1. HENSIKT OG OMFANG

Nasjonale pasientforløp for psykisk helse og rus (heretter kun omtalt som pasientforløp) skal bidra til jevne ut variasjonene i ventetider, utredning og behandling. Pasientforløpene skal legge til rette for gode individuelle behandlingsforløp gjennom bedre samhandling mellom sektorene, klare ansvarsforhold og gode overganger. Økt brukermedvirkning, brukertilfredshet og pårørendeinvolvering er et sentralt mål.

Det er to typer pasientforløp:

- Tilstands-/diagnosespesifikke: Pasientforløpet omhandler pasienter med én type tilstand eller diagnose
- Tilstands- og diagnoseuavhengig pasientforløp: Pasientforløpet omhandler flere pasientgrupper på tvers av flere tilstander eller diagnoser

Denne veilederen skal sikre god arbeidsflyt og beskriver fremgangsmåten for registrering og merking av henvisninger og registrering av koder (målepunkter) i Nasjonale pasientforløp psykisk helse og rus i DIPS. Se også Kodeveileder – nasjonale pasientforløp psykisk helse og rus - Helsedirektoratet

Temasiden på helsedirektoratet Nasjonale anbefalinger, råd, pasientforløp og pasientforløp - Helsedirektoratet inneholder linker til alle pasientforløp

I alle pasientforløp nevnt over ligger ivaretakelse av somatisk helse og levevaner til grunn igjennom følgende: Somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer. Dette er ikke et eget pasientforløp.

Alle henvisninger til psykisk helsevern og rus skal i pasientforløp. Unntaket er ØH-vurdering. Dersom det vurderes behov for videre utredning og behandling i psykisk helsevern og rus, og pasienten ikke allerede er i et pasientforløp, da starter pasientforløpeti den akutte behandlingen. **Beslutning om at en pasient skal inn i pasientforløp skal som hovedregel gjøres senest innen 2 uker etter en ØH-vurdering.** Skal da kodes inn med DxxA den dato dette vurderes og besluttes.

2. FORMÅL MED PROSEDYREN

Prosedyren skal sikre korrekt registrering av målepunktene og at dette gjøres likt ved alle involverte avdelinger i Klinikk for psykisk helse.

3. ANSVARLIG FOR Å UTFØRE PROSEDYREN

Ansvarlig for koding	*Utfører prosedyren*	*Org.enhet*
Avdelingssjef i den enkelte avdeling	Merkantilt personell, behandlere og evt miljøpersonell i døgnpost	Hele KPH med unntak av voksenhabilitering

Prosedyren inneholder følgende:

1. HENSIKT OG OMFANG 1

2. FORMÅL MED PROSEDYREN 1

3. ANSVARLIG FOR Å UTFØRE PROSEDYREN 1

4. HANDLING 3

Forløpstider og målepunkter 4

Registreringer i pasientforløp 6

Mottak og vurdering av henvisningen; Henvisningen «merkes» med aktuelt pasientforløp 6

Registrere kode for Start Pasientforløp (DxxA) 7

Opprette teknisk episode; poliklinisk konsultasjon, indirekte pasientkontakt 8

Registrer kode for Første – første samtale/fremmøte (DxxM) 12

Redigering/Sletting av tjenestekode 12

Videre registreringer i pasientforløpet 12

Registrer kode for bruk av standardiserte verktøy for måling av symptom og/eller funksjon (DxxUV) 13

Registrer kode for pasientutsatt pasientforløp (DxxL) 13

Registrer kode for behandlingsformer spesifikt for OCD (etter gjeldende NCMP-prosedyrekodeverk og/eller D07UM) 13

Registrer kode for familiebasert behandling spesifikt for spiseforstyrrelser (etter gjeldende NCMP-prosedyrekodeverk) 13

Registrer kode for klinisk beslutning (DxxCy) 13

Registrer kode for at pasient og/eller foreldre/pårørende er informert om ulike behandlingsformer (DxxUB) 14

Registrer kode for involvering i utarbeidelse av behandlingsplan (DxxUU) 14

Registrer kode for avrusning døgn avsluttet (D01D) 15

Registrer kode for tilbakemelding til henviser og fastlege underveis i pasientforløpet (DxxF) 15

Registrer kode samarbeidsmøte med andre instanser (etter gjeldende NCMP-prosedyrekodeverk) 15

Registrer kode for evalueringspunkter (DxxE) 15

Registrer kode for feedbackverktøy (DxxUF) 15

Registrer kode avslutning av pasientforløpet ved utskrivning fra spesialisthelsetjenesten (DxxXy) 16

Registrer kode for hjelpebehov ved avslutning av pasientforløp i spesialisthelsetjenesten (DxxHy) 17

Nasjonale pasientforløp psykisk helse og rus - oversikt 18

Koder for pasientforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern og TSB 19

Aktuelle rapporter *(foreløpig)* 20

Kryssreferanser 21

4. HANDLING

Forløpstidene i de nasjonale pasientforløpene følges opp ved at pasientepisoder kodes og dateres i forhold til HVOR i forløpet pasienten er/har vært. Dette kodes i form av prosedyrekoder som en Tjeneste. Pasientforløpskoder i psykisk helsevern og rus har tjenestetype = **PPHR.** For å redusere registreringsbyrden til spesialisthelsetjenesten er enkelte pasientforløpskoder fjernet fra og med 2021 og erstattet med prosedyrekoder som allerede registreres.

Registrering av pasientforløp utføres på oppgjørsbildet/Ctrl-M og på pasientens kontakter under registrering av tjenester (enten poliklinikk eller innleggelse). Når pasienten ikke har en kontakt, direkte eller indirekte, må det opprettes fiktive kontakter i DIPS (indirekte kontakt – teknisk episode) for å få registrert kode på riktig dato og henvisning. Det er prosedyredato, dvs. dato for når PHHR-koden er registrert, som rapporteres som en «hendelse» eller et «utfall» i pasientforløpet.
Kodene er bygd opp av type pasientforløp, hendelse og evt. utfall.
Denne veiledningen er generisk og **benytter små bokstaver for å vise til ulike kombinasjoner.**

- **xx** viser til at det er ulike pasientforløp. Erstattes med en tallkode som representerer aktuelt pasientforløp.
- **y** viser til at det er ulike koder (utfall) innenfor dette målepunktet. Erstattes med en stor bokstav.

For fullstendig kodeoversikt henvises det til det enkelte pasientforløp.

Forløpstider og målepunkter

Pasienter henvises til pasientforløp psykiatri/rus fra fastlege/primærhelsetjeneste, avtalespesialist, enheter/avdelinger i eget foretak eller annet helseforetak.
Når pasienter blir henvist til pasientforløp psykiatri/rus i spesialisthelsetjenesten, skal flere ledd i behandlingen kodes.

For hvert pasientforløp i psykisk helsevern/TSB er det definert hvor mange kalenderdager de ulike delene av forløpet maksimalt kan ta. Forløpstidene er veiledende. Fortsatt er det lovmessige grunnlaget pasientrettighetsloven og forskrift om prioritering i helsetjenester. Individuelle vurderinger må komme i tillegg til tidsangivelsene, slik at det handles raskere der forsvarlighetskravet tilsier det.

[D01] Rusbehandling

Forløpstider	Poliklinikk	Døgn
Første fremmøte i TSB etter endt avrusning	Inntil 3 kalenderdager	0 kalenderdager
Fra første fremmøte i TSB til klinisk beslutning etter basis utredning	Inntil 21 kalenderdager (3 uker)	Inntil 7 kalenderdager (1 uke)
Fra klinisk beslutning etter basis utredning til klinisk beslutning e. utvidet utredning	Inntil 42 kalenderdager (6uker)	XX ikke målepunkt for døgn XX
Fra klinisk beslutning etter ferdig utredning til første evaluering	Inntil 14 kalenderdager (2 uker)	Inntil 7 kalenderdager (1 uke)
Tid mellom hver evaluering	Inntil 56 kalenderdager (8 uker)	Inntil 42 kalenderdager (6 uker)
Tid mellom hver evaluering ,fra 2. behandlingsår	Inntil 84 kalenderdager (12 uker)	Inntil 84 kalenderdager (12 uker)

Ved klinisk beslutning om behov for utvidet utredning, kan ubenyttet forløpstid fra basis utredning overføres til utvidet utredning. I TSB er det forløpstid for utvidet utredning. Samlet forløpstid for utredning i poliklinikk skal ikke overstige 63 kalenderdager (9 uker)

[D11] Psykiske lidelser – voksne

Forløpstider	Poliklinikk	Døgn
Fra første fremmøte til klinisk beslutning etter basis utredning	Inntil 42 kalenderdager (6 uker)	Inntil 42 kalenderdager (6 uker)
Fra klinisk beslutning etter basis utredning til klinisk beslutning e. utvidet utredning	Inntil 42 kalenderdager (6 uker)	Inntil 42 kalenderdager (6 uker)
Fra oppstart av behandling til første evaluering	Inntil 42 kalenderdager (6 uker)	Inntil 14 kalenderdager (2 uker)
Deretter mellom hver evaluering	Inntil 84 kalenderdager (12 uker)	Inntil 42 kalenderdager (6 uker)

Ved klinisk beslutning om behov for utvidet utredning, kan ubenyttet forløpstid fra basis utredning overføres til utvidet utredning.
Samlet forløpstid for utredning skal ikke overstige 84 kalenderdager (12 uker)

[D12] Psykiske lidelser – barn og unge

Forløpstider	Poliklinikk	Døgn
Fra første fremmøte til klinisk beslutning etter basis utredning	Inntil 42 kalenderdager (6 uker)	Inntil 42 kalenderdager (6 uker)
Fra klinisk beslutning etter basis utredning til klinisk beslutning e. utvidet utredning	Inntil 42 kalenderdager (6 uker)	Inntil 42 kalenderdager (6 uker)
Fra oppstart av behandling til første evaluering	Inntil 42 kalenderdager (6 uker)	Inntil 14 kalenderdager (2 uker)
Deretter mellom hver evaluering	Inntil 84 kalenderdager (12 uker)	Inntil 42 kalenderdager (6 uker)

Ved klinisk beslutning om behov for utvidet utredning, kan ubenyttet forløpstid fra basis utredning overføres til utvidet utredning.
Samlet forløpstid for utredning skal ikke overstige 84 kalenderdager (12 uker)

[D06] Psykoselidelser, inkludert mistanke om psykoseutvikling - barn, unge og voksne

Forløpstider	Poliklinikk	Døgn
Fra henvisning er mottatt til første fremmøte ved spesialisthelsetjenesten	Inntil 7 kalenderdager (1 uke)	Inntil 7 kalenderdager (1 uke)
Fra første fremmøte til klinisk beslutning	Inntil 42 kalenderdager (6 uker)	Inntil 14 kalenderdager (2 uker)
Fra klinisk beslutning til første evaluering	Inntil 42 kalenderdager (6 uker)	Inntil 14 kalenderdager (2 uker)
Deretter mellom hver evaluering	Inntil 84 kalenderdager (12 uker)	Inntil 42 kalenderdager (6 uker)

[D07] Tvangslidelse (OCD)

Forløpstider	Poliklinikk	Døgn
Fra overføring/intern henvisning er mottatt hos OCD-team til første fremmøte	Inntil 42 kalenderdager (6 uker)	Inntil 42 kalenderdager (6 uker)
Fra første fremmøte til klinisk beslutning	Inntil 42 kalenderdager (6 uker)	Inntil 42 kalenderdager (6 uker)

[D08] Spiseforstyrrelse hos barn og unge under 23 år

Forløpstider	Alvorlig tilstand	Mindre alvorlig tilstand
Fra henvisning er mottatt til første fremmøte ved spesialisthelsetjenesten	Inntil 7 kalenderdager (1 uke)	Inntil 28 kalenderdager (4 uker)

	Poliklinikk	Døgn
Fra første fremmøte til klinisk beslutning	Inntil 42 kalenderdager (6 uker)	Inntil 14 kalenderdager (2 uker)
Fra klinisk beslutning til første evaluering	Inntil 28 kalenderdager (4 uker)	Inntil 14 kalenderdager (2 uker)
Deretter mellom hver evaluering	Inntil 42 kalenderdager (6 uker)	Inntil 14 kalenderdager (2 uker)

[D09] Gravide og rusmidler

Forløpstider	Poliklinikk	Døgn
Fra første fremmøte til klinisk beslutning	Inntil 7 kalenderdager (1 uke)	3-7 kalenderdager
Fra avsluttet avrusning til annen behandling starter	0 dager	0 dager
Fra klinisk beslutning til første evaluering	Inntil 14 kalenderdager (2 uker)	Inntil 7 kalenderdager (1 uke)
Deretter mellom hver evaluering	Inntil 42 kalenderdager (6 uker)	Inntil 42 kalenderdager (6 uker)

Pasientforløp *Barnevern – kartlegging og utredning av psykisk, somatiske og seksuell helse, tannhelse og rus*, har ingen definerte forløpstider

Koder skal registreres og knyttes opp til episoden hvor hendelsen/utfallet skjer. Har pasienten en kontakt indirekte eller direkte, knyttes koden til denne dato. Skjer hendelsen/utfallet uten at pasienten har en kontakt, opprettes det en indirekte kontakt som en teknisk episode.

Start pasientforløp, med vurdering av henvisning vil i mange tilfeller være en indirekte kontakt, teknisk episode som må knyttes til dato for når henvisningen er mottatt. Se fremgangsmåte for registrering av indirekte kontakt, teknisk episode.

For koder som skal kodes når en viss handling skjer, og det ikke er en kontakt/konsultasjon å registrere koden på, f.eks tilbakemelding til fastlege sendes, må det registreres en indirekte kontakt, teknisk episode.

Pasientforløpskoder skal knyttes til kontakter/episoder, enten direkte eller indirekte, og **angis med både dato og tid og klokkeslett. Kodene må være innenfor kontaktens varighet.**

En kontakt/episode kan inneholde flere koder.

Pasientutsatt pasientforløp - DxxL - Ny kode i 2021

Pasientutsatt pasientforløp kodes dersom pasienten (eventuelt foreldrene) velger å utsette planlagte avtaler, eller ikke møter, slik at forløpstider for utredning og/eller evalueringspunkter i behandlingen ikke kan innfris. **Utsettelsen bør være på mer enn 7 virkedager av planlagt aktivitet. Koden registreres før klinisk beslutning eller før evalueringspunkt.**

Pasientutsatt pasientforløp fortsetter selv om forløpstidene overskrides. Forløpstidene vil fremdeles måles, men det vil være mulig å skille mellom forløpstider som skyldes overskridelse eller utsettes fra pasientens side, og overskridelse som skyldes forhold i helsetjenesten.

Registreringer i pasientforløp

Kodene som er beskrevet i denne brukerveiledningen, er for psykisk helsevern voksne. Se tabell sist i denne brukerveiledningen for koder for øvrige pasientforløp.

Mottak og vurdering av henvisningen; Henvisningen «merkes» med aktuelt pasientforløp

Pasientforløpet starter ved beslutning om henvisning til i spesialisthelsetjenesten.
Dato for start pasientforløp registreres som hovedregel ved mottak av henvisning i spesialisthelsetjenesten. Grunnet funksjonalitet i DIPS Classic kan denne koden registreres først etter at henvisningen er rettighetsvurdert, se opprett teknisk episode, poliklinisk konsultasjon, indirekte kontakt.

ØH-vurdering skal ikke registreres inn i pasientforløp ved mottak, men først når det eventuelt besluttes at pasient skal få videre utredning/behandling i psykisk helsevern og pasienten ikke allerede er i et pasientforløp. Pasientforløpet startes da i den akutte tjenesten. Beslutningen om at pasient skal inn i pasientforløp skal som hovedregel gjøres senest innen 2 uker etter en ØH-vurdering. Start pasientforløp blir da den dato klinisk beslutning fattes.

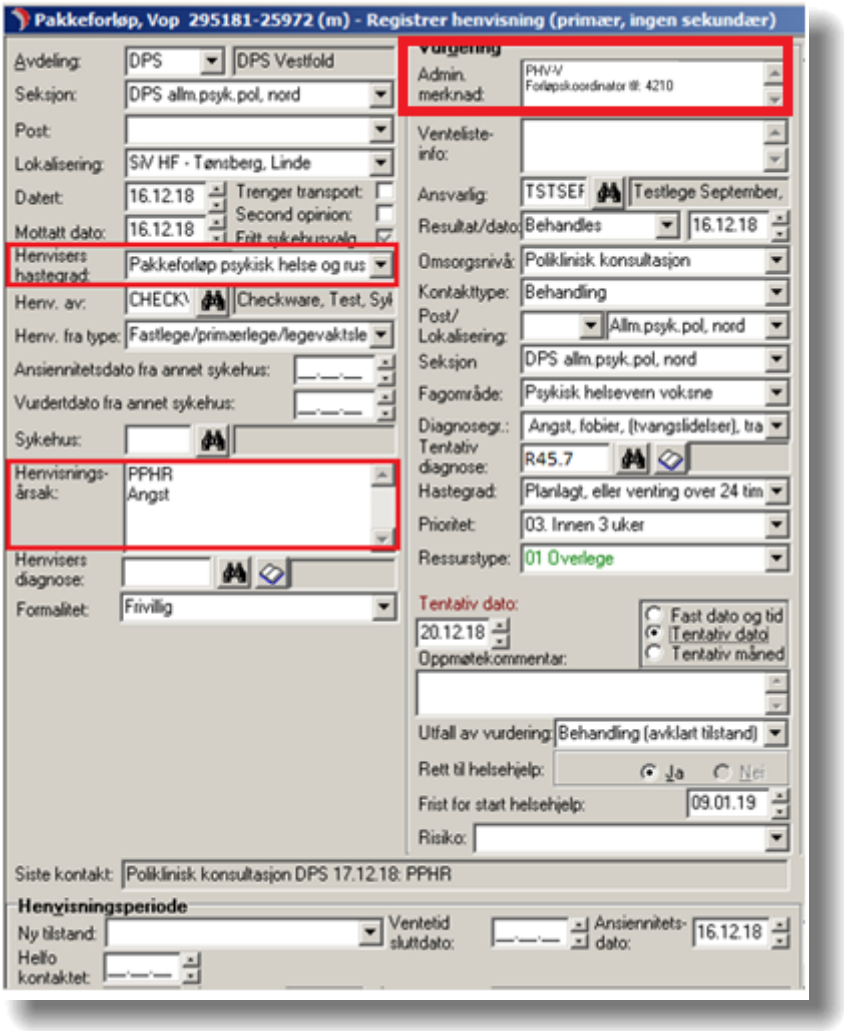
WHO har vedtatt endring i koding av kjønnsinkongruens i ICD-11 og Norge har implementert denne endringen i ICD-10 fra 01.01.2020. Det betyr at kjønnsinkongruens ikke lenger knyttet til psykisk helse. Med bakgrunn i denne kodeendringen, er Helsedirektoratets vurdering av pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten for kjønnsinkongruens ikke automatisk skal kodes inn i pasientforløp for psykisk helse og rus. Dette gjelder også der helsetilbudet til pasienter med kjønnsinkongruens organisatorisk er en del av psykisk helsevern.
Dersom pasienten har behov for utredning og/eller behandling for en psykisk lidelse, vil pasientforløp for psykisk helse og rus være aktuelle

Merk! En henvisning som rettighetsvurderes og hvor **Resultat = Avvist** kan ikke kodes inn i pasientforløp.
Det er ikke funksjonalitet i DIPS Classic for å kunne registrere Pasientforløp PHR utfall avslutning kode «R Rett til helsehjelp ikke innvilget» (Volven OID 9326) dersom det ikke er medisinsk indikasjon for å ta pasienten inn i spesialisthelsetjenesten.

Vurderingsansvarlig registrerer **Resultat**: Avvist og **Årsakskode**: Ikke medisinsk ind.
Følg vanlig rutine ved Avvist henvisning.

Dersom pasienten registreres med «Utredning av rett til helsehjelp» og pasienten etter vurderingen ikke tas inn avsluttes pasientens pasientforløp med kode DxxXR og evt. ett eller flere hjelpebehov.

Henvisninger registreres som mottatt i pasientforløp på følgende måte:



Følgende felter fylles ut slik:

- **Henvisers hastegrad:** *Pakkeforløp psykisk helse og rus*
- **Henvisningsårsak**: Registrer **PPHR** og årsak til henvisningen
- **Formalitet:** registrer **Frivillig** så sant ikke annet er angitt i henvisning
- **Tentativ diagnose**
- **Diagnosegr:** settes ved vurdering for automatisk innhenting i første planlagte kontakt, dersom dette er i bruk i avdelingen
- **Admin merknad:** Anvend pasientforløpenes kortkode for å angi type pasientforløp. Angi også her tlfnr (evt. navn) til aktuell Forløpskoordinator pasientforløp (PHV-BU, PHV-V og TSB) ***til*** pasienten har fått tildelt ansvarlig behandler.

PPHR= Pasienforløp psykisk helse og rus

Registrere kode for Start Pasientforløp (DxxA)

- Henvisning som vurderes kodes med *Start pasientforløp* med **samme dato som for mottatt henvisning.** Dette gjelder også for pasienter under tvunget psykisk helsevern.

- **Unntaket** er kun for enkeltstående timer for kontroll og eller annen vurdering (f.eks. erklæringer, avtalte oppfølgingstimer etter avsluttet pasientforløp, Second opinion-vurderinger eller oppfølging i et langvarig behandlingsforløp). Slike enkeltstående timer kan unntas pasientforløp. Gjelder også for kjønnsinkongruens, se forrige side.

- Pasientforløpet starter etter en ØH-vurdering, dersom det vurderes behov for videre utredning og behandling i psykisk helsevern/TSB, og pasienten ikke allerede er i et pasientforløp. Pasientforløpet startes da i den akutte tjenesten. Beslutning om at pasienten skal inn i pasientforløp **skal som hovedregel gjøres senest innen 2 uker etter en ØH-vurdering.**

- Påvises det psykisk lidelse under utredning eller behandling av annen sykdom i sykehuset eller private institusjoner, settes **dato for pasientforløp start er dato for mottaksdato for viderehenvisning.** Dette gjelder også ved viderehenvisning fra et annet pasientforløp.

- En pasient i pasientforløp blir overført fra ett helseforetak eller privat institusjon (hf1) til et annet helseforetak eller institusjon (hf2). **Dato for start pasientforløp registreres ved hf2 på mottaksdato for viderehenvisningen.** Start pasientforløp registreres på tilsvarende måte ved alle eventuelle påfølgende helseforetak eller private institusjoner.

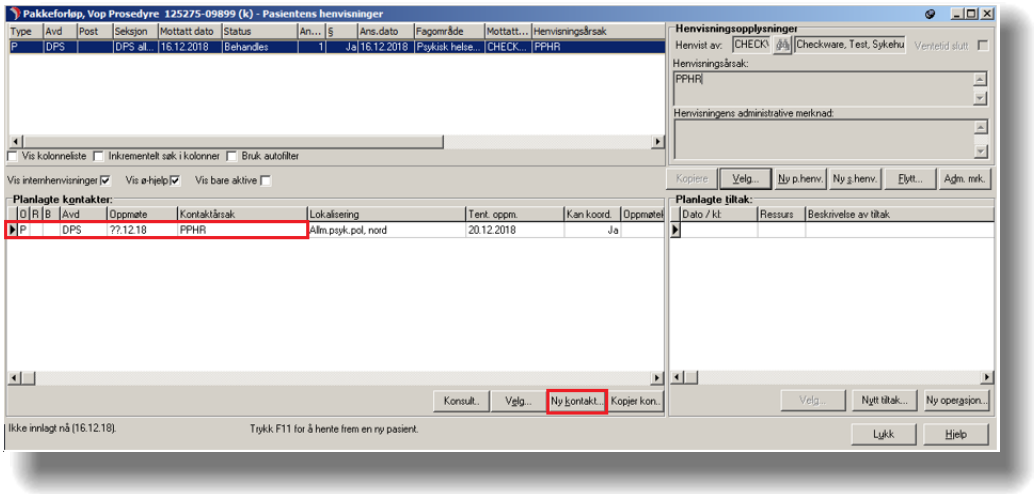
- Pasienter i TSB vil som hovedregel være i ett pasientforløp. Unntaksvis kan pasienten være i flere pasientforløp. Disse pasientforløpene skal da kodes hver for seg på tilhørende henvisning. Ved samtidig alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblematikk, skal pasienten inn i pasientforløp psykisk helsevern.

- Pasienter i psykisk helsevern vil som hovedregel være i ett pasientforløp. Ved behov for annen kompetanse må behandlingsansvarlig sørge for å innhente dette. Pasienter kan evt. henvises til avgrenset behandling hos annen behandler i psykisk helsevern, f.eks OCD-behandling. Da startes et eget pasientforløp, D07. Etter endt utredning kan det være aktuelt med henvisning til annet pasientforløp for behandling og oppfølging.

Opprette teknisk episode; poliklinisk konsultasjon, indirekte pasientkontakt

Start pasientforløp må kodes på en kontakt. Derfor opprettes en poliklinisk konsultasjon som registreres som *Indirekte pasientkontakt og Teknisk episode*. Dette gjelder pasienter som ikke har poliklinisk besøk/innleggelse på aktuell dato for koding.

Dette gjelder både for pasienter som er vurdert omsorgsnivå: poliklinisk behandling eller døgnopphold.



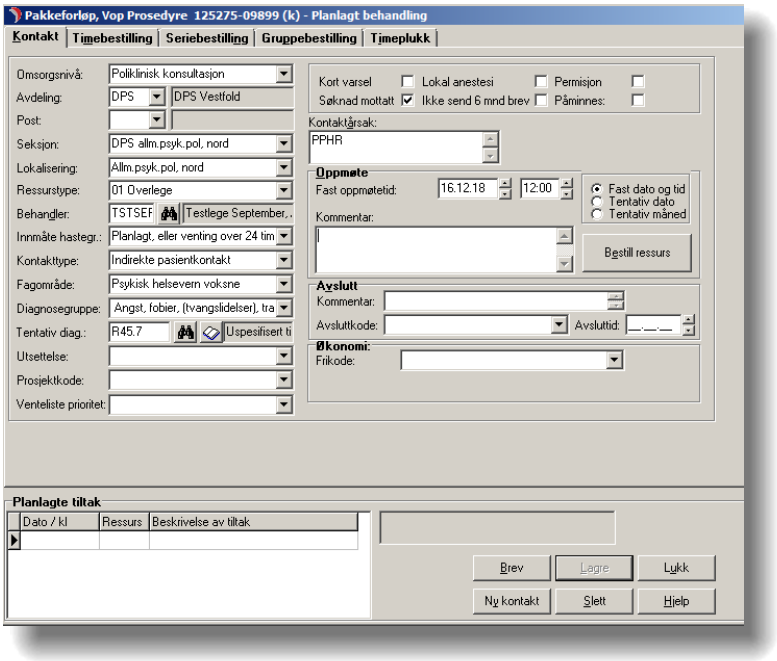
Når pasientforløpet startes spesifiser dette med:

- **Kontaktårsak** *PPHR pasientforløp start*

Da vil det i oversiktsbildet tilslutt vise at timen registrert gjelder starten på pasientforløpet

Klikk på *Ny kontakt***.** Bildet **Planlagt behandling åpnes**

Fyll bildet **Planlagt behandling** ut som vist under:

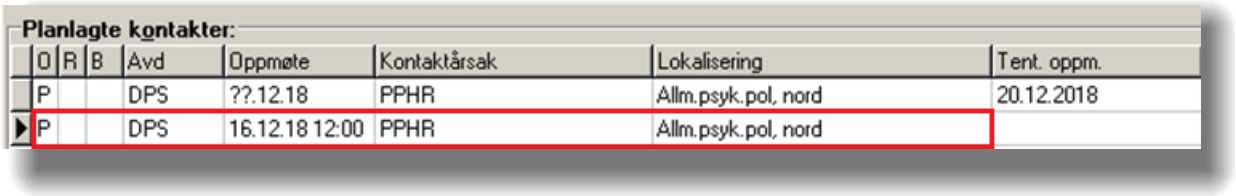


- **Omsorgsnivå:** poliklinisk konsultasjon
- **Fast oppmøtetid:** mottattdato for henvisning
- **Konsultasjonstype:** *Indirekte pas. kontakt.*
- **Behandler** Ansvarlig for vurdering

Merk! Selv om pasienten er søkt til døgnbehandling må den indirekte pasientkontakten alltid registreres som poliklinisk konsultasjon og lokalisering. Avdelingen knytter denne til avdelingens lokalisering for sengepost, f.eks DSO Innleggelse. Men feltet Post skal da ikke fylles ut, ei heller i oppgjørsbildet (som kommer senere). Likeledes må ressurs på kontakten registreres.

Lagre (Alt+l) og **Lukk (Alt+l)**

Ny planlagt kontakt er opprettet

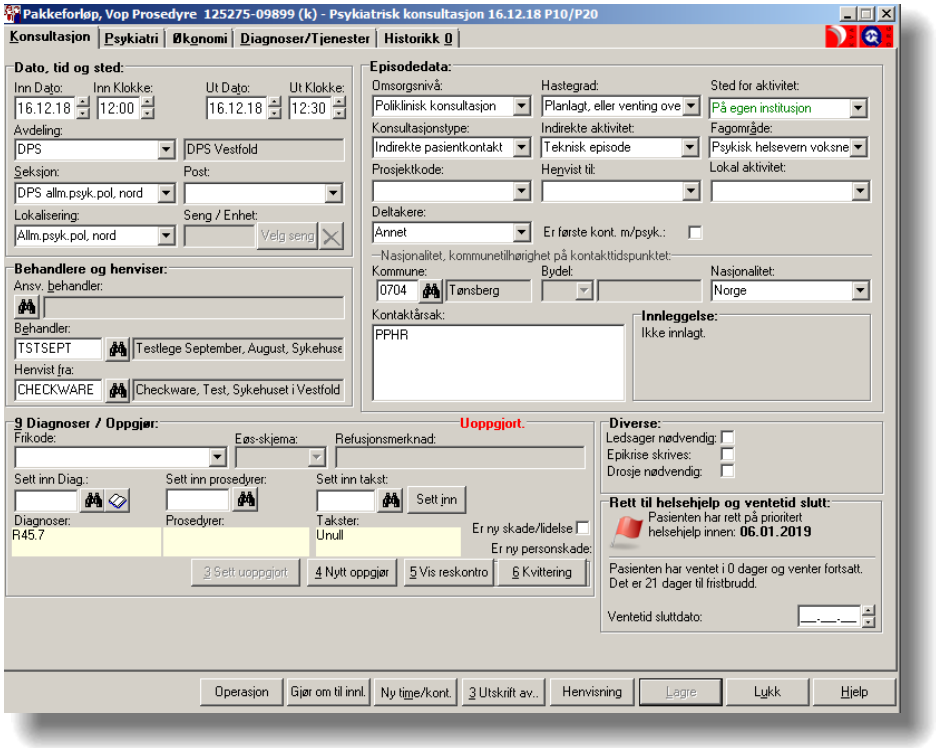


Planlagte kontakter:

O	R	B	Avd	Oppmøte	Kontaktårsak	Lokalisering	Tent. oppm.
P			DPS	??.12.18	PPHR	Allm.psyk.pol, nord	20.12.2018
P			DPS	16.12.18 12:00	PPHR	Allm.psyk.pol, nord	

Hent/åpne planlagt kontakt fra **Oppmøteliste (Shift+Ctrl+ø)**
Bilde Konsultasjonsserie åpnes, **Lukk** bilde **(Alt+u)**, *det skal ikke opprettes konsultasjonsserie.*
Bilde **Psykiatrisk konsultasjon** åpnes.

Fyll ut bildet Psykiatrisk konsultasjon som vist:



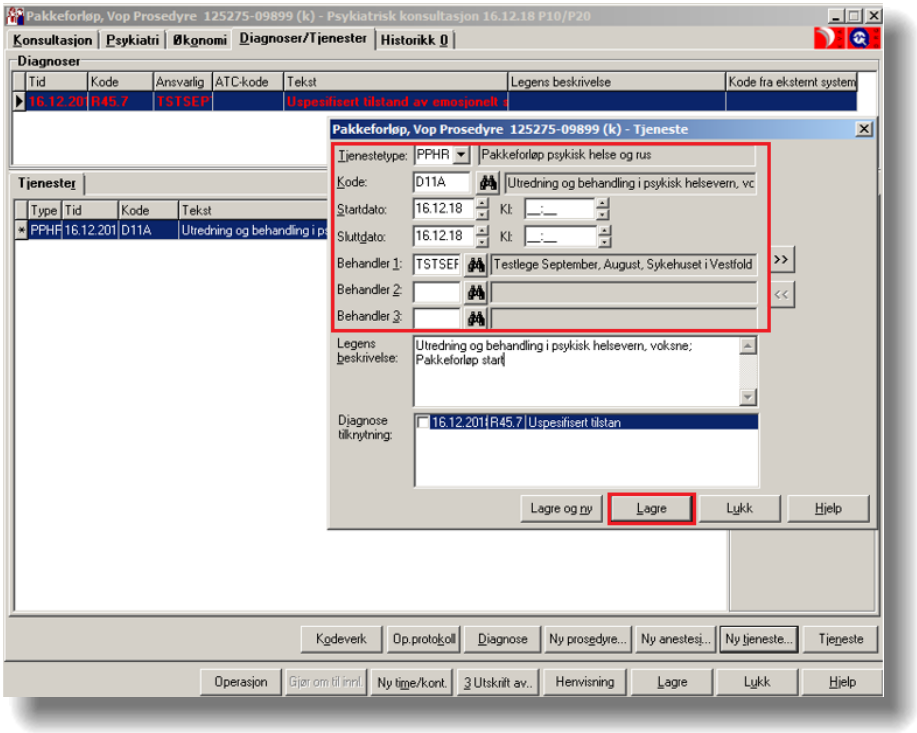
- **Konsultasjonstype:**
  Indirekte pasientkontakt
- **Indirekte aktivitet:**
  Teknisk episode

Husk, for polikliniske pasienter å gjøre opp denne konsultasjonen:

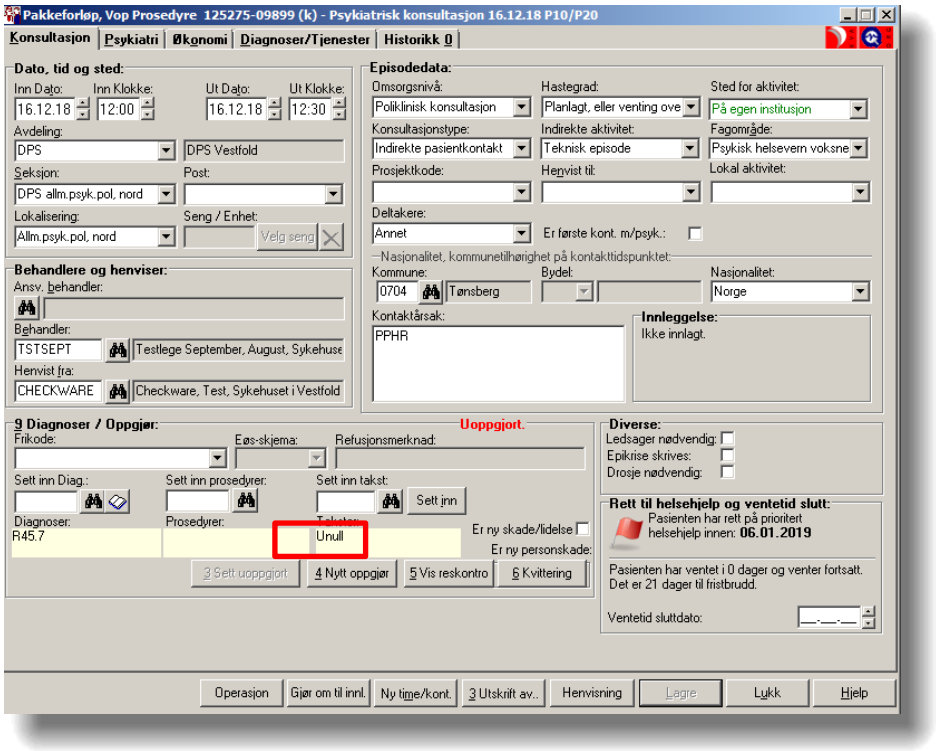
- **Diagnose:** Tentativ diagnose (se henvisningen)
- Om pasienten er kjent, kan aktuell F-diagnose brukes på den tekniske kontakten.
- Takstkode: Unull

Ventetid sluttdato skal **ikke** settes på den Indirekte pasientkontakten

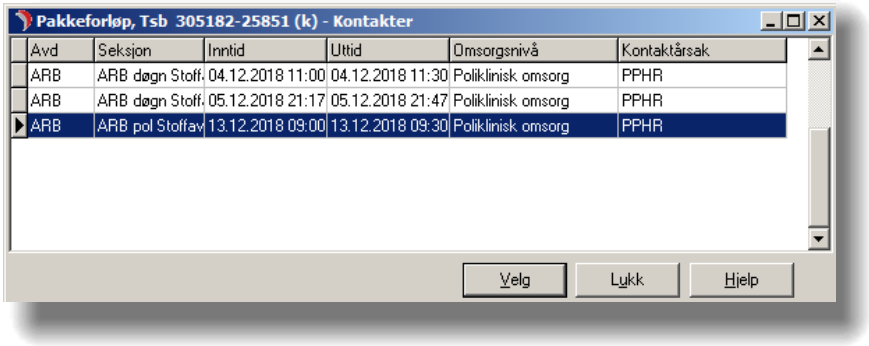
Velg fane **Diagnoser/Tjenester**
Klikk på **Ny tjeneste (Alt+t).**



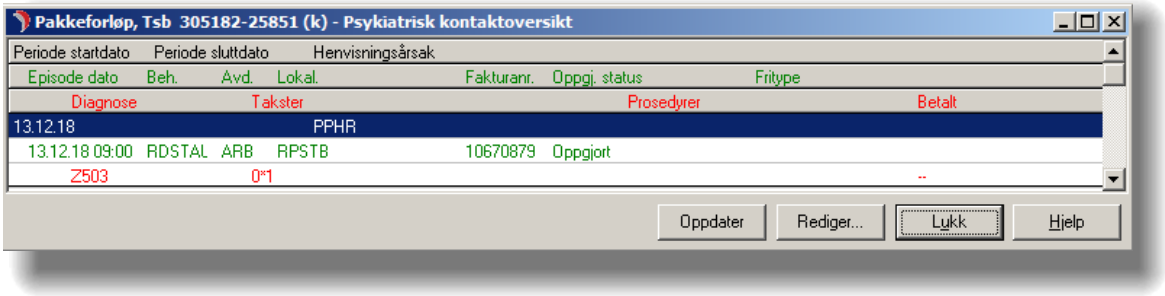
- **Tjenestetype:** PPHR
- **Kode:** Pasientforløp psykiatri/Rus
  start pasientforløp=DxxA
- **Startdato**:
  Dato for start pasientforløp= henvisningens mottattdato.
  Husk klokkeslett!
- **Sluttdato:** Lik startdato.
  Husk klokkeslett!
- **Behandler 1:**
  Vurderingsansvarlig



Gå tilbake til arkfanen **Konsultasjon** og utfør **Nytt oppgjør.**
Indirekte pasientkontakt|Teknisk episode er nå registrert.



Vises også i **Psykiatrisk kontaktoversikt**



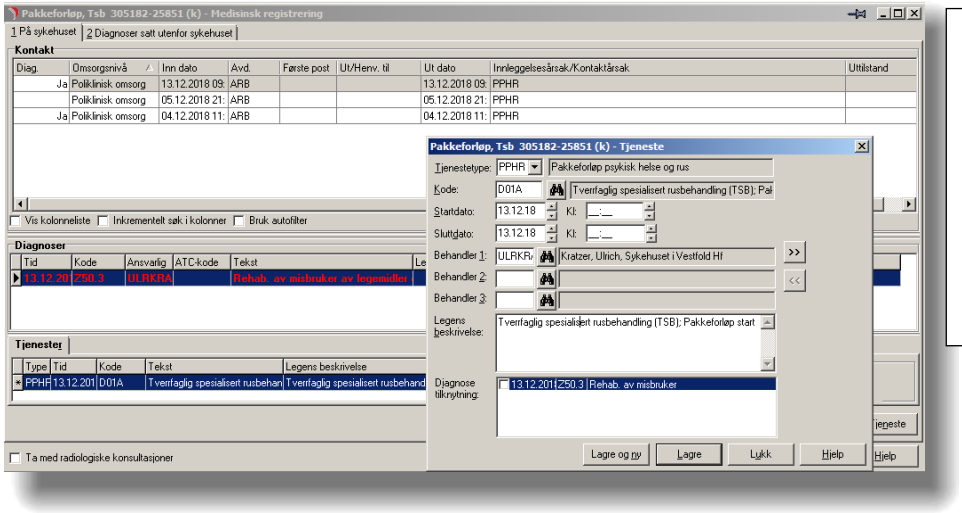
Merk! Hvis pasienten tas inn til en vurderingssamtale innen 10 dager (vurderingsfristen), og det deretter vurderes at pasienten ikke har rett til helsehjelp avsluttes pasientforløpet med **DxxXR Rett til helsehjelp ikke innvilget**.
For mer detaljer om indirekte kontakt, teknisk episode se foretaksrutine I.2.1.4-2 Registrering av indirekte pasientkontakt

Registrer kode for Første – første samtale/fremmøte (DxxM)

Første fremmøte i pasientforløpet kodes på dato for første konsultasjon eller for første innleggelsesdag, hvis pasientforløpet starter med en innleggelse.

NB!! Spesielt for [07] pasientforløp for tvangslidelser (OCD):
Pre-screening kodes ikke som første fremmøte! Første fremmøte kodes ved start utredning!

Ved elektiv innleggelse gjøres kodingen knyttet til kontakten for innleggelse i **Medisinsk registrering (Ctrl+m)**



- **Tjenestetype**: PPHR |
- **Kode:**. skriv inn kode direkte i felt
- **Startdato** = konsultasjonsdato. *Husk klokkeslett!*
- Sett inn **Behandler**

Ved poliklinikk kodes det i bildet Psykiatrisk konsultasjon/ fane **Diagnoser/Tjenester**

Klikk på **Ny tjeneste (Alt+t)**
Tjenestetype: PPHR |
Kode:. skriv inn kode direkte i felt
Startdato = konsultasjonsdato
Sett inn **Behandler**

Hvis pasientforløpet avsluttes etter første samtale, kodes aktuelt hjelpebehov i form av én eller flere DxxHy, samt avslutningskoden DxxXA – Avslutning av andre årsaker

Redigering/Sletting av tjenestekode

Åpne Medisinsk Registrering (Ctrl+M) marker aktuell kontakt og tjeneste | Velg Tjeneste | Velg Rediger eller Slett

Velg **Rediger** og bildet Tjeneste åpnes og kan redigeres
Velg **Slett** og en dialogboks åpnes og det må bekreftes at det ønskes å slette kode.

Videre registreringer i pasientforløpet

Videre registrering av koder gjennom pasientforløpet følger samme fremgangsmåte som vist over i skjermbildene.

- Indirekte kontakt/teknisk episode uten pasientpasientoppmøte, kodes samme dato som aktiviteten utføres/det besluttes.
- Direkte kontakt – når pasienten møter i poliklinikk eller er inneliggende.

Registrer kode for bruk av standardiserte verktøy for måling av symptom og/eller funksjon (DxxUV)

Denne koden gjelder pasienter i alle pasientforløp bortsett fra [D01] Rusbehandling (TSB).

Koden registreres på dato for når standardiserte verktøy for måling av symptom og/eller funksjon benyttes. Slike verktøy bør benyttes tidlig i utredningen og ved avslutning av pasientforløp. Koden registres på dato for når verktøyet benyttes. Ved bruk av standardisert verktøy i forbindelse med evalueringspunkt skal dette ikke kodes.

Registrer kode for pasientutsatt pasientforløp (DxxL)

Pasientutsatt pasientforløp kodes dersom pasienter (evt. foreldre) velger å utsette planlagte avaler eller ikke møter, slik at forløpstider for utredning og/eller evalueringspunkter i behandlingen ikke kan innfris. Utsettelsen bør være på mer enn 7 virkedager av planlagt aktivitet. **Koden registreres før klinisk beslutning eller før evalueringspunkt.**

Pasientutsatt pasientforløp fortsetter selv om forløpstidene overskrides. Forløpstidene vil fremdeles måles, men det vil være mulig å skille mellom forløpstider som skyldes overskridelse eller utsettes fra pasientens side, og overskridelse som skyldes forhold i helsetjenesten.

Registrer kode for behandlingsformer spesifikt for OCD (etter gjeldende NCMP-prosedyrekodeverk og/eller D07UM)

Kun i pasientforløp[D07] utredning og behandling av tvangslidelse (OCD)

Eksponeringsterapi for tvangslidelse (OCD)", skal ikke lenger registreres som pasientforløpskode, men som medisinsk prosedyrekode etter gjeldende kodeverk i NCMP, IBBH10

Hvis "Medikamentell behandling for tvangslidelse (OCD)", som beskrevet i pasientforløpet, er benyttet i behandlingen, skal dette registreres mot slutten av forløpet med koden D07UM. Koden registreres kun én gang.

I de tilfeller hvor begge behandlingsmetodene benyttes registreres koder for begge metodene.

Registrer kode for familiebasert behandling spesifikt for spiseforstyrrelser (etter gjeldende NCMP-prosedyrekodeverk)

Kun i pasientforløp [D08] spiseforstyrrelser hos barn og unge

Hvis familiebasert behandling spesifikt for spiseforstyrrelser, som beskrevet i pasientforløpet, er benyttet i behandlingen, skal dette registreres mot slutten av forløpet. Dette registreres kun én gang. Skal registreres som ordinær prosedyrekode IBBH15, i hht. NCMP.

Registrer kode for klinisk beslutning (DxxCy)

DxxCy – klinisk beslutning kan kodes maksimalt to ganger pr. pasientforløp. Én gang etter basis utredning eller første samtale/oppmøte og eventuelt én gang etter utvidet utredning. Hvis pasienten får innvilget rett til behandling, registreres direkte klinisk beslutning C (hendelsen) og deretter bokstav for utfall (tjenestebehov). P for behandling i psykisk helsevern, T for behandling i TSB osv.

Om utredning blir ferdig etter basis utredning, kodes behov for behandling. Ved behov for mer utredning kodes DxxCU. Er pasienten kommet så langt som til behandling i pasientforløpet, kan det ikke kodes «bakover» til f.eks DxxCU, da må evt. ytterligere undersøkelser/utredninger gjøres samtidig med at pasienten er i behandling.

Kode for klinisk beslutning registreres i disse tilfellene:

1. Behov for utvidet utreding: klinisk beslutning om behov for utvidet utredning skal registreres.

2. Utredning er ferdig etter basis utredning. Da skal kode for hvor pasienten trenger helsehjelp kodes

3. Utvidet utredning er ferdig. Da skal kode for hvor pasienten trenger helsehjelp kodes.

Etter basis utredning, ved behov for utvidet utredning – kodes DxxCU, og utredningen fortsetter uten opphold. Ved klinisk beslutning om behov for utvidet uredning kan antallet dager, som evt. ikke er benyttet i basis utredning legges til, se aktuelt pasientforløp og forløpstider her for max antall dager

Det skal registres minst én kode for klinisk beslutning om pasientens videre behov når utredningen er ferdig. I de tilfeller der pasienten trenger hjelp fra flere aktører samtidig, skal det registreres flere koder. Det er pasientens eget ønske om hjelp som skal ligge til grunn for hvilke koder som registreres. Koden for klinisk beslutning kan kodes maksimalt to ganger per pasientforløp, én gang etter basis utredning og én gang etter utvidet utredning. Hvis pasienten får innvilget rett til behandling, registreres koden for klinisk beslutning, uten at hverken basis- og utvidet utredning er gjennomført.

Følgende kan kodes:

- DxxCU Behov for utvidet utredning
- DxxCP Behov for behandling innen psykisk helsevern
- DxxCT Behov for behandling innen TSB
- DxxCS Behov for behandling fra annen spesialisthelsetjeneste (ikke psykisk helsevern eller TSB)
- DxxCK Behov for behandling og/eller oppfølging fra fastlege, kommunal helse- og omsorgstjeneste
- DxxCA Behov for oppfølging fra andre instanser som NAV, PPT, arbeidsgiver, skole, barnevern m.m
- DxxCI Ikke behov for videre behandling og/eller oppfølging

Hvis pasientforløpet ikke skal fortsette, på bakgrunn av at pasienten ikke har behov for videre behandling i psykisk helsevern, skal kode for klinisk beslutning DxxCI samt avslutning av gjennomført pasientforløp (DxxXG), hjelpebehov for avslutning av pasientforløp i spesialisthelsetjenesten (DxxHy) registreres. Klinisk beslutning må kodes i tidslinjen før gjennomført pasientforløp kodes.

Registrer kode for at pasient og/eller foreldre/pårørende er informert om ulike behandlingsformer (DxxUB)

Koden registreres når /pårørende har mottatt informasjon om ulike behandlingsformer enheten kan tilby for pasientens tilstand. Informasjonen bør gis før pasienten og/eller foreldre /pårørende involveres i utarbeidelse av behandlingsplanen. Koden registreres èn gang pr. forløp. Informasjon til foreldre gjelder for barn under 16 år.

Registrer kode for involvering i utarbeidelse av behandlingsplan (DxxUU)

På dato for når pasient/foresatte og behandler og evt. pårørende utarbeidet en behandlingsplan skal koden for dette registreres. Foresatte er knyttet til pasienter under 16 år. Koden skal registreres kun én gang per pasientforløp og som hovedregel etter koden DxxUB

Registrer kode for avrusning døgn avsluttet (D01D)

Kode kun tilgjengelig for pasienter i [D01] Rusbehandling (TSB)

Mange pasienter vil ha behov for avrusning i starten eller underveis i forløpet. **Det er avrusning *i oppstart av et forløp* som skal kodes, ikke eventuell avrusning som skjer senere i forløpet.** Ved avslutning av avrusning i døgnopphold eller avrusning i poliklinikk, settes koden Avrusning avsluttet. Dette gjelder også hvis avrusningen begynte som akutt avrusning, og pasienten ble kodet inn i pasientforløpet mens pasienten var i avrusning. Dersom pasienten mottar avrusning og døgnbehandling på samme sted, skal det likevel kodes for avslutning av avrusning. Det skal også kodes for avslutning av pasientforløp hvis pasienten ikke er i behov for videre døgn- eller poliklinisk behandling, se koder for avslutning av pasientforløp.

Dersom pasienten er vurdert for avgifting før poliklinisk behandling, da skal døgn kun kode pasienten ut med D01D. Kode D01M skal registreres i poliklinikk på 1 oppmøte der.

Dersom pasienten følges opp i poliklinikk, og har avgiftingsopphold, skal ingen pasientforløpskoder kodes på døgn; heller ikke D01D.

Registrer kode for tilbakemelding til henviser og fastlege underveis i pasientforløpet (DxxF)

Koden registreres når det sendes tilbakemelding til henviser og fastlege underveis i forløpet. I de tilfeller hvor fastlege ikke er henviser, skal tilbakemeldingen sendes til både fastlege og henviser underveis i forløpet. **Tilbakemeldingen skal sendes når en behandlingsplan er utarbeidet, og hvis et senere evalueringspunkt fører til store endringer i behandlingsplanen.** Dato for registrering av koden skal være den dato tilbakemeldingen er sendt. Hvis det sendes flere tilbakemeldinger til fastlegen med annet innhold enn det som er spesifisert her, skal det ikke kodes.

Registrer kode samarbeidsmøte med andre instanser (etter gjeldende NCMP-prosedyrekodeverk)

Ved behov for samarbeidsmøte bør dette avholdes kort tid etter oppstart av behandling eller avslutning av basis eller utvidet utredning.

Samarbeidsmøte skal ikke registreres som en pasientforløpskode, men som en medisinsk prosedyrekode etter gjeldende kodeverk i NCMP. Aktuelle prosedyrekoder er WPBA11 og WPBA16, i form av samarbeidsaktiviet, u- eller m/pasient tilstede.

Registrer kode for evalueringspunkter (DxxE)

Hver gang en evaluering er fullført, slik den er beskrevet i pasientforløpet, skal kode for evalueringspunkt registreres. Dato for evalueringspunktet skal være den dato evalueringen er fullført. Frekvens for evalueringspunkt er angitt i forløpsbeskrivelsen, og er ulik i døgnbehandling og poliklinisk behandling. ***Det skal alltid gjøres en evaluering når pasientforløpet avsluttes i spesialisthelsetjenesten.***

Registrer kode for feedbackverktøy (DxxUF)

Med feedbackverktøy menes gjennomgang av et skjema der pasienten på en systematisk møte kan gi tilbakemelding til behandleren om hvordan pasienten opplever behandlingen (f.eks KOR). Hvis det regelmessig er benyttet feedbackverktøy under behandlingen skal dette registreres mot slutten av pasientforløpet. ***Koden registreres kun én gang uavhengig av antall konsultasjoner hvor feedbackverktøyet er brukt.***

Registrer kode avslutning av pasientforløpet ved utskrivning fra spesialisthelsetjenesten (DxxXy)

Pasientforløpet kan avsluttes på flere måter.

1. Avslutning av gjennomført pasientforløp (DxxXG): Registrering av kode for avslutning av pasientforløp og kode for avslutning av gjennomført pasientforløp skal skje på samme dato som når forløpet avsluttes. *Kode for avslutning gjennomført pasientforløp registreres når det er tatt en klinisk beslutning om at pasienten ikke trenger behandling i psykisk helsevern og når behandlingen i psykisk helsevern er gjennomført etter planen.* Koden brukes også hvis pasienten overføres til et annet pasientforløp.

2. Avbrudd etter pasientens/foresattes eget ønske (DxxXP)*:* Når behandler ikke anser pasientforløpet som fullført, men det brytes av etter pasientens eget ønske, skal dato for avslutning av pasientforløp og kode for avbrudd etter pasientens/foresattes[1] eget ønske registreres på den dato behandlingsstedet får informasjon om avbruddet.

3. Avbrudd fordi pasienten ikke har møtt (DxxXM): Når behandler ikke anser pasientforløpet som fullført, men det brytes av etter at pasienten ikke har møtt til flere avtalte timer skal koden benyttes. Koden skal ikke benyttes før anbefalinger som står beskrevet i pasientforløpene er gjennomført, jf. pasientforløpene.

4. Avbrudd av andre årsaker (DxxXA): Dato for avslutning av pasientforløp og kode for avbrudd av andre årsaker registreres på den dato behandlingsstedet får informasjon om avbruddet. Dette kan f.eks være dødsfall.

5. Rett til helsehjelp ikke innvilget (DxxXR): Dato for avslutning av pasientforløp og kode for rett til helsehjelp ikke innvilget registreres på den dato vurderingen blir gjort. Ved mulig avslag kan det vurderes å innkalle pasienten til en vurderingssamtale innen 10 dager. Der hvor det konkluderes at pasienten ikke har rett til helsehjelp avsluttes pasientforløpet med denne koden på den datoen beslutningen tas.

6. Skal ikke i pasientforløp (DxxXL): Denne koden skal ikke benyttes.

7. Overføres til annet pasientforløp i psykisk helse eller rus (DxxXN): Dato for når beslutning om overføring til annen pasientforløp tas. Dette pasientforløpet avsluttes, og nytt pasientforløp starter. Denne koden skal som hovedregel ikke benyttes ved overføring til pasientforløp for tvangslidelse (OCD).

8. Pasienten overføres til annet helseforetak eller privat institusjon for å videreføre pasientforløpet der (DxxXO): Dato for avslutning av pasientforløpet og kode for overføring til annet helseforetak/privat institusjon for videreføring av pågående pasientforløp registreres på den dato overføringen skjer.

9. Pasienten overføres til avtalespesialist for ferdigbehandling og avslutning av nasjonalt pasientforløp. Dato for avslutning av pasientforløpet og kode for overført til avtalespesialist for ferdigbehandling registreres på den datoen overføringen skjer. Denne koden avslutter målingene i de nasjonale

   Når pasientforløp avsluttes skal det **kun** registreres 1 avsluttkode, men det kan registreres flere koder for hjelpebehov.

Følgende kan kodes:

- DxxXG Avslutning av gjennomført pasientforløp
- DxxXP Avbrudd etter pasientens/foresattes ønske
- DxxXM Avbrudd fordi pasienten ikke har møtt
- DxxXA Avbrudd av andre årsaker
- DxxXR Rett til helsehjelp ikke innvilget
- DxxXL Skal ikke i pasientforløp
- DxxXN Overføring til annet pasientforløp innen psykisk helse og rus
- DxxXO Overføring til annet helseforetak / privat institusjon for videreføring av pågående pasientforløp
- DxxXS Overført til avtalespesialist for ferdigbehandling og avslutning av pasientforløp

[1] Foresatte er her kun i tekst for pasientforløp [D12] psykiske lidelser barn og unge, ellers lik tekst som [D01] og [D11]

Ved koding av DxxXG og/eller DxxXN, SKAL ett eller flere hjelpebehov også angis. Gjelder også ved koding av DxxXA, der

For anvendelse av kode for gjennomført pasientforløp eller overføring til annet pasientforløp innen psykisk helse og rus skal også kode for hjelpebehov ved avslutning av pasientforløp i spesialisthelsetjenesten besluttes og kodes.

Kodene som slutter på P og M skal brukes når pasientforløpet avbrytes uten at det er planlagt, og behandler ikke anser pasientforløpet som fullført.

det er relevant, f.eks pasient avslutter etter første samtale

Ved avslutning av pasientforløp, husk å avslutte de(n) eventuelle tekniske kontakte(r)!

Registrer kode for hjelpebehov ved avslutning av pasientforløp i spesialisthelsetjenesten (DxxHy)

Koden skal brukes samtidig med kode for avslutning av gjennomført pasientforløp(XG), der behandlingen i psykisk helsevern/TSB er gjennomført etter planen, *eller samtidig* med koden overført til annet pasientforløp innen psykisk helse eller rus (XN). Den skal også benyttes samtidig med XA – Avslutning av andre årsaker, der det er relevant, som når pasienten avslutter forløpet etter første samtale. I de fleste tilfeller der pasienten trenger hjelp fra flere tjenester samtidig, skal det registreres flere koder.
Følgende kan kodes:

- DxxHP Behov for behandling innen psykisk helsevern
- DxxHT Behov for behandling innen TSB
- DxxHS Behov for behandling fra annen spesialisthelsetjeneste (ikke psykisk helsevern eller TSB)
- DxxHK Behov for behandling og/eller oppfølging fra fastlege, kommunal helse- og omsorgstjeneste
- DxxHA Behov for oppføling fra andre instanser som NAV, PPT, arbeidsgiver, skole, barnevern mm.
- DxxHI Ikke behov for videre behandling og/eller oppfølging

Oversikt pasientforløp og forløpskoder

Nasjonale pasientforløp psykisk helse og rus - oversikt

Identifisert med unik tre-tegnskode, bestående av én bokstav og to tall. Koding på ethvert pasientforløp starter med én av disse.

D01	Rusbehandling (TSB)	[TSB]
D06	Psykoselidelser, inkludert mistanke om psykose, barn, unge og voksne	[Psykose]
D07	Tvangslidelse (OCD)	[OCD]
D08	Spiseforstyrrelser barn og unge	[SPIS]
D09	Gravide og rus	[Rus gravid]
D11	Psykiske lidelser – voksne	[PHV-V]
D12	Psykiske lidelser barn og unge	[PHV-BU]

Kort kode anvendes bla. når henvisningen «merkes» i Admin (F7).

Koder for pasientforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern og TSB

Tre første tegn kommer fra hvilket type pasientforløp pasienten er i, jf. tabell over. Én, evt. to bokstaver etter denne koden identifiserer hendelse og et eventuelt utfall. Noen pasientforløpskoder hentes fra NCMP-kodeverket. NCMP-prosedyrekoder blir brukt til å identifisere ulike aktiviteter med utfall. Prosedyrekoder til dette er skrevet i tabell under her i *kursiv*.

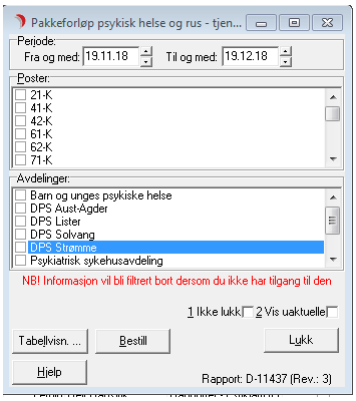
DxxA	Start pasientforløp – henvisning mottatt
DxxM	Første fremmøte i pasientforløpet
DxxUV	Utført aktivitet – Brukt standardisert verktøy for måling av symptom og/eller funksjon[2]
DxxL	Pasientutsatt pasientforløp
IBBH10	*Terapeutassistert eksponeringsterapi*
D07UM	Utført aktivitet – Legemiddelbehandling for tvangslidelser (OCD)
IBBH15	*Familiebasert behandling spesifikt for spiseforstyrrelser*
D01D	Avrusning døgn avsluttes[3]
DxxCU	Klinisk beslutning – Behov for utvidet utredning
DxxCP	Klinisk beslutning – Behov for behandling innen psykisk helsevern
DxxCT	Klinisk beslutning – Behov for behandling innen TSB
DxxCS	Klinisk beslutning – Behov for behandling fra annen spesialisthelsetjeneste (ikke psykisk helsevern eller TSB)
DxxCK	Klinisk beslutning – Behov for behandling og/eller oppfølging fra fastlege, kommunal helse- og omsorgstjeneste
DxxCA	Klinisk beslutning – Behov for oppfølging fra andre instanser som NAV, PPT, arbeidsgiver, skole, barnevern m.m.
DxxCI	Klinisk beslutning – Ikke behov for videre behandling og/eller oppfølging
DxxUB	Pasient/pårørende er informert om de ulike behandlingsformer enheten tilbyr for aktuell lidelse
DxxUU	Pasient/foresatte[4]/pårørende er involvert i utarbeidelse av utredningsplan og/eller behandlingsplan
DxxF	Tilbakemelding til fastlege sendt underveis i pasientforløpet
WPBA11	Oppfølgings- og samarbeidsaktivitet med tjenester utenfor spesialisthelsetjenesten, uten pasient foreldre eller pårørende tilstede. Kan også gjennomføres som telefon og-/eller videomøte.
WPBA16	Oppfølgings- og samarbeidsaktivitet med tjenester utenfor spesialisthelsetjenesten, med pasient, foreldre eller pårørende tilstede. Kan også gjennomføres som telefon og-/eller videomøte.
DxxE	Evalueringspunkt
DxxUF	Utført aktivitet – Brukt feedbackverktøy
DxxXG	Avslutning - Avslutning av gjennomført pasientforløp
DxxXP	Avslutning - Avbrudd etter pasientens/foresattes[5] ønske
DxxXM	Avslutning - Avbrudd fordi pasienten ikke har møtt
DxxXA	Avslutning - Avslutning av andre årsaker
DxxXR	Avslutning - Rett til helsehjelp ikke innvilget
DxxXL	Avslutning - Skal ikke i pasientforløp← Skal foreløpig ikke anvendes
DxxXN	Avslutning - Overført til et annet pasientforløp innen psykisk helse eller rus
DxxXO	Avslutning – Overført til annet helseforetak/privat institusjon for videreføring av pågående pasientforløp
DxxXS	Avslutning – Overført til avtalespesialist for ferdigbehandling og avslutning av pågående pasientforløp
DxxHP	Hjelpebehov ved avslutning – Behov for behandling innen psykisk helsevern
DxxHT	Hjelpebehov ved avslutning – Behov for behandling innen TSB
DxxHS	Hjelpebehov ved avslutning – Behov for behandling fra annen spesialisthelsetjeneste
DxxHK	Hjelpebehov ved avslutning – Behov for behandling og/eller oppf. fra fastlege, kommunal helse- og omsorgstjeneste
DxxHA	Hjelpebehov ved avslutning – Behov for behandling fra andre instanser som NAV,PPT, arb.giv, skole, barnevern mm.

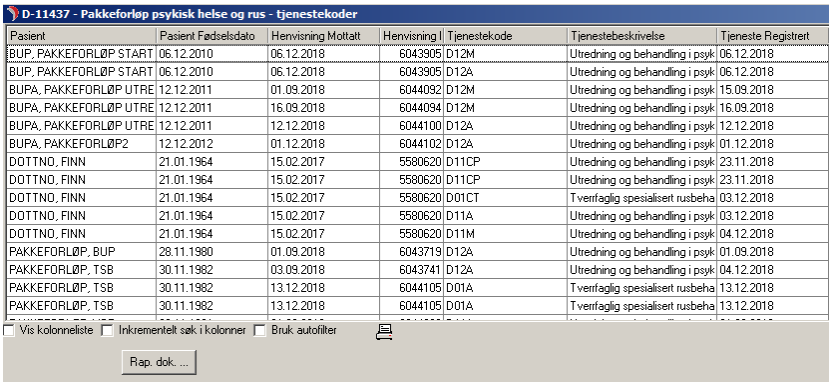
[2] Gyldig kode for alle bortsett fra [D01] Rusbehandling (TSB)
[3] Gyldig kode kun for [D01] Rusbehandling (TSB)
[4] Foresatte er her kun i tekst for pasientforløp [D12] Psykiske lidelser barn og unge, ellers lik tekst som [D01] og [D11]
[5] Foresatte er her kun i tekst for pasientforløp [D12] Psykiske lidelser barn og unge, ellers lik tekst som [D01] og [D11]

DxxHI	Hjelpebehov ved avslutning – Ikke behov for videre behandling og/eller oppfølging.

Aktuelle rapporter *(foreløpig)*

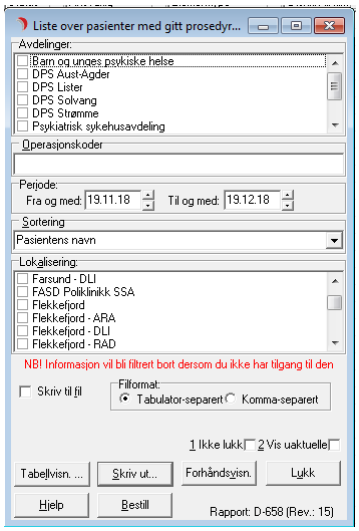
Rapport D-11437 – Pakkeforløp psykisk helse og rus – tjenestekoder
(01.01.20201: er ikke oppdatert der hvor prosedyrekoder har erstattet tidligere pasientforløpskoder)

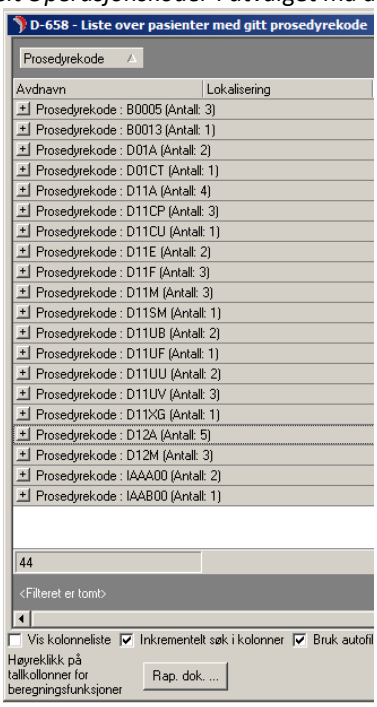




Pasient	Pasient Fødselsdato	Henvisning Mottatt	Henvisning I	Tjenestekode	Tjenestebeskrivelse	Tjeneste Registrert
BUP, PAKKEFORLØP START	06.12.2010	06.12.2018	6043905	D12M	Utredning og behandling i psyk	06.12.2018
BUP, PAKKEFORLØP START	06.12.2010	06.12.2018	6043905	D12A	Utredning og behandling i psyk	06.12.2018
BUPA, PAKKEFORLØP UTRE	12.12.2011	01.09.2018	6044092	D12M	Utredning og behandling i psyk	15.09.2018
BUPA, PAKKEFORLØP UTRE	12.12.2011	16.09.2018	6044094	D12M	Utredning og behandling i psyk	16.09.2018
BUPA, PAKKEFORLØP UTRE	12.12.2011	12.12.2018	6044100	D12A	Utredning og behandling i psyk	12.12.2018
BUPA, PAKKEFORLØP2	12.12.2012	01.12.2018	6044102	D12A	Utredning og behandling i psyk	01.12.2018
DOTTNO, FINN	21.01.1964	15.02.2017	5580620	D11CP	Utredning og behandling i psyk	23.11.2018
DOTTNO, FINN	21.01.1964	15.02.2017	5580620	D11CP	Utredning og behandling i psyk	23.11.2018
DOTTNO, FINN	21.01.1964	15.02.2017	5580620	D01CT	Tverrfaglig spesialisert rusbeha	03.12.2018
DOTTNO, FINN	21.01.1964	15.02.2017	5580620	D11A	Utredning og behandling i psyk	03.12.2018
DOTTNO, FINN	21.01.1964	15.02.2017	5580620	D11M	Utredning og behandling i psyk	04.12.2018
PAKKEFORLØP, BUP	28.11.1980	01.09.2018	6043719	D12A	Utredning og behandling i psyk	01.09.2018
PAKKEFORLØP, TSB	30.11.1982	03.09.2018	6043741	D12A	Utredning og behandling i psyk	04.12.2018
PAKKEFORLØP, TSB	30.11.1982	13.12.2018	6044105	D01A	Tverrfaglig spesialisert rusbeha	13.12.2018
PAKKEFORLØP, TSB	30.11.1982	13.12.2018	6044105	D01A	Tverrfaglig spesialisert rusbeha	13.12.2018

D-658 – Liste over pasienter med gitt prosedyrekode
Kjøres rapporten i sin helhet, velges de kodene som ønskes. Dra kolonnen prosedyrekoder opp i grått felt, og det kan leses av antallet koder som er brukt NB! Felt *Operasjonskoder* i utvalget må alltid stå blankt for psykisk helse og rus.





D-6817 Polikliniske besøk i periode
Lister polikliniske pasienter/episoder inkl. tekniske episoder og tverrfaglige møter som er kodet med PPHR-koder. For å isolere fiktive episoder/pasientforløp filtrer Konsultasjonstype = Indirekte pasientkontakt og NPR-Aktivitet «Teknisk episode», «Møte» «Samarbeid om pas med annet helsepersonell» og hoveddiagnose. Viser registrert(e) PPHR-kode(r) for hver episode/pasient i kolonnen Liste Prosedyrekode

S-1021749 Pakkeforløp psyk tjenestekoder

På aktuell pasient, velg Rapporter | Denne pasienten | S-1021749 Pakkeforløp psyk tjenestekoder, og klikk *Tabellvisning*. Alle pasientforløpskoder på aktuell pasient uavhengig av avdeling i KPH listes. Prosedyrekoder som også benyttes i pasientforløp listes også

Kryssreferanser

I.2.1.4-2	Registrering av indirekte pasientkontakt
II.KPH.2-2	Pakkeforløp psykisk helse og rus, veiledning PPR hjelpeskjema, generisk kodeoversikt, kobling dokumenttyper
II.KPH.2.4.5-12	Beslutningspunkt - pasientforløp - veiledning til dokumentasjon
II.KPH.2.7.1-5	Forløpskoordinator pasientforløp (PHV-BU, PHV-V og TSB)
II.KPH.FEL.2.6-1	Pakkeforløp for utredning og behandling i psykiske helsevern, voksne (HDir)
II.KPH.FEL.2.6-2	Pakkeforløp for utredning og behandling i psykiske helsevern, barn og unge (HDir)
II.KPH.FEL.2.6-3	Pakkeforløp for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (HDir)
II.KPH.FEL.2.6-4	Ivaretagelse av somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusproblemer (HDir)
II.KPH.FEL.2.6-5	Pakkeforløp mistanke om psykoseutvikling og psykoselidelser hos barn, unge og voksne (Hdir)
II.KPH.FEL.2.6-6	Pakkeforløp for utredning og behandling av tvangslidelse (OCD) (Hdir)
II.KPH.FEL.2.6-7	Pakkeforløp ved spiseforstyrrelser hos barn og unge (Hdir)

Eksterne referanser