostisk pakkeforløp – alvorlig sykdom
- mottak av henvisning med symptomer som klinisk vurderes svarende til inklusjon i Diagnostisk pakkeforløp – alvorlig sykdom som kan være kreft
- symptomer eller funn i igangsatte pasientforløp for annen sykdom, som klinisk vurderes svarende til inklusjon i Diagnostisk pakkeforløp – alvorlig sykdom som kan være kreft.

Diagnostiske enheter i sykehusene (som radiologi og nukleærmedisin) kan vanligvis ikke registrere pasienter i de pasientadministrative systemer. Henvisning til Diagnostisk pakkeforløp – alvorlig sykdom som kan være kreft skal sendes klinisk sykehusavdeling, for eksempel spesialenhet for utredning av denne gruppe pasienter (Diagnostisk senter). Hvis den initiale henvisningen kommer til en bildediagnostisk enhet, skal henvisningen videresendes til relevant klinisk avdeling. Det skal dokumenteres løpende i pasientens journal at pasienten er inkludert i Diagnostisk pakkeforløp – alvorlig sykdom som kan være kreft.

2.2 Utredning start

Kode registreres ved pasientens fremmøte til utredning i Diagnostisk pakkeforløp – alvorlig sykdom som kan være kreft. Første fremmøte er vanligvis i klinisk sykehusavdeling, for eksempel i spesialenhet for utredning av denne gruppen pasienter (Diagnostisk senter).

Hvis avtalespesialister er gitt en rolle i utredning og evt. behandling av kreftpasienter i pakkeforløp, skal tilsvarende registrering skje med rapportering til NPR. Det er sykehuset som har ansvar for at registrering og rapportering skjer.

HF 2 skal også registrere første fremmøte (utredning start) selv om pasienten har hatt første fremmøte i et annet helseforetak (her kalt HF 1) og koden tidligere er registrert der.

Hvis klinisk sykehusavdeling mottar og registrerer henvisning til Diagnostisk pakkeforløp – alvorlig sykdom som kan være kreft, og bestiller undersøkelse for pasienten ved diagnostisk enhet (f.eks. til bildediagnostikk) før pasienten fysisk møter i den kliniske avdeling, vil det første fremmøte til undersøkelse være dato for start utredning.

Klinisk sykehusavdeling er ansvarlig for registrering av kode og melding til NPR.

2.3 Overføring til annet helseforetak/sykehus

En pasient som er i et pakkeforløp og overføres til et annet helseforetak/sykehus for videre utredning, kodes:

C010	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 (brev, faks, telefon, elektronisk) 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.

2.4 Pakkeforløp slutt

Diagnostisk pakkeforløp – alvorlig sykdom som kan være kreft avsluttes med en klinisk beslutning. Når utredningen er ferdig og det er tatt beslutning om sykdomstilstand og eventuelt tilbud om videre oppfølging, skal avdelingen registrere en av følgende koder:

C01CK	Pakkeforløp slutt – Påvist organspesifikk kreft
C01CU	Pakkeforløp slutt – Påvist metastase uten kjent utgangspunkt
C01CA	Pakkeforløp slutt – Påvist annen sykdom enn kreft
C01CI	Pakkeforløp slutt – Ikke påvist sykdom

Pasienter som avslutter Diagnostisk pakkeforløp – alvorlig sykdom som kan være kreft kan inkluderes i nytt pakkeforløp for organspesifikk kreft eller for metastaser med ukjent utgangspunkt.

Hvis pakkeforløpet avsluttes av andre årsaker enn at det gjøres en klinisk beslutning, skal avdelingen registrere:

C01X	Pakkeforløp slutt
-------------	-------------------

Koden registreres når et pakkeforløp avsluttes uten at det tas klinisk beslutning. Dette gjelder der pasienten ikke ønsker mer utredning eller behandling, eller ved død.

2.5 Videre utredning eller behandling på spesialavdeling

Ved avslutning av Diagnostisk pakkeforløp – alvorlig sykdom med påvist (eventuelt overveiende sannsynlig) organspesifikk kreft, henvises pasienten til relevant avdeling for oppstart av pakkeforløp for organspesifikk kreft.

Hvis det i utredningsforløpet påvises metastase med ukjent utgangspunkt (eventuelt overveiende sannsynlig metastase med ukjent utgangspunkt), henvises pasienten til Pakkeforløp metastaser med ukjent utgangspunkt.

Ved avslutning av Diagnostisk pakkeforløp – alvorlig sykdom som kan være kreft med f.eks. begrunnet mistanke om hjertesykdom, henvises pasienten til relevant avdeling for utredning av hjertesykdom.

Konstateres annen alvorlig sykdom, uten at det er laget pakkeforløp, henvises pasienten til videre utredning og behandling ved relevant avdeling etter gjeldende retningslinjer.

Blir mistanken om annen sykdom avkreftet, avsluttes forløpet.

Diagnostiseres sykdom som skal behandles eller følges opp av fastlegen, henvises pasienten dit.