

# PAKKEFORLØP FOR KREFT

## Spørsmål og svar om koding ved ulike problemstillinger

### Innhold

Spørsmål og svar om koding ved ulike problemstillinger.....	3
A.....	3
Avslutning av koding pakkeforløp.....	3
B.....	4
Biopsi.....	4
Beregning av forløpstider .....	4
E.....	4
Ett eller to forløp.....	4
F.....	5
Flere koder på samme kontakt .....	5
Frist for rett til helsehjelp .....	5
Flere krefttyper påvist.....	5
H.....	6
Henvisning.....	6
I.....	7
Initial behandling start.....	7
Ingen behandling .....	7
J .....	8
Juridiske rettigheter.....	8
K.....	8
Koding etter koloskopi.....	8
Kombinert behandling .....	8
L.....	9
Lindrende behandling .....	9
M.....	10



MDT-kode .....	10
O .....	10
Overvåking uten behandling.....	10
P .....	11
Pakkeforløp start.....	11
S .....	11
Skifte av pakkeforløp .....	11
Spredning til annet organ .....	12
Start pakkeforløp .....	12
T .....	13
Tilbakefall.....	13
Tvil om det tidligere er kodet.....	13
U .....	14
Utredning start.....	14
Utsettelse.....	14
Usikre funn.....	14
V .....	15
Viderehenvisning av pasienter i pakkeforløp .....	15



## Spørsmål og svar om koding ved ulike problemstillinger

## A

TEMA	SPØRSMÅL OG SVAR
<b>Avslutning av koding pakkeforløp</b>	<p>Spørsmål: Innebærer AxxCA - påvist annen sykdom enn kreft, AxxCI – ikke påvist sykdom og AxxCM – mistanke om annen kreftsykdom at forløpet avsluttes, eller må vi kode A26X i tillegg?</p> <p>Svar: Dersom pasienten ikke har kreft svarende til pakkeforløpet pasienten har inngått i, avsluttes pakkeforløpet ved den kliniske beslutningen (pkt. 1.4 side 6 i langveilederen). AxxCA, AxxCI og AxxCM avslutter koding av pakkeforløp, og det skal ikke kodes AxxX i tillegg.</p> <p>***</p> <p>Spørsmål: Lungekreftpasientene som mottar kurativ behandling, skal følges i opp til 5 år. Skal de da stadig stå i pakkeforløpet?</p> <p>Svar: Kode A26Fx er en behandlingskode og markerer avslutning av pakkeforløpet for monitoreringens del. Koden markerer at pakkeforløpet for denne pasienten tas med i utregningen av samlet tid til behandling, og monitoreringen av pasienten for beregning av forløpstider avsluttes. Hvis pasienten får tilbakefall av kreftsykdommen, henvises pasienten til oppstart av nytt pakkeforløp.</p> <p>***</p> <p>Spørsmål: Hvor lenge skal pasientene som står på symptomlindrende behandling være i pakkeforløpet?</p> <p>Svar: AxxFL er en beslutning om behandling og koden avslutter pakkeforløpet. Koden markerer at pakkeforløpet for denne pasienten tas med i utregningen av samlet tid til behandling, men monitoreringen av pasienten for beregning av forløpstider avsluttes.</p>

**B**

TEMA	SPØRSMÅL OG SVAR
<b>Biopsi</b>	<p>Spørsmål: Det hender at pasient må til biopsi to, eller en sjelden gang, tre ganger. Skal det registreres AxxB for hver biopsi som tas?</p> <p>Svar: Alle biopsier skal registreres. Dette gjelder fram til koding av pakkeforløpet er slutt.</p>
<b>Beregning av forløpstider</b>	<p>Spørsmål: Dersom pasienten møter til oppstart utredning en onsdag og avslutter utredning onsdag i uken etter, når prøvesvar foreligger og beslutning om behandling tas, – blir det sju eller åtte kalenderdager?</p> <p>Svar: Man subtraherer datoene, slik at det fra onsdag til onsdag blir sju kalenderdager.</p>

**E**

TEMA	SPØRSMÅL OG SVAR
<b>Ett eller to forløp</b>	<p>Spørsmål: Når vi oppdager en svulst i tykktarmen hos en pasient, utreder og fatter klinisk beslutning, og koder forløpet som går til stråling som behandlingsstart, er dette ett forløp. Stråling er innledende (initial) behandling.</p> <p>Når den samme pasienten etter strålingen utredes på nytt, for å sikre at svulsten er redusert og det er klart for kirurgisk behandling, skal dette da kodes som et nytt forløp med ny Pakkeforløpsstartkode, ny utredningsstart og ny klinisk beslutning før kirurgi? Pasienten henvises ikke på nytt. Hos oss blir dette forstått som fortsettelse av behandlingen innenfor ett og samme forløp og alt registreres på samme primærhenvisning.</p> <p>Svar: Vi tolker dette som ett forløp. Den videre kirurgiske behandlingen er en del av det samme forløpet. Siste registrering på dette forløpet er oppstart av stråling.</p>

## F

TEMA	SPØRSMÅL OG SVAR
<b>Flere koder på samme kontakt</b>	<p>Spørsmål: Er det greit å registrere flere pakkeforløpskoder på en og samme kontakt, dersom hendelsene har samme dato?</p> <p>Svar: Ja.</p>
<b>Frist for rett til helsehjelp</b>	<p>Spørsmål: Blir det noen endringer i hvordan vi forholder oss til “frist” og “ventetid slutt”, i forhold til tidligere praksis.</p> <p>Svar: Nei, pasientrettighetsloven gjelder på samme måte som tidligere. Se også punkt juridiske rettigheter.</p>
<b>Flere krefttyper påvist</b>	<p>Spørsmål: Hvis pasienten starter et pakkeløp på en krefttype, og det påvises en krefttype i tillegg, skal det være to henvisningsperioder og to pakkeforløp, eller en henvisningsperiode med koding knyttet til to pakkeforløp, evt. skal man kun kode knyttet til det første pakkeforløpet?</p> <p>Svar: Dersom pasienten er inne i et pakkeforløp, og det oppstår begrunnet mistanke om annen kreftsykdom i tillegg, skal pasienten inn i ett nytt og parallelt pakkeforløp. Det skal ikke opprettes en ny henvisningsperiode for pasienten, dersom dette vurderes til å være samme syktilfelle i henhold til prioritering og rettighetsvurdering.</p>



## H

TEMA	SPØRSMÅL OG SVAR
<b>Henvisning</b>	<p>Spørsmål: Hva er utløsende for at en pasient skal registreres i et pakkeforløp? Veilederen sier henvisning fra fastlege eller spesialisthelsetjenesten med mistanke eller begrunnet mistanke. Men hvis en pasient kommer inn på sykehus som Ø-hjelpshenvisning og de første undersøkelsene viser begrunnet mistanke om kreft. Skal pasienten da "henvises" til pakkeforløpet?</p> <p>Svar: Ja, da skal pasienten sluses inn i pakkeforløp</p> <p>***</p> <p>Spørsmål: Røntgenrekvisisjon fra fastlege er ikke å betrakte som en henvisning til pakkeforløp, men sees på som en forespørsel om røntgenbilde for å avklare mistanke om kreft. HelseDirektoratet forventer at klinisk avdeling skal registrere pakkeforløp start når svaret/ funnet fra røntgenavdeling mottas. Dette vil forutsette direkte kommunikasjon om funn fra røntgen avdeling til klinisk avdeling og med en kopi til fastlegen. Hvem har da informasjonsansvaret til pasienten? Og skal fastlegen også sende henvisning?</p> <p>Svar: Vi mener at informasjonsansvaret ligger hos fastlegen. Fastlegen er den som bør informere pasienten slik at han vet hvorfor det kommer telefon/brev fra HF'et med innkalling til time. Dette forutsetter at fastlegen kontakter pasienten raskt, slik at pasienten blir informert før han blir kontaktet av sykehuset. Alternativet er at røntgenresultatet sendes til fastlegen, som så henviser til sykehuset.</p>

TEMA	SPØRSMÅL OG SVAR
<p><b>Initial behandling start</b></p>	<p>Spørsmål: En pasient som skal til stråling blir ikke sjelden satt på hormonbehandling noen måneder før strålingen. Skal behandling start registreres først ved stråling, eller ved oppstart hormonell behandling? Blir det avgjørende spørsmålet hvorvidt den hormonelle behandlingen er en del av selve behandlingen, og ikke bare er noe vi gjør i påvente av ventetid på stråling?</p> <p>Svar: Det er første initiale behandling som gjelder, f.eks. hormonbehandling gitt før strålebehandling. Det samme gjelder neoadjuvant kjemoterapi ved brystkreft, ventrikkelkreft osv.</p> <p>***</p> <p>Spørsmål: Ofte gis det ved avansert prostatakreft medikamentell behandling eller hormonbehandling i en ikke-kurativ setting, dvs. behandlingen er ikke helbredende og dermed vil nok de fleste si palliativ. Det er imidlertid behandling noen pasienter kan stå på i lang tid (flere år). Sånn sett er de ikke i det vi gjerne tenker på som palliativ (=lindrende) fase. Skal oppstart med slik behandling kodes som medikamentell behandling eller palliativ?</p> <p>Svar: Dette kodes som medikamentell behandling. Det er type behandling som primært skal kodes, og ikke hensikt med behandlingen. Symptomlindrende behandling skal kodes der det gis ikke tumorrettet, symptomlindrende behandling.</p>
<p><b>Ingen behandling</b></p>	<p>Spørsmål: I en del tilfeller beslutes det at pasienten ikke skal ha kurativ behandling, og foreløpig heller ikke lindrende behandling. Legene dokumenterer typisk et forslag til lindrende behandling dersom behovet skulle oppstå på et senere tidspunkt, for eksempel "Dersom det oppstår ileussyntomer kan man vurdere stenting" eller "Pasienten kan henvises til onkologisk avdeling for vurdering av palliativ behandling ved behov". I disse tilfellene har jeg forstått det som mest riktig å kode avslutningen med "A12FI Behandling start - Ingen behandling". Stemmer det?</p> <p>Svar: Det er korrekt koding.</p>

**J**

TEMA	SPØRSMÅL OG SVAR
<b>Juridiske rettigheter</b>	<p>Spørsmål: Blir det noen endringer i hvordan vi forholder oss til “frist” og “ventetid slutt”, i forhold til tidligere praksis? Nå er jo fristene mer finmasket enn 20 dager. Skal vi sette inn prioritet i henhold til om henvisningen er til “Utredning” eller “Behandling”? Vi kan jo fortsatt få fristbrudd på “vanlig” måte.</p> <p>Svar: Pakkeforløp og koding av disse endrer ikke i ventelisteføringen og rettighetsvurdering etter pasient- og brukerrettighetsloven. Henvisninger for kreftpasienter skal altså rettighetsvurderes og gis frist for seneste oppstart av helsehjelp som før. Dersom en ved vurdering vet hvilken behandling som er aktuell, er pasientens tilstand avklart. I motsatt fall er pasientens tilstand uavklart, og aktuell helsehjelp er utredning.</p>

**K**

TEMA	SPØRSMÅL OG SVAR
<b>Koding etter koloskopi</b>	<p>Spørsmål: Når skal pasienten få kode avsluttet pakkeforløp etter koloskopi? Skal de kodes ut med en gang koloskopi ikke viser tykktarmskreft, eller skal de kodes ut først når biopsisvar fra eventuelle polypper foreligger (dersom det tas biopsi)?</p> <p>Svar: En negativ koloskopi kan avslutte et pakkeforløp. Hvis det er polypper og det tas biopsi av polyppene, antar vi at biopsiene tas for å være sikker på at det ikke er kreft. Når biopsisvaret viser at det ikke er kreft, bør kode settes når biopsisvaret foreligger.</p>
<b>Kombinert behandling</b>	<p>Spørsmål: Noen pasienter får kombinerte behandlinger. Det er ikke uvanlig at det gis kombinasjon av cellegift og strålebehandling. Skal bare den første behandling registreres, eller begge?</p> <p>Svar: Det er den først forekommende initiale behandling som skal registreres.</p>



**L**

TEMA	SPØRSMÅL OG SVAR
<p><b>Lindrende behandling</b></p>	<p>Spørsmål: Vil for eksempel blodtransfusjoner anses som lindrende behandling? I noen tilfeller avgjøres det at pasienten ikke anbefales operasjon, men det foreligger nåværende og framtidig behov for gjentatte blodtransfusjoner fordi tumor stadig blør. Eller skal denne koden kun brukes ved kjemoterapi, stenting og avlastende operasjoner?</p> <p>Svar: Koden AxxFL Behandling start - Symptomlindrende behandling er beregnet på pasienter som ikke får tumorrettet behandling (kun smertebehandling, kvalmebehandling etc). Blodtransfusjon gitt som symptomlindrende behandling er å anse som symptomlindrende behandling. Koden AxxFL er derfor korrekt å bruke her.</p> <p>***</p> <p>Spørsmål: En pasient som etter utredning ikke er kandidat for kurativ behandling pga. utbredt sykdom, men som får medikamentell behandling i lindrende (palliativ) hensikt. Skal det da kodes AxxFM Behandling start-Medikamentell behandling eller AxxFL Behandling start-Symptomlindrende behandling?</p> <p>Svar: Pasienten skal kodes med AxxFM. Man koder for medikamentell behandling uavhengig av om det er kurativ eller palliativ intensjon. Det samme gjelder hvis det gis strålebehandling (AxxFS). AxxFL er beregnet på pasienter som ikke får tumorrettet behandling (kun smertebehandling, kvalmebehandling etc.).</p> <p>Gis tumorrettet medikamentell behandling (kjemoterapi med cytostatica, tyrosin kinasehemmere, antistoffer, hormoner) i en palliativ situasjon, skal kode for medikamentell behandling brukes, samme hvis palliativ strålebehandling gis. «Symptomlindrende behandling» kodes kun hvis det gis behandling spesifikt mot symptomene, ikke mot selve kreftsykdommen, som smertestillende og andre medikamenter.</p>

## M

TEMA	SPØRSMÅL OG SVAR
<b>MDT-kode</b>	<p>Spørsmål: Hvilket MDT- møte skal kodes når det er flere MDT-møter på ulike tidspunkter i ett og samme pakkeforløp?</p> <p>Svar: Det som skal kodes er beslutning; kreft eller ikke kreft. Det anbefales at beslutning tas i MDT-møte, særlig hvis det dreier seg om kreftsykdom. Men avklares det f.eks. under en koloskopi at det ikke er kreft, må kodingen kunne skje akkurat da, uten at pas. tas opp i MDT-møtet for beslutning. Hvis det kodes i MDT-møtet, vil det være naturlig at det gjøres i første MDT-møte så sant dette er mulig. Hvis pasienten kommer opp på ny i et nytt MDT-møte f.eks. i HF2, bør det også der settes koding. Av og til vil ikke HF2 vite om det er kodet beslutning i HF1. Av og til vil også en pasient komme opp i to MDT-møter i samme HF.</p>

## O

TEMA	SPØRSMÅL OG SVAR
<b>Overvåking uten behandling</b>	<p>Spørsmål: Hvor lenge pasienten kan stå i pakkeforløpet med behandlingskode AxxFO – overvåking uten behandling?</p> <p>Svar: AxxFO er en kode for beslutning om behandling, og koden avslutter pakkeforløpet. Koden markerer at pakkeforløpet for denne pasienten tas med i utregningen av samlet tid til behandling, og monitoreringen av pasienten for beregning av forløpstider avsluttes.</p>

**P**

TEMA	SPØRSMÅL OG SVAR
<b>Pakkeforløp start</b>	<p>Spørsmål: Starter pakkeforløpet i det henvisning med begrunnet mistanke og eksterne røntgenbilder foreligger, eller starter det i det henvisning med begrunnet mistanke foreligger? Med andre ord: Kan man vente med å starte pakkeforløpet til eksterne røntgenbilder foreligger?</p> <p>Svar: Pakkeforløpet starter når henvisningen med begrunnet mistanke mottas i HFet. At den begrunnede mistanken er oppstått pga. et røntgenbilde er uviktig i forhold til at legen har henvist pasienten til et pakkeforløp. Her er det henvisningen som vil være gjeldende, og årsakene til henvisningen vil komme sekundært.</p>

**S**

TEMA	SPØRSMÅL OG SVAR
<b>Skifte av pakkeforløp</b>	<p>Spørsmål: Hvis man starter registrering av f.eks. pakkeforløp prostatakreft, men det viser seg ved videre utredning at det er testikkelkreft. Avslutter man da kodingen knyttet til prostata med aktuell kode og starter et nytt vedr. testikkelkreft?</p> <p>Svar: En pasient som starter i pakkeforløp for prostatakreft, men som etter utredning viser seg å ha testikkelkreft, registreres ut av pakkeforløp prostatakreft med koden A16CM, Prostatakreft: Klinisk beslutning – Mistanke om annen kreftsykdom. Når pakkeforløp for testikkelkreft innføres i 2015 vil videre koding for denne pasienten være start av nytt pakkeforløp A18A, Testikkelkreft: Start pakkeforløp – henvisning mottatt.</p>



<b>Spredning til annet organ</b>	<p>Spørsmål: Dersom det er snakk om spredning av kreft til andre organer, skal disse pasientene inn i pakkeforløp? Tidligere offisiell rapportering (helsenorge.no) tok ikke med denne type kreft. Hva gjør vi om det er spredning til annet organ?</p> <p>Svar: Hvis pasienten er henvist et pakkeforløp, og det oppdages spredning til et annet organ, er det å betrakte som samme sykdom, inntil det evt. påvises at det er annen kreftsykdom. Påvises ny kreftsykdom i tillegg til den opprinnelige, startes et pakkeforløp for den nye kreftsykdommen. Dette forløpet kan gå parallelt med pakkeforløpet for den opprinnelige kreftsykdommen.</p>
<b>Start pakkeforløp</b>	<p>Spørsmål: Utredningstiden måles fra dato på start pakkeforløp og ikke mottattdato på henvisningen. Ofte vil jo disse datoene være sammenfallende, men i de tilfeller sykehuset selv utløser pakkeforløpet vil de jo ikke være det.</p> <p>Et eksempel er en pasient som er henvist til utredning av KOLS. Pasienten er inne til utredning, og lungelegen gjør funn som tilsier mistanke om lungekreft. Skal vi da registrere start pakkeforløp knyttet til samme henvisningen? Eller skal man registrere ny henvisning fordi utredningstiden måles fra mottattdato på henvisning?</p> <p>Svar: Start av pakkeforløp måles fra kode AxxA Pakkeforløp start, og ikke fra mottaksdato på henvisningen. Det er riktig at det ofte vil være sammenfall mellom disse datoene, men ikke alltid. En skal alltid kode pakkeforløp start med kode AxxA. Det er ikke nødvendig å opprette en ny henvisningsperiode for KOLS-pasienten beskrevet i eksempelet. Koden for pakkeforløp start skal registreres med dato når begrunnet mistanke oppstår, i samme henvisningsperiode.</p> <p>Unntaksvis skal pasienter rettighetsvurderes på nytt i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven. I slike tilfeller opprettes ny henvisningsperiode for pasienten.</p>



TEMA	SPØRSMÅL OG SVAR
<b>Tilbakefall</b>	<p>Spørsmål: Hva gjør vi om det er tilbakefall av kreft i samme organ?</p> <p>Svar: Hvis det er satt kodeAxxFx er pasienten ferdig registrert i pakkeforløpet. Ved påvist ny kreftsykdom (tilbakefall) startes et nytt pakkeforløp.</p>
<b>Tvil om det tidligere er kodet</b>	<p>Spørsmål: I kodeveileder står det at «En sykehusavdeling skal gjøre sine registreringer ut fra egen vurdering, uavhengig av hvilke registreringer som tidligere måtte være utført. Det samme målepunktet kan derfor potensielt bli registrert mer enn en gang i forløpet». Dette kan tolkes som at det er mulighet for å kode samme pakkeforløpskode flere ganger i samme forløp innenfor samme sykehus. Er dette en praksis dere anbefaler f.eks. når en skal registrere mottatt henvisning, start pakkeforløp når henvisningen både er inom medisinsk avdeling og kirurgisk avdeling (i samme sykehus)?</p> <p>Svar: Det enkelte målepunkt i pakkeforløpet skal kodes bare en gang i hvert helseforetak. Dersom det skulle hende at en ikke vet hvorvidt en kode er satt tidligere, og det er vanskelig å finne ut av hva som er kodet fra før i forløpet, er det bedre å kode en gang for mye enn en gang for lite. Ved dobbel koding er det mulig å beregne indikatorer, uten koding kan vi ikke beregne indikatorer.</p>





TEMA	SPØRSMÅL OG SVAR
<b>Utredning start</b>	<p>Spørsmål: Skal oppmøte på MR eller første oppmøte ved klinisk sykehusavdeling definere utredningsstart for prostatapasientene?</p> <p>Svar: Hvis pasienten har startet pakkeforløp, vil utredning start bli dato for første fremmøte, f.eks. på MR, med koding når pas. kommer i sykehuspoliklinikken ved opprettelse av en indirekte kontakt for MR-tidspunktet.</p>
<b>Utsettelse</b>	<p>Utsettelse forårsaket av pasienten påvirker ikke beregninger av pakkeforløpsindikatorer. Erfaringene fra Danmark er at dette er et så lite antall pasienter at det ikke vil påvirke statistikken.</p>
<b>Usikre funn</b>	<p>Spørsmål: Hvordan kode pasient som ikke får påvist kreft, men der vi er usikre og må følge opp med ktr CT pga. muligheten. Hvordan kode klinisk beslutning og/ behandling og/eller avslutning? Skal behandlingskodene kun brukes til pas med histologisk verifisert cancer?</p> <p>Svar: Dette spørsmålet er noe vanskelig, men vi har foreløpig vurdert at det kan være mange slike pasienter og de skal ikke inn i et pakkeforløp før det er mer sikkert (begrunnet) at de kan ha kreft.</p> <p>Pasienten tas inn i pakkeforløp dersom det er begrunnet mistanke om kreft. Hvor mye som skal til før det blir en begrunnet mistanke vil være en klinisk vurdering. Hvis det ikke er påvist kreft skal pasienten ut av pakkeforløpet. Ved ny oppfølgende radiologisk undersøkelse etter f.eks. 3 måneder, vil man bestemme om pasienten skal tas inn i et pakkeforløp igjen (hvis det ikke skjer noe i mellomtiden som endrer dette). Koding for avslutning av forløpet (hvis pasienten allerede er tatt inn i et forløp) vil alltid komme etter allerede kodet A26A og A26S. For å avslutte brukes koden A26X hvis det ikke foreligger klinisk beslutning. Hvis det er en klinisk beslutning til grunn for at pasienten skal ut av pakkeforløpet kodes A26CA eller A26CI.</p>



TEMA	SPØRSMÅL OG SVAR
<p><b>Viderehenvisning av pasienter i pakkeforløp</b></p>	<p>Spørsmål: Hva gjør vi når det besluttes at en pasient skal til første behandling på annet sykehus? Hvordan kan vi få markert at vi har viderehenvist pasienten? Er det opprettet egne koder for viderehenvisning?</p> <p>Svar: Et pakkeforløp som starter hos dere kodes med de relevante kodene, for eksempel AxxA Start pakkeforløp, AxxS Utredning start og AxxCK Klinisk beslutning – Påvist organspesifikk kreft. Om pasienten overføres for oppstart av behandling ved et annet offentlig sykehus som rapporterer til NPR, henvises pasienten videre på vanlig måte. Dere skal ikke kode på vegne av dette sykehuset.</p> <p>Mottakende sykehus (HF2) koder sin egen start av pakkeforløpet, og initial behandling start. Vi har ikke laget en egen kode i pakkeforløps-monitoreringen for overføring av pasienter. Det innebærer at det ikke er noe nytt i registreringen ved viderehenvisning av pasienter. Dersom dere skal følge opp pasienten videre holdes henvisningsperioden åpen, hvis ikke, kan henvisningsperioden avsluttes.</p> <p>***</p> <p>Vi sender våre pasienter som skal ha kirurgi til RH. Vi registrer da A26CK Klinisk beslutning – påvist kreft i lunge. Skal A26FK behandling start – kirurgisk behandling kun registreres av RH? Det virker da som behandlingsforløpet blir stående åpent om vi ikke har noen registrering etter A26CK.</p> <p>Svar: Når RH mottar pasienten skal de registrere A26A – henvisning mottatt og de setter koden A26FK når de starter denne behandlingen. NPR vil sette sammen forløpet hos dere og forløpet hos RH slik at hele forløpet blir sammenhengende. Det fremgår da at pasienten har et forløp etter beslutningen hos dere.</p> <p>***</p> <p>Spørsmål: I henvisningen som sendes til annet foretak, og som er merket "Pakkeforløp kreft", skal vi der oppgi datoer for våre koder? (f.eks. Start pakkeforløp, Utredning start etc), slik at disse også blir registrert på neste foretak på riktig dato? Eller skal ikke neste HF registrere "våre" koder, kun fortsette der vi slapp?</p> <p>Svar: Neste HF (HF II) skal ikke registrere HF I's koder – HF II skal sette sine egne koder for start pakkeforløp, utredningsstart, beslutning og behandlingsstart.</p>

