

Gravide og rusmidler

Pakkeforløp

Først publisert: 02. oktober 2019

Siste faglige endring: 30. september 2022



Innhold

1. Henvisning og start	3
2. Kartlegging og utredning	11
3. Svangerskapsoppfølging	16
4. Behandling og oppfølging	20
5. Fødsel og nyfødtpperiode	29
6. Avslutning og videre oppfølging ...	31
7. Registrering av koder	37
8. Generell informasjon	47
9. Om forløpet	52
10. Endringslogg	58

Henvisning og start

Grunnlag for henvisning

Følgende inkluderes i Nasjonalt pasientforløp gravide og rusmidler:

- Gravide med rusmiddelproblemer som oppsøker fastlege, jordmor eller annen kommunal instans.
- Gravide som henvises til Nasjonalt pasientforløp rusbehandling (TSB) eller identifiseres i spesialisthelsetjenesten med rusmiddelrelaterte problemer. Dette gjelder også pasienter som allerede er i et annet forløp.
- Gravide som henvises til [øyeblikkelig hjelp i TSB](#).
- Gravide med aktuell problematikk som er innlagt på tvang i TSB eller psykisk helsevern.

Gravide med rusmiddelproblemer med behov for hjelpetiltak for sine rusmiddelproblemer kan henvises til både Nasjonalt pasientforløp rusbehandling (TSB) og Nasjonalt pasientforløp gravide og rusmidler.

Praktisk informasjon

Gravide som henvises skal være kjent med innholdet i henvisningen, og delaktig i formuleringen der det er mulig.

Følgende gravide med rusmiddelrelaterte problemer er aktuelle for dette forløpet:

- Gravide som drikker alkohol
- Gravide som bruker vanedannende legemidler (forskrevet og/eller illegalt ervervet)
- Gravide som bruker illegale rusmidler
- Gravide med tidligere bruk av rusmidler (må vurderes individuelt)

Kartlegging og henvisning

Ved kartleggingen må henviser sørge for at den gravide og eventuelt barnefar/partner/pårørende medvirker for å sikre god informasjonsutveksling og dialog.

Praktisk informasjon

Tolk må benyttes der det er nødvendig. Hvis det er hensiktsmessig kan den gravide på dette tidspunktet gi samtykke til samarbeid med navngitte instanser.

Ved samtidige tjenester i kommunen bør henvisning koordineres og kommunens kontaktperson oppgis i henvisningen.

En eventuell mangelfull henvisning bør ikke føre til forsinkelse i oppstart av det nasjonale pasientforløpet.

Henvisningen bør inneholde en kortfattet status som inkluderer:

Aktuelt

- Hva ønsker kvinnen hjelp til? Det er ønskelig at kvinnen selv skriver ned sine ønsker. Ved behov bør hun få tilbud om hjelp til dette.
- Graviditet – med fokus på nåværende graviditet, men også kort om eventuelt tidligere graviditeter
- Rusmiddelbruk og annen avhengighetsproblematikk (inkludert alkohol, tobakk, vanedannende legemidler, illegale rusmidler, bruk av dopingmidler og spilleproblemer)
- Har kvinnen individuell plan (IP), koordinator og/eller ansvarsgruppe?
- Tidligere og nåværende behandlings- og oppfølgingstiltak
- Somatisk helse, levevaner, tannhelse og ernæring. Svar på eventuelle blodprøver og rusmiddelscreening
- Psykisk helse og bruk av legemidler. Aktuell psykisk tilstand. Vurdering av overdoserisiko og fare for for selvskading og selvmord
- Eventuell voldsrisiko/-erfaring
- Samarbeidspartnere og andre hjelpeinstanser som pasienten er i kontakt med

Familie/sosialt

- Familieforhold, spesielt fokus på barnefar/partner, omsorg for barn og familienettverk for øvrig, eventuelt bruk av rusmidler/vanedannende legemidler i familie og nettverk
- Sosiale forhold inkludert boligforhold, arbeid/utdanning, økonomi og nettverk

Andre forhold

- Spesielle hensyn (behov for tolk, oppmøtested, tilrettelegging, behandlers kjønn mm.)
- Spesielle hensyn tilknyttet språklige eller kulturelle forskjeller, eventuell status migrasjonsbakgrunn
- Informasjon om opplysningsplikt til kommunal helse- og omsorgstjeneste, jf. helsepersonelloven § 32 andre ledd. [Se kap. 6 i Helsepersonelloven med kommentarer](#)

Ved behov for særlig tilrettelegging, må dette fremkomme i henvisningen.

Se for øvrig [Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen for anbefalinger knyttet til levevaner, tidlig samtale og rådgivning](#).

Dialog med den gravide og barnefar/partner/pårørende

God informasjonsutveksling og dialog med den gravide og eventuelt barnefar/partner/pårørende er en forutsetning for brukermedvirkning. Dersom barnefar ikke er den samme som kvinnens partner, er det viktig å få til en god dialog med barnefar.

Praktisk informasjon

Henviser skal informere og drøfte følgende med den gravide og eventuelt pårørende:

- Bakgrunn for henvisningen og hva henvisningen innebærer
- Innholdet i henvisningen (den gravide bør få kopi)
- Hva som vil skje når henvisningen er mottatt
- Ulike oppfølgings- og behandlingalternativer som kan være aktuelle
- Kontakt med kommunale tjenester, likemenn, pasient-, pårørende- og brukerorganisasjoner, (se oversikt på helsenorge.no, selvhjelp.no)
- Pasientrettigheter, inkludert mulighet for tolk
- Informasjon om telefonnummer til forløpskoordinator gravide og rusmidler i kommunen og i spesialisthelsetjenesten

Den gravide bør i tillegg til tjenester fra helsepersonell tilbys kontakt med støtteperson/likeperson dersom det er tilgjengelig på hennes hjemsted.

Se for øvrig informasjon om [brukermedvirkning under «Om forløpet»](#).

Start nasjonalt pasientforløp

Nasjonalt pasientforløp gravide og rusmidler starter enten i kommunen eller spesialisthelsetjenesten når graviditet er påvist/stadfestet hos en kvinne som bruker/har brukt alkohol, vanedannende legemidler og/eller illegale rusmidler.

Praktisk informasjon

Ved påvist graviditet hos en kvinne med rusmiddelproblemer skal det ikke være noen terskel for å starte et nasjonalt pasientforløp, uansett hvor i tjenesteapparatet den gravide møtes og hvor langt svangerskapet har kommet. Dette gjelder også pasienter innlagt på tvang i TSB og psykisk helsevern.

Forløpet skal registreres når spesialisthelsetjenesten mottar henvisningen fra fastlege eller annen henvisende instans.

Gravide med rusmiddelproblemer med behov for hjelpetiltak for sine rusmiddelproblemer kan henvises til både Nasjonalt pasientforløp rusbehandling (TSB) og Nasjonalt pasientforløp gravide og rusmidler.

Generelt om forløpskoordinering

Forløpskoordinatoren skal ha delegert ansvar for og myndighet til å sikre sammenhengende pasientforløp og oppfølging uten unødig ventetid.

Det er et lederansvar å planlegge virksomheten slik at det finnes et tilstrekkelig antall forløpskoordinatorer på systemnivå.

Ytterligere informasjon

Virksomheten bestemmer selv hvor forløpskoordinatorerne skal være forankret, og hvem som skal ha denne rollen. På nettsiden til virksomheten skal det stå telefonnummer til forløpskoordinatorerne for de ulike nasjonale pasientforløpene.

Forløpskoordinatorerne har følgende funksjoner overfor den gravide:

Logistikken i forløpet

Forløpskoordinatoren arbeider primært på systemnivå, og skal alltid sikre et koordinert og sammenhengende forløp for den gravide fra oppstart i kommune eller spesialisthelsetjenesten til avsluttet forløp, uten unødig ventetid.

Midlertidige oppgaver

Forløpskoordinator skal ha kontakt med den gravide og eventuelt barnefar/partner/pårørende til den gravide får egen behandler/koordinator i kommunen (jordmor/fastlege /ruskonsulent/NAV-ansatt/koordinator av ansvarsgruppe).

Det samme gjelder forløpskoordinator i spesialisthelsetjenesten (behandler/pasientansvarlig psykolog eller lege). Når den gravide er tildelt en behandler overtas disse oppgavene av kontaktpersonen/behandleren i kommune/spesialisthelsetjeneste.

Forløpskoordinering i kommunen

Kommunen bestemmer selv hvordan arbeidet med forløpskoordinering skal organiseres og hvilken instans som skal ha hovedansvaret, for eksempel jordmor eller helsestasjon.

Praktisk informasjon

Funksjonen forløpskoordinator innebærer blant annet å være tilgjengelig for den gravide, barnefar/partner/pårørende og involverte instanser i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten.

På nettsidene til kommunen/bydelen bør det klart fremgå en kort informasjon om de ulike nasjonale pasientforløpene, samt kontaktinformasjon til enheten i kommunen med overordnet koordineringsansvar.

Alle kommuner er også lovpålagt å ha en koordinerende enhet som har et overordnet ansvar for individuell plan og koordinator til pasient/bruker med behov for langvarige og koordinerte tjenester (jf. helse- omsorgstjenesteloven § 7-3).

Det er et lederansvar å sørge for at det koordinerende ansvaret i det nasjonale pasientforløpet ivaretas.

Mulige plasseringer for forløpskoordinator for gravide og rusmidler i kommunen kan være:

- Forsterket helsestasjon
- Koordinerende enhet/funksjon for habilitering og rehabilitering. Se [Veileder om rehabilitering, individuell plan og koordinator](#)
- Eventuelt annen kommunal instans (kommunejordmor, fastlege)

Oppgaver i det forløpskoordinerende arbeidet i kommunen:

- Informere, veilede og gi råd til gravide og pårørende som trenger informasjon om Nasjonalt pasientforløp gravide og rusmidler
- Melde inn start nasjonalt pasientforløp gravide og rusmidler til forløpskoordinator gravide og rusmidler i spesialisthelsetjenesten
- Formidle kontakt med forløpskoordinator/fødepoliklinikk/pasientens behandler i spesialisthelsetjenesten ved behov
- Sørge for avtaler/kontakt med aktuelle instanser i kommunen, herunder fastlege, jordmor, helsestasjon og eventuelt barnevern (hvis behov og den gravide samtykker)
- Ved behov, sammen med forløpskoordinator i spesialisthelsetjenesten/behandler i spesialisthelsetjenesten, koordinere og avtale samarbeidsmøter med pasient, aktuelle instanser i spesialisthelsetjenesten og i kommunen
- Forberede og koordinere aktuelle tiltak/tilbud i kommunen i god tid før fødsel
- Forberede og koordinere aktuelle tilbud/tiltak i kommunen etter fødsel og overgang til et eventuelt annet nasjonalt pasientforløp
- Samarbeid med forløpskoordinator i spesialisthelsetjenesten
- Sikre helhetlig oppfølging med utgangspunkt i den gravides mål, ressurser og behov
- Initiere, innkalle og eventuelt lede møter knyttet til koordinering og eventuelt individuell plan

Forløpskoordinering i spesialisthelsetjenesten

Alle virksomheter innen spesialisthelsetjenesten som utreder og behandler gravide med rusmiddelproblemer skal utpeke forløpskoordinator. Det gjelder alle helseforetak og alle private virksomheter som har avtale med et regionalt helseforetak eller godkjenning fra HELFO.

Praktisk informasjon

Alle helseforetak **skal** ha forløpskoordinator for gravide med rusproblemer. Helseforetaket bestemmer selv hvor funksjonen skal plasseres. Funksjonen innebærer bl.a. å være tilgjengelig for kvinnen, barnefar/partner/pårørende og involverte instanser i kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Aktuelle plasseringer for forløpskoordinator:

- Fødepoliklinikk eller nyfødtavdeling (eventuelt spesialteam)
- Vurderingsenheten eller annen enhet i TSB
- Familieambulatorium eller spesialteam (lokalisert i TSB, BUP, DPS eller gynekologisk avdeling)

Oppgaver og ansvar for forløpskoordinator i spesialisthelsetjenesten:

- Koordinere pasientlogistikk i hele forløpet fra henvisning mottas til Nasjonalt pasientforløp gravide og rusmidler avsluttes. Skal i samarbeid med vurderingsenheten koordinere avtaler/innleggelse med aktuelle enheter innen fødepoliklinikk, barneavdeling, TSB og andre deler av spesialisthelsetjenesten.
- Koordinere pasientlogistikk ved avbrudd fra behandling, inkludert brukerstyrt innleggelse
- Ha overordnet ansvar for at forløpstider følges og at målepunkter blir kodet
- Informere, veilede og gi råd til gravide og partner/pårørende om Nasjonalt pasientforløp gravide og rusmidler
- Følge opp gravide som ikke møter til første avtale/innleggelse på kvinneklinikk/i TSB, i samarbeid med forløpskoordinator rusmidler og graviditet i kommunen
- Ved behov for samtidige tjenester, koordinere avtaler med TSB, somatiske avdelinger og/eller psykisk helsevern
- Ved behov, koordinere og avtale samarbeidsmøte mellom den gravide, kommune, gynekologisk poliklinikk, TSB-enheter og andre aktuelle tiltak før kvinnen har første avtale i HF-et/ved institusjonen
- Samarbeide med forløpskoordinator i kommunen.

For informasjon om forholdet mellom koordinator og kontaktlege, se [Veileder om kontaktlege i spesialisthelsetjenesten \(PDF\)](#).

Barnefar/partner

Barnefar/partner bør involveres fra første kontakt med den gravide, dersom kvinnen og barnefar/partner ønsker det. Hvis barnefar/partner har rusmiddelproblemer bør han/hun vurderes henvist til Nasjonalt pasientforløp rusbehandling (TSB). Ofte vil kvinnen og barnefar/partner være på forskjellige stadier tidlig med hensyn til å ta imot hjelp for eventuell rusmiddelbruk i graviditeten.

Praktisk informasjon

Barnefar/partner bør:

- Vurderes snarlig for rett til nødvendig helsehjelp dersom ønske og behov
- Inkluderes i kvinnens behandling dersom begge ønsker det, eventuelt i samarbeid med kvinnens egen behandlingskontakt/sted dersom de er i ulike tiltak
- Få tilbud om foreldreforberedende samtale
- Inkluderes i par-/familiebehandling ved ønske og behov

Registrering av koder

Type forløp:

For kvinner som henvises til Nasjonalt pasientforløp gravide og rusmidler skal koden for forløpet registreres.

Kode for type forløp skal registreres samtidig som koden Nasjonalt pasientforløp start.

Kode	Kodetekst	Type kode	Kodeverk (OID)
D09	Gravide som bruker/har brukt rusmidler – kvinne	Forløp	9321

Ved rapportering i system som ikke har forløpsmodul registreres ikke «Type forløp» som egen kode. Hvilket forløp pasienten er i angis i stedet i de øvrige kodene i forløpet.

Kode for Nasjonalt pasientforløp start skal registreres:

- når henvisning er mottatt i spesialisthelsetjenesten. Dato for Nasjonalt pasientforløp start er mottaksdato for henvisningen. Dette gjelder også pasienter som innlegges på tvang i TSB.
- når en pasient i nasjonalt pasientforløp blir overført fra et helseforetak eller privat institusjon (hf1) til nytt helseforetak eller privat institusjon (hf2). Dato for start nasjonalt pasientforløp skal da registreres ved hf2 på mottaksdato for videre henvisning. Start Nasjonalt pasientforløp skal da registreres på tilsvarende måte ved alle eventuelle påfølgende helseforetak eller private institusjoner.

Kode	Kodetekst	Type kode	Kodeverk (OID)
A	Nasjonalt pasientforløp start	Hendelse	9322

I systemer som ikke har forløpsmodul registreres dette som en prosedyrekode med kode D09A – Gravide som bruker/har brukt rusmidler – Nasjonalt pasientforløp start.

Avrusning

Noen gravide 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 døgn avsluttet. Dette gjelder også hvis avrusningen begynte som akutt avrusning, og den gravide ble kodet inn i det nasjonale pasientforløpet mens kvinnen var i avrusning. Av hensyn til fosteret og den gravide bør basis kartlegging og utredning av pasientens tilstand, inkludert ønsker og behov for videre oppfølging/behandling, starte så raskt som mulig under avrusning. Dersom den gravide mottar avrusning og døgnbehandling på samme sted, skal det likevel kodes for avslutning av avrusning. Det skal også kodes for avslutning av forløpet hvis pasienten ikke er i behov for videre døgn- eller poliklinisk behandling. Se koder for avslutning av nasjonalt pasientforløp.

Kode	Kodetekst	Type kode	Kodeverk (OID)
D	Avrusning avsluttet	Hendelse	9322

Dersom kvinnen ikke allerede er i Nasjonalt pasientforløp gravide og rus, kodes «Nasjonalt pasientforløp start» når avrusningen starter.

I systemer som ikke har forløpskode registreres dette som en prosedyrekode med kode D09D - Gravide som bruker/har brukt rusmidler – Avrusning avsluttet.

Første fremmøte i nasjonalt pasientforløp:

Første fremmøte i nasjonalt pasientforløp kodes på dato for første konsultasjon i poliklinikk eller for første innleggesdato ved døgnavdeling etter vurdert helsehjelp.

Ved planlagt avrusning i oppstart av et forløp, skal koden første fremmøte i nasjonalt pasientforløp registreres etter endt avrusning. Hvis avrusningen begynte som akutt avrusning, og pasienten ble kodet inn i forløpet mens pasienten var i avrusning, kodes første fremmøte på samme måte, det vil si etter endt avrusning. I begge tilfeller registreres koden på tidspunkt for oppstart av videre utredning eller behandling.

Om avrusning og videre døgnbehandling skjer på samme sted, skal det likevel kodes for første fremmøte etter avslutning av avrusning.

Når nasjonalt pasientforløp startes etter en øyeblikkelig hjelp-vurdering, inkludert akutt avrusning, settes koden Første fremmøte i nasjonalt pasientforløp samtidig med koden Nasjonalt pasientforløp start.

Kode	Kodetekst	Type kode	Kodeverk (OID)
M	Første fremmøte i nasjonalt pasientforløp	Hendelse	9322

I systemer som ikke har forløpsmodul registreres dette som en prosedyrekode med kode D09M – Gravide som bruker/har brukt rusmidler - Første fremmøte i nasjonalt pasientforløp.

Kartlegging og utredning

Forløpstid

- Poliklinikk: Inntil 7 kalenderdager (1 uke) fra første fremmøte til klinisk beslutning.
 - Døgnet: 3–7 kalenderdager fra første fremmøte til klinisk beslutning.
 - 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.
-

Første samtale

Hensikten med første samtale er å avklare hva som er den gravides behov, mål og ønsker for behandling og oppfølging. Brukermedvirkning er en forutsetning for å sikre god utredning og ev. behandling. Behandler må sikre at den gravide får god informasjon underveis i utredningen og i den diagnostiske vurderingen.

Praktisk informasjon

Spør den gravide og eventuelt pårørende om hva som er viktig for dem, og gi informasjon om hva som planlegges videre i forløpet. Tilpass informasjonen til kvinnens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. [Informasjon til pasient og eventuelt pårørende om nasjonale pasientforløp psykisk helse og rus er tilgjengelig på helsenorge.no](#). Hvis kommunikasjonsbarrierer/-utfordringer ikke er avklart i henvisningen, må disse og behov for tolk kartlegges. Se også [Kulturformuleringsintervjuet \(rop.no\)](#).

Kartlegg følgende i den første samtalen:

- den gravides mål, ønsker, behov og forventninger til behandling og oppfølging
- bakgrunn for og gjennomgang av henvisningen
- den gravides og eventuelt pårørendes opplevelse av utfordringer/vansker og årsaker til dette
- informasjon og dialog om behandlingstilbud og rammene for samarbeidet
- kartlegging av rusmiddelbruk og annen avhengighetsproblematikk
- er det behov for umiddelbare tiltak, eventuelt behov for kriseplan. Se også [forslag til mal for kriseplan \(ressursside.no, PDF\)](#).
- drøfte tiltak ved manglende oppmøte og fare for behandlingsavbrudd

[Hvis den gravide har mindreårige barn eller mindreårige søsken, må behandler sikre at barnas behov for informasjon og oppfølging blir kartlagt og ivarettatt.](#)

Der det er behov for vurdering av suicidalitet, må behandler sikre at dette gjøres av kvalifisert helsepersonell (se se [Nasjonal faglig retningslinje for forebygging av selvmord i psykisk helsevern og TSB](#)).

Ved fare for selvmord, ved pågående voldsutsatthet eller voldsutøvelse må det iverksettes tiltak med en gang, se [Veileder for helse- og omsorgstjenestens arbeid med vold i nære relasjoner \(nkvts.no\)](#).

Se også Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen for [anbefalinger knyttet til levevaner, tidlig samtale og rådgivning](#).

Basis kartlegging og utredning

Utredningen skal lede til en helhetlig vurdering og beslutning om videre tiltak. Ved behov for umiddelbare tiltak, kan utredning og tiltak/behandling skje parallelt.

Basis kartlegging/utredning finner sted der det er mest hensiktsmessig, for eksempel i kommunen, ved svangerskapspoliklinikk, i TSB eller annet sted. Det avklares i forkant av kartleggingen/utredningen hvor dette bør være, og om barnefar/partner, pårørende eller andre skal delta sammen med den gravide.

Praktisk informasjon

Basis kartlegging og utredning bygger videre på informasjonen i henvisningen, resultater/konklusjoner fra eventuelle tidligere utredninger og innhentet informasjon.

Koordinator/behandler i kommunen og behandler i spesialisthelsetjenesten har sammen ansvar for at basis kartlegging og utredning er gjennomført.

Kartlegging/utredningen skal omfatte:

- Den gravides målsetting for graviditeten og foreldreskapet, forventninger, behov og ønsker for videre behandling/oppfølging
- Medisinskfaglig utredning inkludert jordmor- og legeundersøkelse
- Psykologfaglig utredning
- Sosialfaglig utredning
- Drøfte tiltak ved manglende oppmøte og fare for behandlingsavbrudd

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) omfatter medisinsk, psykologisk og sosialfaglig utredning og behandling. Selv om den gravide ikke skal utredes/behandles i TSB bør man tilstrebe utredning av medisinsk, psykologisk og sosialfaglige forhold.

Følgende områder bør kartlegges:

- Bruk av rusmidler (eller annen avhengighetsproblematikk) – type, varighet, omfang og funksjon
- Den gravides ressurser
- Psykisk helse, kognitiv fungering, vurdering av selvmordsfare og overdoserisiko
- Somatisk helse – inkludert smerteproblematikk, reproduktiv/sekseuell helse, sekseuell orientering, tannhelse og ernæringsstatus

- Bruk av legemidler og eventuelle legemiddelallergier
- Nåværende og tidligere svangerskap. Status og planer for svangerskapsomsorgen, fødsel og barsel.
- Tidligere bruk av og fremtidige planer for bruk av prevensjonsmidler
- Sosial situasjon (bolig, arbeid/utdannelse, fritid/aktivitet, økonomi, ektefelle/samboer/partner og nettverk for øvrig) og fungering
- Generell livssituasjon og levevaner
- Kartlegging av tidligere og nåværende belastende livshendelser som migrasjon, mobbing, vold, overgrep eller andre traumeerfaringer og om hendelsene kan ha sammenheng med pasientens helsetilstand, se [kartleggingsverktøy \(nkvts.no, PDF\)](#). Se også [NKVTS sitt behandlingsforløp for posttraumatisk stresslidelse \(PTSD\) \(nkvts.no\)](#).
- Kartlegging av risikofaktorer for utøvelse av vold. Der det er behov for vurdering av voldsrisiko, må behandler sikre at dette gjøres av kvalifisert helsepersonell, [se faglige råd ved voldsrisiko](#). Der det fremkommer økt risiko for vold bør det gjøres en løpende risikovurdering og iverksettelse av forebyggende tiltak.
- Tidligere gjennomgått behandling og oppfølging
- Rusmiddelscreening (urinprøver eller andre biologiske prøver). Se [Veileder Prosedyrer for rusmiddeltesting \(PDF\)](#)
- Kontakt med andre behandlings- og hjelpeinstanser i kommune- og spesialisthelsetjeneste
- Individuell plan, andre planer (inkludert behandlingsplan og kriseplan) og ansvarsgruppe
- Dersom den gravide har mindreårige barn skal man kartlegge barnas behov for informasjon og oppfølging og følge opp at behovene ivaretas
- Kartlegge barnefar/partner/pårørendes behov for råd og veiledning og avklare forventninger rundt samarbeid og kommunikasjon.
- Forhold knyttet til språklige og kulturelle forskjeller, minoritetstilhørighet, migrasjonserfaring og geografi
- Risiko for manglende oppmøte og fare for behandlingsavbrudd

Gjennomfør en samtale med den gravide, eventuelt barnefar/partner og andre pårørende om videre planer, oppfølgings- og behandlingsmuligheter og behandlingstilbud. Drøft planene for tiden etter fødsel. Diskuter den gravides forventninger til svangerskapet og foreldreskapet.

For ytterligere informasjon om kartlegging/utredning vises til retningslinje for [svangerskapsomsorgen, gravide i LAR, avrusnings, behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet](#) og [ROP-retningslinjen](#).

Se anbefaling om [differensialdiagnostisering i rusbehandling i Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet](#).

Beslutning om videre oppfølging etter basis kartlegging og utredning

Når basis kartlegging/utredning er ferdig, tas en klinisk beslutning om behov for videre utredning og/eller behandling, hvis videre behandlingsforløp/oppfølging ikke allerede er avtalt.

Behov for når og om videre individuell kartlegging/utredning skal foretas, vurderes sammen med den enkelte pasient. Se for øvrig [Nasjonalt pasientforløp rusbehandling \(TSB\)](#).

Praktisk informasjon

Hvis ikke annet er avtalt på et tidligere tidspunkt, bør beslutningen tas i samarbeidsmøte sammen med den gravide, jordmor/fastlege, fødepoliklinikk, eventuelt TSB og andre aktuelle aktører. Henvissende instans og andre aktuelle samarbeidspartnere (fastlege, NAV/sosial etc.) som ikke er på møtet får informasjon om beslutningen etter samtykke fra pasienten.

Vurderingen og beslutningen skal dokumenteres i pasientens journal på en måte som gir et godt grunnlag for videre oppfølging.

Videre bør det i samarbeidsmøtet tas stilling til om det er behov for:

- Tiltak for mindreårige barn
- Andre tiltak for partner/pårørende/familie
- Koordinerte tjenester, inkl. rett til individuell plan og ansvarsgruppe
- Kriseplan
- Tiltak knyttet til psykisk helse
- Tiltak knyttet til somatisk helse og levevaner
- Tiltak knyttet til skole/utdanning/arbeid

Hvis videre utredning skal foretas eller ytterligere tiltak følges opp, bestemmes det hvilken navngitt fagperson som har ansvar for oppfølging av hvert enkelt tiltak.

Registrering av koder

Klinisk beslutning:

Klinisk beslutning kan kodes etter basis utredning eller første samtale. Hvis pasienten har en avklart tilstand, og får innvilget rett til behandling, registreres kun koden Klinisk beslutning, uten at basis utredning er gjennomført.

Koden for klinisk beslutning registreres i disse tilfellene:

- Utredningen er ferdig etter basis utredning: Kode for tjenestebehov skal registreres.
- Pasienten får innvilget rett til behandling: Kode for tjenestebehov skal registreres.

Det skal registreres minst en kode for tjenestebehov når utredningen er ferdig. I de tilfeller der pasienten trenger hjelp fra flere tjenester samtidig, skal det registreres flere koder. Det er pasientens eget ønske om hjelp som skal ligge til grunn for hvilke koder som skal registreres.

Kode	Kodetekst	Type kode	Kodeverk (OID)
C	Klinisk beslutning	Hendelse	9322
T	Behov for behandling innen TSB	Utfall	9323

S	Behov for behandling fra annen spesialisthelsetjeneste (ikke psykisk helsevern eller TSB)	Utfall	9323
P	Behov for behandling innen psykisk helsevern	Utfall	9323
K	Behov for behandling og/eller oppfølging fra fastlege, kommunal helse- og omsorgstjeneste	Utfall	9323
A	Behov for oppfølging fra andre instanser som NAV, PPT, arbeidsgiver, skole, barnevern m.m.	Utfall	9323
I	Ikke behov for videre behandling og/eller oppfølging	Utfall	9323

Hvis det nasjonale pasientforløpet ikke skal fortsette, på bakgrunn av at pasienten ikke har behov for videre behandling i TSB eller i psykisk helsevern, skal i tillegg en relevant avslutningskode benyttes.

Ved rapportering i system som ikke har forløpsmodul registreres dette som prosedyrekoder med kodene:

- D09CP – Gravide som bruker/har brukt rusmidler – Klinisk beslutning - Behov for behandling innen psykisk helsevern
- D09CT - Gravide som bruker/har brukt rusmidler - Klinisk beslutning - Behov for behandling innen TSB
- D09CS - Gravide som bruker/har brukt rusmidler - Klinisk beslutning - Behov for behandling fra annen spesialisthelsetjeneste (ikke psykisk helsevern eller TSB)
- D09CK - Gravide som bruker/har brukt rusmidler - Klinisk beslutning - Behov for behandling og/eller oppfølging fra fastlege, kommunal helse- og omsorgstjeneste
- D09CA - Gravide som bruker/har brukt rusmidler - Klinisk beslutning - Behov for oppfølging fra andre instanser som NAV, PPT, arbeidsgiver, skole, barnevern m.m.
- D09CI - Gravide som bruker/har brukt rusmidler - Klinisk beslutning - Ikke behov for videre behandling og/eller oppfølging

Svangerskapsoppfølging

Generelt om svangerskapsomsorgen i nasjonalt pasientforløp

Samarbeid og avklaring av ansvarsfordeling rundt svangerskapsomsorgen mellom kommune (jordmor/fastlege) og kvinneklinikk/fødepoliklinikk er sentralt i arbeidet med gravide med rusmiddelproblemer.

Dersom kvinnen er ambivalent med hensyn til graviditeten, tilbys rådgivning ved svangerskapspoliklinikk, poliklinikk i TSB med kompetanse på gravide eller annen instans etter kvinnens ønske. Hjelp til å bestille time tilbys ved behov.

Ytterligere informasjon

Mange gravide med rusmiddelproblemer kan ha somatiske og/eller psykiske utfordringer/lidelser i tillegg til sine rusmiddelproblemer. Fosteret kan ha økt risiko for blant annet intrauterin veksthemming, for tidlig fødsel, medfødte misdannelser, fosterdød, oksygenmangel og behandlingskrevende abstinenser i nyfødtp perioden, avhengig av hvilke rusmidler og/eller vanedannende legemidler den gravide har brukt.

Grunnleggende prinsipper for svangerskapsomsorgen i nasjonalt pasientforløp:

1. Tidlig intervensjon – betyr både tidlig i svangerskapet, og tidlig i en mulig problemutvikling
 - Tidligst mulig konsultasjon hos fastlege/kommunejordmor
 - Tidlig konsultasjon med ultralyd på gynekologisk/fødeavdeling. Det anbefales at kvinnen selv eller hennes nettverk kan ta kontakt pr. telefon.
 - Fastslå hvor langt graviditeten er kommet
 - Vurdere risiko for den gravide og foster, og gi føringer for videre svangerskapsomsorg i kommune- og spesialisthelsetjeneste
2. Et forsterket og individuelt tilpasset oppfølgingsprogram tilbys
3. Individuelt tilpasset rusbehandling tilbys

Det anbefales en svangerskapsoppfølging hvor de fleste kontrollene foregår i kommunen, mens minimum fire kontroller foregår ved svangerskapspoliklinikken på sykehuset etter mønster fra [LAR-gravide retningslinjen \(PDF, se side 48–55\)](#). Unntak kan gjøres etter en skjønnsmessig og individuell vurdering sammen med kvinnen. Enkelte steder finnes spesialteam som ivaretar hele eller deler av svangerskapsomsorgen. Epikrise/tilbakemelding sendes fastlege og kommunejordmor etter hver konsultasjon i gynekologisk/fødeavdeling. Etter vurdering av risiko og kvinnens behov, kan spesialisthelsetjenesten etter avtale overta ansvaret for alle kontrollene.

Kvinner i forløpet anbefales en forsterkning av normalprogrammet for svangerskapskontroller, med kontroller som starter tidligere i svangerskapet, er hyppigere og med mulighet for lengre varighet på konsultasjonene. Se [Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen](#).

Barnefar/partner inkluderes i svangerskapsoppfølgingen dersom kvinnen og barnefar/partner ønsker det. En eller flere konsultasjoner bør gjennomføres uten partner til stede.

I tillegg til temaer som alltid skal ivaretas i henhold til Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen, skal man i det nasjonale pasientforløpet ha et særlig fokus på:

- Rusfrihet i svangerskapet. Med rusmidler menes fravær av skadelig eller avhengighetspreget bruk av rusmidler.
- Ved bruk av legemidler må avveining mellom hensynet til mors helse og eventuelle effekter på fosteret vurderes i hvert enkelt tilfelle
- Spesiell ivaretagelse av kvinner som har vært utsatt for traumer, vold eller overgrep. Dette kan føre til betydelig fødselsangst og angst/vegring for å amme.
- Svangerskapets psykologiske utviklingsprosesser: For å sette kvinnen i stand til å beskytte barnet under graviditeten, og å ønske barnet velkommen, samt knytte seg til barnet etter fødsel. Gravide som strever med sin identitet som mor eller sine følelser for det ufødte barnet, bør tilbys ekstra hjelp for dette. Jordmor med spesialkompetanse, psykolog tilknyttet helsestasjon, familieambulatorium eller sped- og småbarnsteam i BUP kan være aktuelle instanser å henvise til. Her kan også likepersoner være en god støtte.
- Drøfte behov og muligheter for institusjonsopphold før og etter fødsel. Dette kan skje ved familieavdeling i TSB, spesialiserte avdelinger for gravide rusavhengige, eller ved familiesenter i regi av barneverntjenesten (tidligere mødre hjem).
- Informasjon om observasjon og ev behandling av den nyfødte, inkl. abstinensskåring og -behandling

Røykeslutt

Røyking i svangerskapet øker risikoen for blant annet abort, dødfødsel, for tidlig fødsel, lav fødselsvekt og leppe/gane spalte. Nikotineksponeerte nyfødte er oftere irritable og hypertone og har oftere behov for reguleringshjelp. Gravide i forløpet bør tidligst mulig kartlegges for røyking. I forbindelse med svangerskapskontrollene bør den gravide følges tett opp og tilbys hjelp til røykeslutt eventuelt røykereduksjon.

- [Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no)
- [WHO sin retningslinje om graviditet og røyking \(who.int\)](https://www.who.int)
- [FHI sin rapport om røyking og snusbruk i Norge \(fhi.no\)](https://fhi.no)
- [Hjelp til røykeslutt \(helsenorge.no\)](https://helsenorge.no)
- [Cochrane om røykeslutt for personer med rusmiddelproblemer \(wiley.com\)](https://www.wiley.com)

Svangerskapsomsorg

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 regulerer kommunens plikt til å tilby svangerskaps- og barselomsorgstjenester. Fastlege og jordmor er primære ansvarspersoner for tjenesten i et tverrfaglig samarbeid med annet helse- og omsorgspersonell. Se [Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen](#).

Praktisk informasjon

Kommunen har ansvar for følgende punkter knyttet opp mot svangerskapsomsorgen:

- Tilby konsultasjon hos jordmor så snart graviditet er konstatert. Henvise til tidlig ultralyd og Nasjonalt pasientforløp gravide og rusmidler.
- Oppstartsamtale: Informasjon om utvidet tilbud, nasjonale pasientforløp hvis dette er ukjent. Hvilke ønsker og forventninger har kvinnen og ev. hennes partner? Kartlegging startes.
- Gi et utvidet tilbud med hyppigere konsultasjoner, hver 2.–3. uke, fra 36. uke ukentlig, med lenger varighet (1 time).
- Etablere tidlig kontakt med andre hjelpeinstanser. Delta i samarbeidsmøter/ansvarsgruppe.
- Ha fokus på tilknytning til fosteret.
- Fødselssamtale, ammeveiledning og prevensjonsveiledning.
- Utarbeide fødselsplan sammen med kvinnen. Det bør skrives en plan for både fødsel og barselomsorgen som skal bidra til å ivareta hennes utfordringer og behov.
- Avtale omvisning på føde- og barselavdeling.
- Arrangere fødselsforberedende møte med aktuelle instanser innen uke 32–34. Her avklares bl.a. hvem skal være med på fødsel, smertelindring ved fødsel og hvem skal kontaktes ved fødsel.
 - Forslag til gjennomføring av fødselsforberedende møte og kontakt med barneklipp der det er stor geografisk avstand mellom kommune og sykehus: Resten av ansvarsgruppen gjennomfører fødselsforberedende møte og sender referat til kvinnens journal på fødeavdeling. Fødeavdeling og barneklipp bør ha en fast person som kan møte kvinnen/paret for omvisning og informasjon f.eks. i forbindelse med time til ultralyd.
- Formidle kontakt og delta i møte med barneklipp og samtale med barnelege innen uke 32-34 hvis barnet forventes å bli overført etter fødsel/ved ønske om samtale med nyfødtsmedisiner.
- Jordmor introduserer helsesøster i løpet av svangerskapet og deltar på hjemmebesøk sammen med helsesøster innen to døgn etter hjemkomst. Se [Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen](#).

Kontakt med barneverntjenesten

Dersom den gravide er i behov av tjenester og bistand fra barneverntjenesten, bør eventuell hjelp fra barneverntjenesten avklares tidlig i svangerskapet. Dersom det er behov for kontakt med barnevern etter fødsel, bør kvinnen og barnefar/partner støttes i å starte samarbeid med barneverntjenesten allerede i svangerskapet.

Barneverntjenesten har en rekke [foreldrestøttende, forebyggende hjelpetiltak \(bufdir.no\)](#).

Omsorgsovertakelse

Ved eventuell omsorgsovertakelse etter fødsel er det viktig å tilby kvinnen og eventuelt barnefar/partner oppfølging og støtte slik at de kan bli gode omsorgspersoner ved en eventuell tilbakeføring.

Svangerskapskontroll på kvinneklinikk/fødepoliklinikk

Gravide med risikofaktorer, kroniske sykdommer og/eller mistanke om komplikasjoner har behov for henvisning og samarbeid med fødeavdeling, kvinneklinikk eller annen kompetanse. Se [Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen](#).

Praktisk informasjon

Kvinneklinnk/fødepoliklinikk har ansvar for følgende punkter knyttet opp mot svangerskapskontroll:

- Ultralydkontroller
 - Ultralyd for å stadfeste svangerskapets lengde i 1. trimester
 - Ultralydscreening i svangerskapsuke 18
 - To tilvekstkontroller i 3. trimester
 - Prevensjonsveiledning
 - Informasjon om smertelindring ved fødsel
 - Informasjon om barselopphold
 - Omvisning på føde- og barselavdeling
-

Registrering av koder

Samarbeidsmøte med andre instanser:

Ved behov gjennomføres det samarbeidsmøte /ansvarsgruppemøte hvor den gravide, barnefar / partner og eventuelt andre pårørende, aktuelle kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten er tilstede.

Samarbeidsmøte skal registreres som en medisinsk prosedyrekode etter gjeldende kodeverk i NCMP.

Behandling og oppfølging

Forløpstid

- Poliklinikk og døgnet: 0 kalenderdager fra avsluttet avrusning til annen behandling starter.
 - Poliklinikk: Inntil 14 kalenderdager (2 uker) fra klinisk beslutning til første evaluering.
 - Døgnet: Inntil 7 kalenderdager (1 uke) fra klinisk beslutning til første evaluering.
 - Poliklinikk og døgnet: Inntil 42 kalenderdager (6 uker) mellom hver evaluering.
 - 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.
-

Avrusning og videre oppfølging

Pågående rusmiddelbruk hos en gravid er å betrakte som en øyeblikkelig-hjelp situasjon og bruken må avsluttes snarest mulig da også fosteret eksponeres for rusmidler.

Se [anbefalinger om avrusning av gravide](#) i Nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler.

Praktisk informasjon

I enkelte tilfeller vil det være nødvendig med innleggelse på en avrusningsenhet, mens i andre tilfeller vil den gravide kunne avruses poliklinisk etter nøye vurdering av spesialist. Hvorvidt behandlingen skal foregå i poliklinikk, dag- eller døgnet vurderes i tverrfaglig vurderingsteam basert på hvilke rusmidler/vanedannende legemidler som har vært brukt, hensynet til fosteret og kvinnens ønske. Av hensyn til fosteret og den gravide bør [basis kartlegging og utredning](#) av pasientens tilstand, inkludert ønsker og behov for videre oppfølging/behandling, starte så raskt som mulig under avrusning.

Ved behov for og ønsker om videre behandling i TSB etter avrusning, bør den gravide gå direkte videre i behandling. Spesielt er dette viktig når gravide skal videre til døgnetbehandling.

Forberedelse til foreldrerollen/foreldreskapet

Gode forberedelser på hva det innebærer å bli mor kan bidra til at den gravide unngår å bruke rusmidler i svangerskapet. Videre vil det være viktig å stabilisere kvinnens livssituasjon for å kunne legge til rette for foreldreskapet. Flere gravide som er i Nasjonalt pasientforløp gravide og rusmidler er i

kontakt med TSB. For enkelte andre vil hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten med forsterket svangerskapsoppfølging fra svangerskapspoliklinikken være tilstrekkelig.

Praktisk informasjon

Det er både en styrke og en beskyttende faktor å ha et støttende sosialt nettverk. Familieråd kan være et tiltak som kan gjennomføres under svangerskapet. Helsestasjonen eller NAV kan gjennomføre dette. Bruker- og pårørendeorganisasjoner, brukerstyrte tiltak og likepersoner kan også ha en støttende funksjon her.

Oppfølging i kommunen

Det er viktig at den gravide får informasjon om hvilke tilbud og hjelpetiltak som finnes i kommunen. Ansvaret for oppfølgingen vil være ulikt forankret i kommunene ut fra organisering og hvilken tjeneste som er delegert ansvaret. Eksempelvis kan NAV, rustjenesten eller psykisk helse- og rustjenester ha dette ansvaret.

Praktisk informasjon

Hjelpetiltak i kommunen kan omfatte:

- Samtale om rusutfordringer og/eller henvisning til tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) poliklinisk eller institusjon
- Urinprøver. Det bør lages avtale med den gravide og ev. partner om bruk av urinprøver eller andre biologiske prøver til kontrollformål, se [Veileder for rusmiddeltesting](#)
- Koordinering av tjenester/individuell plan
- Individuelt tilpasset svangerskapsoppfølging (kommunejordmor/fastlege og fødepoliklinikk)
- Tilbud om hjemmebesøk av kommunejordmor/fastlege
- Foreldreforberedende samtaler
- Bistand til å få dekket behov som bolig, økonomi og aktivitet/arbeid

Hvilke tiltak som skal igangsettes må vurderes i hvert enkelt tilfelle, og det som er avgjørende er hva som er best for fosteret/barnet og kvinnen samlet sett. For at disse hjelpetiltakene skal være optimale eller tilstrekkelige, er det nødvendig at kommunens forskjellige instanser samarbeider og at den gravide og partner får medvirke. Dette kan være NAV/rustjenesten, svangerskapskontrollen, helsestasjon, boligkontor, feltpleien, fastlege og/eller barnevern. Enkelte kommuner har samarbeidsfora for prinsipielle saker, samt samarbeidsfora mellom kommune og spesialisthelsetjeneste for å sikre flyt og samhandling på systemnivå. For kommuner som har ansatt erfaringskonsulenter kan de også være en god ressurs i en samlet oppfølging.

Planlegging av behandling

Alle gravide skal ha en behandlingsplan som gir en samlet oversikt over planlagte tiltak med tidspunkt for evaluering gjennom det nasjonale pasientforløpet Gravide og rusmidler.

Behandler og den gravide skal samarbeide om å utarbeide en behandlingsplan med utgangspunkt i hva som er viktig for den gravide. Behandlingsmål bør settes av den gravide i samråd med behandler tidlig i forløpet og evalueres jevnlig. Behandler må sikre at den gravide opplever eierskap til planen og ev. motiverer den gravide til involvering dersom den gravide ikke ønsker å delta i utarbeidelse av behandlingsplanen.

Praktisk informasjon

[Den kommunale svangerskapsomsorgen bør utarbeide en plan for både fødsel og barselomsorgen.](#)

Det er et mål at alle gravide med behov for langvarige og koordinerte tjenester skal ha individuell plan (IP). Der hvor den gravide, etter god informasjon om hva IP innebærer, ikke ønsker IP, benyttes behandlingsplan. Andre planer og videre tiltak inngår som del av IP/behandlingsplan. Kriseplan bør lages tidlig i forløpet i tett samarbeid mellom kvinne og behandler.

Se også:

- [Nasjonal veileder om rehabilitering, individuell plan og koordinator](#)
- [Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet](#)
- [Nasjonalt pasientforløp rusbehandling \(TSB\)](#)

Behandling i TSB

All behandling i TSB skal være tverrfaglig og bestå av sosial-, psykolog- og medisinsk/helsefaglig behandling. Samtykke er hovedregelen ved all behandling, for unntak se [aktivitet om tilbakehold](#). Det kan være ulikt fokus på de forskjellige delene av behandling avhengig av den gravides problematikk og hvor langt i svangerskapet kvinnen har kommet.

Praktisk informasjon

For en nærmere beskrivelse av behandling i TSB, se [Nasjonalt pasientforløp rusbehandling \(TSB\)](#)

For en del gravide vil det være hensiktsmessig med innleggelse i døgnavdeling med spesialkompetanse på rusrelaterte problemer og graviditet/foreldreskap. [Hvis barnefar/partner har rusmiddelproblemer bør han/hun vurderes henvist til Nasjonalt pasientforløp rusbehandling \(TSB\)](#). Den gravide kan oppleve belastninger på mange områder, og ha behov for mer omfattende behandling enn det hun kan få poliklinisk i TSB eller i kommunen. Det kan være ønskelig at den gravide får hjelp og bistand også på andre sentrale problemområder som påvirker foreldrerollen. Dette kan omfatte psykisk og fysisk helse, økonomi, nettverk/parforhold, og bo- og hverdagsfungering. Den gravide kan ha behov for råd/veiledning til å fokusere på barnet samt forberede seg psykologisk og praktisk på foreldrerollen.

I døgnavdeling kan den gravide for eksempel tilbys behandling gjennom individualterapi, gruppeterapi, samspillsterapi og miljøterapi. Den gravide gis mulighet til å jobbe grundig med sin problematikk innen trygge rammer. Graviditet og foreldreskap kan fremme motivasjon og gi gode terapeutiske muligheter

for endring. Ved innleggelse kan endring oppnås på kortere tid og instanser som NAV, barnevern, svangerskapspoliklinikk, jordmor i kommunen og fastlege involveres etter behov slik at den gravide får den nødvendige oppfølgingen.

De ulike perspektivene som må ivaretas for gravide med et rusmiddelproblem er:

- Skjerme fosteret mot rusmiddelbruk
- Skjerme fosteret mot vold og infeksjoner (seksuelt overførbare og andre)
- Støtte og veilede den gravide
- Motivere til behandling for rusmiddelproblemene
- Utrede og behandle ev. samtidig somatisk og psykisk lidelse
- Forberede kvinnen på fødsel
- Tilrettelegge for prosesser som kan gjøre kvinnen trygg nok til å ivareta barnet
- Involvere partner i prosessene, dersom kvinnen og partner ønsker det

Feedbackverktøy

Med feedbackverktøy menes gjennomgang av et skjema der den gravide på en systematisk måte kan gi tilbakemelding til behandleren om hvordan hun opplever behandlingen og relasjonen til behandler. Erfaringer tilsier at bruken av feedbacksystemer gir gravide økt medvirkning i behandlingen.

Se informasjon om [brukermedvirkning under «Om forløpet»](#).

For mer informasjon om brukerevaluering og bruk av feedbackverktøy, se [Nasjonal kompetansetjeneste TSB \(oslo-universitetssykehus.no\)](#) og [NAPHA](#).

Tilbakehold

Dersom frivillige hjelpetiltak ikke fører frem skal tilbakehold etter helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3 vurderes.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 10-4 åpner for at en person med rusmiddelproblemer selv kan samtykke til å holdes tilbake i institusjon. For noen gravide kan «avtalt tvang» etter § 10-4 være aktuelt. Det er viktig å presisere at nasjonale pasientforløp ikke avsluttes i disse tilfellene.

Praktisk informasjon

[Veileder om tvangstiltak overfor personer med rusmiddelproblemer etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10 \(PDF\)](#) gir anvisning på hvordan bestemmelsene i kapittel 10 skal forstås og anvendes, og er ment å gi tjenestene veiledning til den faglige skjønnsutøvelsen.

Det vises også til endring i barnevernloven av 1. januar 2018 hvor det innføres ny opplysningsplikt til barnevernet ved tilbakeholdelse av gravide rusmiddelavhengige, [se siste avsnitt i § 10-3 i helse og omsorgstjenesteloven \(lovdata.no\)](#).

Tilbakefallsforebygging og håndtering av avbrudd (drop-out)

Tilbakefall til rusmiddelbruk og avbrudd (drop-out) fra behandlingen kan forekomme. Tiltak for å forebygge og håndtere avbrudd bør nedfelles i en kriseplan. Det er derfor viktig å forebygge ved å kartlegge aktuelle risikosituasjoner tidlig i forløpet. Dette bør inngå i den gravides kriseplan/behandlingsplan.

Praktisk informasjon

For å unngå/reducere sjansen for avbrudd (drop-out) fra behandlingen er det viktig å tilby fleksible behandlingsrammer og legge til rette for at den gravide kan komme raskt tilbake til behandling.

Brukerstyrt innleggelse kan være egnet tiltak. Kontakt med selvhjelpsgrupper kan også være et aktuelt forebyggende og motiverende virkemiddel.

Dersom kvinnen gjentatte ganger uteblir fra avtaler, bør behandler gjøre flere forsøk på å kontakte henne og ev. pårørende for å avklare årsak til uteblivelse, før ev. avslutning av det nasjonale pasientforløpet. Se også Kodekapittel for bruk av merking/kode «Pasientbestemt utsettelse».

Dersom kvinnen selv velger å utsette planlagte avtaler i forløpet eller ikke møter til avtaler, slik at forløpstidene ikke kan overholdes, kan det registreres som pasientutsatt forløp uten at forløpet avsluttes.

Ved avbrudd (drop-out) fra behandling, må forløpskoordinator i kommunen varsles og aktuelle tjenester/oppfølgingsansvarlig i kommunen, eventuelt fastlege kontaktes for videre oppfølging i påvente av nytt tiltak. Ved behov kan samarbeidsmøte mellom den gravide og eventuelt pårørende, TSB og kommunale tjenester/fastlege arrangeres.

Det er viktig å fokusere på overganger mellom de forskjellige delene av et behandlingsforløp, og utvikle strategier sammen med pasienten for å hindre drop-out/begrense konsekvenser av eventuell drop-out. Se anbefalinger i behandlingsretningslinjen om avbrudd i behandlingen og tips til å redusere drop-out hos Nasjonal kompetansetjeneste TSB.

Om den gravide har tilbakefall til rusmiddelbruk, kan det være aktuelt å varsle kommunen med tanke på vurdering av § 10-3 eller § 10-4 i helse- og omsorgstjenesteloven. [Se kap.6 i Helsepersonelloven med kommentarer.](#)

Samtidige sykdommer/lidelser

Samtidige sykdommer (somatisk sykdom / psykiske utfordringer/lidelser) kan ha betydning for utredning, behandling og oppfølging både før og etter fødsel. Det er derfor nødvendig å sikre opplysninger om dette uten unødig ventetid. Se [Ivaretagelse av somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer.](#)

Praktisk informasjon

Ved poliklinisk behandling er behandlingsansvarlig i spesialisthelsetjenesten ansvarlig for tydeliggjøring av hvem som følger opp den gravides samtidige sykdommer, enten det er fastlegen eller lege i spesialisthelsetjenesten.

Dersom den gravide er innlagt i spesialisthelsetjenesten, er det institusjonen som har ansvar for oppfølging av kvinnens helse. Dersom legen ved institusjonen ikke har kompetanse på spesifikke sykdomsområder, har legen et ansvar for å konferere med/henviser til relevant spesialistkollega inkludert fastlege.

Ved innleggelse må det gjøres en vurdering om tiltak bør gjennomføres mens pasienten er innlagt. Dette er for å sikre at nødvendig somatisk oppfølging blir ivaretatt. Spesialisthelsetjenesten bør sørge for en forpliktende og forsvarlig plan for gjennomføring av tiltakene på tvers av fagområder og behandlingsnivå.

Samhandling i det nasjonale pasientforløpet

Samhandling mellom ulike aktører underveis i det nasjonale pasientforløpet skal sikres og tilpasses pasientens ønsker og behov.

Kvinnen må samtykke til at aktuelle samarbeidspartnere involveres.

Ved innleggelse i døgnenhet må kommunen varsles innen 24 timer, eller så snart det lar seg gjøre. Se [forskrift om utskrivningsklare pasienter \(lovdata.no\)](#).

Praktisk informasjon

Alle pasientforløp skal sikre:

- Samarbeid med pårørende og/eller andre instanser ut fra pasientenes ønsker og behov
- Tilbakemelding til fastlege/aktuell kommunal instans/henviser når behandlingsplan er utarbeidet og hvis større endringer i pasientens tilstand eller behandling tilsier det. Pasienten må samtykke til dette.

Samhandling kan dokumenteres gjennom referater, epikriser og skriftlige tilbakemeldinger, og sikres ved telefonkontakt og felles møter. Individuell plan anbefales ved behov for sammensatte tjenester fra flere aktører.

Kommunene og de regionale helseforetakene har ansvar for å tilrettelegge for samhandling og samarbeid internt med andre tjenesteytere og med bruker- og pårørendeorganisasjoner.

God samhandling og fordeling av oppgaver og ansvar i behandlingen forutsetter at den gravide og tjenesteutøverne møtes for å avklare hvem som skal gjøre hva. Behovet for koordinering må vurderes og avgjøres i hvert enkelt tilfelle. Eksempler på virkemidler er individuell plan, koordinator, kriseplan, ansvarsgrupper, ambulante tjenester og samarbeidsmøter.

Den praktiske samhandlingen mellom kommune og spesialisthelsetjenesten er forankret i lovpålagte samarbeidsavtaler og tjenesteavtaler som beskriver fordeling av ansvar og oppgaver. Se [Sammen om mestring](#).

Samarbeidsmøter

I behandlingsforløpet er det viktig at samarbeids-/ansvarsgruppemøter mellom den gravide, pårørende, aktuelle kommunale aktører og aktuelle aktører i spesialisthelsetjenesten finner sted jevnlig. Ved store geografiske avstander mellom foretak og kommune bør mulighet for deltakelse via videooverføring vurderes. Etter en individuell vurdering kan andre samarbeidsformer vurderes.

Samarbeidsmøte skal avklare og tydeliggjøre den gravides forventninger til behandlingsforløpet. Samarbeidsmøtene tar utgangspunkt i den gravides behandlingsplan, eventuell individuell plan, og skal sikre koordinering av tiltakene som skal gjennomføres i forbindelse med behandlingen. Se også [Sammen om mestring](#).

I de tilfeller et [evalueringspunkt](#) fører til store endringer i behandlingsplanen, bør tilbakemeldingen inneholde en oppsummering av evalueringen og endringer dette fører til. Det kan være tilfeller der det er behov for ny utredning.

For å sikre deltakelse, bør det tilrettelegges for både direkte møter og elektroniske møter.

Kommunen bør alltid være med på møter når den gravide mottar kommunale tjenester eller trenger kommunale tjenester. Fastlegen må involveres i dette samarbeidet. Andre aktuelle deltakere inkluderes etter behov.

Hvilke aktører som skal være med på samarbeidsmøtene vil variere avhengig av hvilke utfordringer den gravide har, og hvem hun har kontakt med. Antallet deltakere bør begrenses til det som er nødvendig. Man kan også invitere inn deltakere til enkelte av møtene. Dersom det ikke er ønskelig å gi alle deltakere i et møte all informasjon, kan møtet deles opp. Det er den gravide selv som bestemmer hvilken informasjon som kan deles.

Aktuelle deltakere kan være:

- Den gravide
- Partner eller annen støtteperson (f.eks. likeperson, erfaringskonsulent eller representant fra en brukerorganisasjon) dersom kvinnen ønsker det
- Den som utfører svangerskapskontrollene i kommunen (jordmor, fastlege)
- Fødepoliklinikk
- Spesialteam for gravide deltar hvis involvert
- NAV/rustjeneste /kommunal helse- og omsorgstjeneste deltar hvis de er involvert
- Behandler i TSB hvis kvinnen er i TSB-behandling
- Nyfødtafdelingen bør delta ved fødselsforberedende møte og ev senere møter ved behov
- Helsesøster kobles på i siste del av svangerskapet
- Barneverntjenesten deltar hvis den gravide samtykker og har etablert kontakt med tjenesten
- Andre deltakere ved behov (f.eks. familievernet, psykisk helsevern hvis kvinnen er innlagt der, somatisk sengepost hvis kvinnen er innlagt der)

Samarbeidsmøter som bør avholdes:

- Første samarbeidsmøte etter maks en uke hvis kvinnen er innlagt, maks to uker hvis poliklinisk oppfølging.

- Senere samarbeidsmøter (maks 6 uker mellom møtene):
 - Fødselsforberedende møte (omtalt i kapittel 3)
 - Siste samarbeidsmøte før fødsel (omtalt i kapittel 8)
-

Evalueringsspunkter

Målet med regelmessig evaluering er at pasienten skal være trygg på at behandlingen er effektiv og individuelt tilpasset.

Praktisk informasjon

Det nasjonale pasientforløpet innebærer regelmessige evalueringsspunkter hvor status for utredning og behandling gjennomgås. Evalueringsspunktene koples først og fremst til samarbeidsmøter. Tilsvarende evaluering bør alltid gjøres ved avslutning av forløpet i spesialisthelsetjenesten.

Ved samarbeidsmøtene bør den gravide og de andre deltakerne i fellesskap evaluere/vurdere:

- Status for fosteret
 - Status og eventuelt behandling for kvinnen– har tiltakene som ble satt vært fulgt opp?
 - Plan for fødsel og oppfølging i spe- og småbarnsperioden
 - Behov for ytterligere utredning (TSB, somatikk, psykiatri, levevaner)
 - Behov for behandling/oppfølging (TSB, levevaner, institusjon etter fødsel)
 - Opprettelse/evaluering av individuell plan (IP)/revidere IP/behandlingsplan
 - Informere aktuelle samarbeidspartnere som ikke deltar på møtet (skriftlig), hvis pasient samtykker
 - Planlegge, og igangsette nødvendige kommunale tiltak
 - Hvordan barn som pårørende/mindreårige søsken følges opp
 - Behovet for å involvere andre pårørende eller flere i familien
 - Den gravidens og eventuelt pårørendes tilfredshet med oppfølging/behandlingen
-

Registrering av koder

Pasientutsatt forløp:

Pasientutsatt forløp kodes dersom pasienten velger å utsette planlagte avtaler eller ikke møter, slik at forløpstider for utredning og/eller evalueringsspunkter i behandling ikke kan innfris. Utsettelsen bør være på mer enn 7 virkedager av planlagt aktivitet. Koden registreres før klinisk beslutning eller før evalueringsspunkt.

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

Kode	Kodetekst	Type kode	Kodeverk (OID)
L	Pasientutsatt forløp	Hendelse	9322

Ved rapportering i systemer som ikke har forløpsmodul registreres dette som en prosedyrekode med kode D09L - Gravide som har bruker/har brukt rusmidler - Pasientutsatt forløp

Samarbeidsmøte med andre instanser:

Ved behov gjennomføres det samarbeidsmøte /ansvarsgruppemøte hvor den gravide, barnefar / partner og eventuelt andre pårørende, aktuelle kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten er tilstede.

Samarbeidsmøte skal registreres som en medisinsk prosedyrekode etter gjeldende kodeverk i NCMP.

Evalueringspunkt:

Hver gang en evaluering er fullført, slik den er beskrevet i nasjonalt pasientforløp, skal kode for evalueringspunkt registreres. Dato for evalueringspunkt skal være den dato evalueringen er fullført. Anbefalt frekvens for evalueringspunkt er angitt i forløpsbeskrivelsen, og er ulik i døgnbehandling og poliklinisk behandling. Det skal alltid gjøres en evaluering når et nasjonalt pasientforløp avsluttes i spesialisthelsetjenesten.

Kode	Kodetekst	Type kode	Kodeverk (OID)
E	Evalueringspunkt	Hendelse	9322

Ved rapportering i system som ikke har forløpsmodul registreres dette som en prosedyrekode med kode D09E – Gravide som bruker/har brukt rusmidler – Evalueringspunkt.

Fødsel og nyfødtpperiode

Fødsel

Den gravide og eventuell partner bør få tilbud om omvisning og samtale på fødeavdelingen i slutten av svangerskapet.

Muligheten for god smertelindring under fødsel er både til kvinnens og fosterets beste. Kvinner med rusmiddelproblemer har rett til god smertelindring på lik linje med alle andre fødende.

Det bør tidlig i svangerskapet undersøkes om det foreligger kontraindikasjoner mot epiduralbedøvelse, og ved tvil bør den gravide henvises til vurdering på anesthesiavdelingen slik at en alternativ plan kan lages.

Nyfødtpperioden

Avhengig av hvilke rusmidler/vanedannende legemidler kvinnen har brukt og i hvilke mengder, kan abstinenssymptomer hos den nyfødte debutere fra få timer til dager etter fødsel.

Praktisk informasjon

Vanlige symptomer hos nyfødte som har vært eksponert for opioider er irritabilitet, økt følsomhet for lyd/lys/berøring, skjelving (tremor) og motorisk uro, dette kalles neonatalt abstinenssyndrom (NAS). I prinsippet kan NAS forekomme etter bruk av de fleste rusmidler/vanedannende legemidler i svangerskapet, men er hyppigst forekommende og mest uttalt etter at den gravide har brukt opioider. Andre vanlige symptomer er dårlig sugeevne, gupling, nysing, gjesping, svetting, løs avføring og søvnproblemer. Kramper kan forekomme, men er forholdsvis sjeldent (2–10 %). Den nyfødte skåres etter fastlagt skjema og farmakologisk behandling settes i gang hvis nødvendig. Ikke-medikamentell behandling gis til alle nyfødte med risiko for å utvikle NAS, til alle nyfødte med lettere abstinenser og til nyfødte med NAS.

Alkohol i svangerskapet gir økt forekomst av misdannelser i ansikt (en del av føtalt alkoholsyndrom =FAS), hjerte, ledd og ekstremiteter og kan føre til forsinket utvikling og mental retardasjon. Abstinenssymptomer hos barnet etter mors alkoholbruk i svangerskapet er mindre uttalt. Imidlertid kan både irritabilitet, kramper, skjelvninger og dårlig sugeevne forekomme. Barn kan bli født små i forhold til termin (small for gestational age =SGA) og/eller ha lavt blodsukker (hypoglykemi).

Samspillstøtte

Spedbarnet søker kontakt og samspill fra første stund, og de fleste foreldre har høy følsomhet for barnets signaler. Man må sikre at spedbarnet får nærhet og fysisk kontakt med sine foreldre etter fødsel selv om barnet observeres/behandles for abstinenssymptomer på en barneavdeling, samtidig som man hele tiden må veie dette opp mot det abstinente barnet økte følsomhet for lyd, lys og berøring. Ansatte bør veilede foreldrene i regulerende omsorg for spedbarnet. Foreldrene bør ha de primære omsorgsoppgavene for spedbarnet sitt etter å ha fått opplæring i eventuelle skjermingstiltak og spesielle hensyn som må tas overfor barnet. Bak det tilsynelatende banale i det tidlige samspillet foregår det en rekke komplekse prosesser av stor betydning for barnets selvfølelse og senere sosiale kompetanse. Fram-og-tilbake interaksjonen mellom forelder og barn regulerer barnets opplevelse og tilstand, og former den umodne hjernens arkitektur og funksjon.

Forberedelsene til foreldrerollen under graviditet, fødsel og barseltid kan bli forstyrret av rusmiddelproblemer, sykdom og bekymringer. Noen barn er vanskelige å forstå og roe, og sykdom og prematuritet kan utfordre samspillet. Da er det viktig å søke hjelp tidlig hos helsesøster eller kommunale lavterskeltilbud. Neste skritt kan være hjelp fra psykisk helsevern for barn og unge sine sped- og småbarnsteam, eller opprettelse av kontakt med barnevernet. Noen steder er det etablert såkalte familiesenter, og noen spesialiserte avdelinger innen TSB gir også samspillsstøtte. Hovedprinsippet er å hjelpe foreldre til å forstå barnet sitt, og tenke fleksibelt om eget foreldreskap og om hva som kan forstyrre samspillet.

Hvis kvinnen ønsker det kan hun benytte seg av selvhjelps- og likepersonsgupper eller andre former for selvhjelpsarbeid.

Noen anerkjente metoder er blant annet:

- [Marte Meo](#)
- [Circle of Security – Parenting](#)
- [CPP \(Child-parent psychotherapy\)](#) for barnefamilier utsatt for vold og traumer

Amming

I utgangspunktet bør alle kvinner oppfordres til å amme. [Dette gjelder også kvinner i LAR som bruker metadon eller buprenorfin, uavhengig av hvilken dose legemiddel mor står på \(PDF, se s. 89–91\).](#) Kvinner som bruker andre legemidler eller rusmidler bør vurderes individuelt.

Ved spørsmål om amming er forsvarlig dersom det ikke foreligger absolutte kontraindikasjoner, må det gjøres en individuell vurdering hvor ammingens fordeler veies opp mot mulig risiko. Behandlingsråd ved graviditet og amming kan søkes hos [Produsentuavhengig legemiddelinformasjon for helsepersonell \(relis.no\)](#) eller [Nasjonal kompetansetjeneste for amming \(NKA\) \(oslo-universitetssykehus.no\)](#).

Det anbefales ikke å røyke eller snuse under ammeperioden.

HIV-positive mødre frarådes å amme.

Avslutning og videre oppfølging

Samhandling ved avslutning og videre oppfølging etter fødsel

Planlegging av oppfølging etter fødsel bør starte tidlig i graviditeten, slik at videreføring av tiltak fra kommune, spesialisthelsetjeneste og andre relevante aktører er planlagt og godt tilrettelagt i god tid før fødsel. Det er spesielt viktig at planlegging av tiltak fra kommunen startes tidlig slik at bolig og andre basale behov er ivaretatt. IP er her et viktig samhandlings- og planleggingsverktøy.

Praktisk informasjon

Det nasjonale pasientforløpet kan ikke avsluttes før:

- det er utarbeidet en konkret plan for videre behandling og oppfølging
- eventuell overføring til nytt forløp innen psykisk helse og rus har vært drøftet og tilbudt den gravide og eventuelt hennes partner

Samarbeidsmøte før fødsel

I det siste samarbeidsmøtet før fødsel deltar den gravide og barnefar/partner, eventuelt andre støttepersoner, i tillegg til aktuelle kommunale kontakter (jordmor, helsesøster) og kontakter i spesialisthelsetjenesten (kvinneklinikk, TSB, nyfødtavdeling). Den gravides/parets forventninger avklares og perioden etter fødsel planlegges. Det informeres om hvilke muligheter for hjelp og støtte som finnes, og i samarbeid med den gravide planlegges tiltak som kan være til nytte. Koordinator i kommunen har en koordinerende og sentral rolle etter at kvinnen har født. Se [Sammen om mestring](#).

Eventuelt samarbeidsmøte på barsel eller nyfødtavdeling

Hvis mor og barn er på barselavdeling/den nyfødte blir liggende mer enn fem dager på barneavdeling, bør et samarbeidsmøte arrangeres før utskrivelse fra sykehuset. Deltakere vil være de samme som under avsnittet over. Hovedhensikten med møtet er:

- å sikre at punktene under er tilstrekkelig ivaretatt
- at informasjon om den nyfødtes status og barnet videreformidles
- at familiens ønsker og behov for videre oppfølging blir fulgt opp

Følgende må være på plass/avtalt før utskrivning fra føden/barneavdeling:

1. Informasjon og tilbud om videreføring og oppfølging i annet nasjonalt pasientforløp må være formidlet til mor og hennes partner.
2. Det foreligger en konkret, skriftlig plan for oppfølging i kommunen av den nyfødte og familien, gjerne som en del av IP – ev. som en del av punkt 1 over
3. En navngitt fagperson er ansvarlig for oppfølgingen/koordinering av eventuelle videre tiltak i kommunen – ev. som en del av punkt 1. over – dette vil oftest være helsesøster eller fastlege

4. Pasienten, partner og den nyfødte har en egnet bolig
5. Pasienten har ved behov fått tilbud om meningsfull aktivitet og hjelp til nettverksbygging
6. Det er informert om hvor pasienten kan henvende seg ved behov for hjelp eller ytterligere behandling/oppfølging fra kommune, TSB eller annen instans
7. Ny vurdering av behov for kontakt med barneverntjenesten
8. Konkret avtale om hjemmebesøk av jordmor og helsesøster innen 2 døgn etter utskrivelse fra føden/nyfødtavdeling. Se [Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen](#)
9. Konkret avtale om poliklinisk kontroll på barneavdelingen
10. Ved omsorgsovertakelse bør det være en plan for oppfølging av kvinnen og eventuelt barnefar/partner som kan bidra til at de ved en tilbakeføring er bedre i stand til å yte god omsorg for barnet.

Avslutning av Nasjonalt pasientforløp gravide og rus

Planlagt avslutning av Nasjonalt pasientforløp gravide og rusmidler skjer etter gjensidig avtale mellom pasient, behandler i spesialisthelsetjenesten og kommune/fastlege og fordrer at det foreligger en konkret, skriftlig plan for oppfølging i kommunen, gjerne som en del av IP (hvis pasienten har IP eller rett til IP).

Før avslutning av forløpet, bør evalueringspunktene gjennomgås i et eventuelt avsluttende samarbeidsmøte. Sammen med pasienten avklares forventninger og perioden etter avslutning av forløpet. Det informeres om hvilke muligheter for hjelp og støtte som finnes, og i samarbeid med pasienten planlegges tiltak som kan være til nytte.

Sjekkliste ved avslutning av det nasjonale pasientforløpet:

- En konkret fagperson er ansvarlig for oppfølgingen/koordinering av eventuelle videre tiltak i kommunen
- Kvinnen har en egnet bolig
- Kvinnen har fått tilbud om meningsfull aktivitet og hjelp til nettverksbygging
- Det er informert om hvor kvinnen kan henvende seg ved behov for ytterligere behandling
- Det er gitt kontaktinformasjon om bruker- og pårørendeorganisasjoner, samt likepersonstiltak i nærmiljøet
- Primærhelsetjenesten/fastlege bør informeres om aktuelle selvmordsvurderinger/voldsrisikovurderinger, utfordringer knyttet til graviditeten/fødselen og eventuelle igangsatte tiltak.

Kontaktperson i kommunen har en koordinerende og sentral rolle etter at kvinnen har avsluttet forløpet. Tilrettelegging og samarbeid i forbindelse med utskrivning må sees i sammenheng med [forskrift om utskrivningsklare pasienter \(lovdata.no\)](#).

Prevensjon

Mor skal få tilbud om 6-ukerskontroll i kommunen eller ved sykehuset. På denne kontrollen bør familieplanlegging og bruk av prevensjon drøftes med kvinnen. Gratis langtidsvirkende prevensjon bør tilbys.

Ved svangerskapsavbrudd bør også mor tilbys gratis langtidsvirkende prevensjon.

Videreføring til nytt nasjonalt pasientforløp

Mor og ev. partner informeres nøye om eventuell videreføring til annet forløp. Nasjonalt pasientforløp rusbehandling (TSB) vil være mest aktuelt. Dette vurderes imidlertid i hvert enkelt tilfelle.

Praktisk informasjon

Se også: Hva som må være på plass/avtalt før utskrivning fra føden/barneavdeling under [«Samhandling ved avslutning og videre oppfølging etter fødsel»](#).

Målsettingen er at de aller fleste kvinner og deres nyfødte barn videreføres i annet nasjonalt pasientforløp. Erfaringen fra familiene og hjelpeapparatet er at det er etter utskrivning fra barselavdeling eller nyfødtavdeling at oppfølgingen ikke er god nok, derfor er det spesielt viktig å følge opp og ivareta den nyfødte og resten av familien i denne sårbare fasen for mange familier.

Det vises til [Nasjonalt pasientforløp for rusbehandling \(TSB\) – Grunnlag for henvisning](#)

Registrering av koder

Feedbackverktøy:

Med feedbackverktøy menes gjennomgang av et skjema der pasienten på en systematisk måte kan gi tilbakemelding til behandleren om hvordan pasienten opplever behandlingen. Hvis det regelmessig er benyttet feedbackverktøy under behandlingen, skal dette registreres mot slutten av forløpet. Dette registreres kun én gang uavhengig av antall konsultasjoner hvor feedbackverktøyet er brukt.

Kode	Kodetekst	Type kode	Kodeverk (OID)
U	Utført aktivitet	Hendelse	9322
F	Brukt feedbackverktøy	Utfall	9325

Bruk av feedbackverktøy registreres som kode under avslutning av nasjonalt pasientforløp.

Ved rapportering i system som ikke har forløpsmodul registreres dette som en prosedyrekode med kode D09UF - Gravide som bruker/har brukt rusmidler - Brukt feedbackverktøy

Evalueringspunkt:

Hver gang en evaluering er fullført, slik den er beskrevet i nasjonalt pasientforløp, skal kode for evalueringspunkt registreres. Dato for evalueringspunkt skal være den dato evalueringen er fullført. Anbefalt frekvens for evalueringspunkt er angitt i forløpsbeskrivelsen, og er ulik i døgnbehandling og poliklinisk behandling. Det skal alltid gjøres en evaluering når et nasjonalt pasientforløp avsluttes i spesialisthelsetjenesten.

Kode	Kodetekst	Type kode	Kodeverk (OID)
E	Evalueringspunkt	Hendelse	9322

Ved rapportering i system som ikke har forløpsmodul registreres dette som en prosedyrekode med kode D09E – Gravide som bruker/har brukt rusmidler – Evalueringspunkt.

Avslutning av nasjonalt pasientforløp ved utskrivning fra spesialisthelsetjenesten:

Nasjonalt pasientforløp for gravide og rusmidler kan avsluttes på flere måter:

- Avslutning av gjennomført nasjonalt pasientforløp. Registrering av kode for avslutning av forløpet og kode for avslutning av gjennomført nasjonalt pasientforløp skal skje på samme dato som når forløpet avsluttes. Kode for avslutning av gjennomført nasjonalt pasientforløp registreres når det er tatt en klinisk beslutning om at pasienten ikke trenger behandling eller når behandlingen er gjennomført etter planen.
- Rett til helsehjelp ikke innvilget. Dato for avslutning av nasjonalt pasientforløp og kode for rett til helsehjelp ikke innvilget registreres på den dato vurderingen blir gjort.
- Pasienten overføres til annet helseforetak eller privat institusjon for å videreføre nasjonalt pasientforløp der. Dato for avslutning av nasjonalt pasientforløp og kode for overføring til annet helseforetak / privat institusjon for videreføring av pågående nasjonalt pasientforløp registreres på den dato overføringen skjer.
- Avbrudd etter pasientens eget ønske. Når behandler ikke anser forløpet som fullført, men det brytes av etter pasientens ønske, skal dato for avslutning av nasjonalt pasientforløp og kode for avbrudd etter pasientens/foresattes eget ønske registreres på den dato behandlingsstedet får informasjon om avbruddet.
- Avbrudd fordi pasienten ikke har møtt. Når behandler ikke anser nasjonalt pasientforløp som fullført, men det brytes av etter at pasienten ikke har møtt til flere avtalte timer, skal denne koden benyttes. Koden skal ikke benyttes før anbefalinger som står beskrevet under «Tilbakefallsforebygging og håndtering av avbrudd (dropout)» er gjennomført.
- Avslutning av andre årsaker. Dato for avslutning av nasjonalt pasientforløp og kode for avslutning av andre årsaker registreres på den dato behandlingsstedet får informasjon om avslutningen. Dette kan f.eks. være ved dødsfall.
- Overført til annet nasjonalt pasientforløp innen psykisk helse og rus. Dato for avslutning av forløpet og kode for overføring til annet nasjonalt pasientforløp innen psykisk helse og rus registreres på dato for når overføringen til nytt nasjonalt pasientforløp skjer. Denne koden skal som hovedregel ikke benyttes ved overføring til nasjonalt pasientforløp ved tvangslidelse (OCD).
- Pasienten overføres til avtalespesialist for videre behandling og det nasjonale pasientforløpet avsluttes. Dato for avslutning av det nasjonale pasientforløpet, og kode for Overført til avtalespesialist for ferdigbehandling, registreres på den dato overføringen skjer. Denne koden avslutter målingene i det nasjonale pasientforløpet

Kode	Kodetekst	Type kode	Kodeverk (OID)

X	Avslutning av nasjonalt pasientforløp	Hendelse	9322
G	Avslutning av gjennomført nasjonalt pasientforløp	Utfall	9326
P	Avbrudd etter pasientens/foresattes eget ønske	Utfall	9326
M	Avbrudd fordi pasienten ikke har møtt	Utfall	9326
A	Avslutning av andre årsaker	Utfall	9326
R	Rett til helsehjelp ikke innvilget	Utfall	9326
O	Overført til annet helseforetak / privat behandlingssted for videreføring av pågående nasjonalt pasientforløp	Utfall	9326
N	Overført til annet nasjonalt pasientforløp innen psykisk helse eller rus	Utfall	9326
S	Overført til avtalespesialist for ferdigbehandling og avslutning av nasjonalt pasientforløp	Utfall	9326

Kodene P og M skal brukes når nasjonalt pasientforløp avbrytes uten at det er planlagt, og behandler ikke anser forløpet som fullført.

Ved rapportering i system som ikke har forløpsmodul registreres dette som prosedyrekoder med kodene:

- D09XG – Gravide som bruker/har brukt rusmidler - Avslutning av nasjonalt pasientforløp - Avslutning av gjennomført nasjonalt pasientforløp
- D09XP - Gravide som bruker/har brukt rusmidler - Avslutning av nasjonalt pasientforløp - Avbrudd etter pasientens/foresattes eget ønske
- D09XM - Gravide som bruker/har brukt rusmidler - Avslutning av nasjonalt pasientforløp - Avbrudd fordi pasienten ikke har møtt
- D09XA - Gravide som bruker/har brukt rusmidler - Avslutning av nasjonalt pasientforløp - Avslutning av andre årsaker
- D09XR - Gravide som bruker/har brukt rusmidler - Avslutning av nasjonalt pasientforløp - Rett til helsehjelp ikke innvilget
- D09XO - Gravide som bruker/har brukt rusmidler - Avslutning av nasjonalt pasientforløp - Overført til annet helseforetak / privat behandlingssted for videreføring av pågående nasjonalt pasientforløp
- D09XN - Gravide som bruker/har brukt rusmidler - Avslutning av nasjonalt pasientforløp - Overført til annet nasjonalt pasientforløp innen psykisk helse eller rus
- D09XS - Gravide som bruker/har brukt rusmidler - Avslutning av nasjonalt pasientforløp - Overført til avtalespesialist for ferdigbehandling og avslutning av nasjonalt pasientforløp

Hjelpebehov ved avslutning av nasjonalt pasientforløp i spesialisthelsetjenesten:

Koden skal benyttes samtidig som koden XG - Avslutning av gjennomført nasjonalt pasientforløp, der behandlingen i psykisk helsevern/TSB er gjennomført etter planen, eller samtidig med koden XN - Overført til annet nasjonalt pasientforløp innen psykisk helse eller rus. Koden skal også benyttes samtidig som koden XA - Avslutning av andre årsaker, der det er relevant, som når pasienten avslutter

forløpet etter første samtale. I de tilfeller der pasienten trenger hjelp fra flere tjenester samtidig, skal det registreres flere koder.

Kode	Kodetekst	Type kode	Kodeverk (OID)
H	Hjelpebehov ved avslutning av nasjonalt pasientforløp i spesialisthelsetjeneste	Hendelse	9322
P	Behov for behandling innen psykisk helsevern	Utfall	9328
T	Behov for behandling innen TSB	Utfall	9328
S	Behov for behandling fra annen spesialisthelsetjeneste (ikke psykisk helsevern eller TSB)	Utfall	9328
K	Behov for behandling og/eller oppfølging fra fastlege, kommunal helse- og omsorgstjeneste	Utfall	9328
A	Behov for oppfølging fra andre instanser som NAV, PPT, arbeidsgiver, skole, barnevern mm.	Utfall	9328
I	Ikke behov for videre behandling og/eller oppfølging	Utfall	9328

Ved rapportering i system som ikke har forløpsmodul registreres dette som prosedyrekoder med kodene:

- D09HP - Gravide som bruker/har brukt rusmidler - Hjelpebehov ved avslutning av nasjonalt pasientforløp i spesialisthelsetjenesten - Behov for behandling innen psykisk helsevern
- D09HT - Gravide som bruker/har brukt rusmidler - Hjelpebehov ved avslutning av nasjonalt pasientforløp i spesialisthelsetjenesten - Behov for behandling innen TSB
- D09HS - Gravide som bruker/har brukt rusmidler - Hjelpebehov ved avslutning av nasjonalt pasientforløp i spesialisthelsetjenesten - Behov for behandling fra annen spesialisthelsetjeneste (ikke Psykisk helsevern eller TSB)
- D09HK - Gravide som bruker/har brukt rusmidler - Hjelpebehov ved avslutning av nasjonalt pasientforløp i spesialisthelsetjenesten - Behov for behandling og/eller oppfølging fra fastlege, kommunal helse- og omsorgstjeneste
- D09HA - Gravide som bruker/har brukt rusmidler - Hjelpebehov ved avslutning av nasjonalt pasientforløp i spesialisthelsetjenesten - Behov for oppfølging fra andre instanser som NAV, PPT, arbeidsgiver, skole, barnevern mm.
- D09HI - Gravide som bruker/har brukt rusmidler - Hjelpebehov ved avslutning av nasjonalt pasientforløp i spesialisthelsetjenesten - Ikke behov for videre behandling og/eller oppfølging

Kapittel 7

Registrering av koder

Generelt om kodene i nasjonale pasientforløp psykisk helse og rus

Hva er formålet med forløpskodene?

Formålet med koding av nasjonale pasientforløp er å kunne følge med på om målsetningene med forløpene nås, og å gi behandlere og institusjoner mulighet til å følge med på egen utvikling på de indikatorer som måles.

For å undersøke om de nasjonale pasientforløpene oppfyller sine målsetninger er det viktig at rapporteringen er god og riktig fra behandlere og kodere. God og riktig rapportering av koder er sentralt for at lokalt ansvarlige, beslutningstakere, sentrale helsemyndigheter, politikere og befolkningen skal kunne følge med på om helsetjenesten oppfyller de krav som stilles til den, og om innføring av nasjonale pasientforløp gir de ønskede endringene.

Institusjonene vil få månedlige resultatrapporter på relevante indikatorer for å kunne følge med på sine egne resultater. Tre ganger i året vil også relevante indikatorer publiseres offentlig på [helsenorge.no](https://www.helsenorge.no). Forløpskodene kan også benyttes lokalt til å lage egne lokale resultatrapporter.

Hva slags koder skal brukes i koding av nasjonale pasientforløp?

De fleste aktivitetene i nasjonale pasientforløp kodes med nyopprettede administrative koder som er utviklet for dette formålet. Forløpskodene er beskrevet nedenfor. Kodene finnes også på [Volven.no](https://www.volven.no). Noen av aktivitetene kodes med prosedyrekoder, det vil si administrative og medisinske koder med tilsvarende innhold og som allerede er i bruk i helsetjenesten.

Kodene for nasjonale pasientforløp og prosedyrekodene eies og administreres av henholdsvis Helsedirektoratet og E-Helsedirektoratet.

Forløpskodene for nasjonale pasientforløp psykisk helsevern og rus finnes i fem kodeverk:

- Ett kodeverk angir hvilken type forløp pasienten er i.
- Ett kodeverk angir hendelser i forløpet. Koder fra dette kodeverket benyttes gjennom hele forløpet for å dokumentere hva som blir gjort. Hendelsene rapporteres med tidspunkt
- Tre kodeverk inneholder koder som angir utfall for, eller beskrivelse av hendelser. Disse kodene benyttes gjennom hele forløpet sammen med hendelseskoder.

De aktuelle kodeverkene er (93xx=OID for hvert kodeverk, kodeverkene er publisert på [Volven.no](https://www.volven.no)):

- 9321 – koder for type nasjonalt pasientforløp
- 9322 – koder for typer hendelser i nasjonalt pasientforløp

- 9323 – koder for utfall av klinisk beslutning
- 9325 – koder for utfall av utførte aktiviteter
- 9326 – koder for utfall av avslutning av nasjonalt pasientforløp

Hvordan er kodene beskrevet i nasjonalt pasientforløp?

Alle forløpskodene er presentert i tabeller. I tabellene står koden, kodetekst, type kode (forløp, hendelse, utfall) og også kodeverkets firesifrede ID-nummer (OID). Dette nummeret kan benyttes ved søk etter kodeverket på Volven.no.

I tabellenes første kolonne oppgis koden. Hver kode består av ett eller flere tegn. Type forløp angis med to bokstaver og ett siffer, hendelse med en bokstav og utfall med en bokstav.

I neste kolonne er kodeteksten gjengitt. Denne teksten forklarer hva koden betyr.

Ved rapportering fra system som ikke har forløpsmodul, rapporteres kodene på samme måte som prosedyrekoder. Under hver tabell står det beskrevet hvilke koder som skal benyttes i system som ikke har forløpsmodul. Kodene som rapporteres på samme måte som prosedyrekoder er satt sammen av koder for type forløp, hendelse og eventuelt utfall.

Det er skrevet kodebeskrivelse for når kodene skal benyttes. De kodene som skal registreres i det enkelte nasjonale pasientforløpet er beskrevet under den fasen hvor det er mest relevant å registrere koden, under overskriften Registrering av koder. Noen koder er relevante å registrere flere ganger, noe som står beskrevet i kodebeskrivelsen.

Hvordan kode hvis pasienten er i flere nasjonale pasientforløp samtidig?

Pasienter i både psykisk helse og rus vil som hovedregel være i ett nasjonalt pasientforløp, med unntak av pasienter med tvangslidelse (OCD). For pasienter med tvangslidelse (OCD) kan det være aktuelt med utredning og behandling for dette samtidig med utredning eller behandling i et annet forløp (generelt eller tilstandsspesifikt). Pasienter kan også være i nasjonalt forløp innen andre fagområder, som f. eks. pakkeforløp kreft, samtidig som de er i et nasjonalt pasientforløp innen psykisk helse og rus. Når en pasient er i to eller flere nasjonale forløp samtidig, skal hvert forløp kodes på samme måte som beskrevet for hvert enkelt nasjonalt forløp.

Erstatter disse kodene medisinske koder fra andre kodeverk som NCMP?

Nei, forløpskoder som er gjengitt i nasjonale pasientforløp kommer i tillegg til dagens medisinske koder. Det er viktig at prosedyrekoder, f.eks. fra NCMP-kodeverket, fortsatt registreres på vanlig måte. Kodene i nasjonale pasientforløp skal beskrive forløpet, og benyttes i statistikk og styringsverktøy for å følge opp effekten av innføring av nasjonale pasientforløp i helsetjenesten. Det er viktig at tilstandskoding og prosedyrekoding gjøres uavhengig av koding av nasjonale pasientforløp, også når innholdet i kodene (betydningen av disse) kan synes likt. Dette er viktig fordi kodene ikke er gjensidig utskiftbare, selv om de ser like ut, og bruken av kodene etter at de er registrert er også ulik og avhengig av type kode.

Type forløp:

For kvinner som henvises til Nasjonalt pasientforløp gravide og rusmidler skal koden for forløpet registreres.

Kode for type forløp skal registreres samtidig som koden Nasjonalt pasientforløp start.

Kode	Kodetekst	Type kode	Kodeverk (OID)
D09	Gravide som bruker/har brukt rusmidler – kvinne	Forløp	9321

Ved rapportering i system som ikke har forløpsmodul registreres ikke «Type forløp» som egen kode. Hvilket forløp pasienten er i angis i stedet i de øvrige kodene i forløpet.

Kode for Nasjonalt pasientforløp start skal registreres:

- når henvisning er mottatt i spesialisthelsetjenesten. Dato for Nasjonalt pasientforløp start er mottaksdato for henvisningen. Dette gjelder også pasienter som innlegges på tvang i TSB.
- når en pasient i nasjonalt pasientforløp blir overført fra et helseforetak eller privat institusjon (hf1) til nytt helseforetak eller privat institusjon (hf2). Dato for start nasjonalt pasientforløp skal da registreres ved hf2 på mottaksdato for videre henvisning. Start Nasjonalt pasientforløp skal da registreres på tilsvarende måte ved alle eventuelle påfølgende helseforetak eller private institusjoner.

Kode	Kodetekst	Type kode	Kodeverk (OID)
A	Nasjonalt pasientforløp start	Hendelse	9322

I systemer som ikke har forløpsmodul registreres dette som en prosedyrekode med kode D09A – Gravide som bruker/har brukt rusmidler – Nasjonalt pasientforløp start.

Avrusning

Noen gravide 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 døgn avsluttet. Dette gjelder også hvis avrusningen begynte som akutt avrusning, og den gravide ble kodet inn i det nasjonale pasientforløpet mens kvinnen var i avrusning. Av hensyn til fosteret og den gravide bør basis kartlegging og utredning av pasientens tilstand, inkludert ønsker og behov for videre oppfølging/behandling, starte så raskt som mulig under avrusning. Dersom den gravide mottar avrusning og døgnbehandling på samme sted, skal det likevel kodes for avslutning av avrusning. Det skal også kodes for avslutning av forløpet hvis pasienten ikke er i behov for videre døgn- eller poliklinisk behandling. Se koder for avslutning av nasjonalt pasientforløp.

Kode	Kodetekst	Type kode	Kodeverk (OID)
D	Avrusning avsluttet	Hendelse	9322

Dersom kvinnen ikke allerede er i Nasjonalt pasientforløp gravide og rus, kodes «Nasjonalt pasientforløp start» når avrusningen starter.

I systemer som ikke har forløpskode registreres dette som en prosedyrekode med kode D09D - Gravide som bruker/har brukt rusmidler – Avrusning avsluttet.

Første fremmøte i nasjonalt pasientforløp

Første fremmøte i nasjonalt pasientforløp kodes på dato for første konsultasjon i poliklinikk eller for første innleggesdato ved døgnavdeling etter vurdert helsehjelp.

Ved planlagt avrusning i oppstart av et forløp, skal koden første fremmøte i nasjonalt pasientforløp registreres etter endt avrusning. Hvis avrusningen begynte som akutt avrusning, og pasienten ble kodet inn i forløpet mens pasienten var i avrusning, kodes første fremmøte på samme måte, det vil si etter endt avrusning. I begge tilfeller registreres koden på tidspunkt for oppstart av videre utredning eller behandling.

Om avrusning og videre døgnbehandling skjer på samme sted, skal det likevel kodes for første fremmøte etter avslutning av avrusning.

Når nasjonalt pasientforløp startes etter en øyeblikkelig hjelp-vurdering, inkludert akutt avrusning, settes koden Første fremmøte i nasjonalt pasientforløp samtidig med koden Nasjonalt pasientforløp start.

Kode	Kodetekst	Type kode	Kodeverk (OID)
M	Første fremmøte i nasjonalt pasientforløp	Hendelse	9322

I systemer som ikke har forløpsmodul registreres dette som en prosedyrekode med kode D09M – Gravide som bruker/har brukt rusmidler - Første fremmøte i nasjonalt pasientforløp.

Klinisk beslutning

Klinisk beslutning kan kodes etter basis utredning eller første samtale. Hvis pasienten har en avklart tilstand, og får innvilget rett til behandling, registreres kun koden Klinisk beslutning, uten at basis utredning er gjennomført.

Koden for klinisk beslutning registreres i disse tilfellene:

- Utredningen er ferdig etter basis utredning: Kode for tjenestebehov skal registreres.
- Pasienten får innvilget rett til behandling: Kode for tjenestebehov skal registreres.

Det skal registreres minst en kode for tjenestebehov når utredningen er ferdig. I de tilfeller der pasienten trenger hjelp fra flere tjenester samtidig, skal det registreres flere koder. Det er pasientens eget ønske om hjelp som skal ligge til grunn for hvilke koder som skal registreres.

Kode	Kodetekst	Type kode	Kodeverk (OID)
C	Klinisk beslutning	Hendelse	9322
T	Behov for behandling innen TSB	Utfall	9323
S	Behov for behandling fra annen spesialisthelsetjeneste (ikke psykisk helsevern eller TSB)	Utfall	9323
P	Behov for behandling innen psykisk helsevern	Utfall	9323
K	Behov for behandling og/eller oppfølging fra fastlege, kommunal helse- og omsorgstjeneste	Utfall	9323
A	Behov for oppfølging fra andre instanser som NAV, PPT, arbeidsgiver, skole, barnevern m.m.	Utfall	9323
I	Ikke behov for videre behandling og/eller oppfølging	Utfall	9323

Hvis det nasjonale pasientforløpet ikke skal fortsette, på bakgrunn av at pasienten ikke har behov for videre behandling i TSB eller i psykisk helsevern, skal i tillegg en relevant avslutningskode benyttes.

Ved rapportering i system som ikke har forløpsmodul registreres dette som prosedyrekoder med kodene:

- D09CP – Gravide som bruker/har brukt rusmidler – Klinisk beslutning - Behov for behandling innen psykisk helsevern
- D09CT - Gravide som bruker/har brukt rusmidler - Klinisk beslutning - Behov for behandling innen TSB
- D09CS - Gravide som bruker/har brukt rusmidler - Klinisk beslutning - Behov for behandling fra annen spesialisthelsetjeneste (ikke psykisk helsevern eller TSB)
- D09CK - Gravide som bruker/har brukt rusmidler - Klinisk beslutning - Behov for behandling og/eller oppfølging fra fastlege, kommunal helse- og omsorgstjeneste
- D09CA - Gravide som bruker/har brukt rusmidler - Klinisk beslutning - Behov for oppfølging fra andre instanser som NAV, PPT, arbeidsgiver, skole, barnevern m.m.

- D09CI - Gravide som bruker/har brukt rusmidler - Klinisk beslutning - Ikke behov for videre behandling og/eller oppfølging

Pasientutsatt forløp

Pasientutsatt forløp kodes dersom pasienten velger å utsette planlagte avtaler eller ikke møter, slik at forløpstider for utredning og/eller evalueringpunkter i behandling ikke kan innfris. Utsettelsen bør være på mer enn 7 virkedager av planlagt aktivitet. Koden registreres før klinisk beslutning eller før evalueringpunkt.

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

Kode	Kodetekst	Type kode	Kodeverk (OID)
L	Pasientutsatt forløp	Hendelse	9322

Ved rapportering i systemer som ikke har forløpsmodul registreres dette som en prosedyrekode med kode D09L - Gravide som har bruker/har brukt rusmidler - Pasientutsatt forløp

Samarbeidsmøte med andre instanser

Ved behov gjennomføres det samarbeidsmøte /ansvarsgruppemøte hvor den gravide, barnefar / partner og eventuelt andre pårørende, aktuelle kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten er tilstede.

Samarbeidsmøte skal registreres som en medisinsk prosedyrekode etter gjeldende kodeverk i NCMP.

Evalueringpunkt

Hver gang en evaluering er fullført, slik den er beskrevet i nasjonalt pasientforløp, skal kode for evalueringpunkt registreres. Dato for evalueringpunkt skal være den dato evalueringen er fullført. Anbefalt frekvens for evalueringpunkt er angitt i forløpsbeskrivelsen, og er ulik i døgnbehandling og poliklinisk behandling. Det skal alltid gjøres en evaluering når et nasjonalt pasientforløp avsluttes i spesialisthelsetjenesten.

--	--	--	--

Kode	Kodetekst	Type kode	Kodeverk (OID)
E	Evalueringspunkt	Hendelse	9322

Ved rapportering i system som ikke har forløpsmodul registreres dette som en prosedyrekode med kode D09E – Gravide som bruker/har brukt rusmidler – Evalueringspunkt.

Feedbackverktøy

Med feedbackverktøy menes gjennomgang av et skjema der pasienten på en systematisk måte kan gi tilbakemelding til behandleren om hvordan pasienten opplever behandlingen. Hvis det regelmessig er benyttet feedbackverktøy under behandlingen, skal dette registreres mot slutten av forløpet. Dette registreres kun én gang uavhengig av antall konsultasjoner hvor feedbackverktøyet er brukt.

Kode	Kodetekst	Type kode	Kodeverk (OID)
U	Utført aktivitet	Hendelse	9322
F	Brukt feedbackverktøy	Utfall	9325

Bruk av feedbackverktøy registreres som kode under avslutning av nasjonalt pasientforløp.

Ved rapportering i system som ikke har forløpsmodul registreres dette som en prosedyrekode med kode D09UF - Gravide som bruker/har brukt rusmidler - Brukt feedbackverktøy

Avslutning av nasjonalt pasientforløp ved utskrivning fra spesialisthelsetjenesten

Nasjonalt pasientforløp for gravide og rusmidler kan avsluttes på flere måter:

- Avslutning av gjennomført nasjonalt pasientforløp. Registrering av kode for avslutning av forløpet og kode for avslutning av gjennomført nasjonalt pasientforløp skal skje på samme dato som når forløpet avsluttes. Kode for avslutning av gjennomført nasjonalt pasientforløp registreres når det er tatt en klinisk beslutning om at pasienten ikke trenger behandling eller når behandlingen er gjennomført etter planen.
- Rett til helsehjelp ikke innvilget. Dato for avslutning av nasjonalt pasientforløp og kode for rett til helsehjelp ikke innvilget registreres på den dato vurderingen blir gjort.

- Pasienten overføres til annet helseforetak eller privat institusjon for å videreføre nasjonalt pasientforløp der. Dato for avslutning av nasjonalt pasientforløp og kode for overføring til annet helseforetak / privat institusjon for videreføring av pågående nasjonalt pasientforløp registreres på den dato overføringen skjer.
- Avbrudd etter pasientens eget ønske. Når behandler ikke anser forløpet som fullført, men det brytes av etter pasientens ønske, skal dato for avslutning av nasjonalt pasientforløp og kode for avbrudd etter pasientens/foresattes eget ønske registreres på den dato behandlingsstedet får informasjon om avbruddet.
- Avbrudd fordi pasienten ikke har møtt. Når behandler ikke anser nasjonalt pasientforløp som fullført, men det brytes av etter at pasienten ikke har møtt til flere avtalte timer, skal denne koden benyttes. Koden skal ikke benyttes før anbefalinger som står beskrevet under «Tilbakefallsforebygging og håndtering av avbrudd (dropout)» er gjennomført.
- Avslutning av andre årsaker. Dato for avslutning av nasjonalt pasientforløp og kode for avslutning av andre årsaker registreres på den dato behandlingsstedet får informasjon om avslutningen. Dette kan f.eks. være ved dødsfall.
- Overført til annet nasjonalt pasientforløp innen psykisk helse og rus. Dato for avslutning av forløpet og kode for overføring til annet nasjonalt pasientforløp innen psykisk helse og rus registreres på dato for når overføringen til nytt nasjonalt pasientforløp skjer. Denne koden skal som hovedregel ikke benyttes ved overføring til nasjonalt pasientforløp ved tvangslidelse (OCD).
- Pasienten overføres til avtalespesialist for videre behandling og det nasjonale pasientforløpet avsluttes. Dato for avslutning av det nasjonale pasientforløpet, og kode for Overført til avtalespesialist for ferdigbehandling, registreres på den dato overføringen skjer. Denne koden avslutter målingene i det nasjonale pasientforløpet

Kode	Kodetekst	Type kode	Kodeverk (OID)
X	Avslutning av nasjonalt pasientforløp	Hendelse	9322
G	Avslutning av gjennomført nasjonalt pasientforløp	Utfall	9326
P	Avbrudd etter pasientens/foresattes eget ønske	Utfall	9326
M	Avbrudd fordi pasienten ikke har møtt	Utfall	9326
A	Avslutning av andre årsaker	Utfall	9326
R	Rett til helsehjelp ikke innvilget	Utfall	9326
O	Overført til annet helseforetak / privat behandlingssted for videreføring av pågående nasjonalt pasientforløp	Utfall	9326
N	Overført til annet nasjonalt pasientforløp innen psykisk helse eller rus	Utfall	9326
S	Overført til avtalespesialist for ferdigbehandling og avslutning av nasjonalt pasientforløp	Utfall	9326

Kodene P og M skal brukes når nasjonalt pasientforløp avbrytes uten at det er planlagt, og behandler ikke anser forløpet som fullført.

Ved rapportering i system som ikke har forløpsmodul registreres dette som prosedyrekoder med kodene:

- D09XG – Gravide som bruker/har brukt rusmidler - Avslutning av nasjonalt pasientforløp - Avslutning av gjennomført nasjonalt pasientforløp
- D09XP - Gravide som bruker/har brukt rusmidler - Avslutning av nasjonalt pasientforløp - Avbrudd etter pasientens/foresattes eget ønske
- D0XM - Gravide som bruker/har brukt rusmidler - Avslutning av nasjonalt pasientforløp - Avbrudd fordi pasienten ikke har møtt
- D09XA - Gravide som bruker/har brukt rusmidler - Avslutning av nasjonalt pasientforløp - Avslutning av andre årsaker
- D09XR - Gravide som bruker/har brukt rusmidler - Avslutning av nasjonalt pasientforløp - Rett til helsehjelp ikke innvilget
- D09XO - Gravide som bruker/har brukt rusmidler - Avslutning av nasjonalt pasientforløp - Overført til annet helseforetak / privat behandlingssted for videreføring av pågående nasjonalt pasientforløp
- D09XN - Gravide som bruker/har brukt rusmidler - Avslutning av nasjonalt pasientforløp - Overført til annet nasjonalt pasientforløp innen psykisk helse eller rus
- D09XS - Gravide som bruker/har brukt rusmidler - Avslutning av nasjonalt pasientforløp - Overført til avtalespesialist for ferdigbehandling og avslutning av nasjonalt pasientforløp

Hjelpebehov ved avslutning av nasjonalt pasientforløp i spesialisthelsetjenesten:

Koden skal benyttes samtidig som koden XG - Avslutning av gjennomført nasjonalt pasientforløp, der behandlingen i psykisk helsevern/TSB er gjennomført etter planen, eller samtidig med koden XN - Overført til annet nasjonalt pasientforløp innen psykisk helse eller rus. Koden skal også benyttes samtidig som koden XA - Avslutning av andre årsaker, der det er relevant, som når pasienten avslutter forløpet etter første samtale. I de tilfeller der pasienten trenger hjelp fra flere tjenester samtidig, skal det registreres flere koder.

Kode	Kodetekst	Type kode	Kodeverk (OID)
H	Hjelpebehov ved avslutning av nasjonalt pasientforløp i spesialisthelsetjeneste	Hendelse	9322
P	Behov for behandling innen psykisk helsevern	Utfall	9328
T	Behov for behandling innen TSB	Utfall	9328
S	Behov for behandling fra annen spesialisthelsetjeneste (ikke psykisk helsevern eller TSB)	Utfall	9328
K	Behov for behandling og/eller oppfølging fra fastlege, kommunal helse- og omsorgstjeneste	Utfall	9328
A	Behov for oppfølging fra andre instanser som NAV, PPT, arbeidsgiver, skole, barnevern mm.	Utfall	9328
I	Ikke behov for videre behandling og/eller oppfølging	Utfall	9328

Ved rapportering i system som ikke har forløpsmodul registreres dette som prosedyrekoder med kodene:

- D09HP - Gravide som bruker/har brukt rusmidler - Hjelpebehov ved avslutning av nasjonalt pasientforløp i spesialisthelsetjenesten - Behov for behandling innen psykisk helsevern
- D09HT - Gravide som bruker/har brukt rusmidler - Hjelpebehov ved avslutning av nasjonalt pasientforløp i spesialisthelsetjenesten - Behov for behandling innen TSB
- D09HS - Gravide som bruker/har brukt rusmidler - Hjelpebehov ved avslutning av nasjonalt pasientforløp i spesialisthelsetjenesten - Behov for behandling fra annen spesialisthelsetjeneste (ikke Psykisk helsevern eller TSB)
- D09HK - Gravide som bruker/har brukt rusmidler - Hjelpebehov ved avslutning av nasjonalt pasientforløp i spesialisthelsetjenesten - Behov for behandling og/eller oppfølging fra fastlege, kommunal helse- og omsorgstjeneste
- D09HA - Gravide som bruker/har brukt rusmidler - Hjelpebehov ved avslutning av nasjonalt pasientforløp i spesialisthelsetjenesten - Behov for oppfølging fra andre instanser som NAV, PPT, arbeidsgiver, skole, barnevern mm.
- D09HI - Gravide som bruker/har brukt rusmidler - Hjelpebehov ved avslutning av nasjonalt pasientforløp i spesialisthelsetjenesten - Ikke behov for videre behandling og/eller oppfølging

Kapittel 8

Generell informasjon

Nasjonale pasientforløp for psykisk helse og rus skal gi pasienter helhetlige og forutsigbare utrednings- og behandlingsforløp, uten unødig ventetid. Alle tjenester i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) skal organiseres som nasjonale pasientforløp. Dette gjelder alle avdelinger/enheter i psykisk helsevern og TSB, også regionale og nasjonale enheter, og private aktører som har avtale med et regionalt helseforetak (RHF) eller HELFO.

Pasientene kan ikke velge å motta helsehjelp uten å være i et nasjonalt pasientforløp, da forløpene ikke er en behandlingsform, men en organisering av tjenestene som yter helsehjelp. Helsetjenesten skal registrere opplysninger om tidsbruk og aktiviteter i det enkelte pasientforløpet. Formålet med registreringen er å følge med på om målene med nasjonale pasientforløp oppnås. Opplysningene som registreres er direkte knyttet til ytelse av helsehjelp. Slike opplysninger kan registreres uten at pasienten samtykker til selve registreringen.

Forløpstider

Forløpstider er den maksimale tiden/antallet dager tjenesten anbefales å bruke på en utredning eller mellom evalueringer av behandlingen. Forløpstider er innført for å unngå ubegrunnet ventetid på utredning og behandling.

Pasient- og brukerrettighetsloven gir pasientene rett til oppstart av helsehjelp innen en individuelt fastsatt frist. Nasjonale pasientforløp gir ikke pasientene nye rettigheter, men forløpstidene gir anbefalinger for hvor lang tid ulike faser i pasientforløpet bør ta. Forløpstider eller frister i et forløp gir ikke pasientene rettigheter hvis disse fristene ikke overholdes. Brudd på forløpstider skal derfor heller ikke meldes til Helfo.

Pasienter kan henvende seg til behandlingsstedet og be om begrunnelse dersom forløpstidene ikke følges. Årsak til at forløpstidene ikke følges, bør dokumenteres i pasientens journal. Pasienter kan klage til Fylkesmannen hvis de mener de ikke får forsvarlig helsehjelp.

Hvilket nasjonalt pasientforløp bør pasienten følge?

Henvisningen til spesialisthelsetjenesten sendes på vanlig måte. I kapittel Kartlegging og henvisning i det enkelte nasjonale pasientforløpet og i Norsk elektronisk legehåndbok (NEL) er det oversikt over hva som bør være med i en henvisning, hvilken kartlegging som bør gjennomføres og forventninger til dialog med pasient og pårørende. Spesialisthelsetjenesten vurderer ut fra henvisningen hvilket forløp pasienten bør inkluderes i.

Spesialisthelsetjenesten benytter prioriteringsveiledere ved vurdering av henvisninger. Den enkelte prioriteringsveileder inneholder anbefaling av rettighetstildeling og fristfastsettelse for de vanligste henvisningstilstandene innenfor hvert fagområde.

- Voksne pasienter skal inkluderes i Nasjonalt pasientforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern, voksne, når ett eller flere tegn på alvorlig psykisk lidelse foreligger, med unntak av de pasientene som passer inn i et tilstandsspesifikt forløp.

- Barn og unge skal inkluderes i Nasjonalt pasientforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern, barn og unge, når ett eller flere tegn på alvorlig psykisk lidelse foreligger, med unntak av de pasientene som passer inn i et tilstandsspesifikt forløp.
- Pasienter med rusmiddelproblemer eller annen avhengighetsproblematikk inkluderes i Nasjonalt pasientforløp for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).
- Ved samtidig alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblematikk, skal pasienten inkluderes i Nasjonalt pasientforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern, voksne, se [ROP-retningslinjen kapittel 8.8.4](#) og [prioriteringsveileder for TSB under «Psykisk helsevern – ansvarsfordeling»](#)).
- Gravide med rusmiddelproblemer med behov for hjelpetiltak for sine rusmiddelproblemer inkluderes i Nasjonalt pasientforløp gravide og rusmidler.
- Ved mistanke om psykoseutvikling eller psykoselidelse hos barn, unge og voksne, skal pasienten inkluderes i Nasjonalt pasientforløp ved mistanke om psykoseutvikling og psykoselidelser hos barn, unge og voksne.
- Ved mistanke om spiseforstyrrelser hos barn og unge (opp til 23 år), skal pasienten inkluderes i Nasjonalt pasientforløp ved spiseforstyrrelser hos barn og unge.
- Ved mistanke om spiseforstyrrelser hos voksne skal pasienten inkluderes i Nasjonalt pasientforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern, voksne.
- Ved mistanke om tvangslidelse (OCD) hos barn, unge eller voksne, kan pasienten henvises til Nasjonalt pasientforløp for utredning og behandling av tvangslidelse (OCD).

Hvis det er mistanke om annen psykisk lidelse i tillegg, bør pasienten inkluderes i aktuelt forløp. Andre mulige tilstander kan bli vurdert før pasienten eventuelt viderehenvises til Nasjonalt pasientforløp for utredning og behandling av tvangslidelse (OCD).

Pasienter i psykisk helsevern/TSB vil som hovedregel være i ett nasjonalt pasientforløp for psykisk helse og rus.

Et unntak er pasienter med behov for utredning og/eller behandling for tvangslidelse (OCD). Nasjonalt pasientforløp for utredning og behandling av tvangslidelse (OCD) kan gjennomføres parallelt med utredning og/eller behandling av annen psykisk lidelse eller rusmiddelproblem. I tillegg kan gravide med rusmiddelproblemer henvises til både Nasjonalt pasientforløp rusbehandling (TSB) og Nasjonalt pasientforløp gravide og rusmidler.

Uavhengig av forløp, har behandler ansvar for å konferere med annen nødvendig kompetanse ved behov. Etter utredning kan det være aktuelt med henvisning til et annet forløp for behandling og oppfølging. Ved overføring til et annet forløp skal som hovedregel første forløp avsluttes.

Måling og evaluering

Det er opprettet koder for de nasjonale pasientforløpene i Norsk pasientregister (NPR), for å kunne følge med på om målene for forløpene for psykisk helse og rus oppnås. Basert på kodene, er det utviklet relevante kvalitetsindikatorer. Indikatorene kan brukes til styringsinformasjon lokalt, regionalt og nasjonalt. Resultatene kan brukes for sammenligning med tilsvarende enheter, og som utgangspunkt for lokalt kvalitetsforbedringsarbeid. For mer informasjon om koder for de nasjonale pasientforløpene, se siste kapittel i forløpsbeskrivelsene.

Overgang fra barn til ungdom og voksen

Noen barn og unge vil ha behov for et behandlingstilbud over lengre tid og vil dermed gå fra psykisk helsevern for barn og unge (BUP) til psykisk helsevern for voksne (PHV). Overganger kan også omfatte ungdom som går fra rus- og avhengighetsbehandling i regi av barnevern eller fra BUP, til tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Overgangen kan være en utfordring for både pasienter og familie. God planlegging og tilrettelegging av overgangen kan gi økt pasienttilfredshet, bedre etterlevelse og bedre sykdomsforståelse.

Noen sentrale punkter for en vellykket overgang vil være:

- Forberedelsene bør starte tidlig i forløpet.
- Det bør utarbeides en individuell overgangsplan, i samarbeid med ungdommen og familien og som involverer kommunehelsetjenesten der det er aktuelt.
- Det bør utpekes kontaktpersoner som er ansvarlige for overgangsplanen på både BUP og PHV, som har god kunnskap om unges utvikling og særlige behov.
- Det bør utarbeides en oppdatert oppsummering til ungdommen selv, mottakende avdeling og/eller primærhelsetjeneste.
- Det bør avklares hvem i ungdommens nettverk som kan være en støtte i overgangsfasen.
- Ungdommen bør ikke overføres til voksenavdeling før han/hun har den nødvendige kunnskap, kompetanse og egenomsorg til å kunne fungere der.
- Selve overgangen bør skje i en rolig fase av sykdommen.
- Det bør sørges for at ungdommen kjenner det nye stedet – gjennomfør eventuelt felles møter med behandlere fra BUP og PHV.

Se også

- [eksempel fra Helse Bergen på retningslinje for overføring av pasienter fra psykisk helsevern for barn og unge til psykisk helsevern for voksne \(PDF, helse-bergen.no\)](#)
- [10 råd fra Ungdomsrådet ved Nordlandssykehuset til helsepersonell \(PDF, nordlandssykehuset.no\)](#)

Særlige grupper

Gravide i psykisk helsevern

Noen kvinner opplever en strevsom periode som gravid og kan ha vanskelige tanker og følelser relatert til det ufødte barn. Det kan variere om kvinnene har en psykisk lidelse som forverres ved graviditet eller om utfordringene kan anses å være relatert til graviditet. Disse kvinnene kan bli henvist til DPS, men dersom vanskene vurderes å være relatert til graviditet, henvises mange til BUP. Alvorlighetsgraden av tilstanden til den gravide og grad av bekymring for det ufødte barnet (etter en helhetsvurdering) bør legges til grunn for om den gravide bør få sitt tilbud i spesialisthelsetjenesten eller kommunehelsetjenesten. Dersom den gravide får et tilbud i spesialisthelsetjenesten, bør det skje i et samarbeid med svangerskapsomsorgen og helsestasjonstjenesten for å sikre god oppfølging videre.

Noen steder finnes det forebyggende familieteam som ivaretar disse kvinnene.

Dersom den gravide henvises til spesialisthelsetjenesten, må det gjøres en vurdering av hennes vansker og ev. årsak, i DPS eller BUP. Dersom vanskene med graviditet viser seg å skyldes en psykisk lidelse eller det utvikler seg til dette, henvises hun til DPS. Dersom vanskene knyttet til graviditet og relasjonen til det ufødte barnet blir det viktigste, kan hun overføres til BUP.

Noen gravide kan ha behov for et tilbud både i BUP og DPS. Dersom hun får et tilbud i DPS, skal hun som hovedregel ikke være i to nasjonale pasientforløp. Behandler i DPS bør konsultere/drøfte aktuelle

problemstillinger med BUP og ivareta et helhetlig behandlingstilbud til kvinnen DPS eller BUP må sikre et godt samarbeid mellom ulike relevante tjenester som DPS, barneverntjeneste, kommunale helsetilbud og BUP.

Dersom kvinnen mottar behandlingstilbud i både i BUP og DPS, kan det være hensiktsmessig å kode i to ulike forløp. Ev. bør det fremgå tydelig i behandlingsplanen at hun mottar parallelle oppfølgings-/behandlingstilbud, men registreres i ett forløp.

For kvinner som får et tilbud i BUP, er det kvinnen som får pasientstatus. Kvinnen får pasientstatus for å ivareta behovet for kartlegging og eventuell behandling i forhold til relasjonen til det ufødte barnet.

Gravide i BUP kan unntas å være i et nasjonalt pasientforløp.

Dersom utfordringene i relasjonen mellom mor og barn vedvarer etter fødsel eller barnet har sårbarheter, eller det er andre risikofaktorer som kan påvirke foreldrerollen, kan barnet få pasientstatus i BUP.

Dersom mor er innlagt og har et nyfødt barn, bør det være mulig å ha en egen journal på far/medmor. Det er ikke noe i veien juridisk sett for at far/medmor henvises til behandling i BUP. Det må da opprettes egen journal på far/medmor, jf. omtale av ISF over.

Det foreligger ikke noen juridiske hindringer for at BUP kan ha voksne pasienter for å jobbe med relasjonen mor og barn gjennom barnets første leveår.

Pasientjournalen skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, jf. helsepersonelloven § 40. Det skal opprettes en journal per pasient. Opplysninger om mor skal journalføres i mors pasientjournal, og opplysninger om barnet skal journalføres i barnets pasientjournal. Opplysninger om mor kan kun journalføres i barnets pasientjournal i den grad opplysningene er relevante og nødvendige for den helsehjelpen som gis til barnet. Dersom man skal føre opplysninger om mor i barnets journal, er det viktig å huske på at barnet får rett til innsyn i journalen når vedkommende blir eldre. Hvis det i hovedsak er mor/far/medmor som mottar behandling i BUP, bør journalføringen skje i mor/far/medmors journal og ikke i barnets journal.

Behandling av voksne i BUP grupperes og finansieres i ISF tilsvarende behandling av voksne i psykisk helsevern for voksne. ISF-finansieringen er noe lavere enn tilsvarende i BUP. Det er anledning til å ta egenandel fra voksne, dersom de ikke er unntak, slik som det er for oppfølging av gravide og inntil to konsultasjoner etter fødsel. Det forutsetter at BUP har et system for innkreving av egenandel.

Se også Koding for gravide i PHBU: [Retningslinjer for koding Multiaksial klassifikasjon i psykisk helsevern for barn og unge \(ehelse.no, PDF\)](#).

Barn i barnevernet

Barn som mottar tjenester fra barnevernet eller bor barnevernsinstitusjoner er omfattet av nasjonale pasientforløp, dersom de henvises til psykisk helsevern eller TSB for utredning og/eller behandling. Det er utarbeidet et [nasjonalt forløp for barnevern](#). Dette forløpet har blant annet til hensikt å sikre tidligere avdekking og oppfølging av ev. psykisk helse og rusutfordringer hos barn og unge i barnevernet.

Det innebærer at det skal gjøres en vurdering av behov for bistand til kartlegging av psykisk helse eller rusutfordringer eller behov for helsehjelp for barn hvor det er opprettet undersøkelsessak i barneverntjenesten. Behov for bistand til kartlegging av behov for helsehjelp eller behov for helsehjelp er sentralt gjennom hele barnevernsforløpet.

Pasienter under 18 år med rusmiddelproblemer

Barn og unge med rusmiddelproblemer skal som hovedregel kartlegges / vurderes i den kommunale helse- og omsorgstjenesten før henvisning blir sendt til spesialisthelsetjenesten.

Kartlegging/vurdering er nødvendig for å vurdere hvordan barn og unge best følges opp. Da finner man ut om det er behov for å iverksette tiltak i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, i andre kommunale tjenester eller om de henvises til spesialisthelsetjenesten. Helsetjenesten vurderer alvorlighetsgraden av symptomer og vansker for å sikre nødvendig og forsvarlig hjelp. Spesialisthelsetjenesten har ansvaret for å tilby utredning og/eller behandling.

Barn og unge som har utviklet et rusmiddelproblem vil ofte kunne ha problemer som er komplekse og sammensatte. For mange vil dette være etter fylt 18 år, som er det formelle skillet mellom BUP og psykisk helsevern for voksne og TSB.

Pasienter med manglende samtykkekompetanse

Nasjonale pasientforløp er en måte å organisere tjenestene på som sikrer at bestemte elementer inngår i helsehjelpen og innen gitte frister. Forløpene er ikke helsehjelp i seg selv. Pasienter skal derfor ikke samtykke til forløpene, på samme måte som de ikke skal samtykke til organiseringen av andre typer helsehjelp som ikke inngår i nasjonale pasientforløp. Det innebærer at det i relasjon til forløpene er uten betydning om pasienten er samtykkekompetent eller ei.

Det pasienten skal samtykke til, er konkrete helsehjelpsmomenter i forløpet, for eksempel omfang av utredning og av deltakelse i samarbeidsmøter, samt legemiddelbruk.

Mangler pasienten samtykkekompetanse, vil det være helsepersonell, ev etter høring av pårørende, som beslutter om helsehjelpen, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6. Dreier det seg om psykisk helsehjelp gitt med tvang, må det fattes vedtak iht. psykisk helsevernloven. Dreier det seg om somatisk helsehjelp gitt med tvang, skal det være fattet vedtak etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A.

Uansett skal helsehjelpen til pasienten (så langt som mulig) skje innenfor rammen av nasjonale pasientforløp på de områdene der tjenestene nå etter hvert er organisert som forløp.

Feedback-verktøy

For å sikre individuell tilpasning og ønsket behandlingsutbytte bør det gjennomføres systematisk og kontinuerlig tilbakemelding/evaluering av behandlingen fra bruker/pasient. Systematisk innhenting av pasienters evaluering av bedringsprosess og den terapeutiske allianse gir bedre behandling, og er mål på kvalitet av og effekt i behandlingen. Innhenting bør skje gjennom validerte tilbakemeldingsverktøy og behandlingen bør justeres fortløpende med bakgrunn i tilbakemeldingene.

Kapittel 9

Om forløpet

Kapittel 9.1

Implementering og verktøy

Flere av implementeringsverktøyene er *ikke* oppdatert med navneendringen "nasjonale pasientforløp".

Implementeringsplan

[Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus.](#)

Kodeveileder

[Felles kodeveileder for nasjonale pasientforløp psykisk helse og rus](#)

Implementeringsverktøy

Det er laget et **dashboard** med [månedlig oppdaterte tall fra Norsk pasientregister \(NPR\) som gjør det mulig å følge med på utviklingen i nasjonale pasientforløp psykisk helse og rus.](#)

NK-ROP har utviklet **statuskartleggingsskjema** for forløpene. Dette kan brukes av ledere og i møter der implementering av forløpene drøftes. Verktøyet:

- er ment som et hjelpemiddel til å kartlegge status på aktuell praksis
- gir en oversikt over i hvilken grad aktuelle målepunkter følges opp som beskrevet i forløpet
- gir mulighet til å planlegge tiltak for økt måloppnåelse, og å vurdere risiko for mangelfull gjennomføring

Statuskartleggingen er laget for å understøtte lokale implementeringstiltak, og resultatet skal ikke rapporteres utenfor virksomheten.

Statuskartleggingsskjema: [Gravide og rusmidler \(XLS\)](#) | [Psykiske lidelser – Barn og unge \(XLS\)](#) | [Psykiske lidelser – Voksne \(XLS\)](#) | [Psykoselidelser \(XLS\)](#) | [Rusbehandling \(TSB\)](#) | [Spiseforstyrrelser \(XLS\)](#) | [Tvangslidelser \(OCD\)](#).

Vi har laget **filmer om implementering** av forløpene med erfaringer både fra brukersiden og helsetjenesten. Den ene filmen handler om hvordan man kan få til [bedre brukermedvirkning \(youtube.com\)](#). Den andre filmen handler om hvordan man kan få til [bedre samarbeid og samhandling mellom ulike deler av helsetjenesten \(youtube.com\)](#).

Flytskjema: [Pakkeforløp for psykisk helse og rus \(PDF\)](#) | [Psykoselidelser \(PDF\)](#)

Helse Sør-Øst har utarbeidet **e-læringsverktøy** om pakkeforløp for psykisk helse og rus. [Det finnes både et grunnkurs og et kurs for enkelte forløp \(kompetansebroen\).](#)

Informasjon og opplæring til pasienter, brukere og pårørende

[Informasjon til pasient og eventuelt pårørende om nasjonale pasientforløp psykisk helse og rus er tilgjengelig på helsenorge.no.](#)

[Brosjyre om hva pasienten trenger å vite om nasjonale pasientforløp psykisk helse og rus \(PDF\)](#)

[Kunnskapssenteret har utviklet ulike spørreskjema for å måle pasienters erfaringer med blant annet spesialisthelsetjenesten \(fhi.no\).](#)

[Senter for livsmestring og folkehelse har på oppdrag fra Helsedirektoratet laget et opplegg for opplæring i brukermedvirkning på individnivå. Se filmen som hører til opplegget \(helsenorge.no\).](#)

Informasjon til kommunen og henvisere

[Brev til landets kommuner vedr. innføring av pakkeforløp for psykisk helse og rus, 14/09-18 \(PDF\)](#)

[Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid \(Napha\) har mye informasjon om pakkeforløp, ikke minst det som berører kommunene \(napha.no\).](#)

[Brev vedr. henvisning til pakkeforløp for psykisk helse og rus, 07/02-19 \(PDF\)](#)

Kontakt oss

E-post: pakkeforlop.psykiskhelse.rus@helsedir.no

Kapittel 9.2

Målsetning, kunnskapsgrunnlag og arbeidsgruppe

Målsetning

Målsetningen med Nasjonalt pasientforløp gravide og rusmidler er:

- Nå frem til og tilby oppfølging til flere kvinner som bruker/har brukt rusmidler og vanedannende legemidler i svangerskapet
- Sikre god ivaretagelse av foster og kvinne
- Forebygge/minimere eventuelle fosterskadelige effekter av rusmidler/legemidler
- Legge til rette for at kvinnen skal kunne ta vare på barnet og forberede seg på foreldrerollen
- Sikre videreføring til annet nasjonalt pasientforløp

Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet og brukermedvirkning / systematisk feedback ser ut til å gi mer effektiv behandling. Brukere har rett til å medvirke, og tjenestene har plikt til å involvere brukeren. I tråd med prinsippene i pasientens helsetjeneste skal pasientene være aktive deltakere i helsehjelpen

de mottar. Brukermedvirkning forutsetter at det legges til rette for samvalg, og at pasienten ses som en likeverdig partner i diskusjoner og blir hørt når det tas beslutninger som angår han/henne. Å legge brukerperspektivet til grunn innebærer at forebygging, kartlegging, behandling og samarbeidsmøter tar utgangspunkt i pasientens og/eller foreldres, ev. pårørendes kunnskap, ønsker og behov.

Brukermedvirkning innebærer at både pasients og/eller foreldres, ev. pårørendes synspunkter legges til grunn og drøftes for å finne den best egnede behandlingstilnærmingen for pasienten. Virksomheten bør etablere systemer for systematisk opplæring i bruker- og pårørendemedvirkning og bruken av samvalg.

Helsehjelpen skal være forsvarlig, og behandlingen som ønskes må være innenfor det som tilbys av helsetjenesten. Samvalg betyr ikke at pasienten alltid skal få etterkommet sitt ønske.

Samvalgsprosessen skal imidlertid gi helsepersonell kunnskap om hva som er viktig for pasienten, og bidra til behandling som tar hensyn til pasientens livssituasjon (NHSP 2020- 2023).

Pasientens og/eller foreldres eget ønske om hjelp skal ligge til grunn for de vurderinger og beslutninger som tas. Det skal fremkomme i journal hvordan pasientens og/eller foreldres, ev. pårørendes ønsker er ivaretatt. Det bør også gis informasjon om bruker- og pårørendeorganisasjoner som kan bistå med hvordan medvirkning kan ivaretas.

Pårørende

Behandling og oppfølging av den gravide bør ha et familieperspektiv som sikrer god ivaretagelse av [mindreårige barn og søsken som pårørende \(lovdata.no\)](https://lovdata.no), og barnefar/partner.

Pårørende og øvrig nettverk kan ha viktig informasjon, være samarbeidspartnere og være en støtte for kvinnen gjennom forløpet. Samtidig skal helsepersonellet være oppmerksomme på at kvinnen og hennes pårørende kan ha ulike ønsker og at pårørende kan ha egne informasjons- og hjelpebehov som skal ivaretas. Se også [Pårørendeveilederen](#) som handler om involvering av og støtte til pårørende i hele helse- og omsorgstjenesten.

Kunnskapsgrunnlag

Nasjonalt pasientforløp for gravide og rusmidler er utviklet med en kunnskapsbasert tilnærming. Det innebærer at både forskning, kliniske erfaringer og brukererfaringer er lagt til grunn i utviklingsarbeidet.

Forløpet er utarbeidet av en arbeidsgruppe med representanter fra bruker- og pårørendeorganisasjoner og relevante fagmiljø.

Det er arbeidet systematisk med innhenting av kunnskap på flere områder, inkludert hva som er viktig for brukere og pårørende. Ulike relevante nasjonale publikasjoner ligger også til grunn for arbeidet.

Forslaget til forløpet har vært på høring, og alle innspillene er gjennomgått på en grundig og systematisk måte.

På områder der det ikke finnes klare kunnskapsbaserte anbefalinger, er forløpet basert på arbeidsgruppens utkast og høringsinnspill.

Det har i tillegg vært avholdt rådslag for en bred målgruppe i utviklingen av forløpet.

Publikasjoner som ligger til grunn for arbeidet:

- Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen

- Nasjonal retningslinje for gravide i legemiddellassistert rehabilitering (LAR) og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder
- Nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler
- Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet
- Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen. Nytt liv og trygg barseltid for familien
- Veileder om tvangstiltak overfor personer med rusmiddelproblemer (PDF)
- Sammen om mestring
- Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten
- Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator
- Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene (PDF)
- Fra bekymring til handling – En veileder om tidlig intervensjon på rusområdet
- Rapport om konsekvenser for fosteret/barnet ved bruk av rusmidler/avhengighetsskapende midler i svangerskapet
- Rusmiddeltesting – prosedyrer for rusmiddeltesting (PDF)
- [Nasjonal faglig veileder vanedannende legemidler – rekvirering og forsvarlighet](#)

Arbeidsgruppe

Ekstern fagansvarlig: Yngvar Thorjussen, avdelingsoverlege, Borgestadklinikken

Arbeidsgruppeledere:

- Stian Haugen, kriminolog, avdeling psykisk helse og rus, Helsedirektoratet
- Gabrielle Welle-Strand, spesialist i rus og avhengighetsmedisin, PhD, avdeling psykisk helse og rus, Helsedirektoratet

Deltakere:

- Anne-Brit Sveine, sosionom med master i barnevern, barnevernvaktens familieteam, Bergen kommune
- Bente Lindboe, jordmor og psykiatrisk sykepleier med master i klinisk helsearbeid, forebyggende familieteam, Vestre Viken HF
- Grete Kulild, helsesøster i forsterket helsestasjon, Solheimsviken helsestasjon, Bergen kommune
- Hilde Moan Ingebrigtsen, psykolog, avdeling for gravide og småbarnsfamilier, Lade Behandlingssenter
- Ida Kristine Olsen, brukerrepresentant, leder SMIL (brukerstyrt prosjekt for kvinner i LAR med små barn), proLAR
- Janne Skranes, pediater, PhD, Oslo Universitetssykehus
- Kathrine Egeland, jurist, avdeling psykisk helse og rus, Helsedirektoratet
- Kerstin Søderstrøm, psykologspesialist barn og unge, PhD, Stabsområde fag, Divisjon Psykisk helsevern, Sykehuset Innlandet HF
- Krister Mostrøm, lege, spesialist i allmennmedisin, fastlege og medisinsk ansvarlig lege ved Aline barnevernsenter
- Lena Gulbrandsen, sosionom med videreutdanning i rusbehandling, psykisk helse- og rustjenester, Asker kommune
- Marte Jettestad, spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer, kvinneklinikken, Haukeland Universitetssykehus
- Tine Sveen, seniorrådgiver, avdeling psykisk helsevern og rus, Helsedirektoratet
- Trine G. Karlsen, koordinator i mor/barn gruppa og likemannstjenesten, A-larm bruker og pårørendeorganisasjon

- Trude Larsen, seksjonsleder ved seksjon Tertnes, avdeling for rusmedisin, Helse Bergen

Forkortelser og definisjoner

- FAS/FASD: føtalt alkoholsyndrom / «fetal alcohol spectrum disorder» som dekker medfødte alkoholrelaterte symptomer/skader
- IP: individuell plan
- LAR-legemidler: metadon og buprenorfin brukt i legemiddelassistert rehabilitering
- NAS: neonatalt abstinenssyndrom, opptrer etter at tilførsel av opioider og/eller rusmidler/vanedannende legemidler fra kvinnen avbrytes ved fødsel
- Rusmiddelrelaterte problemer: omfatter bruk av alkohol, illegale rusmidler og vanedannende legemidler og i tillegg nylig avsluttet bruk av slike midler
- SGA: «small for gestational age» – den nyfødte er liten i forhold til gestasjonsalder (hvor langt graviditeten har kommet)
- TSB: tverrfaglig spesialisert rusbehandling – betegnelsen på rusbehandling i spesialisthelsetjenesten
- Vanedannende legemidler: legemidler med vanedannende potensial. Vi inkluderer i dette forløpet primært forskrevne legemidler, men også legemidler som kjøpes/erverves på annen måte er aktuelle.

Kapittel 9.3

Hvordan identifisere og komme tidlig i kontakt med flere gravide som drikker alkohol, bruker vanedannende legemidler og/eller illegale rusmidler

Målet med dette nasjonale pasientforløpet er å bidra til at flere av dem som bruker rusmidler i graviditeten kan nås og dermed tilbys individuelt tilpasset hjelp og behandling, slik at den nyfødte får det best mulige utgangspunktet og kvinnen/foreldrene får den hjelpen de trenger.

I dag nås bare et fåtall gravide som bruker alkohol, vanedannende legemidler og illegale rusmidler. Mange barn fødes med tilstander preget av mors bruk av rusmidler i graviditeten, noen fødes med varige skader og noen utvikler problemer i småbarnsalderen eller senere.

Her nevnes kort noen prinsipper og tiltak for å kunne nå flere gravide som bruker rusmidler og vanedannende legemidler:

- Holdningene og kompetansen til helsepersonell som møter den gravide er av stor betydning. En ikke-fordømmende og støttende holdning i møtet med kvinnen øker sjansen for at hun tar imot hjelp. Helsepersonell bør inneha nødvendig kompetanse for å være trygg i rollen, sette av god tid og gi tydelig og god informasjon til den gravide, blant annet om hvilke tilbud og hjelpetiltak som finnes i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det første møtet med helsepersonell er spesielt viktig for å etablere god kontakt med kvinnen.
- Tilbudet til de gravide må tilpasses den enkeltes situasjon, ønsker og behov
- En strukturert samtale om nåværende og tidligere levevaner (livsstilsamtale) bør gjennomføres av jordmor eller fastlege tidlig i svangerskapet
- [Bruk kartleggingsverktøy - eksempelvis TWEAK, DUDIT og AUDIT-C \(snakkomrus.no\)](#) for å kunne nå gravide som bør få tilbud om nasjonalt pasientforløp

- Muligheten til å ta kontakt med helsepersonell anonymt (på telefon eller via nett) for en første rådgivningssamtale bør vurderes innført
- En nettside bør etableres med informasjon om bruk av rusmidler og vanedannende legemidler i svangerskapet og om hvor man kan henvende seg for å få svar på spørsmål/hjelp (f.eks. på Helsenorge.no), se også [Trygg Mammamedisin](#).
- Øke kompetansen hos helsepersonell
- Graviditetstester bør inneholde vedlegg med informasjon om bruk av alkohol og andre rusmidler i graviditeten, samt opplysning om hvor man kan finne mer informasjon og hvor man kan henvende seg for å få hjelp

Det nasjonale pasientforløpet bør være attraktivt for å sikre at flere i målgruppen tar imot tilbudet. Dette gjøres ved at den gravide får følgende standardtilbud i Nasjonalt pasientforløp gravide og rusmidler:

- Tettere svangerskapsoppfølging (hyppigere kontroller, samt at hver kontroll har lenger varighet)
- Hjelp til røykeslutt/røykereduksjon ved behov
- Flere ultralydundersøkelser (totalt fire)
- Tilbud om psykologtimer i kommune eller spesialisthelsetjeneste
- Samtale med barnelege på nyfødtavdeling
- Foreldreforberedende samtale
- Utvidet barselopphold
- [Tilbud om behandling i TSB](#)

Kapittel 10

Endringslogg

Endringsloggen er felles for nasjonale pasientforløp for psykisk helse og rus, men det fremkommer dersom en endring kun gjelder enkelte forløp.

2022

30. september

Helsedirektoratet fikk i 2022 i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å videreutvikle forløpene innen psykisk helse og rus:

- 30. september 2022:
 - Navnet endres fra "pakkeforløp" til "nasjonale pasientforløp" innen psykisk helse og rus. Navnet har blitt endret gjennomgående i forløp og kodeverk, og gjelder fra 1. januar 2023.
 - Ny kode for overføring til avtalespesialist for ferdigbehandling og avslutning av nasjonalt pasientforløp.
 - Det er ikke blitt gjort andre innholdsmessige endringer.
- Neste fase av arbeidet: Videreutvikling av innhold og innretning i forløpene vil pågå det kommende året og er planlagt ferdigstilt for publisering høsten 2023.

24. juni

- **Spiseforstyrrelser:** I kapittel 3, under "Evalueringpunkter", er verktøyet Children's Global Assessment Scale (CGAS) fjernet på grunn av manglende distribusjonsrett i Norge.
- **Psykiske lidelser – barn og unge:** Verktøyet Children's Global Assessment Scale (CGAS) er fjernet på grunn av manglende distribusjonsrett i Norge. Dette har medført endring i kapittel 3, under "Evalueringpunkter", og i koden "Bruk av standardisert verktøy for måling av symptom og/eller funksjon".

2021

8. desember

- **Psykiske lidelser – barn og unge:** Kapittel 2.1 «ADHD og andre nevrouviklingsforstyrrelser» er nytt innhold i Psykiske lidelser – barn og unge-pakkeforløpet. Denne delen av pakkeforløpet gjelder fra 1. mars 2022.

31. august

- **Rusbehandling (TSB):** Kapittel 4 «Akuttbehandling og oppfølging etter rusmiddeloverdose» er nytt innhold i TSB-pakkeforløpet. Denne delen av pakkeforløpet gjelder fra 1. januar 2022.

5. januar

- **Statuskartleggings skjema:** Statuskartleggings skjema (under "Implementering og verktøy") for det enkelte pakkeforløp er oppdatert.

Desember 2020

4. desember

- **Psykiske lidelser - voksne, Psykoselidelser og Rusbehandling (TSB):** Henvisning og start -> Kartlegging og henvisning: Lagt til at ROP-screen kan benyttes for avklaring ved mistanke om samtidig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer

November 2020

6. november

- **Spiseforstyrrelser:** Det stod feil forløpstid fra "Henvisning mottatt til første fremmøte ved alvorlig tilstand". Korrekt forløpstid er inntil syv kalenderdager (1 uke).

4. november

- **Spiseforstyrrelser:** "Familiebasert behandling spesifikt for spiseforstyrrelser" skal ikke lenger registreres som pakkeforløpskode, men som medisinsk prosedyrekode etter gjeldende kodeverk i NCMP.

2. november

- **Gravide og rusmidler:** Satt inn tekst om "pasientbestemt utsettelse" i kapittel 4 og kapittel 7. I Endringsloggen under står det at pasientbestemt utsettelse gjelder alle forløp bortsett fra Gravide og rusmidler, men det er feil.

29. september 2020

Henvisning og start

- **Kartlegging og henvisning:**
 - Lagt til pengespill og gaming i tillegg til spillproblematikk i Rusbehandling (TSB).
- **Dialog med pasient og pårørende:**
 - Lagt til omtale av ivaretagelse av pårørende innen TSB, i Rusbehandling (TSB).
- **Start pakkeforløp:**
 - Endring av tekst om øyeblikkelig hjelp og pakkeforløp i alle forløp, bortsett fra Gravide og rusmidler.
 - Tillegg i omtale av spesialistinvolvering. Mulighet for spesialistinvolvering ved hjelp av digitale løsninger i alle forløp bortsett fra Gravide og rusmidler.
 - Lagt til tekst om enkeltstående timer som kan unntas pakkeforløp i alle pakkeforløp.

Kartlegging og utredning

- **Første samtale:**
 - Lagt til omtale av betydning av brukermedvirkning i alle forløp.
 - Lagt til tekst om psykiske lidelser og eldre og lenke til Nasjonale faglige råd om psykiske lidelser hos eldre i Psykiske lidelser – voksne, Rusbehandling (TSB), Tvangslidelse (OCD) og Psykoselidelser.

- Lagt til tekst om behov for vedtak ved manglende samtykkekompetanse i alle forløp bortsett fra Gravide og rusmidler.
- **(Basis)Utredning:**
 - Lagt til omtale av parallell utredning og tiltak/behandling i alle forløp.
 - Lagt til lenke til Pakkeforløp for kartlegging og utredning av psykisk helse og rus hos barn og unge i barnevernet i Psykiske lidelser – barn og unge, Psykose, Spiseforstyrrelser og Tvangslidelse (OCD).
 - Lagt til omtale av Annen avhengighet i alle forløp bortsett fra Gravide og rusmidler og Rusbehandling (TSB).
 - Lagt til henvisning og lenke til NKVTS sitt behandlingsforløp ved PTSD i alle forløp.
 - Lagt til at ROP-screen ev. kan benyttes for avklaring og lenke i Rusbehandling (TSB).
- **Vurdering og beslutning om videre oppfølging etter (basis)utredning (ev. utredning):**
 - Lagt til omtale av at forløpstid som ikke er benyttet i basisutredning, kan "overføres" til utvidet utredning, slik at total forløpstid blir på inntil 12 uker for Psykiske lidelser – Barn og unge og Voksne og på inntil 9 uker for Rusbehandling (TSB).
 - For pakkeforløp som ikke har utvidet utredning, gjelder likevel endringene under "Vurdering og beslutning om videre oppfølging etter utvidet utredning". De er da skrevet inn i dette kapitlet isteden.
- **Utvidet utredning:**
 - Lagt til omtale av at utvidet utredning innebærer oppfølging fra basisutredning i Psykiske lidelser – barn og unge og Psykiske lidelser – voksne.
 - Endret omtale av type avhengighetsproblematikk og lagt til nettressurser i Rusbehandling (TSB).
- **Vurdering og beslutning om videre oppfølging etter utvidet utredning:**
 - Lagt til omtale av innhold i klinisk beslutning i Rusbehandling (TSB).
 - Lagt til tabell med forløpstid for utvidet utredning i Rusbehandling (TSB)
 - Lagt til omtale av at forløpstid som ikke er benyttet i basisutredning, kan "overføres" til utvidet utredning, slik at total forløpstid blir på inntil 12 uker for Psykiske lidelser – Barn og unge og Voksne og på inntil 9 uker for Rusbehandling (TSB).
 - Lagt til omtale av vurdering av tverrfaglig kompetanse i alle forløp, bortsett fra Gravide og rusmidler.
 - Lagt til omtale av særlig behov for kompetanse for barn og unge i Psykiske lidelser – barn og unge, Psykose, Spiseforstyrrelser og Tvangslidelse (OCD).

Behandling og oppfølging

- **Planlegging av behandling:**
 - Behandlingsplan:
 - Lagt til omtale av betydning av å motivere pasienter til involvering i alle forløp.
 - Somatisk helse:
 - Lagt til tekst om skille mellom generell somatisk undersøkelse eller helhetlig psykiatrisk vurdering i alle forløp bortsett fra Gravide og rusmidler.
 - Lagt til omtale av legens ansvar ved somatiske tilstander i Psykose og Tvangslidelser (OCD)
 - Lagt til lenker fastlege og ivaretagelse av somatisk helse, i Rusbehandling (TSB)
 - Lagt til omtale av andre biologiske behandlingsformer og lenke til Nasjonal faglig retningslinje ECT i Psykiske lidelser – voksne og Psykose.
 - Avbrudd i behandlingen:
 - Lagt til at pårørende bør kontaktes ved alvorlige tilstander i alle forløp, bortsett fra Gravide og rusmidler og Rusbehandling (TSB).
 - Lagt til tekst om pasientutsatt pakkeforløp i alle forløp, bortsett fra Gravide og rusmidler
- **Samhandling i forløpet:**
 - Lagt til omtale av samarbeid rundt jobb/skole i Rusbehandling (TSB)
 - Samarbeidsmøter:

- Endret fra bør til må om fastlegens involvering ved behov for oppfølging i alle forløp, bortsett fra i Gravide og rusmidler og Rusbehandling (TSB).
- Lagt til at det bør sendes tilbakemelding til henviser og fastlege dersom de ikke kan delta i ansvarsgruppemøter, for Rusbehandling (TSB).
- Lagt til omtale av digitale løsninger i Tvangslidelser (OCD)
- Evalueringspunkter:
 - Lagt til gjøre nødvendige endringer i punktet om evaluering av behandlingsplanen i alle forløp, bortsett fra Gravide og rusmidler.
 - Lagt til at det kan vurderes å utvide forløpstid mellom evalueringspunkter i polikliniske behandlingsforløp som varer ut over 12 måneder for Rusbehandling (TSB).

Forløpstider

- **Psykiske lidelser – barn og unge, Psykiske lidelser – voksne:** Ingen endring i forløpstider, men har satt inn informasjon om at ubenyttet forløpstid kan overføres fra basis til utvidet utredning.
- **Psykoselidelser:** Utvidet forløpstid fra henvisning til første fremmøte i poliklinikk og døgnenhet fra 24 timer til 7 kalenderdager.
- **Rusbehandling (TSB):**
 - Pakkeforløpet har fått forløpstid for utvidet utredning i poliklinikk 42 kalenderdager (6 uker).
 - Fra klinisk beslutning etter ferdig utredning til første evaluering er forløpstiden utvidet fra 7 til 14 kalenderdager (2 uker) ved poliklinikk.
 - Ved klinisk beslutning om behov for utvidet utredning, kan ubenyttet forløpstid fra basis utredning overføres til utvidet utredning.
- **Spiseforstyrrelser:** Utvidet forløpstid fra henvisning til første fremmøte fra 7 til 28 kalenderdager (4 uker) ved alvorlig tilstand. *Feil info – se endringslogg 6. november 2020.*
- **Tvangslidelse (OCD):** Forløpstid fra første fremmøte til klinisk beslutning er endret fra 56 til 42 kalenderdager både i poliklinikk og døgnenhet.

Registrering av koder

- **Alle forløp**
 - Generelt om kodene i Pakkeforløp psykisk helse og rus: Gjort tekstlige endringer som gjelder alle forløp.
 - Klinisk beslutning: Teksten om hva en behandlingsplan bør inneholde er tatt ut fra kodekapitlet i alle pakkeforløp.
 - Pasient- og eventuelt pårørende er informert om ulike behandlingsformer: Koding av Informasjon om ulike behandlingsformer er gitt og Involvering i utarbeidelse av behandlingsplan har blitt mer fleksibel, og innebærer at også aktivitet som er kodet før utredning er ferdig, skal inkluderes.
 - Involvering i utarbeidelse av behandlingsplan: Koding av Informasjon om ulike behandlingsformer er gitt og Involvering i utarbeidelse av behandlingsplan har blitt mer fleksibel, og innebærer at også aktivitet som er kodet før utredning er ferdig, skal inkluderes.
 - Samarbeidsmøte med andre instanser: Samarbeidsmøte registreres ikke lenger som en pakkeforløpskode, men med NCMP/prosedyrekode.
- **Alle forløp bortsett fra Gravide og rusmidler**
 - Pasientutsatt pakkeforløp: Ny kode (L) kan benyttes dersom pasienten (eventuelt foreldre) velger å utsette planlagte avtaler eller ikke møter, slik at forløpstider for utredning og/eller evalueringspunkter i behandling ikke kan innfris. *Feil info om Gravide og rusmidler – se endringslogg 2. november 2020.*
- **Rusbehandling (TSB) og Gravide og rusmidler**
 - Ny rekkefølge i hendelser ved avrusning i oppstart av forløp:
 - Avrusning
 - Første fremmøte

- Presisert at det er planlagt eller akutt avrusning i oppstart av et forløp som skal kodes, ikke avrusning senere i pakkeforløpet.
- Første fremmøte i behandlende enhet registres etter at avrusningen er avsluttet.
- **Gravide og rusmidler**
 - Lagt til i Avrusning avsluttet at basis kartlegging og utredning av pasientens tilstand, inkludert ønsker og behov for videre oppfølging/behandling, bør starte så raskt som mulig under avrusning av hensyn til fosteret og den gravide.
- **Spiseforstyrrelser**
 - Tre nye koder er lagt til i pakkeforløpet:
 - Pasient og/eller foreldre er informert om ulike behandlingsformer
 - Bruk av Feedbackverktøy
 - Samarbeidsmøte
- **Tvangslidelse (OCD)**
 - Behandlingsformen «Eksponeeringsterapi for tvangslidelse (OCD)» skal ikke lenger registreres som pakkeforløpskode, men med NCMP/prosedyrekode.

Generell informasjon

- Opprettet nytt kapittel «Generell informasjon» i alle forløp (deler av denne teksten stod opprinnelig i et dokument under "Implementering").
- Lagt til omtale av spesielle grupper/tema.

Implementering og verktøy

- Kapitlet er gjennomgått og oppdatert.
- Dokumentet «Ofte stilte spørsmål og svar» er fjernet i alle forløp.

Om pakkeforløpet

- Ny tekst om brukermedvirkning i alle forløp

Kunnskapsgrunnlag

- Lagt til Nasjonale faglige råd om psykiske lidelser hos eldre i Psykiske lidelser – voksne, Psykose og Rusbehandling (TSB).

Det er også gjort noen språklige endringer i teksten, men som ikke har betydning for innholdet.

Utvidelse av pakkeforløp ved spiseforstyrrelser

- Pakkeforløp spiseforstyrrelser for barn og unge under 18 år er utvidet og omfatter nå aldersgruppen opp til 23 år.

Endringsloggen viser endringer f.o.m. 29. september 2020. Oppdateringer før denne datoen er ikke registrert i loggen.

