

Rusbehandling (TSB)

Nasjonalt pasientforløp

Først publisert: 07. september 2018

Siste faglige endring: 30. september 2022



Innhold

1. Henvising og start	3
2. Kartlegging og utredning	10
3. Behandling og oppfølging	18
4. Akuttbehandling og oppfølging etter rusmiddeloverdose ...	27
5. Avslutning og videre oppfølging	43
6. Forløpstider	48
7. Registrering av koder	49
8. Generell informasjon	60
9. Implementering og verktøy	65
10. Om forløpet	67
11. Endringslogg	70

Henvisning og start

Aktivitet

Grunnlag for henvisning

Personer som henvises til TSB for sine rusmiddelproblemer eller for annen avhengighetsproblematikk inkluderes i nasjonalt pasientforløp. Pasienter som får helsehjelp etter en øyeblikkelig-hjelp-vurdering eller etter §§ 10-2 og 10-3 i helse- og omsorgstjenesteloven inkluderes også i et nasjonalt pasientforløp. Det samme gjelder som hovedregel straffedømte som henvises til TSB, se [veileder for helse- og omsorgstjenester for innsatte i fengsel \(PDF\)](#) og sentrale anbefalinger i [retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet](#) og i [retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler](#).

Ved behov for å drøfte om pasienten bør henvises, kan henviser kontakte spesialisthelsetjenesten for å få veiledning. [For mer informasjon og eksempler på hvordan veiledning i praksis kan gjøres, se rundskriv \(PDF, regjeringen.no\)](#).

Når henvisningen blir vurdert i spesialisthelsetjenesten, vil det bli tatt stilling til hvilket av de nasjonale forløpene pasienten bør følge.

Personen som henvises skal være bevisst innholdet i henvisningen, og delaktig i formuleringen der det er mulig.

Aktivitet

Kartlegging og henvisning

Ved kartleggingen må henviser sørge for at pasient og eventuelt pårørende medvirker for å sikre god informasjonsutveksling og dialog.

Før henvisningen blir sendt, bør henviser gjennomføre en kartlegging. Kartleggingen bør inkludere punktene nedenfor. Tolk må benyttes der det er nødvendig. Når flere tjenester brukes samtidig i kommunen, bør henvisningen koordineres og ha/inkludere kommunens kontaktperson. Der det er hensiktsmessig bør fastlege være kontaktperson. Dersom henviser ikke er fastlege bør det konfereres med fastlege før henvisning sendes. Pasienten og eventuelt pårørende bør få kopi av henvisningen.

Henvisningen bør inneholde en kortfattet status som inkluderer:

Aktuelt

- Hva ønsker pasienten hjelp til? Det er ønskelig at brukeren selv skriver ned sine ønsker og hva det ønskes hjelp til. Brukeren bør ved behov få tilbud om hjelp til skriftliggjøring.

- Pasientens ønsker om type behandling i TSB og hvor behandlingen bør finne sted.
- Pasientens ressurser
- Rusmiddelbruk og/eller annen avhengighetsproblematikk (pengespill, gaming og bruk av anabole androgene steroider)
- Ved mistanke om psykisk lidelse og samtidige rusmiddelproblemer, kan ROP-screen være et nyttig verktøy for avklaring. [Se NK-ROP for mer informasjon om ROP-screen \(rop.no\)](#)
- Har pasienten individuell plan (IP), koordinator og ansvarsgruppe?
- Tidligere og nåværende behandlings- og oppfølgingstiltak
- Somatisk helse (inkludert tannhelse) og levevaner. Hvis mulig legges det ved et skriv fra fastlegen.
- Psykisk helse. Vurdering av overdoserisiko og fare for selvsykdom eller selvmord.
- Samarbeidspartnere og andre hjelpeinstanser (inkludert statlig NAV) som pasienten er i kontakt med
- Vurder behov for avrusning

Familie/sosialt

- Familieforhold, spesielt fokus på pasientens mindreårige barn og/eller søsken
- Sosiale forhold inkludert boligforhold
- Interesser og nære støttepersoner
- Arbeid/utdannelse (herunder sykemelding), økonomi og nettverk.
- Har pasienten førerkort? se [Førerkortveilederen](#)

Andre forhold

- Legemidler i bruk og relevant tidligere legemiddelbruk
- Informasjon om allergier (inkludert legemiddelallergier)
- Kartlegge om pasienten har historie med vold og trusler (utsatt for og/eller utøvd)
- Spesielle hensyn (behov for tolk, oppmøtested, tilrettelegging, ønske om kjønnsdelt behandling m.m.)
- Spesielle hensyn tilknyttet språklige eller kulturelle forskjeller, eventuell status migrasjonsbakgrunn
- Har pasient individuell plan (IP)?

Mulige somatiske årsaker til tilstanden bør være vurdert, inkludert blodprøver der det er aktuelt. (Nødvendig somatisk diagnostikk vil slutføres i spesialisthelsetjenesten dersom pasienten vurderes å ha rett til helsehjelp). Det bør komme tydelig frem hva som er begrunnelsen for henvisningen. Ved behov for særlig tilrettelegging, må dette fremkomme i henvisningen.

Aktivitet

Dialog med pasient og pårørende

For å sikre god informasjon og dialog må henviser sikre at henvisningen tar utgangspunkt i pasientens beskrivelse av situasjonen. God informasjonsutveksling og dialog med pasient og eventuelt pårørende er en forutsetning for brukermedvirkning. TSB bør tilrettelegge for et tilbud til pårørende av mennesker med rusmiddelproblemer.

Pårørende skal ha oppfølging ut fra sitt behov. Dersom pårørende utvikler en psykisk lidelse som følge av å være pårørende til en person med rusmiddelproblemer, skal de henvises til psykisk helsevern for

utredning og/eller behandling. Se også [Pårørendeveileder](#) som handler om involvering av og støtte til pårørende i hele helse- og omsorgstjenesten.

Henviser skal informere og drøfte følgende med pasienten og eventuelt pårørende:

- bakgrunnen for henvisningen og hva henvisningen innebærer
- innholdet i henvisningen
- hva som vil skje når henvisningen er mottatt

Det bør undersøkes om informasjonen er forstått. Se [pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5 \(lovdata.no\)](#).

Informasjon gis om [bruker- og pårørendeorganisasjoner \(helsenorge.no\)](#) som kan gi veiledning, støtte og informasjon

Pasienten skal informeres om [rett til å velge behandlingssted \(helsenorge.no\)](#).

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

Aktivitet

Start nasjonalt pasientforløp

Et nasjonalt pasientforløp starter hos fastlege eller annen henviser i kommunen, men registreres og måles først når spesialisthelsetjenesten mottar henvisningen. Ved samtidige tjenester skal kommunens kontaktperson være oppgitt i henvisningen. Forløpskoordinator i spesialisthelsetjenesten har ansvaret for å ta kontakt om videre samarbeid.

Når en pasient er henvist til spesialisthelsetjenesten, skal det vurderes om pasienten har rett til helsehjelp. Denne vurderingen gjøres på bakgrunn av informasjon i henvisningen, og i tråd med prioriteringsforskriften og prioriteringsveilederne- Se [Aktuell informasjon om lov og forskrift for prioriteringsveilederne](#).

Ved behov for supplerende informasjon, kontaktes henviser.

Dersom pasienten ikke får innvilget rett til helsehjelp, avsluttes forløpet. Ved mulig avslag kan pasienten kalles inn til en vurderingssamtale innen 10 dager (vurderingsfristen). Ved avslag bør det gis en faglig begrunnelse for avslaget og det bør gis anbefalinger/råd for annen aktuell behandling eller oppfølging. Spesialisthelsetjenesten bør også vurdere om tilbud om veiledning til kommunal helsetjeneste kan bidra til å ivareta pasientens behov for behandling og oppfølging. Kommunen har ansvar for å sikre koordinerte tjenester både ved henvisning og oppfølging ved avslag fra spesialisthelsetjenesten.

For pasienter som får helsehjelp etter en øyeblikkelig-hjelp-situasjon, starter det nasjonale pasientforløpet når pasienten vurderes som klinisk stabil, og det vurderes behov for videre utredning og/eller behandling i TSB. Forløpet kan da starte i den akutte tjenesten.

Beslutning om pasienten skal inn i et nasjonalt pasientforløp skal som hovedregel tas innen 2 uker etter en øyeblikkelig-hjelp-vurdering. For pasienter som henvises videre fra akutte tjenester, bør mottaker av henvisningen tilrettelegge for en vurdering av pasienten innen kort tid. Dette innebærer at for pasienter som får akutt avrusning, kan beslutning om et nasjonalt pasientforløp tas mens pasienten fremdeles er i avrusning.

Ved planlagt avrusning kodes «Nasjonalt pasientforløp start» når henvisningen mottas.

Spesialistinvolvering kan gjennomføres ved hjelp av digitale løsninger. Det må da gjøres en individuell vurdering av forsvarlighet.

Pasienter i TSB vil som hovedregel være i ett nasjonalt pasientforløp. Ved behov, må behandlingsansvarlig sørge for å innhente kompetanse for å vurdere samtidige sykdommer og ev. henvise til avgrenset behandling i annen tjeneste. Unntaksvis kan pasienten være i flere nasjonale pasientforløp. Ved samtidig alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblematikk, skal pasienten inn i nasjonalt pasientforløp psykisk helsevern, se [ROP-retningslinjen kapittel 8.8.4](#) og [prioriteringsveileder for TSB](#).

Noen personer kommer for enkeltstående timer for kontroll eller annen vurdering (f.eks. erklæringer, avtalte oppfølgingstimer etter avsluttet forløp, second opinion-vurderinger eller LAR-oppfølging). Slike enkeltstående timer kan unntas fra nasjonale pasientforløp.

Aktivitet

Forløpskoordinering i spesialisthelsetjenesten og kommunen

Forløpskoordinering i spesialisthelsetjenesten

Innføring av nasjonale pasientforløp innebærer at alle virksomheter innen spesialisthelsetjenesten som utreder og behandler pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) skal utpeke forløpskoordinatorene. Det gjelder alle helseforetak og alle private virksomheter som har avtale med et regionalt helseforetak eller godkjenning fra HELFO. Det er et lederansvar å planlegge virksomheten slik at det finnes et tilstrekkelig antall forløpskoordinatorene på systemnivå.

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

Virksomheten bestemmer selv hvor forløpskoordinatorene skal være forankret og hvem som skal ha denne rollen. På nettsidene til virksomhetene skal det stå telefonnummer til forløpskoordinatorene for de ulike forløpene.

Ansvar og oppgaver for forløpskoordinator spesialisthelsetjenesten:

- Være tilgjengelig for pasient og eventuelt pårørende, samt involverte instanser til pasienten har fått tildelt egen behandler eller pasientansvarlig psykolog /lege i spesialisthelsetjenesten eventuelt kontaktlege/-psykolog
- Koordinere hele forløpet, også ved uteblivelse fra avtaler, når behandler ikke gjør det
- Ha et overordnet ansvar for at forløpstider følges og at målepunkter blir kodet

- Informere, veilede og gi råd til pasient og eventuelt pårørende om nasjonale pasientforløp psykisk helse og rus
- Ved behov, koordinere avtaler og samarbeidsmøte
- Samarbeid med forløpskoordinator i kommunen

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

Forløpskoordinering i kommunen

Kommunen bestemmer selv hvordan arbeidet med forløpskoordinering skal organiseres og hvilken instans som skal ha dette hovedansvaret i kommunen, eksempelvis koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. Koordinerende enhet er en lovpålagt enhet som har et overordnet ansvar for individuell plan og koordinator til pasienter/brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester, jf. [helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3 \(lovdata.no\)](#).

Det er et lederansvar å sørge for at det koordinerende arbeidet i nasjonale pasientforløp ivaretas. Dette gjelder også for pasienter som ikke har behov for langvarige og koordinerte tjenester.

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

Ved behov for individuell plan og koordinator skal helseforetaket så snart som mulig varsle kommunens koordinerende enhet om dette slik at de kan starte prosessen med oppnevning av koordinator i dialog med pasienten. For personer som allerede har en behandler/koordinator innen psykisk helse- og rustjenester i kommunen, er det naturlig at denne personen ivaretar arbeidet med forløpskoordinering.

For personer som ikke har kontakt med behandler/koordinator i kommunen, bør det fremgå av kommunens nettsider hvem som har det overordnede ansvaret for å sikre videre oppfølging.

Selv om pasienten ikke ønsker å få utarbeidet en individuell plan, skal kommunen likevel tilby koordinator, jf. [Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator § 21 \(lovdata.no\)](#).

Oppgaver i det forløpskoordinerende arbeidet i kommunen:

- informere, veilede og gi råd til pasient og ev. pårørende om nasjonale pasientforløp psykisk helse og rus
- samarbeide med forløpskoordinator i spesialisthelsetjenesten
- sikre helhetlig oppfølging med utgangspunkt i pasientens mål, ressurser og behov
- sikre god samhandling mellom aktørene i helsetjenesten, samt andre relevante tjenesteytere
- sikre samordning av tjenestetilbudet
- initiere, innkalle og eventuelt lede møter knyttet til koordinering og ev. individuell plan
- følge opp, evaluere og oppdatere individuell plan
- forberede og koordinere aktuelle tiltak/tilbud i kommunen i god tid før utskrivning, mellom planlagte opphold og under poliklinisk behandling

For utfyllende informasjon, se:

- [Veileder for oppfølging av personer med store og sammensatte behov](#)
- [Veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator](#)

Registrering av koder

Type forløp:

For alle voksne som henvises til tverrfaglig spesialisert rusbehandling, med unntak av pasienter som skal inn i nasjonalt pasientforløp for gravide og rus, skal koden for type forløp som står nedenfor registreres.

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

Kode	Kodetekst	Type kode	Kodeverk (OID)
D01	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	Forløp	9321

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

Kode for Nasjonalt pasientforløp start skal registreres:

- når henvisning til TSB er mottatt. Dato for nasjonalt pasientforløp start er mottaksdato for henvisningen. Dette gjelder også pasienter som innlegges på tvang i TSB.
- etter en øyeblikkelig-hjelp-vurdering, dersom pasienten vurderes som klinisk stabil, og det vurderes behov for videre utredning og/eller behandling i TSB. Koden settes først når den øyeblikkelig-hjelp situasjonen vurderes som avsluttet. Beslutning om pasienten skal inn i nasjonalt pasientforløp, skal som hovedregel gjøres innen to uker etter en øyeblikkelig-hjelp vurdering. Koden settes på dato for når beslutning blir tatt. Dette innebærer at for pasienter som får akutt avrusning, kan koden A - Nasjonalt pasientforløp start registreres mens pasienten fremdeles er i avrusning.
- når det i sykehuset eller private institusjoner påvises rusmiddelproblem eller annen avhengighetsproblematikk under utredning eller behandling av annen sykdom, og det blir viderehenvist til Rusbehandling (TSB) nasjonalt pasientforløp. Dato for nasjonalt pasientforløp start er dato for mottaksdato for viderehenvisning. Dette gjelder også ved viderehenvisning fra et annet nasjonalt pasientforløp.
- når en pasient i nasjonalt pasientforløp blir overført fra et helseforetak eller privat institusjon (hf1) til nytt helseforetak eller institusjon (hf2). Dato for start nasjonalt pasientforløp skal da registreres ved hf2 på mottaksdato for viderehenvisningen. Start nasjonalt pasientforløp skal 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 D01A - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) – Nasjonalt pasientforløp start

Hvis pasienten ved vurdering ikke får innvilget rett til helsehjelp, skal nasjonalt pasientforløp avsluttes med utfallskoden rett til helsehjelp ikke innvilget.

Avrusning

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

I systemer som ikke har forløpsmodul registreres dette som en prosedyrekode med kode D01D - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) - Avrusning døgn avsluttes

Første fremmøte i nasjonalt pasientforløp:

Første fremmøte i nasjonalt pasientforløp kodes på dato for første konsultasjon i poliklinikk eller for første innleggelsesdag 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 nasjonalt pasientforløp 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 etter akutt avrusning, settes koden 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 D01M - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) – Første fremmøte i nasjonalt pasientforløp

Hvis forløpet avsluttes etter første samtale, settes koden H - Hjelpetjeneste ved avslutning av nasjonalt pasientforløp i spesialisthelsetjenesten, samt avslutningskoden XA - Avslutning av andre årsaker.

Kartlegging og utredning

Aktivitet

Første samtale

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

Pasient og eventuelt pårørende skal spørres om hva som er viktig for dem og få informasjon om hva som er planlagt å skje videre i forløpet. Informasjon som gis må være tilpasset pasientens 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 \(rop.no\)](#).

Følgende bør kartlegges i den første samtale:

- pasientens mål, ønsker, behov og forventninger til behandling og oppfølging
- bakgrunn for og gjennomgang av henvisningen
- pasient 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 pasienten har mindreårige barn eller mindreårige søsken, må behandler sikre at barnas behov for informasjon og oppfølging blir kartlagt og ivarettatt.](#)

Eldre har ofte mer sammensatte problemstillinger, der psykiske symptomer kan helt eller delvis være forårsaket av legemidler og sykdomsbyrde, like mye som en psykisk lidelse alene. Se [Nasjonale faglige råd om psykiske lidelser hos eldre](#).

Der det er behov for vurdering av suicidalitet, må behandler sikre at dette gjøres av kvalifisert helsepersonell (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 \(nkvts.no\)](#).

Dersom pasienten vurderes å ikke ha samtykkekompetanse, må det fattes vedtak etter psykisk helsevernloven.

Forløpet kan i samråd med pasienten avsluttes etter første samtale dersom det ikke er grunnlag for videre utredning eller behandling i TSB.

Aktivitet

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. Det avklares i forkant av kartleggingen/utredningen hvor dette bør være, og om andre skal delta sammen med pasienten. Dersom pasienten har behov for utredning eller behandling for flere tilstander, må behandlingsansvarlig vurdere om det er behov for annen kompetanse for å ivareta dette.

Pasienten bør få kopi av utredningsplanen. Spesialist i rus- og avhengighetsmedisin/psykiatri/psykologi skal involveres.

Alle mål og tiltak skal drøftes og avgjøres i samarbeid med pasienten. Behandler skal i samarbeid med pasient lage en plan for basis utredning. Utfordringer knyttet til kommunikasjon og behov for tolk vurderes, hvis det ikke er avklart i henvisningen.

Basis kartlegging/utredning bygger videre på informasjonen i henvisningen, resultater/konklusjoner fra eventuelle tidligere utredninger og innhentet informasjon. Det skal gjennomføres en samtale med pasienten og eventuelt parørende om behandlingstilbud og behandlingstilbud. Videre drøftes tidsperspektivet i behandlingsforløpet. I samtalen avklares pasientens forventninger til behandlingen. Mer informasjon om kartlegging/utredning finnes i [avrusningsretningslinjen](#) og [behandlingsretningslinjen](#).

Kartleggingen/utredningen skal omfatte:

- helsefaglig utredning inkludert legeundersøkelse
- psykologfaglig utredning
- sosialfaglig utredning
- har pasienten førerkort, se [Førerkortveilederen](#)
- drøfte tiltak ved manglende oppmøte og fare for behandlingsavbrudd

Følgende områder bør kartlegges:

- kartlegging av pasientens mål, ressurser, interesser og mestringsevne, inkludert nære støttepersoner
- rusmiddelbrukens type, alvorlighet, varighet, omfang og funksjon
- annen avhengighetsproblematikk som [spillproblematikk og bruk av anabole androgene steroider](#)
- kartlegging av risikofaktorer for overdose, [faglige råd om overdoseforebyggende arbeid](#)
- [individuell plan](#), andre planer (inkludert behandlingsplan og kriseplan) og ansvarsgruppe
- psykisk helse, kognitiv funksjon, vurdering av selvmordsfare og overdoserisiko
- somatisk helse – inkludert smerteproblematikk, seksuell helse, fødsler, svangerskapsavbrudd, bruk av prevensjonsmidler

- levevaner (ernæring, fysisk aktivitet, søvn og røyking/nikotinbruk) (se: [Somatisk helse og levevaner](#))
- tannhelse og ernæringsstatus
- 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 nkvt.no \(PDF\)](#). Se også [NKVTS sitt behandlingsforløp for posttraumatisk stresslidelse \(PTSD\) \(nkvt.no\)](#).
- 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.
- bruk av legemidler, oppdatert legemiddelliste og ev. legemiddelallergier
- sosial situasjon (bolig, arbeid/utdanning/kontakt med statlig NAV, fritid/aktivitet, økonomi, ektefelle/samboer og nettverk for øvrig) og fungering
- tidligere gjennomgått behandling og oppfølging
- forhold knyttet til språklige og kulturelle forskjeller, minoritetstilhørighet, migrasjon og geografi
- risiko for manglende oppmøte og fare for behandlingsavbrudd
- kriminalitet og rettslige forhold
- involvering av pårørende i behandlingen, pårørendes behov for råd og veiledning og avklare forventninger rundt samarbeid og kommunikasjon
- kontakt med andre selvhjelps-, behandlings- og hjelpeinstanser i kommune- og spesialisthelsetjeneste og frivillig sektor
- behov for kartlegging ved andre yrkesgrupper
- Ved mistanke om samtidig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer, kan ROP-screen være et nyttig verktøy for avklaring. [Se NK-ROP for mer informasjon om ROP-screen \(rop.no\)](#)

[Se anbefaling om differensialdiagnostisering i rusbehandling i nasjonal faglig retningslinje.](#)

Aktivitet

Beslutning om videre oppfølging etter basis kartlegging og utredning

Når basis kartlegging og utredning er ferdig, tas det en klinisk beslutning om behov for videre utredning og/eller behandling, hvis videre behandling ikke allerede er påbegynt/bestemt. Behovet for når og om videre individuell kartlegging/utredning skal foretas, vurderes sammen med den enkelte pasient.

Hvis ikke annet er avtalt på et tidligere tidspunkt bør beslutningen tas i et samarbeidsmøte sammen med pasient, kommunerepresentant (ved behov for kommunale tjenester og/eller fastlege), TSB og andre aktuelle aktører. Videre skal det tas beslutning om det er behov for tiltak rettet mot familie og andre pårørende, herunder mindreårige barn som pårørende og mindreårige søsken.

Henvissende instans og andre aktuelle samarbeidspartnere (fastlege, rus og/eller psykisk helsetjeneste, NAV/sosial etc.) som ikke er på møtet får informasjon om beslutningen etter samtykke fra pasienten.

Et tverrfaglig møte bør planlegges i god tid, slik at pasienten ikke må vente unødige på aktuelle tiltak.

Spesialist i rus- og avhengighetsmedisin/psykiatri/psykologi skal delta i vurderingen. Vurderingen skal dokumenteres i journalen på en måte som danner et godt grunnlag for den videre oppfølgingen.

Det skal tas en klinisk beslutning om det:

- er behov for behandling innen TSB / psykisk helsevern
- er behov for behandling og oppfølging fra annen instans enn TSB / psykisk helsevern
- ikke foreligger behov for videre oppfølging
- er behov for utvidet utredning innenfor TSB / psykisk helsevern

Informasjon om beslutningen bør gis skriftlig til pasienten og ev. pårørende.

Ved klinisk beslutning om behov for utvidet utredning, kan antallet dager som eventuelt ikke er benyttet i basis utredning, legges til utvidet utredning, slik at den totale forløpstiden blir inntil 9 uker.

Forløpstider

Forløpstider basis utredning		
Poliklinikk	Fra første fremmøte i TSB til klinisk beslutning etter basis utredning	Inntil 21 kalenderdager (3 uker)
Døgnet	Fra første fremmøte i TSB til klinisk beslutning etter basis utredning	Inntil 7 kalenderdager (1 uke)

Aktivitet

Utvidet kartlegging og utredning

Ved behov for utvidet utredning skal det i samarbeid med pasienten og eventuelt pårørende lages en plan for utredningen som skal gjennomføres.

Den individuelle kartleggingen og utredningen bør lede til beslutning om videre tiltak, eventuell diagnostisk vurdering og bør omfatte utarbeidelse av individuell plan (IP), behandlingsplan og/eller oppfølgingsplan. Ofte vil den individuelle kartleggingen/utredningen foretas/fortsette etter at behandlingen er påbegynt.

Utredningen baseres på pasientens samtaler med psykolog, lege og sosialfaglig ansatt, medisinske undersøkelser, resultater fra standardiserte intervjuer og tester, observasjoner av atferd og klinisk tverrfaglig vurdering.

Hvis det ikke er mulig for pasienten å være avholdende fra rusmidler i utredningsfasen, bør kartlegging likevel gjennomføres. Resultatet må da tolkes i lys av rusmiddelpåvirkning. I tilfeller der utredning er foretatt under påvirkning av rusmidler, abstinensreaksjoner eller kort tid etter, bør eventuell diagnostisering revurderes etter 1-6 måneders rusfrihet, se [anbefaling i behandlingsretningslinjen](#).

Følgende punkter bør inngå:

- Kartlegging og utredning av rusmiddelbrukens omfang og funksjon. Dette kan danne grunnlag for videre hypoteser om eventuelle samtidige (komorbide) tilstander. Det samme gjelder annen

type avhengighetsproblematikk. [For pengespill og gaming, se kartleggingsverktøy \(rus-ost.no\)](#). [For informasjon knyttet til anabole androgene steroider \(pengespill, gaming og anabole androgene steroider\), se oslo-universitetssykehus.no](#).

- Utvidet kartlegging og utredning av psykisk helse og kognitiv funksjon, vurdering av suicidalitet og overdoserisiko.
- Utvidet kartlegging og utredning av somatisk helse, inkludert smerteproblematikk, reproduktiv helse og tannhelse.
- Utvidet kartlegging av livsstilsfaktorer som bruk av tobakk, ernæring og fysisk aktivitet (Se: [Somatisk helse og levevaner](#)).
- Utvidet kartlegging/utredning av ressurser og mestring og sosial situasjon (inkludert arbeid/skole, aktivitet/fritid, bolig, økonomi, nettverk og fungering).
- Videre utredning av tilstand som følge av belastende livshendelser, for eksempel traumelidelser ([se kartleggingsverktøy, NKVTS.no](#)).
- Dersom man har identifisert at pasienten har mindreårige barn som pårørende og/eller mindreårige søsken skal man kartlegge barnas behov for informasjon og oppfølging, og bidra til at behovene ivaretas. Se også [Pårørendeveileder](#).

Det bør utarbeides en egen [utredningsplan](#) hvis det settes i gang omfattende utredningsarbeid. Dette for å sikre forutsigbarhet, kontinuitet og felles forståelse av hva som skal gjøres på hvilke tidspunkt. Planen bør avklares med pasienten og være i samsvar med hans/hennes ønsker og behov.

Alle enheter innenfor TSB skal kunne utføre diagnostisk utredning av psykisk lidelse og kognitiv funksjon. De ulike enhetene innen spesialisthelsetjenesten bør bruke anbefalte verktøy for kartlegging, diagnostikk og behandlingsmetoder som fremkommer i nasjonale retningslinjer som [avrusningsretningslinjen](#), [behandlingsretningslinjen](#) og [ROP-retningslinjen](#).

Dette kan omfatte spesifikke undersøkelser som for eksempel:

- neuropsykologisk undersøkelse
- utredning av kognitiv fungering
- ADHD-utredning
- PTSD-utredning
- spesifikk somatisk utredning
- spesifikk psykologisk/psykiatrisk utredning
- utvidet nettverkskartlegging
- kartlegging av lese- og skrivevansker

Aktivitet

Beslutning om videre oppfølging etter utvidet kartlegging og utredning

Når utvidet kartlegging og utredning er ferdig, tas det en beslutning om behov for endring i behandling og/eller oppfølging.

Beslutningen bør tas i et tverrfaglig møte sammen med pasient og eventuelt pårørende, kommunerepresentant (ved behov for kommunale tjenester og/eller fastlege), TSB og andre aktuelle aktører. Pasientens eget ønske skal ligge til grunn for den videre oppfølgingen. Dette skal fremkomme i journal.

Henviser og andre aktuelle samarbeidspartnere (fastlege, rus og/eller psykisk helsetjeneste, NAV/sosial etc.) som ikke er på møtet får informasjon om beslutningen etter samtykke fra pasienten.

Et tverrfaglig møte bør planlegges i god tid, slik at ikke pasienten må vente unødige på aktuelle tiltak.

Det skal tas en klinisk beslutning om det:

- er behov for behandling innen TSB/psykisk helsevern
- er behov for behandling og oppfølging fra annen instans enn TSB/psykisk helsevern
- ikke foreligger behov for videre oppfølging

Videre skal det tas stilling til om det er behov for:

- tiltak for mindreårige barn, som pårørende og mindreårige søsken
- videre tiltak til familie og andre/pårørende
- koordinerte tjenester, inkl. rett til individuell plan/kriseplan
- tiltak knyttet til somatisk helse og levevaner

Ved behov for behandling innen TSB, skal behandling starte uten opphold.

Ved klinisk beslutning om behov for utvidet utredning, kan antallet dager som eventuelt ikke er benyttet i basis utredning, legges til utvidet utredning, slik at den totale forløpstiden blir inntil 9 uker.

Forløpstider

Forløpstider utvidet utredning		
Poliklinikk	Fra klinisk beslutning etter basis utredning til klinisk beslutning etter utvidet utredning	Inntil 42 kalenderdager (6 uker)

Aktivitet

Registrering av koder

Pasientutsatt forløp:

Pasientutsatt forløp kodes 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. Utsettelsen bør være på mer enn 7 virkedager av planlagt aktivitet. Koden registreres før klinisk beslutning eller før evalueringspunkt.

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 D01L - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) - Utført aktivitet - Pasientutsatt forløp

Klinisk beslutning:

Koden Klinisk beslutning kan kodes maksimalt to ganger per nasjonalt pasientforløp, én gang etter basis utredning eller første samtale, og eventuelt én gang etter utvidet utredning. Hvis pasienten får innvilget rett til behandling, registreres kun koden Klinisk beslutning, uten at verken basis eller utvidet utredning er gjennomført.

Kode for klinisk beslutning registreres i disse tilfellene:

- Behov for utvidet utredning etter basis utredning: Klinisk beslutning om behov for utvidet utredning skal registreres, og ingen andre utfall.
- Utredningen er ferdig etter basis utredning: Kode for tjenestebehov skal registreres.
- Utvidet utredning er ferdig: 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
U	Behov for utvidet utredning	Utfall	9323
P	Behov for behandling innen psykisk helsevern	Utfall	9323
T	Behov for behandling innen TSB	Utfall	9323
S	Behov for behandling fra annen spesialisthelsetjeneste (ikke psykisk helsevern eller TSB)	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 forløpet ikke skal fortsette, på bakgrunn av at pasienten ikke har behov for videre behandling i TSB eller i psykisk helsevern, skal en relevant avslutningskode benyttes.

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

- D01CU - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) - Klinisk beslutning - Behov for utvidet utredning
- D01CP - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) - Klinisk beslutning - Behov for behandling innen psykisk helsevern
- D01CT - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) - Klinisk beslutning - Behov for behandling innen TSB

- D01CS - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) - Klinisk beslutning - Behov for behandling fra annen spesialisthelsetjeneste (ikke psykisk helsevern eller TSB)
- D01CK - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) - Klinisk beslutning - Behov for behandling og/eller oppfølging fra fastlege, kommunal helse- og omsorgstjeneste
- D01CA - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) - Klinisk beslutning - Behov for oppfølging fra andre instanser som NAV, PPT, arbeidsgiver, skole, barnevern m.m.
- D01CI - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) - Klinisk beslutning - Ikke behov for videre behandling og/eller oppfølging

Behandling og oppfølging

Aktivitet

Planlegging av behandling

I startfasen av behandlingen bør hovedfokus være å etablere en behandlingsrelasjon og engasjere pasienten i behandlingen.

Behandlingen skal være kunnskapsbasert og tilpasset pasientens ønsker og behov.

Pasienten bør være informert om de ulike behandlingsformene enheten tilbyr.

Behandlingsansvarlig bør velges ut fra kompetanse og kjennskap til pasientens problematikk og behov. Om mulig bør pasienten kunne få etterkommet ønske om kjønn på behandler.

Dersom pasienten vurderer at behandlingsalliansen ikke er hensiktsmessig [bør det gis anledning til å bytte behandler](#).

Pasienten bør sammen med behandler drøfte behandlingens varighet.

Feedbackverktøy: Det bør benyttes et system hvor brukeren/pasienten på en systematisk måte kan gi tilbakemelding til behandleren om hvordan han/hun opplever behandlingen og relasjonen til behandler. Erfaringer tilsier at bruken av FIT/KOR-verktøyet eller tilsvarende feedbacksystemer gir pasientene økt medvirkning i behandlingen. Se anbefaling om [brukerevaluering](#). For mer informasjon om brukerevaluering og bruk av feedbackverktøy se [Nasjonal kompetansetjeneste TSB \(tsb.no\)](#) og [napha.no](#).

Bruk av feedbackverktøy registreres som kode under avslutning av det nasjonale pasientforløpet.

Individuell plan / behandlingsplan

Alle pasienter skal ha en behandlingsplan som gir en samlet oversikt over planlagte tiltak med tidspunkt for evaluering gjennom det nasjonale pasientforløpet. Behandler må sikre at pasient opplever eierskap til planen og ev. motivere pasienten til involvering dersom pasienten ikke ønsker å delta i utarbeidelse av behandlingsplanen.

[Se anbefaling om behandlingsplan i rusbehandling i nasjonal faglig retningslinje.](#)

Behandler skal sammen med pasienten vurdere om pasienten:

- har rett til individuell plan (IP)
- har behov for kriseplan
- har eller bør få opprettet ansvarsgruppe

Det er et mål at alle pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester skal ha [individuell plan \(IP\)](#). Kommunen skal sørge for at det utarbeides en individuell plan dersom pasienten har rett til og ønsker en individuell plan. Der hvor bruker/pasient, etter god informasjon om hva IP innebærer, ikke ønsker IP, benyttes bare [behandlingsplan](#) til formålet. Andre planer og videre tiltak inngår som del av IP/behandlingsplan. Aktivitetsplan er aktuelt der pasienten mottar arbeid og avklaringspenger (AAP) fra statlig NAV. [Kriseplan](#) bør lages tidlig i det nasjonale pasientforløpet i tett samarbeid mellom pasient/bruker og behandler og oversendes henviser og/eller oppfølgingsinstans i kommunen.

Pasienten skal til enhver tid ha en oppdatert behandlingsplan. Dette gjelder også ved behov for ytterligere utredning.

Pasient og eventuelt pårørende skal delta i utarbeidelse av behandlingsplan/individuell plan.

Samtidige sykdommer / somatisk helse

Samtidige sykdommer (somatiske/psykiske sykdommer) kan ha betydning for utredning, behandling og oppfølging. 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](#).

Ved poliklinisk behandling er det behandlingsansvarlig i spesialisthelsetjenesten som er ansvarlig for å avklare hvem som følger opp pasienten somatisk. Det kan være fastlegen eller en lege i spesialisthelsetjenesten. Dette vil være avhengig av om det er behov for en generell somatisk undersøkelse som kan gjøres hos fastlege eller om det er behov for en mer helhetlig psykiatrisk vurdering.

Dersom pasienten er innlagt i spesialisthelsetjenesten, er det institusjonen som har ansvar for oppfølging av pasientens helse. Se [Forskrift om fastlegeordning i kommunene \(lovdata.no\)](#). Dersom legen ved institusjonen ikke har kompetanse på sykdomsområdet, vil legen ha et ansvar for å konferere med/henviser til relevant spesialistkollega inkludert fastlege. Se [Ivaretagelse av somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer](#).

Om pasienten er innlagt må behandler vurdere om tiltak bør gjennomføres mens pasienten er innlagt, for å sikre at nødvendig somatisk oppfølging blir ivarettatt. Spesialisthelsetjenesten bør sørge for en forpliktende og forsvarlig plan for gjennomføring av tiltakene på tvers av fagområder og behandlingsnivå.

Legemiddelbehandling

Dersom pasienten bruker legemidler, skal legen gjennomgå legemidlene sammen med pasienten. Dette gjøres for å sikre riktig og hensiktsmessig bruk av legemidler og for å kartlegge, og eventuelt forebygge, uheldige bivirkninger.

Fordeler, ulemper og eventuelle bivirkninger ved bruk av nye legemidler drøftes med pasienten før oppstart. Før oppstart med legemidler, bør det lages en plan for behandlingens lengde og vurdering av effekt med legemiddelet. Ved hvert evalueringspunkt skal lege/psykiater vurdere om det er behov for en gjennomgang av legemidler. Bruken av legemidler bør også sees i sammenheng med avhengighetshistorikken og tidligere erfaringer knyttet til dette.

Dersom pasient står på legemidler ved utskriving, må det i epikrisen beskrives hvor lenge legemiddelet bør benyttes og hvem som har ansvar for oppfølging av legemiddelbruken.

Mulige bivirkninger av legemiddelbehandlingen må primært følges opp av den som er ansvarlig for behandlingen, med mindre annet er avtalt.

Aktivitet

Avrusning i nasjonalt pasientforløp TSB

Mange pasienter vil ha behov for avrusning i starten av eller underveis i et behandlingsforløp. Avrusningen kan skje poliklinisk, ved dagbehandling, ved innleggelse i en avrusningsenhet eller annen helseinstitusjon eller ved en kombinasjon av disse. Se [Nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler](#).

Når avrusning er avsluttet kan [basis kartlegging og utredning](#) av pasientens tilstand gjennomføres. Kartleggingen skal ivareta pasientens ønsker og behov for videre oppfølging/behandling.

Informert valg er et prinsipp i brukermedvirkning som innebærer at pasienten blir satt i stand til å vurdere de ulike behandlingsoalternativene som foreligger. Målet er å få frem fordeler og ulemper slik at pasient og behandler sammen kommer frem til det alternativet som er mest i tråd med det som er riktig for pasienten.

Ved behov for og ønsker om videre behandling i TSB etter avrusning, er det et uttalt mål at pasienten skal direkte videre i annen behandling. Spesielt er dette viktig når pasienten skal videre til døgnbehandling. Ved akutt innleggelse til avrusning kan direkte overføring til døgnbehandling ivaretas ved hjelp av et stabiliseringsopphold i TSB eller kommune inntil plass på aktuell institusjon foreligger.

Avrusningen bør avsluttes når pasienten er klinisk avrust. Siste del av avrusningen med eventuell nedtrapping av legemidler kan ofte finne sted på behandlingsoinstitusjonen. Det er ikke faglig grunnlag for å kreve at urinprøver eller andre biologiske prøver skal være negative på samtlige rusmidler og vanedannende legemidler før pasienten videreføres til annen behandling. Det er imidlertid avgjørende at pasienten er i en klinisk tilstand ved overføringen som ikke innebærer at abstinenssymptomer opptrer like etter overføringen. Det skal gjøres individuelle vurderinger knyttet til at pasienten er klar for overføring til døgnavdelingen etter avrusning.

For pasienter som får helsehjelp etter en øyeblikkelig-hjelp-situasjon, starter forløpet når pasienten vurderes som klinisk stabil, og det vurderes behov for videre utredning og/eller behandling i TSB. Det nasjonale pasientforløpet starter altså først når øyeblikkelig-hjelp-situasjonen vurderes som avsluttet.

Beslutning om pasienten skal inn i et nasjonalt pasientforløp skal som hovedregel tas innen 2 uker etter en øyeblikkelig-hjelp-vurdering. Dette innebærer at for pasienter som får akutt avrusning, kan beslutning om et nasjonalt pasientforløp tas mens pasienten fremdeles er i avrusning. Men det forutsetter at pasienten er vurdert som stabil, og har behov for videre oppfølging i TSB.

Ved behov for avrusning kodes «Nasjonalt pasientforløp start» når henvisningen mottas eller øyeblikkelig-hjelp situasjonen er avsluttet. Pasienter i TSB vil som hovedregel være i ett nasjonalt pasientforløp. Ved behov, må behandlingsoansvarlig sørge for å innhente kompetanse for å vurdere samtidige sykdommer og ev. henvise til avgrenset behandling i annen tjeneste. Unntaksvis kan pasienten være i flere forløp. Ved samtidig alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblematikk, skal pasienten inn i nasjonalt pasientforløp psykisk helsevern, se ROP-retningslinjen kapittel 8.8.4 og [prioriteringsveileder for TSB](#).

Hvis pasienten skal videre til poliklinisk behandling etter avrusning, bør pasienten få time "i hånden" før utskrivelse. Denne timen bør maks være tre kalenderdager etter utskrivningsdagen.

Pasienten bør informeres nøye om tap av toleranse etter avrusning fra opioider der dette er aktuelt. Overdoseforebyggende tiltak ved utskrivning etter avrusning bør gjennomføres som beskrevet i kapittel 7.11 i pasientsikkerhetskampanjen ([\(itryggehender24-7\)](#)).

Forløpstider

Forløpstider avrusning		
Poliklinikk	Fra avsluttet avrusning til annen behandling starter	Inntil 3 kalenderdager
Døgnerhet	Fra avsluttet avrusning til annen behandling starter	0 kalenderdager

Aktivitet

Behandling i TSB

Tverrfaglig behandling

All behandling i TSB skal være tverrfaglig og bestå av sosialfaglig, psykologfaglig og medisinsk/helsefaglig behandling. Det kan være ulikt fokus på de forskjellige delene av behandling avhengig av pasientens problematikk og hvor i forløpet pasienten er.

Behandling i TSB omfatter:

- avrusning
- kartlegging/utredning
- poliklinisk behandling
- dagbehandling
- døgnbehandling
- ambulerende oppfølging/behandling

Mange TSB-enheter har poliklinisk behandling som hovedtilbudet i behandlingen. Pasienten vil ofte starte og avslutte behandlingen i poliklinikk, selv om han/hun også kan ha behov for annen type behandling. Ambulante tjenester er ofte et godt alternativ, der slike er etablert. Ofte skjer dette i samarbeid med kommunal helse- og omsorgstjeneste. For noen pasienter kan det være aktuelt med et dagtilbud. Dagtilbudet kan være et tilbud i en døgninstitusjon der pasientene kan komme og følge et behandlingsopplegg på dagtid, eller tilbud i eget dagsenter.

I økende grad planlegges gjentatte, såkalte sekvensielle innleggelse til døgnenhet i TSB. Pasienten får oppfølging fra kommunal(e) instans(er) mellom døgninnleggelsene. Noen kan også ha behov for døgnbasert omsorgs- og rehabiliteringsplass i forkant eller i etterkant av behandling, jf. [lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-2.6 c.\(lovdata.no\)](#)

Unge bør fanges opp tidlig i en problemutvikling. Kombinasjon av ung alder og rusmiddelinntak kan medvirke til økt sårbarhet og utvikling av skadelig bruk og avhengighetsproblematikk. Det er viktig at

denne pasientgruppen får den tiden og fleksibiliteten de har behov for gjennom en sammenhengende behandlingsskjede i døgn- og poliklinisk behandling/ambulerende tjenester inkludert aktører som barneverntjeneste og BUP. Se også kapittel om [unge i behandlingsretningslinjen](#).

Tilbakefallsforebygging og håndtering av avbrudd (drop-out)

Tilbakefall til rusmiddelbruk og avbrudd fra behandlingen kan forekomme for mange av pasientene. Tiltak for å forebygge og håndtere avbrudd bør nedfelles i en [kriseplan](#).

For å unngå/ redusere sjansen for avbrudd (drop-out) fra behandlingen er det viktig å tilby fleksible behandlingsrammer og legge til rette for at pasienter kan komme raskt tilbake til behandling dersom de ønsker det. [Brukerstyrt innleggelse](#) kan være et egnet tiltak.

Dersom pasienten gjentatte ganger uteblir fra avtaler, bør behandler gjøre flere forsøk på å kontakte pasient 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 pasienten 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.

Andre mulige tilbud, eventuell avslutning og mulighet for rehenvisning bør vurderes ved flere og langvarige utsettelse. Spesialisthelsetjenesten skal dokumentere i journal at pasienten har fått et tilbud som vedkommende har utsatt, takket nei til, eller ikke møtt til.

Ved avbrudd (drop-out) fra behandling, må koordinatorfunksjonen rus/ behandler i kommunen varsles og aktuelle tjenester/oppfølgingsansvarlig i kommunen, eventuelt fastlege kontaktes for videre oppfølging i påvente av nytt inntak i TSB. Ved behov kan samarbeidsmøte mellom pasient og eventuelt pårørende, TSB og kommunale tjenester/fastlege arrangeres. Spesialisthelsetjenesten ved behandler/forløpskoordinator har ansvar for reinnleggelse/skaffe ny time slik at avbruddet blir så kort som mulig.

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 konsekvensene av eventuell drop-out. Se anbefalinger i behandlingsretningslinjen om [avbrudd i behandlingen](#) og tips til å redusere [drop-out hos Nasjonal kompetansetjeneste TSB](#).

Aktivitet

Samhandling i forløpet

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

Pasienten 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 \(lovdata.no\)](#).

I alle pasientforløp skal det sikres:

- samarbeid med pårørende og/eller andre instanser ut fra pasientens 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.

Fastlege bør være orientert om behandlingen gjennom forløpet. Dersom fastlege ikke er henviser, bør det sendes tilbakemelding til både fastlege og henviser underveis i forløpet. Tilbakemelding til fastlege og henviser skal sendes hvis et evalueringspunkt fører til større endringer i behandlingsplanen. Tilbakemeldingen bør inneholde en oppsummering av evalueringspunktene.

Hvis pasienten allerede mottar tjenester fra kommunen eller andre instanser, bør det etableres samarbeid mellom de ulike instansene så snart pasienten er tatt imot ved poliklinikk eller døgnavdeling.

Hvis pasienten har behov for og ønsker oppfølging i kommunen underveis i forløpet bør kommunen varsles så snart som mulig, slik at spesialisthelsetjenesten og kommunen kan innlede et tidlig samarbeid om tiltak.

For pasienter som ønsker bistand til å starte på skole/jobb, eller fortsette med skole/jobb, må det være et integrert samarbeid mellom kommune/fylkeskommune/NAV og helse. Møter kan ved behov skje ved telefon/videomøter.

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

Pasienter med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer kan ha behov for langvarige tjenester store deler av livet. Det anbefales at personer med alvorlige ROP-lidelser og sammensatte tjenestebehov, som ikke greier å dra nytte av det ordinære tjenestetilbudet, får tilbud om behandling og oppfølging i et aktivt oppsøkende behandlingsteam. Teamet gir både kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester (ACT-, FACT- eller andre oppsøkende behandlingsteam med personell fra kommune og spesialisthelsetjeneste) [se ACT- og FACT-håndbok \(napha.no\)](#).

Samarbeidsmøter

I behandlingsforløpet er det viktig at samarbeids-/ansvarsgruppemøter mellom pasient, aktuelle kommunale aktører og TSB finner sted jevnlig.

Samarbeidsmøtet skal avklare og tydeliggjøre pasientens forventninger til behandlingsforløpet. Samarbeidsmøtene tar utgangspunkt i pasientens behandlingsplan, eventuelt individuell plan, og skal sikre koordinering av de tiltakene som skal gjennomføres i forbindelse med behandlingen. Se også veileder [Sammen om mestring](#).

Aktuelle deltakere er pasienten, eventuelt pårørende og instanser som er i kontakt med pasienten, inkludert fastlege. Samarbeidsmøter bør holdes regelmessig for å sikre god dialog underveis og ved avslutning av behandlingen.

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

Kommunen bør alltid være med på møter når pasienten mottar eller trenger kommunale tjenester. Fastlegen må involveres i dette samarbeidet. Dette gjelder også der hvor pasienten har langvarige

polikliniske forløp i TSB, som for eksempel ved legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Andre aktuelle deltakere inkluderes etter behov (f.eks. statlig NAV ved behov for arbeidsrettede tiltak).

Aktivitet

Evalueringpunkter

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

Nasjonale pasientforløp innebærer regelmessige evalueringpunkter hvor status for utredning og behandling gjennomgås. Evalueringpunktene koples først og fremst til samarbeidsmøter. Tilsvarende evaluering bør alltid gjøres ved avslutning av forløpet i spesialisthelsetjenesten.

Ved behandling som varer over 3 måneder bør det være et stoppunkt minimum hver 8./6.uke (poliklinikk/døgn) det første året og deretter etter individuell vurdering. Ved manualbaserte behandlingsformer må hyppigheten tilpasses. Møtene kan ved behov skje ved telefonisk kontakt eller ved bruk av videokonsultasjon eller liknende. Ved lange behandlingsforløp, ut over 1 år kan det vurderes å utvide forløpstiden mellom evalueringpunkter fra 8 til 12 uker i poliklinikk.

Ved evalueringpunktene bør pasient og eventuelt pårørende, TSB-behandler, kommune og andre involverte tjenester, i fellesskap vurdere:

- opplever pasienten behandlingen som nyttig?
- hvilke ressurser og mestringsstrategier opplever pasienten som nyttig?
- evaluere behandlingstatus – er tiltakene fulgt opp?
- behov for ytterligere utredning (TSB, somatikk, psykisk helsevern, levevaner)
- behov for videre behandling/oppfølging (TSB, somatikk, psykisk helsevern, legemidler, levevaner)
- om behandlingsplan/individuell plan (IP) bør oppdateres, revideres eller evalueres
- trenger aktuelle samarbeidspartnere som ikke deltar på møtet skriftlig informasjon (hvis pasient samtykker)?
- evaluere eksisterende tiltak, og planlegge og igangsette nødvendige kommunale tiltak
- er det behov for
 - videre tiltak og oppfølging til barn som pårørende eller mindreårige søsken
 - videre tiltak for familie og andre pårørende
 - kontakt med likemenn/erfaringskonsulenter, brukerorganisasjoner og/eller frivillige/ideelle tiltak/organisasjoner

Forløpstider

Forløpstider evalueringpunkter		
Poliklinikk	Fra klinisk beslutning etter ferdig utredning til første evaluering	Inntil 14 kalenderdager (2 uker)
	Tid mellom hver evaluering	Inntil 56 kalenderdager (8 uker). Fra 2. behandlingsår inntil 84 kalenderdager (12 uker)

Døgnet	Fra klinisk beslutning etter ferdig utredning til første evaluering	Inntil 7 kalenderdager (1 uke)
	Tid mellom hver evaluering	Inntil 42 kalenderdager (6 uker). Fra 2. behandlingsår inntil 84 kalenderdager (12 uker)

Aktivitet

Registrering av koder

Pasient og eventuelt pårørende er informert om ulike behandlingsformer:

Koden registreres når pasienten/pårørende har mottatt informasjon om ulike behandlingsformer enheten kan tilby for pasientens tilstand. Informasjonen bør gis før pasienten/pårørende involveres i utarbeidelse av behandlingsplan. Koden registreres kun én gang per forløp.

Kode	Kodetekst	Type kode	Kodeverk (OID)
U	Utført aktivitet	Hendelse	9322
B	Pasient og eller foreldre og eventuelt pårørende er informert om de ulike behandlingsformer enheten tilbyr for aktuell lidelse	Utfall	9323

Ved rapportering i system som ikke har forløpsmodul registreres dette som en prosedyrekode med kode D01UB - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) - Utført aktivitet - Pasient og/eller foreldre og eventuelt pårørende er informert om de ulike behandlingsformer enheten tilbyr for aktuell lidelse

Involvering i utarbeidelse av behandlingsplan:

På dato for når pasient/pårørende og behandler har utarbeidet en behandlingsplan, skal kodene under registreres. Koden skal registreres kun én gang per nasjonalt pasientforløp og som hovedregel etter koden Pasient og/eller foreldre og eventuelt pårørende er informert om de ulike behandlingsformer enheten tilbyr for aktuell lidelse.

Kode	Kodetekst	Type kode	Kodeverk (OID)
U	Utført aktivitet	Hendelse	9322
U	Pasient og/eller foreldre og eventuelt pårørende er involvert i utarbeidelse av behandlingsplan	Utfall	9325

Ved rapportering i system som ikke har forløpsmodul registreres dette som en prosedyrekode med kode D01UU - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) - Utført aktivitet - Pasient og/eller foreldre og eventuelt pårørende er involvert i utarbeidelse av utredningsplan og/eller behandlingsplan

Tilbakemelding til henviser og fastlege underveis i forløpet:

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

Når behandlingsplanen er utarbeidet, bør tilbakemeldingen inneholde:

- konklusjon av utredning
- sentrale elementer i behandlingsplanen

Når et evalueringspunkt fører til store endringer i behandlingsplanen, bør tilbakemeldingen inneholde:

- en oppsummering av evalueringspunktet
- endringene i behandlingsplanen

Kode	Kodetekst	Type kode	Kodeverk (OID)
F	Tilbakemelding til henviser og fastlege sendt underveis i forløpet	Hendelse	9322

Ved rapportering i system som ikke har forløpsmodul registreres dette som en prosedyrekode med kode D01F - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) - Tilbakemelding til henviser og fastlege sendt underveis i forløpet

Samarbeidsmøte med andre instanser:

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

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 evalueringspunktet 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 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 D01E - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) - Evalueringspunkt

Akuttbehandling og oppfølging etter rusmiddeloverdose

4.1

Bakgrunn og definisjon

Målene i dette kapittelet må ses i sammenheng med de overordnede målene i [Nasjonal overdosestrategi \(2019 – 2022\) \(regjeringen.no\)](#), [Nasjonal alkoholstrategi \(2021 – 2025\) \(regjeringen.no\)](#) og de generelle nasjonale pasientforløpene for psykisk helse og rus. De skal bidra til å bedre pasientens helsetjeneste ved at pasienter opplever et godt organisert, helhetlig og forutsigbart forløp i tråd med nasjonale anbefalinger. Utredning, diagnostikk, behandling og rehabilitering skal ikke forsinkes uten grunn. Prinsippene for øyeblikkelig hjelp i den akuttmedisinske kjede ([NOU 1998:9 \(regjeringen.no\)](#), [Akuttmedisinforordningen \(lovdata.no\)](#) og [Rundskriv 1-5/15 \(regjeringen.no\)](#)) må ligge til grunn for hvordan overdosepasienter behandles og hvordan de forskjellige tjenestene samarbeider. Det vil si at alle som arbeider i helse- og omsorgstjenesten anerkjenner at overdoser både er akutt, alvorlig og ofte et symptom på forverring av en kronisk tilstand. Det er også et mål å bidra til at pasienter som har tatt overdose får nødvendig hjelp og vurdering av behovet for helsehjelp.

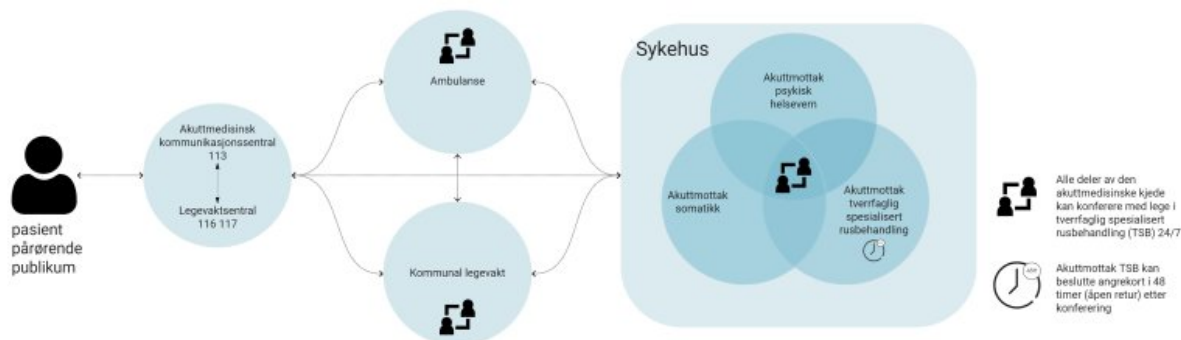
Målet med dette kapittelet i forløpet er å bedre samarbeidet i øyeblikkelig hjelp/akutt-fasen og sikre dialog mellom de ulike delene av spesialisthelsetjenesten og samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten (både somatikk, psykisk helsevern og TSB).

Overdosetallene i Norge er fortsatt for høye og pasientene får i mange tilfeller kun tilbud om begrenset, akutt helsehjelp hvor nasjonale anbefalinger ikke er tatt i bruk. Det er behov for økt kunnskap og etablering av en felles, faglig forståelse av hvilken helsehjelp en pasient bør få etter en overdose. [Nasjonal faglig retningslinje for avrusning](#) setter den faglige standarden for akuttgjeldende hjelp for pasienter med rus- og avhengighetstilstander, men er i ulik grad implementert i tjenestene.

Akuttbehandling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling inngår i den akuttmedisinske kjede og personell i tverrfaglig spesialisert rusbehandling inngår som en del den akuttmedisinske beredskapen ([Akuttmedisinforordningen § 3-bokstav f \(lovdata.no\)](#)). Samhandlingen mellom de ulike fagområdene og nivåene i helsetjenesten bør styrkes. På den måten kan pasientene i tillegg til å få hjelp for den akutte somatiske helseutfordringen overdosen medfører, få avklart eventuelle akutte psykiske helseproblemer og deretter få behandling for sin akutte rus- og avhengighetstilstand. Dersom pasienten vurderes å ha rett til videre behandling i TSB bør pasienten inkluderes i ordinært pasientforløp TSB.

En utfordring ved akuttbehandling og oppfølging av pasienter etter overdose, er en uønsket variasjon i akutttilbudet i TSB, og at tilbudet i mange helseforetak er dårlig beskrevet eller ikke opprettet, se [Akuttbehandling i TSB \(oslo-universitetssykehus.no\)](#). Organisering av helsehjelpen kan tilpasses lokale forhold, men må ivareta nasjonale faglige standarder for akuttbehandling i TSB. Målet er at den enkelte pasient opplever forutsigbare og koordinerte pasientforløp i den akutte fasen og ved behov videreføres i et ordinært forløp. Pasientflyten kan illustreres slik:

Den akuttmedisinske kjede etter overdose



Illustrasjon: Den akuttmedisinske kjede etter overdose

[Illustrasjonen kan lastes ned / skrives ut \(PDF\).](#)

Dette kapittelet beskriver tiltak som sikrer at alle som har behov for behandling og videre oppfølging etter overdosen, får det. Slik er det ikke i dag. Det er også mennesker som overlever overdose uten at helsevesenet blir kontaktet. Det er derfor viktig å synliggjøre helsetjenestens mulighet og plikt til å hjelpe ved at kunnskapsnivået om overdosefare ved bruk av ulike rusmidler styrkes.

Akuttintervensjon i TSB kan innebære undersøkelse og vurdering, polikliniske intervensjon og/eller døgninnleggelse. Ved overdose har pasienten rett til øyeblikkelig helsehjelp, og spesialisthelsetjenesten plikter å motta pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp til undersøkelse og om nødvendig behandling. Dette inkluderer pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp innenfor TSB.

Kapittelet benytter en vid definisjon av overdose. Den spesifiserer ikke type rusmiddel, men hvor alvorlig overdosen vurderes å være. Behandlingen vil avhenge av pasientens tilstand. For noen vil det være tilstrekkelig med akutt hjelp ved kommunal legevakt. Det kan være tilfelle for personer som får behandling for alkoholoverdose for første gang. For andre kan det være nødvendig med innleggelse på sykehus hvis rusmiddeloverdosen krever mer spesialisert behandling.

Kapittelet omhandler alle aldersgrupper. Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet er regulert etter Lov om spesialisthelsetjenester jfr. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 første ledd nr. 5 og har følgelig ingen nedre aldersgrense. Det vises for øvrig til [bestemmelser om taushetsplikt og samtykke knyttet til personer under 18 år](#).

Følgende faglige retningslinjer er utgangspunktet for dette kapittelet:

- [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 legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet](#)
- [Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse](#)

Sentrale anbefalinger i dette kapittelet av pasientforløpet er:

- Alle helseforetak må sikre et forsvarlig og tilgjengelig døgnkontinuerlig akutttilbud til alle pasienter etter overdose. Enten i TSB, eller i avdeling i psykisk helsevern/somatikk med tilgang på TSB-kompetanse, for vurdering, undersøkelse og akuttintervensjon.
- Helseforetakets ledelse har ansvar for å koordinere dette kapittelet av forløpet i sin virksomhet og har ansvar for å legge til rette for og gjennomføre forløpet på en slik måte at helsepersonell

kan ivareta føringene/anbefalingene i kapittelet. Forløpskoordinatorrollen i dette kapittelet er derfor på systemnivå, og ikke på individnivå. Pasienter som blir/er inkludert i et ordinært nasjonalt pasientforløp vil følges opp på vanlig måte av utpekt [forløpskoordinator på individnivå ref. kap 1](#). Ledere på alle berørte nivåer og fagområder har ansvar for implementeringen av kapittelet.

- Ambulansepersonell/legevaktslege må ha mulighet for direkte kontakt med lege i TSB i helseforetaket for å vurdere om undersøkelse og eventuell behandling i akutttilbud i TSB er nødvendig.
- Det kan være en utfordring at pasienter takker nei til videre oppfølging etter den mest akutte fasen etter overdose. Pasienter som er behandlet for overdose bør derfor tilbys en åpen mulighet til å bli undersøkt eller returnere til døgnkontinuerlig akutttilbud i TSB: et angrekort om åpen innleggelse/retur i 48 timer.
- Behandlingsansvarlig i primærhelsetjenesten som håndterer pasienten i den akutte situasjonen har et selvstendig ansvar for å vurdere og om nødvendig sørge for å koble inn andre deler av helsetjenesten.

Innledning

Organisering av helsehjelpen

Kapittelet beskriver hvordan helse- og omsorgstjenesten bør organisere helsehjelp til pasienter etter en overdose. Målet er at pasienter opplever et godt organisert, helhetlig og forutsigbart forløp.

Utredning, diagnostikk, behandling og rehabilitering skal ikke forsinkes uten grunn.

Organisering av helsehjelpen kan tilpasses lokale forhold, men må oppfylle faglige kriterier for akuttbehandling i TSB på lik linje som akuttbehandling for andre helsetilstander.

Definisjon av overdose

Overdose er en tilstand utløst ved bruk av rusmidler eller vanedannende legemidler. Tilstanden fører til alvorlig svekkelse av pasientens respirasjon, sirkulasjon og/eller bevissthetsnivå. En overdose kan skyldes inntak av alkohol, medikamenter eller illegale rusmidler.

Opioidoverdoser medfører stor risiko for å dø. Definisjonen rommer likevel ikke bare opioider. Også alkoholforgiftninger, særlig alkoholdelir, er tilstander som er forbundet med stor dødsrisiko. Overstadig beruselse av alkohol eller andre rusmidler øker risikoen for alvorlige skader og ulykker. Kombinasjoner av inntak av flere rusmidler, inntak svarende til et toksisk nivå eller svært skadelige administrasjonsmåter, krever særskilt oppmerksomhet. Forløpet skiller derfor ikke på inntatt rusmiddel, men anerkjenner alle overdoser som en risikofaktor for senere overdoser og tidlig død. Overdoser kan være både selvstendige hendelser eller en akutt forverring av en kronisk tilstand.

Målgruppe

1. Tjenesteytere innen spesialisthelsetjenesten: akuttmedisinske tjenester, somatiske tjenester, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)
2. Tjenesteytere innen primærhelsetjenesten: kommunale helse- og omsorgstjenester (somatikk, psykisk helse- og rustjenester), legevakt og fastleger.
3. Brukere, pårørende og deres organisasjoner samt andre frivillige organisasjoner

Aktivitet

Start behandling og oppfølging etter rusmiddeloverdose

Behandling og oppfølging etter en overdose starter med øyeblikkelig hjelp. Denne hjelpeplikten er fastsatt i [helsepersonelloven § 7, spesialisthelsetjenesteloven § 3-1 og helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 3 \(lovdata.no\)](#) og har til formål å sikre at personer i akutt fare skal få behandling så fort som mulig.

Helsepersonell skal straks gi den helsehjelp de evner når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig. Formålet er å sikre at personer i akutt fare skal få behandling så fort som mulig. Begrepet "påtrengende nødvendig" refererer seg både til pasientens helsetilstand, helsepersonellens mulighet til å gi adekvat hjelp og tidsperspektiv.

Som et alminnelig utgangspunkt vil øyeblikkelig hjelp-plikten gjelde i situasjoner der det oppstår et akutt behov for undersøkelse og behandling, blant annet for å gjenopprette og/eller vedlikeholde vitale funksjoner, for å forhindre eller begrense alvorlig funksjonsnedsettelse som følge av skade og sykdom eller for å gi akutt smertelindring. At hjelpen er "påtrengende nødvendig" innebærer også at den hjelpen som gis, kan ha en effekt på helsetilstanden. Hjelpeplikten gjelder på alle stadier i hendelsesforløpet såfremt det fortsatt foreligger en fare og hjelpen anses påtrengende nødvendig.

[Helsepersonelloven § 7](#) andre ledd pålegger helsepersonell å foreta nødvendige undersøkelser dersom det er tvil om helsehjelpen er påtrengende nødvendig. Med dette menes undersøkelser som ansees nødvendige for å avdekke om det foreligger en øyeblikkelig hjelp-situasjon, og som helsepersonellet er kvalifisert til og i stand til å utføre under de rådende omstendigheter. Undersøkelsesplikten går lenger enn hjelpeplikten, og det er derfor avgjørende å kunne konferere med deler av spesialisthelsetjenesten med relevant kompetanse, herunder lege i TSB. Denne undersøkelsesplikten vil særlig aktualiseres for helsepersonell som selv ikke har tilstrekkelig erfaring eller kompetanse innenfor rusbehandling. Kjente risikofaktorer for død, alvorlig helseskade og høy risiko for repetisjon av overdoser, vil styrke behovet for innsats som kan avverge alvorlig helseskade. Dette gjelder særlig etter flere opioidoverdoser i løpet av et kort tidsrom, ved redusert toleranse for opioider som etter avbrudd i bruk, eller ved alkoholutløst delir.

Det må vurderes når hjelpen ikke lenger er påtrengende nødvendig og situasjonen ikke lenger ansees som øyeblikkelig hjelp. Pasienten vil da ha rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, jf. [pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b andre ledd](#) og rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen, jf. [pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a andre ledd](#). Det omfatter blant annet vanlig henvisningspraksis og krav til samtykke, jf. [pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1 \(lovdata.no\)](#).

4.2

Aktiviteter og tiltak fra tjenesteytere

Angrekort: Det kan være en utfordring at pasienter takker nei til videre oppfølging etter den mest akutte fasen etter overdose. Pasienter som er behandlet for overdose bør derfor tilbys en åpen mulighet til å bli undersøkt eller returnere til døgnskutt tilbud i TSB: et angrekort om åpen innleggelse/retur i 48 timer. Dette innebærer at pasienten kan gå direkte til akutt undersøkelse og vurdering i TSB uten ny konferering eller henvisning. En slik åpen retur kan avtales mellom lege i TSB og det helsepersonell som tar kontakt i forbindelse med den akutte situasjonen. Målet er å sikre at

pasienten får informasjon om aktuelle tilbud for å forebygge og redusere skade og ivaretagelse av pasientens rett til hjelp i spesialisthelsetjenesten i medhold av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1

Reviderte behandlingsplaner: Overdose kan være en akutt forverring av en kronisk tilstand, og pasienter vil ofte oppfylle kravene til inklusjon i nasjonalt pasientforløp rusbehandling (TSB) eller andre. Allerede aktive behandlere og annet personell som har tett oppfølging av pasienten i kommunen og spesialisthelsetjenesten, bør få informasjon om overdosen, innenfor reglene om taushetsplikt og opplysningsrett i [kapittel 5 i helsepersonelloven](#). Overdosen bør føre til at aktuell behandlingsplan evalueres. Pasienten har rett til å medvirke i denne prosessen, jf. [pasient- og brukerrettighetsloven kap. 3](#).

Aktivitet

Foretaksnivå

Alle helseforetak må sikre et forsvarlig og tilgjengelig døgnkontinuerlig akutttilbud til alle pasienter etter overdose - i TSB eller i avdeling i psykisk helsevern/somatikk med tilgang på TSB kompetanse for vurdering, undersøkelse og akuttintervensjon. Helseforetakene har ansvar for å sikre tilstrekkelig kapasitet og at mulighet til veiledning og vurderingstjenester (liaison) inngår som en del av tilbudet. Dette er en del av oppfølgingen i den akuttmedisinske kjede og en del av den akuttmedisinske beredskapen, jf. [akuttmedisinforskriftens § 3-f \(lovdata.no\)](#).

Dette krever tilgjengelig lege på vakt døgnkontinuerlig i TSB i alle helseforetak, slik at annet helsepersonell kan konferere.

Helseforetakets ledelse har ansvar for å koordinere behandling og oppfølging etter rusmiddeloverdose i sin virksomhet og har ansvar for å legge til rette for og gjennomføre forløpet på en slik måte at helsepersonell kan ivareta føringene/anbefalingene i kapittelet. Forløpskoordinatorrollen i dette kapittelet er derfor på systemnivå, og ikke på individnivå. Pasienter som blir/er inkludert i et ordinært nasjonalt pasientforløp vil følges opp på vanlig måte av utpekt [forløpskoordinator på individnivå ref. kap 1](#). Ledere på alle berørte nivåer og fagområder har ansvar for implementeringen av kapittelet.

Helseforetakets ledelse har ansvar for å sørge for at prinsippene i den akuttmedisinske kjede følges, herunder at det er etablert akutt tilbud i TSB, eventuelt annet døgnkontinuerlig tilbud med tilgang på TSB-kompetanse, som samarbeidspartnere kan konferere med og som kan vurdere, intervensere og legge inn pasienter med akutt behov for TSB. Det skal derfor opprettes en funksjon som forløpskoordinator på overordnet systemnivå som på vegne av ledelsen skal arbeide med å realisere dette forløpskapittelet i det enkelte helseforetak.

Forløpskoordinator for behandling og oppfølging etter overdose i spesialisthelsetjenesten har følgende oppgaver:

- utarbeide rutiner for samarbeid mellom prehospitaltjenester, somatikk, psykisk helsevern og TSB i eget og samarbeidende helseforetak. Dette må tilpasses lokale forhold.
- sikre at samarbeidsavtalene med kommunene konkretiserer behandling og oppfølging etter overdose og beskriver ansvar og oppgaver til koordinerende enhet i kommunen, herunder hvilke tiltak og tjenester legevakt og ambulanse/AMK kan kontakte.

- at det er etablert konkrete samhandlingsrutiner som beskriver hvordan angrekortet skal praktiseres i opptaksområdet. Samhandlingsrutinen bør også inneholde beskrivelse av et fysisk angrekort, en SMS eller annet.
- sørge for at informasjon om telefonnummer til lege i TSB er tilgjengelig både internt i spesialisthelsetjenesten og for kommuner, deriblant legevakt og ambulanse.
- tilstrekkelig opplæring og tilpasning slik at anbefalingene i dette kapittelet blir iverksatt.
- at forløpet evalueres regelmessig når det gjelder antall overdoser i eget.

Aktivitet

Prehospitale akuttjenester

Prehospitale tjenester er den delen av spesialisthelsetjenesten som håndterer pasientene utenfor sykehus. Det består av akuttmedisinsk kommunikasjonssentral (AMK) som besvarer medisinsk nødtelefon 113, gir innringer veiledning i livreddende førstehjelpstiltak og koordinerer ambulanseressurser i sitt område. Henvendelser til 113 som blir vurdert til ikke å trenge ambulansetransport, kan settes direkte over til en legevaktssentral som igjen vil gi innringer råd om egenomsorg, avtale oppmøte på nærmeste legevakt eller avtale hjemmebesøk av legevaktslege. Legevaktssentralene drives av kommunene, ofte som interkommunale samarbeid, og de har et felles nasjonalt telefonnummer (116117). Ambulansetjenestene rykker ut til pasienter som trenger akutt hjelp, diagnostiserer og behandler livstruende tilstander før og under transport til sykehus.

Spesialisthelsetjenesten mottar informasjon om de fleste overdoser via telefon til 113 og ambulanse/legevaktslege. Fra ambulansen eller legevaktslege gjøres det en hovedtriagering til legevakt eller sykehus. Prinsippene i den akuttmedisinske kjede gjelder ([NOU 1998:9 \(regjeringen.no\)](#)) og [Akuttmedisinforskriften \(lovdata.no\)](#) og [Rundskriv I-5/15 \(regjeringen.no\)](#). Dette forløpskapittelet skal bidra til å styrke samarbeidet mellom akuttjenestene og resten av helsetjenestene, også der pasienten forblir på hendelsesstedet. Særlig bør samarbeidet styrkes inn mot TSB. Mange steder blir ikke denne tjenesten koblet inn ved øyeblikkelig hjelp eller undersøkelse og behandling av overdosepasienter.

[Nasjonal faglig retningslinje for avrusning av rusmidler og vanedannende legemidler](#) beskriver viktige anbefalinger også om den prehospitale behandlingen.

- Medisinsk nødnummer 113 og legevaktssentralen 116 117 mottar henvendelsen om mulig overdose. De må være kjent med overdosetiltak, eksempelvis nalokson neseppray, og de må kunne veilede i hvordan den brukes i akutte situasjoner, [jf. anbefalinger i nasjonal faglig retningslinje for avrusning av rusmidler og vanedannende legemidler](#).
- Før pasienter kan ferdigbehandles av prehospitalt personell, må akuttmedisinsk kommunikasjonssentral (AMK) kontaktes for å innhente informasjon fra lokalt akuttmedisinsk informasjonssystem (AMIS) og kjernejournal/kriseplan. [Opplysninger derfra, som identifisering av pasienter med repeterte overdoser, kan være avgjørende for videre undersøkelse, behandling og informasjonsflyt også i akuttsituasjonen](#).
- Overdosepasienter bør ikke forlates på hendelsesstedet uten at de har fått tilbud om observasjon og oppfølging. Oppfølgingstilbudet kan være i somatikk, psykisk helsevern, TSB og/eller kommunen, avhengig av pasientens behov. [Observasjon bør vare i minst to timer \(jf. anbefaling\)](#).

- Ambulansepersonell/legevaksleleger må ha mulighet for direkte kontakt med lege i TSB i helseforetaket for å vurdere om undersøkelse og eventuell behandling i akutttilbud i TSB er nødvendig. Konferering mellom ambulansepersonell/legevaksleleger og lege i TSB i øyeblikkelig hjelp-situasjonen er ikke avhengig av samtykke.
- Ved tvil om helsehjelpen er påtrengende nødvendig, skal helsepersonell foreta nødvendige undersøkelser ([helsepersonelloven §7 \(lovdata.no\)](#)) og ev. konsultere lege i TSB. Dette innebærer at helsepersonell har et ansvar for å sikre at pasienten blir vurdert av kvalifisert personell, jf. Helsepersonelloven § 7. Eventuelt bør pasienten overføres til døgkontinuerlig akutttilbud i TSB eller i avdeling i psykisk helsevern/somatikk med tilgang på TSB kompetanse for vurdering og undersøkelse.
- Det må om nødvendig konfereres med akuttavdeling i psykisk helsevern. Det kan også være nødvendig å avklare pasientens somatiske helsetilstand, jf. [anbefalinger i nasjonal faglig retningslinje for avrusning](#). Anbefalingene i dette kapittelet forutsetter derfor at pasientens somatiske og psykiske helsetilstand er vurdert og at det er avklart evt. behov for TSB jfr. Avrusningsretningslinjen.
- For pasienter som ikke ønsker transport til videre oppfølging, må helsepersonell ha kjennskap til og kunne informere om lokale behandlings- og oppfølgingstilbud i kommunen og/eller hos fastlegen. Pasienten bør få informasjon om muligheten til å benytte tilbud om akuttvurdering innen 48 timer dersom pasienten skulle ombestemme seg ([Angrekort](#)). Dette forutsetter at prehospitalt personell har avtalt bruk av angrekort med lokalt akutttilbud i TSB. Målet er å sikre at pasienten får informasjon om aktuelle tilbud for å forebygge og redusere skade.
- Utover øyeblikkelig hjelp-konferering bør informasjonsflyt innad i helseforetakene og med oppholdskommunen være beskrevet lokalt i samhandlingsavtalene. Målet er styrket oppfølging og forebygging av nye overdoser. Det må tilrettelegges for at prehospitalt personell bør sende melding om overdose til TSB i helseforetaket dersom pasienten samtykker til dette.
- Der hvor helsepersonell mener at informasjonsdelingen er nødvendig for å avverge akutt betydelig helsetap, kan man se bort fra krav om samtykke mens hjelpen er påtrengende nødvendig, og handle innenfor [helsepersonelloven § 7 om øyeblikkelig hjelp](#). En person som har overlevd en overdose synes å være særlig utsatt for en dødelig overdose senere. Det er derfor særlig viktig å vurdere tilfeller hvor den aktuelle overdosen kommer etter flere repeterende overdoser og fare for gjentagelse vurderes å være svært sannsynlig.

Aktivitet

Primærhelsetjeneste

Pasienter som omfattes av definisjonen av overdose i dette kapittelet, finnes i alle deler av helsetjenesten. Det gjelder primærhelsetjenesten, somatisk spesialisthelsetjeneste og psykisk helsevern. Behandlingsansvarlig må gjøre en konkret vurdering av om det er tilstrekkelig å iverksette tiltak innen primærhelsetjenesten eller om pasienten bør overføres til spesialisthelsetjenesten og i så fall hvilken del. Dersom det er tvil om pasienten vil/bør overføres til akuttbehandling i TSB, kan det konfereres med lege i TSB, om nødvendig med anonymisering av pasientens identitet.

Primærhelsetjenesten bør konferere med TSB-lege om pasienten skal tilbys angrekort. Dersom det gjøres avtale om dette, bør pasienten få tydelig informasjon om hva det innebærer og hvor

pasienten eventuelt kan henvende seg. På samme måte kan det konfereres med lege i somatisk akuttavdeling eller akuttavdeling i psykisk helsevern dersom en mistenker alvorlige somatiske tilstander eller alvorlige psykiske tilstander, inkludert fare for selvmord.

Behandlingsansvarlig i primærhelsetjenesten som håndterer pasienten i den akutte situasjonen har et selvstendig ansvar for å vurdere og om nødvendig sørge for å koble inn andre deler av helsetjenesten. Dette må gjøres for å sikre oppfølging etter overdosen, begrense skade og forebygge nye overdoser. Behandlingsansvarlig må vurdere eventuelt behov for henvisning til kommunal forløpskoordinator, TSB eller andre deler av primær-/spesialisthelsetjenesten.

Aktivitet

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Når pasientens liv og helse er i fare på grunn av rusmiddelinntak, og pasientens akutte somatiske og psykiske helsetilstand er avklart, er det behov for akutt intervensjon i TSB. Overdose er i dette kapittelet i forløpet definert slik at det utløser krav om behov for vurdering av øyeblikkelig hjelp i rusbehandling (TSB).

Det innebærer følgende:

- Alle helseforetak må ha tilgjengelig lege i rusbehandling (TSB) i døgkontinuerlig vakt. Andre akuttmedisinske tjenester som ambulanse og legevakt bør ha kontaktinformasjonen til lege i TSB, for direkte kontakt.
- Alle helseforetak må ha et akutttilbud for pasienter som har behov for undersøkelse og ev. rusbehandling (TSB), [jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-1 \(lovdata.no\)](#). Dette innebærer at pasienten straks skal tas imot til undersøkelse og eventuell behandling for rusmiddelbruk når akutt intervensjon er påtrengende nødvendig, [jf. avrusningsretningslinjen](#). Akuttintervensjon i TSB kan innebære undersøkelse og vurdering, polikliniske intervensjoner og/eller døgninnleggelse.
- For pasienter som oppfyller kravene til for [øyeblikkelig hjelp etter overdose](#), og helsepersonell har konferert med TSB, må det gis/tilrettelegges for mulighet til å bli lagt inn eller returnere selv om de avslår tilbudet første gang. Vakthavende lege i TSB har ansvar for å ta imot henvendelser fra øvrig helsetjeneste om behandling av pasienter for overdose, som vurderes å ha behov for, men som ikke ønsker å bli undersøkt av akutttiltak i TSB. Vakthavende lege plikter å journalføre avtalen om åpen innleggelse/retur, og hvilke faglige råd og tilbud pasienten har fått i øyeblikkelig hjelp-situasjonen. Dersom pasienter innen 48 timer tar kontakt, plikter TSB å vurdere pasienten og om nødvendig gi behandling. For TSB innebærer dette at de har ansvar for å vurdere om pasienten oppfyller akuttkriteriene og om det har kommet til somatiske eller psykiske aspekter som gjør at pasienten har behov for kontakt med andre deler av helsetjenesten.
- Vurdere behovet for revidering av eksisterende behandlingsplan og eventuell videreføring av behandling i TSB etter øvrige bestemmelser i dette nasjonale pasientforløpet.

4.3

Taushetsplikt og samtykke

Aktivitet

Taushetsplikt og rett til å gi helseopplysninger videre

Helsepersonell har som utgangspunkt plikt til å hindre at andre får tilgang eller kjennskap til pasientens helseopplysninger. Taushetsplikten gjelder også mellom helsepersonell, med mindre det foreligger et rettslig grunnlag for slik utlevering av opplysninger. Pasienten kan samtykke til at helsepersonell utleverer opplysninger om personlige eller andre helsemessige forhold til andre. Pasienten kan dermed helt eller delvis fritta helsepersonellet fra taushetsplikten med sitt samtykke. Samtykke kan begrenses til konkret informasjon, en enkelt diagnose eller et skadetilfelle.

Barn over 16 år er som hovedregel helserettslig myndige. Dette betyr at de kan samtykke til helsehjelp og at opplysninger gis videre. Foreldre eller andre med foreldreansvaret har som hovedregel rett til å samtykke for barn under 16 år, [jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4 \(lovdata.no\)](#). Foreldre eller andre med foreldreansvaret har også rett til å samtykke til helsehjelp for personer mellom 16 – 18 år som ikke har samtykkekompetanse, [jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-5 \(lovdata.no\)](#). Reglene for [meldeplikt til barneverntjenesten](#) kan komme til anvendelse.

Aktivitet

Informasjonsdeling i øyeblikkelig hjelp-situasjon

Som utgangspunkt vil øyeblikkelig hjelp-plikten gjelde i situasjoner der det oppstår et akutt behov for undersøkelse og behandling, blant annet for å gjenopprette og/eller vedlikeholde vitale funksjoner, for å forhindre eller begrense alvorlig funksjonsnedsettelse som følge av skade og sykdom eller for å gi akutt smertelindring. Hjelpen skal være påtrengende nødvendig. I vurderingen må det legges vekt på om det er fare for liv eller fare for alvorlig forverring av en helsetilstand. hjelpeplikten gjelder på alle stadier i hendelsesforløpet såfremt det fortsatt foreligger en fare og hjelpen anses påtrengende nødvendig, jf. [helsepersonelloven §7 med kommentarer](#).

Helsepersonell er pålagt å gi hjelp også dersom pasienten ikke er i stand til å samtykke eller motsetter seg helsehjelpen.

Helsepersonell kan utlevere opplysninger til samarbeidende helsepersonell i øyeblikkelig hjelp-situasjoner. Dette kan gjøres selv om pasienten ikke er i stand til å samtykke, eller motsetter seg helsehjelpen og/eller informasjonsutvekslingen. Retten til å gi opplysningene videre uten samtykke gjelder for oppfølging i tidsrommet pasienten trenger øyeblikkelig hjelp.

Dersom helsepersonell med behandlingsansvar mener det er påkrevende nødvendig med akutt behandling og oppfølging i TSB for å forhindre eller begrense alvorlig funksjonsnedsettelse, skal de ta kontakt med lege i TSB uten at samtykke innhentes. I praksis forutsetter dette at det finnes et TSB-tilbud som pasienten kan ha nytte av i akuttsituasjonen.

Aktivitet

Informasjonsdeling utover øyeblikkelig hjelp

Utover øyeblikkelig hjelp krever informasjonsdeling i hovedregel samtykke etter [helsepersonelloven §21](#).

Helsepersonell kan også gi opplysninger videre for å kunne gi pasienten nødvendig oppfølging etter at øyeblikkelig hjelp-situasjonen er over. Informasjonen kan gis videre for at helsepersonell i andre avdelinger eller i andre virksomheter skal kunne følge opp pasienten etter en akutt hendelse, jf. [helsepersonelloven § 25 \(lovdata.no\)](#) med tilhørende rundskriv. Helsepersonelloven §25, første ledd åpner for at taushetsbelagte opplysninger videreformidles til samarbeidende personell når det er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp. Det må med andre ord foretas en konkret vurdering av nødvendigheten av formidlingen og hvilke opplysninger det er behov for å utlevere i den konkrete situasjonen. Pasienten skal så langt råd er være kjent med at det utleveres opplysninger om ham/henne i samarbeidsøyemed, og kan motsette seg dette. Det er imidlertid ikke nødvendig med et eksplisitt samtykke fra pasienten.

Pasientens antatte samtykke er sentralt, og ved tvil bør pasienten forespørres.

Helsepersonellet kan også utlevere opplysninger til helsepersonell som skal gi helsehjelp på forsvarlig måte i ettertid, jf. [helsepersonelloven §45](#), for eksempel til kommunen eller annet hjelpetiltak. Helsepersonellet må begrense seg til relevante opplysninger nødvendig for å gi helsehjelpen på en forsvarlig måte.

Aktivitet

Konsultasjon uten deling av personsensitive data

Konsultasjon mellom helsepersonell for faglige råd, vurdering av alvorlighetsgrad og tilgjengelige hjelpetiltak kan foregå med anonymiserte pasientopplysninger. Det kan være nyttig og nødvendig for personell uten rusfaglig kompetanse å kontakte lege i TSB for å vurdere om det er fare for liv eller fare for alvorlig forverring av en helsetilstand som følge av rusmiddelbruk.

Ved tvil om hjelpen er innenfor [helsepersonelloven § 7 \(lovdata.no\)](#) eller pasienten ikke har gitt samtykke, kan en slik konsultasjon være til nytte. Pasientdata som navn, fødselsdato og andre gjenkjennende opplysninger utelates, men informasjon om overdosetilfellet og helsetilstanden diskuteres. Anonym konferering er en vanlig arbeidsform mellom helsepersonell ved ulike medisinske tilstander og bør i større grad også tas i bruk for pasienter som har hatt en rusmiddeloverdose.

Aktivitet

Opplysningsplikt og meldeplikt

Det finnes tilfeller der helsepersonell plikter av eget tiltak å gi opplysninger videre, uten hinder av taushetsplikten. Aktuelt for overdosepasienter kan være:

- Opplysninger til den kommunale helse- og omsorgstjenesten når det er grunn til å tro at en gravid kvinne misbruker rusmidler på en slik måte at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade ([helsepersonelloven § 32 andre ledd \(lovdata.no\)](#)).
- Opplysninger til barnevernet når det er grunn til å tro at et barn blir eller vil bli mishandlet, utsatt for alvorlige mangler ved den daglige omsorgen eller annen alvorlig omsorgssvikt ([helsepersonelloven § 33 \(lovdata.no\)](#)).
- Melding om behov for individuell plan og koordinator: Helsepersonell skal gi melding om pasienters og brukeres behov for individuell plan og koordinator til habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet i spesialisthelsetjenesten eller kommunen ([helsepersonelloven § 38a \(lovdata.no\)](#)). En slik melding vil ofte kreve mer informasjon enn det som er tilgjengelig i en akutt situasjon.

Aktivitet

Tvangstiltak overfor personer med rusmiddelproblemer

Om rusmiddeloverdosen er et mistenkt selvmordsforsøk, må øyeblikkelig hjelp etter psykisk helsevernloven vurderes. Det må også vurderes risiko for nye overdoser i suicidal hensikt. Dette må konkret vurderes av kompetent personell som et ledd i akuttbehandlingen og om nødvendig må lege i akuttavdeling i psykisk helsevern konfereres i vurderingen. Se også anbefalinger i [avrusningsretningslinjen](#).

Tvangstiltak overfor rusmiddelavhengige er regulert i [helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10 \(lovdata.no\)](#). Kapitlet har tre forskjellige bestemmelser som regulerer adgang til tvangsinnleggelse når vilkår for innleggelse og tilbakehold i institusjon i tverrfaglig spesialisert rusbehandling er oppfylt. Frivillige tiltak må være prøvd eller vurdert som ikke hensiktsmessig før det fremmes sak etter §§ 10-2 og 10-3. Aktiv brukerinvolvering på individnivå bedrer muligheten for en god behandler/pasientrelasjon og frivillig behandling.

Tilbakehold på grunnlag av eget samtykke etter [§ 10-4 \(lovdata.no\)](#) er hovedregelen, men det gis også mulighet for tilbakehold uten eget samtykke. Det er egne regler for tilbakeholdelse av gravide rusmiddelavhengige. Kommunen har ansvar for å vurdere om kriteriene for å fatte vedtak om tilbakehold i institusjon uten eget samtykke er til stede, mens tilbudet gis av utpekte institusjoner i TSB. Det er egne saksbehandlingsregler inkludert særskilte bestemmelser som gir kommunene mulighet til å fatte midlertidige vedtak dersom det er stor hastegrad. Se også [Veileder om tvangstiltak overfor personer med rusmiddelproblemer etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10 \(PDF\)](#).

Bestemmelsene om tilbakehold i institusjon etter bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven vil i liten grad komme til anvendelse i det korte tidsrommet som denne delen av forløpet skal dekke med unntak av midlertidige vedtak/hastevedtak i helt spesielle tilfeller.

Bruker- og pårørendemedvirkning ved rusmiddeloverdose

Aktivitet

Bruker- og pårørendemedvirkning

For hensiktsmessig planlegging, gjennomføring, evaluering og utvikling av behandlings- og oppfølgingstjenester etter overdose, er medvirkning også på systemnivå et viktig virkemiddel for å sikre at pasient- og pårørendestemmen blir hørt, jf. [pasient- og brukerrettighetsloven \(lovdata.no\)](#) og [helseforetaksloven \(lovdata.no\)](#). Bruker- og pårørenderepresentanters erfaringskompetanse er likeverdig med helsefaglig og administrativ kompetanse og er relevant på alle nivåer i helsetjenesten.

- Pasienter og pårørende bør få opplæring som en del av tjenestetilbudet.
- Tjenestene bør alltid involvere brukerrepresentanter når det utvikles kompetanseprogram og skriftlige rutiner og i drøfting av hvordan tjenesten er organisert, jf. [Nasjonal faglig retningslinje for avrusning av rusmidler og vanedannende legemidler kapittel 7 punkt 1](#).
- Virksomheten kan vurdere å ansette erfaringskonsulenter, jf. [Nasjonal faglig retningslinje for avrusning av rusmidler og vanedannende legemidler kapittel 7 punkt 3](#).

Aktivitet

Samtale for å forebygge overdose

Behandlere på alle nivåer bør ha en overdoseforebyggende samtale med pasienter som har risiko for overdose. Samtalen bør legge vekt på tryggere bruk av alle typer rusmidler (skadereduksjon).

Det bør også informeres om ulike selvhjelps- og lavterskeltilbud, omsorgs- og behandlingstilbud i regi av både kommuner, private/frivillige organisasjoner og spesialisthelsetjeneste. Det er viktig at pasienten forstår at en overdose er alvorlig, og at behandling og oppfølging skjer på pasientens premisser.

Aktivitet

Kriseplan

Behandlere på alle nivåer som møter pasienter med rusmiddelproblemer, bør problematisere risiko for overdoser, kartlegge hva som kan føre til overdoser og drøfte hvilke tiltak pasienten ønsker. Det bør utarbeides en kriseplan for pasienter med stor risiko for overdoser, for eksempel pasienter som injiserer opioider eller konsumerer store mengder alkohol, i kombinasjon med legemidler. Kriseplanen bør legges inn i pasientens kjernejournal. Kriseplanen bør i tillegg til informasjon om blant annet forskrevne legemidler, allergier og sykdommer, også inneholde

fullmakter og samtykke til fritak for taushetsplikten. Det gjør at pårørende og hjelpetjeneste i kommunen/helsetjenestene kan få informasjon om at pasienten har hatt en overdose og dermed kan bistå med nødvendig behandling og oppfølging.

Aktivitet

Kjernejournal og kritisk informasjon

[Kritisk informasjon \(helsenorge.no\)](https://helsenorge.no) er informasjon som lege, og i noen tilfeller sykepleier eller psykolog, kan registrere for pasienten i pasientens kjernejournal. Informasjon om kriseplan ved overdoser kan legges inn under punktet om pågående behandling og kritisk informasjon. Dette gjør informasjonen tilgjengelig for flere behandlere, inkludert prehospitalt personell.

Aktivitet

Pårørende

Pårørendes rett til å gi informasjon

Taushetsplikten hindrer ikke at pårørende kan gi informasjon som er viktig for helsehjelpen eller andre tjenester en pasient eller bruker mottar. Helsepersonell har plikt til å ta imot informasjon og oppdatere pasientens/brukerens journal.

Pasienten har innsynsrett i egen journal, og pårørende bør informeres om dette før de gir informasjon om pasienten.

I henhold til [helse- og omsorgstjenesteloven § 10-1 \(lovdata.no\)](#) skal kommunene ved melding fra pårørende om omfattende rusmiddelmisbruk foreta de nødvendige undersøkelser i saken, og vurdere om det skal fremmes sak etter [helse- og omsorgstjenestelovens §§ 10-2 eller 10-3 \(lovdata.no\)](#). Når saken er utredet, skal den pårørende ha tilbakemelding om dette.

Pårørendes rett til å få informasjon

Helsepersonell skal i utgangspunktet sørge for at andre ikke får tilgang eller kjennskap til pasientens helseopplysninger. Dette gjelder også pårørende.

Nærmeste pårørende har rett til informasjon uavhengig av samtykke fra pasienten i den utstrekning «forholdene tilsier det».

Eksempler på slike forhold:

- bevisstløshet hos pasienten
- forbigående psykiske forstyrrelser hos pasienten
- øyeblikkelig hjelp-situasjoner der det er nødvendig å informere pårørende for å kunne innhente nødvendig informasjon fra dem

Hvis det ikke foreligger opplysninger om motsetninger mellom pasientens og nærmeste pårørendes interesser, tilsier hensynet til både pasienten og nærmeste pårørende at informasjon blir gitt. Jo mer alvorlig pasientens tilstand er, desto større anstrengelser kan kreves av helsepersonellet for å informere de nærmeste pårørende, om pasientens helsetilstand og helsehjelpen som ytes, [jf. pårørendeveilederen kapittel 3.4](#)

Barn som pårørende

Helsepersonell har et særlig ansvar for å ivareta mindreårige barn og søsken som pårørende. Barn som opplever at foresatte har tatt en overdose og trenger øyeblikkelig hjelp, er særlig sårbare og krever særskilt oppmerksomhet både for å avklare omsorgssituasjonen og behov for informasjon og oppfølging, [jf. kap 5 i veileder for pårørende](#).

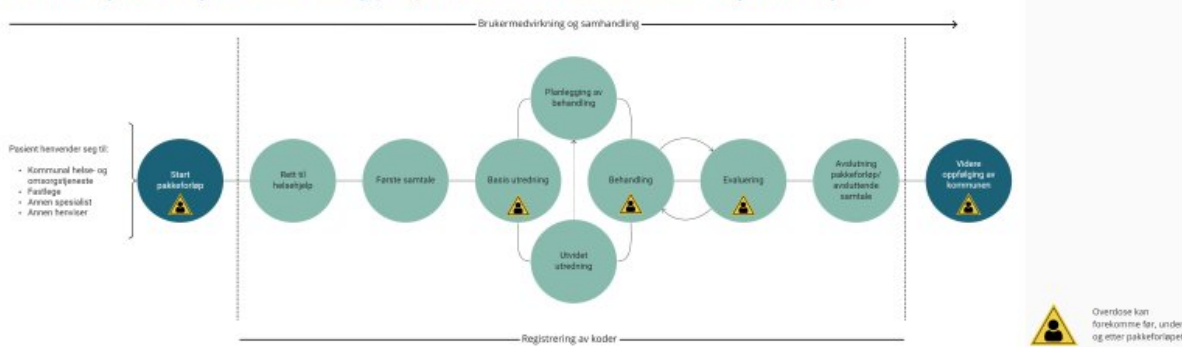
Det skal utpekes barneansvarlig personell i helseforetakene som skal ha ansvar for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av mindreårige som er pårørende barn eller søsken av rusmiddelavhengige eller er etterlatte barn eller søsken etter slike pasienter, [jf. spesialisthelsetjenestelovens § 3-7a \(lovdata.no\)](#).

4.5

Oppfølging utover den øyeblikkelige hjelpen ved rusmiddeloverdose

Alle som arbeider i helse- og omsorgstjenesten, må anerkjenne at overdoser både er akutt, alvorlig og ofte et symptom på akutt forverring av en kronisk tilstand. Videre behandling og oppfølging kan enten skje i spesialisthelsetjenesten (somatikk, psykisk helsevern og TSB) eller kommunale helse- og omsorgstjenester. God informasjonsflyt mellom ulike tjenesteytere er en forutsetning. Dette krever samtykke fra pasienten.

Pasienter i pakkeforløp for rusbehandling (TSB) kan risikere overdose i alle deler av pakkeforløpet.



Pasienter i nasjonalt pasientforløp for rusbehandling (TSB) kan risikere overdose i alle deler av forløpet

[Illustrasjonen kan lastes ned / skrives ut \(PDF\).](#)

Når det er gitt øyeblikkelig hjelp, bør overføring til videre undersøkelse, vurdering og eventuelt videre behandling vurderes i samarbeid med pasienten og eventuelt pårørende. Det bør vurderes om det er aktuelt å overføre til videre behandling i nasjonalt pasientforløp i TSB. Forløpet beskriver oppfølging og behandling både på kommunalt nivå og i spesialisthelsetjenesten.

Når en pasient henvises til behandling i TSB, bør henviser informere om tidligere overdose(r) innenfor reglene om taushetsplikt og opplysningsrett. Tidligere overdose(r) bør vektlegges ved rettighetsvurdering og fristfastsettelse, [jf. prioriteringsveilederen for TSB](#). Det er også nødvendig å vurdere om overdosen var satt i suicidal hensikt og vurdere risiko for eventuelle nye selvmordsforsøk eller om det er annen alvorlig psykisk sykdom som utløste eller medvirket til overdosen, jf. [Avrusningsretningslinjen](#).

Aktivitet

Kommunal oppfølging etter overdose

Når det er behov for kommunale helse- og omsorgstjenester skal helsepersonell som har behandlet pasienten etter overdosen informere kommunen, jf. helsepersonelloven §32 (lovdata.no). Dette krever pasientens samtykke.

Melding til koordinerende enhet i kommunen om gjennomgått overdose bør utløse forsterket oppfølging fra helse- og omsorgstjenesten. Henvisninger fra spesialisthelsetjenesten bør sendes elektronisk via E-melding (PLO-meldinger) til kommune og fastlege med beskrivelse av behovet for nye og/eller endrede tjenester, jf. [Henvisningsveileder](#).

Koordinerende enhet i kommunen har ansvar for å sørge for at individuelle planer utarbeides. Mange pasienter vil etter en overdose ha behov for langvarige og koordinerte tjenester og utarbeidelse/revisjon av individuell plan, behandlingsplan og kriseplan. Kommunen bestemmer selv innholdet i oppfølgingen, og hvem som koordinerer den. Pasientens individuelle behov må være utgangspunktet for den hjelpen som tilbys, og planer må utarbeides sammen med pasienten og eventuelt pårørende der det er hensiktsmessig.

Ikke alle pasienter som har opplevd overdose er kjent for tjenestene i kommunen. Fastlegen vil være sentral for videre dialog med pasienten om overdosen, risiko for nye overdoser og ved behov sørge for at pasienten henvises til behandlings- og oppfølgingstjenester i kommunen og/eller spesialisthelsetjenesten dersom pasienten ønsker det.

Mange kommuner har bygget opp et bredt spekter av tilbud og tjenester til personer med psykisk helse – og/eller rusmiddelproblemer, som skadereduserende tiltak, mottak-sentre, ambulante tjenester mm. Det vises for øvrig til veilederen [Sammen om mestring - Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne \(under revidering\)](#).

Aktivitet

Koding etter rusmiddeloverdose

Koder benyttes for å kunne følge med på om helsetjenesten har oppnådd målsetningene med de nasjonale pasientforløpene. Koder brukes også for at behandlere og institusjoner skal kunne følge med på hvordan tjenestene utvikler seg.

Målet med dette kapittelet i forløpet er å bedre samarbeidet i øyeblikkelig hjelp-situasjonen og akutt-fasen. I denne fasen er behandling tidskritisk. Det dreier seg om akutt syke pasienter, og

tjenestene snakker sammen per telefon. Tjenestene har ikke et felles datasystem, noe som gjør koding og registrering vanskelig.

Det innføres ingen nye koder eller kodeansvarlige med dette kapitlet. Forløpskoordinator på systemnivå har likevel et ansvar for at den akuttmedisinske delen av forløpet blir evaluert, og at utviklingen blant annet monitoreres i forhold til tilgjengelig overdosestatistikk.

Andre datakilder

Norsk pasientregister (NPR)

[Norsk pasientregister \(NPR\)](#) samler inn informasjon om alle pasienter som har vært behandlet i spesialisthelsetjenesten i Norge eller som venter på behandling. NPR leverer data til det europeiske organet for narkotikaovervåking (EMCDDA). [EMCDDA](#) fører statistikk over rusmiddelrelaterte helseskader og dødelige overdoser. Akuttjenestene leverer ikke pasientdata til NPR per i dag. AMK-sentraler kan likevel levere data når ambulanser kalles ut til rusmiddeloverdoser.

Kvalitetsregisteret KvaRus

[Nasjonalt kvalitetsregister for behandling av skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler \(KvaRus\) \(kvalitetsregistre.no\)](#) er et nasjonalt medisinsk kvalitetsregister. Et kvalitetsregister samler inn informasjon som skal bidra til å bedre kvaliteten i helsetjenesten. KvaRus registrerer pasienter som følger et nasjonalt pasientforløp for rusbehandling (TSB). KvaRus registrerer overdose for pasienter i rusbehandling (TSB).

KvaRus registrerer ikke pasienter utenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Folkehelseinstituttet (FHI)

Folkehelseinstituttet publiserer regelmessig statistikk og analyser av narkotikautløste overdoser i Norge med utgangspunkt i tall fra dødsårsaksregisteret, [jf narkotikautløste dødsfall 2020 - FHI \(fhi.no\)](#).

Forløpstider

Akutt/øyeblikkelig behandling skal gis når det er påtrengende nødvendig og krever ikke henvisning. Når man kommer inn akutt er det fordi tilstanden tilsier at ordinære henvisningsrutiner ikke kan følges. Forløpstider er derfor ikke relevante i dette kapitlet. Der det er aktuelt med ordinær henvisning og overdose er en del av problematikken, bør henvisningen sendes med stor hastegrad.

Avslutning og videre oppfølging

Aktivitet

Samhandling før utskrivning fra spesialisthelsetjenesten

Det nasjonale pasientforløpet avsluttes etter gjensidig avtale mellom pasient, TSB og kommune/fastlege. Der det er behov for videre oppfølging ved annen instans, bør det foreligge en konkret, skriftlig plan for oppfølging i kommunen, gjerne som en del av IP (hvis pasienten har IP eller rett til IP). Hvis et videre samarbeid med spesialisthelsetjenesten fortsetter, skal det inngå i planen. Når denne beslutningen er tatt skal koden Hjelpebehov ved avslutning av det nasjonale pasientforløpet i spesialisthelsetjenesten registreres.

Før avslutning av forløpet, bør [evalueringspunktene](#) gjennomgås i et eventuelt avsluttende samarbeidsmøte. Sammen med pasienten avklares forventninger og perioden etter avslutning av forløpet forberedes. Behandler informerer 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
- Pasienten har en egnet bolig
- Pasienten har fått tilbud om meningsfull aktivitet og hjelp til nettverksbygging
- Det er informert om hvor pasienten kan henvende seg ved behov for ytterligere behandling i TSB
- Det er gitt kontaktinformasjon om bruker- og pårørendeorganisasjoner, samt likemannstiltak i nærmiljøet
- Primærhelsetjenesten/fastlege bør informeres om aktuelle selvmordsvurderinger/voldsrisikovurderinger og eventuelle igangsatte tiltak.

Kontaktperson i kommunen har en koordinerende og sentral rolle etter at pasienten har avsluttet behandling i TSB.

Tilrettelegging og samarbeid i forbindelse med utskrivning må sees i sammenheng med [forskrift om utskrivningsklare pasienter \(lovdata.no\)](#).

Når en pasient i et nasjonalt pasientforløp overføres til annet helseforetak eller privat institusjon for å fortsette forløpet sitt der, skal det registreres kode for overføring til annet helseforetak på dato for overføringen. I tillegg skal det registreres avslutning av forløpet.

Aktivitet

Avsluttende samtale

I avslutningssamtalen i TSB bør pasient og eventuelt pårørende delta. Hensikten med en avsluttende samtale er at pasienten og ev. pårørende foreldre kan beskrive sine erfaringer med behandlingen. Dersom pasient ønsker det, kan behandler tilby en oppfølgingssamtale 3-6 mnd. etter utskrivning.

I tillegg bør følgende gjennomgås og inngå i epikrisen:

- Plan for videre tiltak og ansvar for dem, gjennomgått på avsluttende samarbeidsmøte
- Kriseplan som er forankret hos involverte aktører
- Aktuelle avtaler, henvisninger og søknader
- Oppdatert legemiddelliste
- Eventuell sykemelding
- Overdoseforebyggende tiltak. I avslutningssamtalen skal det hvis aktuelt fokuseres på fare for overdose etter utskrivning og overdoseforebyggende tiltak i henhold til pasientsikkerhetsprogrammet " i trygge hender" . Dette innebærer at det utarbeides en kriseplan, utleveres "overdosekort", gis tilbud om oppfølging etter utskrivning (time i hånda) samt gis opplæring i hjerte-lungeredning (HLR) og bruk av nalokson neseppray der dette finnes. Tiltakspakke finnes på itryggehender24-7.no

Det nasjonale pasientforløpet kan ikke avsluttes før det er sendt epikrise til henviser og fastlege.

Aktivitet

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 (f.eks. KOR, FIT m.fl.). 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

Ved rapportering i system som ikke har forløpsmodul registreres dette som en prosedyrekode med kode D01UF - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) - Utført aktivitet - Brukt feedbackverktøy

Evalueringspunkt:

Hver gang en evaluering er fullført, slik den er beskrevet i nasjonalt pasientforløp, skal kode for evalueringspunkt registreres. Dato for evalueringspunktet 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 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 D01E - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) - Evalueringspunkt

Avslutning av nasjonalt pasientforløp ved utskrivning fra spesialisthelsetjenesten:

Nasjonalt pasientforløp for Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) kan avsluttes på flere måter:

- Avslutning av gjennomført nasjonalt pasientforløp. Registrering av kode for avslutning av nasjonalt pasientforløp 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 i TSB eller når behandlingen i TSB 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 nasjonalt pasientforløp 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 forløpet 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 nasjonalt pasientforløp 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:

- D01XG - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) - Avslutning av nasjonalt pasientforløp - Avslutning av gjennomført nasjonalt pasientforløp
- D01XP - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) - Avslutning av nasjonalt pasientforløp - Avbrudd etter pasientens/foresattes eget ønske
- D01XM - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) - Avslutning av nasjonalt pasientforløp - Avbrudd fordi pasienten ikke har møtt
- D01XA - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) - Avslutning av nasjonalt pasientforløp - Avslutning av andre årsaker
- D01XR - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) - Avslutning av nasjonalt pasientforløp - Rett til helsehjelp ikke innvilget
- D01XO - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) - Avslutning av nasjonalt pasientforløp - Overført til annet helseforetak / privat behandlingssted for videreføring av pågående nasjonalt pasientforløp
- D01XN - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) - Avslutning av nasjonalt pasientforløp - Overført til annet nasjonalt pasientforløp innen psykisk helse eller rus
- D01XS - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) - 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:

- D01HP - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) - Hjelpebehov ved avslutning av nasjonalt pasientforløp i spesialisthelsetjenesten - Behov for behandling innen psykisk helsevern
- D01HT - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) - Hjelpebehov ved avslutning av nasjonalt pasientforløp i spesialisthelsetjenesten - Behov for behandling innen TSB
- D01HS - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) - Hjelpebehov ved avslutning av nasjonalt pasientforløp i spesialisthelsetjenesten - Behov for behandling fra annen spesialisthelsetjeneste (ikke Psykisk helsevern eller TSB)
- D01HK - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) - Hjelpebehov ved avslutning av nasjonalt pasientforløp i spesialisthelsetjenesten - Behov for behandling og/eller oppfølging fra fastlege, kommunal helse- og omsorgstjeneste
- D01HA - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) - Hjelpebehov ved avslutning av nasjonalt pasientforløp i spesialisthelsetjenesten - Behov for oppfølging fra andre instanser som NAV, PPT, arbeidsgiver, skole, barnevern mm.
- D01HI - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) - Hjelpebehov ved avslutning av nasjonalt pasientforløp i spesialisthelsetjenesten - Ikke behov for videre behandling og/eller oppfølging

6

Forløpstider

Forløpstidene måles og følges med på ved at koder legges inn på definerte målepunkter i forløpet. Forløpstidene er veiledende. Fortsatt er det lovmessige grunnlaget pasientrettighetsloven og forskrift om prioritering av helsetjenester.

Forløpstider		
Første fremmøte i TSB etter endt avrusning	Poliklinikk (avrusning)	Inntil 3 kalenderdager
Første fremmøte i TSB etter endt avrusning	Døgnet (avrusning)	0 kalenderdager
Fra første fremmøte i TSB til klinisk beslutning etter basis utredning	Poliklinikk (basis utredning)	Inntil 21 kalenderdager (3 uker)
Fra første fremmøte i TSB til klinisk beslutning etter basis utredning	Døgnet (basis utredning)	Inntil 7 kalenderdager (1 uke)
Fra klinisk beslutning etter basis utredning til klinisk beslutning etter utvidet utredning	Poliklinikk (utvidet utredning)	Inntil 42 kalenderdager (6 uker)
Fra klinisk beslutning etter ferdig utredning til første evaluering	Poliklinikk (evalueringspunkter)	Inntil 14 kalenderdager (2 uke)
Fra klinisk beslutning etter ferdig utredning til første evaluering	Døgnet (evalueringspunkter)	Inntil 7 kalenderdager (1 uke)
Tid mellom hver evaluering	Poliklinikk (evalueringspunkter)	Inntil 56 kalenderdager (8 uker) Fra 2. behandlingsår inntil 84 kalenderdager (12 uker)
Tid mellom hver evaluering	Døgnet (evalueringspunkter)	Inntil 42 kalenderdager (6 uker) Fra 2. behandlingsår inntil 84 kalenderdager (12 uker)

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

Registrering av koder

Aktivitet

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. 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://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://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.

Aktivitet

Nasjonalt pasientforløp start og type forløp

Type forløp:

For alle voksne som henvises til tverrfaglig spesialisert rusbehandling, med unntak av pasienter som skal inn i nasjonalt pasientforløp for gravide og rus, skal koden for type forløp som står nedenfor registreres.

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

Kode	Kodetekst	Type kode	Kodeverk (OID)
D01	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	Forløp	9321

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

Kode for Nasjonalt pasientforløp start skal registreres:

- når henvisning til TSB er mottatt. Dato for nasjonalt pasientforløp start er mottaksdato for henvisningen. Dette gjelder også pasienter som innlegges på tvang i TSB.
- etter en øyeblikkelig-hjelp-vurdering, dersom pasienten vurderes som klinisk stabil, og det vurderes behov for videre utredning og/eller behandling i TSB. Koden settes først når den øyeblikkelig-hjelp situasjonen vurderes som avsluttet. Beslutning om pasienten skal inn i nasjonalt pasientforløp, skal som hovedregel gjøres innen to uker etter en øyeblikkelig-hjelp vurdering. Koden settes på dato for når beslutning blir tatt. Dette innebærer at for pasienter som får akutt avrusning, kan koden A - Nasjonalt pasientforløp start registreres mens pasienten fremdeles er i avrusning.
- når det i sykehuset eller private institusjoner påvises rusmiddelproblem eller annen avhengighetsproblematikk under utredning eller behandling av annen sykdom, og det blir viderehenvist til Rusbehandling (TSB) nasjonalt pasientforløp. Dato for nasjonalt pasientforløp start er dato for mottaksdato for viderehenvisning. Dette gjelder også ved viderehenvisning fra et annet nasjonalt pasientforløp.
- når en pasient i nasjonalt pasientforløp blir overført fra et helseforetak eller privat institusjon (hf1) til nytt helseforetak eller institusjon (hf2). Dato for start nasjonalt pasientforløp skal da registreres ved hf2 på mottaksdato for viderehenvisningen. Start nasjonalt pasientforløp skal 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 D01A - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) – Nasjonalt pasientforløp start

Hvis pasienten ved vurdering ikke får innvilget rett til helsehjelp, skal nasjonalt pasientforløp avsluttes med utfallskoden rett til helsehjelp ikke innvilget.

Aktivitet

Første fremmøte i nasjonalt pasientforløp

Første fremmøte i nasjonalt pasientforløp kodes på dato for første konsultasjon i poliklinikk eller for første innleggelsesdag 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 nasjonalt pasientforløp 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 etter akutt avrusning, settes koden 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 D01M - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) – Første fremmøte i nasjonalt pasientforløp

Hvis forløpet avsluttes etter første samtale, settes koden H - Hjelpebehov ved avslutning av nasjonalt pasientforløp i spesialisthelsetjenesten, samt avslutningskoden XA - Avslutning av andre årsaker.

Aktivitet

Avrusning

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

I systemer som ikke har forløpsmodul registreres dette som en prosedyrekode med kode D01D - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) - Avrusning døgn avsluttes

Aktivitet

Pasientutsatt forløp

Pasientutsatt forløp kodes 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. Utsettelsen bør være på mer enn 7 virkedager av planlagt aktivitet. Koden registreres før klinisk beslutning eller før evalueringspunkt.

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 D01L - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) - Utført aktivitet - Pasientutsatt forløp

Aktivitet

Klinisk beslutning

Koden Klinisk beslutning kan kodes maksimalt to ganger per nasjonalt pasientforløp, én gang etter basis utredning eller første samtale, og eventuelt én gang etter utvidet utredning. Hvis pasienten får innvilget rett til behandling, registreres kun koden Klinisk beslutning, uten at verken basis eller utvidet utredning er gjennomført.

Kode for klinisk beslutning registreres i disse tilfellene:

- Behov for utvidet utredning etter basis utredning: Klinisk beslutning om behov for utvidet utredning skal registreres, og ingen andre utfall.
- Utredningen er ferdig etter basis utredning: Kode for tjenestebehov skal registreres.
- Utvidet utredning er ferdig: 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
U	Behov for utvidet utredning	Utfall	9323
P	Behov for behandling innen psykisk helsevern	Utfall	9323
T	Behov for behandling innen TSB	Utfall	9323
S	Behov for behandling fra annen spesialisthelsetjeneste (ikke psykisk helsevern eller TSB)	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 forløpet ikke skal fortsette, på bakgrunn av at pasienten ikke har behov for videre behandling i TSB eller i psykisk helsevern, skal en relevant avslutningskode benyttes.

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

- D01CU - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) - Klinisk beslutning - Behov for utvidet utredning
- D01CP - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) - Klinisk beslutning - Behov for behandling innen psykisk helsevern
- D01CT - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) - Klinisk beslutning - Behov for behandling innen TSB
- D01CS - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) - Klinisk beslutning - Behov for behandling fra annen spesialisthelsetjeneste (ikke psykisk helsevern eller TSB)
- D01CK - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) - Klinisk beslutning - Behov for behandling og/eller oppfølging fra fastlege, kommunal helse- og omsorgstjeneste
- D01CA - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) - Klinisk beslutning - Behov for oppfølging fra andre instanser som NAV, PPT, arbeidsgiver, skole, barnevern m.m.
- D01CI - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) - Klinisk beslutning - Ikke behov for videre behandling og/eller oppfølging

Aktivitet

Pasient og eventuelt pårørende er informert om ulike behandlingsformer

Koden registreres når pasienten/pårørende har mottatt informasjon om ulike behandlingsformer enheten kan tilby for pasientens tilstand. Informasjonen bør gis før pasienten/pårørende involveres i utarbeidelse av behandlingsplan. Koden registreres kun én gang per forløp.

Kode	Kodetekst	Type kode	Kodeverk (OID)
U	Utført aktivitet	Hendelse	9322
B	Pasient og eller foreldre og eventuelt pårørende er informert om de ulike behandlingsformer enheten tilbyr for aktuell lidelse	Utfall	9323

Ved rapportering i system som ikke har forløpsmodul registreres dette som en prosedyrekode med kode D01UB - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) - Utført aktivitet - Pasient og/eller foreldre og eventuelt pårørende er informert om de ulike behandlingsformer enheten tilbyr for aktuell lidelse

Aktivitet

Involvering i utarbeidelse av behandlingsplan

På dato for når pasient/pårørende og behandler har utarbeidet en behandlingsplan, skal kodene under registreres. Koden skal registreres kun én gang per nasjonalt pasientforløp og som hovedregel etter koden Pasient og/eller foreldre og eventuelt pårørende er informert om de ulike behandlingsformer enheten tilbyr for aktuell lidelse.

Kode	Kodetekst	Type kode	Kodeverk (OID)
U	Utført aktivitet	Hendelse	9322
U	Pasient og/eller foreldre og eventuelt pårørende er involvert i utarbeidelse av behandlingsplan	Utfall	9325

Ved rapportering i system som ikke har forløpsmodul registreres dette som en prosedyrekode med kode D01UU - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) - Utført aktivitet - Pasient og/eller foreldre og eventuelt pårørende er involvert i utarbeidelse av utredningsplan og/eller behandlingsplan

Aktivitet

Tilbakemelding til henviser og fastlege underveis i forløpet

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

Når behandlingsplanen er utarbeidet, bør tilbakemeldingen inneholde:

- konklusjon av utredning
- sentrale elementer i behandlingsplanen

Når et evalueringspunkt fører til store endringer i behandlingsplanen, bør tilbakemeldingen inneholde:

- en oppsummering av evalueringspunktet
- endringene i behandlingsplanen

Kode	Kodetekst	Type kode	Kodeverk (OID)
F	Tilbakemelding til henviser og fastlege sendt underveis i forløpet	Hendelse	9322

Ved rapportering i system som ikke har forløpsmodul registreres dette som en prosedyrekode med kode D01F - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) - Tilbakemelding til henviser og fastlege sendt underveis i forløpet

Aktivitet

Samarbeidsmøte med andre instanser

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

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

Aktivitet

Evalueringsspunkt

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

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

Ved rapportering i system som ikke har forløpsmodul registreres dette som en prosedyrekode med kode D01E - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) - Evalueringsspunkt

Aktivitet

Feedbackverktøy

Med feedbackverktøy menes gjennomgang av et skjema der pasienten på en systematisk måte kan gi tilbakemelding til behandleren om hvordan pasienten opplever behandlingen (f.eks. KOR, FIT m.fl.). 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

Ved rapportering i system som ikke har forløpsmodul registreres dette som en prosedyrekode med kode D01UF - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) - Utført aktivitet - Brukt feedbackverktøy

Aktivitet

Avslutning av nasjonalt pasientforløp ved utskrivning fra spesialisthelsetjenesten

Nasjonalt pasientforløp for Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) kan avsluttes på flere måter:

- Avslutning av gjennomført nasjonalt pasientforløp. Registrering av kode for avslutning av nasjonalt pasientforløp 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 i TSB eller når behandlingen i TSB 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 nasjonalt pasientforløp 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 forløpet 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 nasjonalt pasientforløp 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:

- D01XG - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) - Avslutning av nasjonalt pasientforløp - Avslutning av gjennomført nasjonalt pasientforløp
- D01XP - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) - Avslutning av nasjonalt pasientforløp - Avbrudd etter pasientens/foresattes eget ønske
- D01XM - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) - Avslutning av nasjonalt pasientforløp - Avbrudd fordi pasienten ikke har møtt
- D01XA - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) - Avslutning av nasjonalt pasientforløp - Avslutning av andre årsaker
- D01XR - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) - Avslutning av nasjonalt pasientforløp - Rett til helsehjelp ikke innvilget
- D01XO - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) - Avslutning av nasjonalt pasientforløp - Overført til annet helseforetak / privat behandlingssted for videreføring av pågående nasjonalt pasientforløp
- D01XN - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) - Avslutning av nasjonalt pasientforløp - Overført til annet nasjonalt pasientforløp innen psykisk helse eller rus
- D01XS - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) - 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:

- D01HP - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) - Hjelpebehov ved avslutning av nasjonalt pasientforløp i spesialisthelsetjenesten - Behov for behandling innen psykisk helsevern
- D01HT - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) - Hjelpebehov ved avslutning av nasjonalt pasientforløp i spesialisthelsetjenesten - Behov for behandling innen TSB
- D01HS - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) - Hjelpebehov ved avslutning av nasjonalt pasientforløp i spesialisthelsetjenesten - Behov for behandling fra annen spesialisthelsetjeneste (ikke Psykisk helsevern eller TSB)
- D01HK - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) - Hjelpebehov ved avslutning av nasjonalt pasientforløp i spesialisthelsetjenesten - Behov for behandling og/eller oppfølging fra fastlege, kommunal helse- og omsorgstjeneste
- D01HA - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) - Hjelpebehov ved avslutning av nasjonalt pasientforløp i spesialisthelsetjenesten - Behov for oppfølging fra andre instanser som NAV, PPT, arbeidsgiver, skole, barnevern mm.
- D01HI - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) - Hjelpebehov ved avslutning av nasjonalt pasientforløp i spesialisthelsetjenesten - Ikke behov for videre behandling og/eller oppfølging

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 videreføres 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.

9

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

Om forløpet

Målsetning

Målsetningen med nasjonale pasientforløp psykisk helse og rus er:

- økt brukermedvirkning og brukertilfredshet
- sammenhengende og koordinerte pasientforløp
- unngå unødig ventetid for utredning, behandling og oppfølging
- likeverdig tilbud til pasienter og pårørende uavhengig av hvor i landet de bor
- bedre ivaretagelse av somatisk helse og gode levevaner

Forløpet skal tilpasses hver enkelt pasients situasjon, ønsker og behov. God informasjon og forutsigbarhet for pasient og pårørende skal sikres gjennom hele forløpet.

Alle nasjonale pasientforløp inneholder beskrivelse av kontaktpunkt og oppfølging i kommunene, og ivaretagelse av somatisk helse og levevaner.

Individuell plan (IP) bør brukes i hele TSB-forløpet, der rett til IP foreligger. Andre planer og videre behandling/tiltak inngår som del av IP/behandlingsplan.

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 pasientens 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 pasienten bør ha et familieperspektiv som sikrer god ivaretagelse av [mindreårige barn og søsken som pårørende \(lovdata.no\)](#).

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

Kunnskapsgrunnlag

Nasjonalt pasientforløp for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) 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. På områder der det ikke finnes klare kunnskapsbaserte anbefalinger, er forløpet basert på enighet i arbeidsgruppen. Det har i tillegg vært avholdt rådslag for en bred målgruppe i utviklingen av forløpet. Forslaget til forløpet har vært på intern og ekstern høring, og alle høringsinnspill er gjennomgått.

Publikasjoner som ligger til grunn for forløpet:

- [Behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet](#)
- [Avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler](#)
- [Utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse](#)
- [Legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet](#)
- [Sammen om mestring](#)
- [Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten](#)
- [Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator](#)
- [Nasjonale faglige råd om psykiske lidelser hos eldre](#)

Arbeidsgruppe

Ekstern fagansvarlig: Unni Korshavn, sykepleier/avdelings sjef, Klinikk for rus og avhengighetsmedisin, St. Olavs hospital, Helse Midt

Arbeidsgruppeledere:

- Brittelise Bakstad, pedagog, master i helsefagvitenskap, avdeling psykisk helse og rus, Helsedirektoratet
- Gabrielle Welle-Strand, spesialist i rus og avhengighetsmedisin, PhD, avdeling psykisk helse og rus, Helsedirektoratet

Deltakere:

- Anders Dalsaune Jansen, barnevernspedagog/leder, Tyrilistiftelsen

- Beate Ulseth Pettersen, førskolelærer/ konstituert avdelingsleder, Rus og psykiatritjeneste, avd. Losen lavterskelsenter, Tromsø kommune
- Brita Kumle, spesialist i allmennmedisin og i rus og avhengighetsmedisin, avdelingsoverlege i avd. for rus og avhengighet, Vestre viken HF, fastlege Tanum legekantor
- Camilla Holter Huseby, spesialist i allmennmedisin, fastlege, overlege og medisinskfaglig rådgiver ved Seksjon poliklinikker, Oslo Universitetssykehus
- Espen Freng, sosialantropolog/spesialkonsulent II, kompetansesenteret rus, Oslo
- Eva Karin Løvaas, psykologspesialist/klinikkjef, Bergensklinikkene
- Kari Britt Åkre, sosiolog/seniorrådgiver, avdeling psykisk helse og rus, Helsedirektoratet
- Line Eikenes Langsholt, brukerrepresentant, Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO)
- Lise Lotte Sundbakken, sosionom med videreutdanning i ledelse, fagkonsulent, enhet for korttidsbehandling, avdeling for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), Sykehuset Innlandet HF
- Mari Rusten, sosionom/teamleder, Østensjø tiltakssenter, Bydel Østensjø, Oslo
- Minna Kuoppamäki Hansen, spesialist i rus og avhengighetsmedisin/avdelingsoverlege, Psykisk helse- og rusklinikken, Universitetssykehuset Nord-Norge, HF
- Tommy Sjøfjell, vernepleier/brukerrepresentant, A-larm bruker- og pårørendeorganisasjon
- Trude Lønning, vernepleier, master i endringsledelse / Rus og psykisk helsesjef, Sandnes kommune

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

- Kapittelet 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.

