

## 1. Bakgrunn, metode og prosess

### Bakgrunn og oppdrag

Helsedirektoratet mottok oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet i 2022 om å videreutvikle og forenkle pasientforløpene innen psykisk helse og rus (TB 2022-06). Oppdraget omhandlet å endre navn fra Pakkeforløp til Nasjonale pasientforløp psykisk helse og rus, tilpasse forløpene bedre til brukergruppens situasjon, ønsker og behov, samt forenkle forløpsarbeidet for helsetjenestene.

Bakgrunn for oppdraget: Helsedirektoratet mottok i 2016 oppdrag om å utarbeide pakkeforløp innen psykisk helse og rus (fra Helse- og omsorgsdepartementet 2016). Det ble utarbeidet syv pakkeforløp, tre generelle og fire tilstandsspesifikke, som ble innført i tjenestene fra og med januar 2019 (se Psykisk helse).

Evaluering av pakkeforløpene to år etter innføring, viste bred enighet blant pasienter, brukere og fagfolk om at de overordnede målsettingene og intensjonene i forløpene var gode, men avdekket samtidig utfordringer i forløpsarbeidet. Det fremkom også at ordet "pakkeforløp" opplevdes negativt av fagfolk (Evaluering av Pakkeforløp for psykisk helse og rus - SINTEF).

### Videreutvikling av pasientforløpene

Det nye oppdraget (2022) omfatter å videreutvikle og forenkle de eksisterende pasientforløpene. Sentrale endringer er:

- Teksten i forløpene er forkortet og forenklet.
- Ansvarsplassering tydeliggjøres med eget kapittel rettet til virksomhetsledelsen.
- Det legges opp til mer tilpassede forløp ut fra pasientens situasjon, ønsker og behov.
- Bruker- og pårørendemedvirkning er konkretisert i de ulike aktivitetene i forløpet.
- Omfanget av koder er redusert og omhandler de mest sentrale aktivitetene, blant annet brukerens medvirkning i planlegging og evaluering av behandlingen.
- Forløpstid for utredning og behandling blir mer differensiert.

### Målsetning

De sentrale målene for nasjonale pasientforløp videreføres og skal bidra til å sikre forutsigbarhet og god kvalitet i tjenesten for pasienter og pårørende:

- 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

### Målgruppe

Målgruppen for nasjonale pasientforløp er pasienter, brukere og pårørende, tjenesteytere og ledere innen psykisk helsevern for barn og unge, psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, samt relevante tjenesteytere og ledere i kommunenes helse- og omsorgstjenester.

### Rettslig grunnlag og normering

Nasjonale pasientforløp er normerende pasientforløp som beskriver organisering av utredning, behandling og oppfølging, kommunikasjon med pasient og pårørende, samhandling mellom aktørene, samt ansvarsplassering.

## Nasjonalt pasientforløp, rusbehandling (TSB)

Pasientrettighetsloven, forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, samt forskrift om prioritering i helsetjenester er førende for det lovmessige grunnlaget for nasjonale pasientforløp. Individuelle vurderinger er nødvendig for å ivareta **forsvarlighetskravet til helsepersonell**. I situasjoner der helsepersonell velger løsninger som i vesentlig grad avviker fra forløpet skal dette dokumenteres (if journalforskriften § 6, bokstav g (lovdata.no)).

### Kunnskapsgrunnlag

Nasjonalt pasientforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern rusbehandling (TSB) er utviklet med en kunnskapsbasert tilnærming. Det innebærer at både forskning, kliniske erfaringer og brukererfaringer er lagt til grunn for arbeidet. På dette området finnes det lite forskningsbasert kunnskap og overføringsverdien fra internasjonal til norsk helsetjeneste er lav. Derfor har klinisk kunnskap og brukerkunnskap blitt tillagt større vekt. Forløpet er utarbeidet av arbeidsgrupper med representanter fra bruker- og pårørendeorganisasjoner og relevante fagmiljøer. Det er innhentet kunnskap både fra tjeneste og fra brukere og pårørende. Relevante nasjonale publikasjoner ligger også til grunn for arbeidet.

### Arbeidsprosess, videreutvikling av nasjonale pasientforløp psykisk helse og rus

Helsedirektoratet har ledet arbeidet med å videreutvikle og forenkle de nasjonale pasientforløpene innen psykisk helse og rus, blant annet basert på rapport fra SINTEF: Evalueringsrapport for psykisk helse og rus - SINTEF. Det er innhentet innspill fra representanter for bruker- og pårørendeorganisasjoner og relevante fagmiljøer, både kompetansemiljøer og fra tjenestene om hvilke endringer som kan bidra til en reell forbedring både for brukere, pårørende og ansatte i tjenestene. Innspillene har omhandlet hva som bør endres, men også hva som bør bevares i de eksisterende forløpene. I 2023 har en intern arbeidsgruppe av saksbehandlere, innleide fagpersoner og en ansatt rådgiver i brukermedvirkning arbeidet med endringene. Helsedirektoratet har oppnevnt et panel bestående av syv representanter fra bruker- og pårørendeorganisasjoner som bidrar inn i arbeidet.

### Videreutvikling av nasjonale pasientforløp psykisk helse og rus

#### Deltakere:

- Torunn Janbu (prosjekteier), Avdeling spesialisthelsetjenester, Helsedirektoratet
- Hanne Elisabet Strømsvik (prosjektleder), Avdeling spesialisthelsetjenester, Helsedirektoratet
- Erik Torjussen (leder av bruker- og pårørendepanlet), Avdeling spesialisthelsetjenester, Helsedirektoratet
- Eva K. Håndlykken (delprosjektleder koding og monitorering), Avdeling registerkvalitet, Helsedirektoratet
- Helene Barone (delprosjektleder helsefag), Avdeling spesialisthelsetjenester, Helsedirektoratet
- Frank Ivar Nohr, Avdeling psykisk helse og rus, Helsedirektoratet
- Jørgen Blom, Avdeling spesialisthelsetjenester, Helsedirektoratet
- Olav Oxholm, Avdeling kommunale helse- og omsorgstjenester, Helsedirektoratet
- Mona Svanteson, Avdeling retningslinjer og fagutvikling, Helsedirektoratet
- Kathrine Egeland, Avdeling helserett og bioteknologi, Helsedirektoratet
- Mari Mette Eriksen, Avdeling kommunikasjon, Helsedirektoratet

#### Øvrige bidragsytere:

## Nasjonalt pasientforløp, rusbehandling (TSB)

- Bruker- og pårørendepanelet: Karoline Thalberg (Spisfo), Michael Lindholm (Ivareta), Karl Olaf Sundfør (Mental helse), Arthur Mandahl (ADHD Norge), Tonje Nordquist (BaR) Suad Abdi (MIO), Ruth Eili (Leve).
- Ingrid Grimstad, Avdeling velferdsteknologi og rehabilitering, Helsedirektoratet (ad min)
- Elida H. Wirkola, Avdeling global helse og dokumentasjon, Helsedirektoratet (ad min)
- Brittelise Bakstad, Avdeling psykisk helse og rus, Helsedirektoratet

### Deltakere opprinnelige forløp:

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

### Arbeidsgruppeledere:

- Brittelise Bakstad, Avdeling psykisk helse og rus, Helsedirektoratet
- Gabrielle Welle-Strand, 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 medisinsk faglig rådgiver ved Seksjon poliklinikker, Oslo Universitetssykehus
- Espen Freng, sosialantropolog/spesialkonsulent II, kompetansesenteret rus, Oslo
- Eva Karin Løvaas, psykologspesialist/klinikkjef, Bergensklinikkene
- Kari Britt Åkre, 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

Arbeidsgruppemedlemmer har fylt ut Helsedirektoratets habilitetsskjema. Intellektuelle eller finansielle interesser som potensielt kan påvirke arbeidet er lagt frem for de andre deltakerne i arbeidsgruppen. Ingen interesser med konsekvenser for deltakelse i arbeidet er identifisert.

Det er sjelden deltakere ekskluderes fra Helsedirektoratets utvikling av normerende produkter på grunn av inhabilitet. Helsedirektoratet ønsker bidragsytere med ulike ståsted inn i arbeidet for diskusjoner som kan bidra til fagutvikling. Det etterstrebtes faglig enighet, men det foretas ingen avstemninger i arbeidsgruppene. Eventuell dissens omtales her i metode- og prosesskapitlet. Det endelige produktet er besluttet av helsedirektøren.

## 2. Virksomhetens ansvar for implementering av pasientforløp

Alle tjenester i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling organiseres som nasjonale pasientforløp. Det omfatter alle avdelinger/enheter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), også regionale og nasjonale enheter, samt private aktører som har avtale med et regionalt helseforetak (RHF) eller HELFO. Private avtalespesialister følger de faglige anbefalingene i forløpene.

Kravene i forskrift om kvalitetsforbedring og ledelse gjelder ved innføring og oppfølging av nasjonale pasientforløp. Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av aktivitetene i nasjonale pasientforløp, i samsvar med kravene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene. Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette, se forskriften § 3. Kravene i forskriften er beskrevet i veilederen: Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Under konkretiseres virksomhetsledelsens ansvar for å legge til rette for at nasjonale pasientforløp innføres og inngår i virksomhetens system for kvalitetsforbedring. Se Styringssystem - ansvar og definisjon for presisering av begreper.

### Planlegge og gjennomføre

*Virksomhetsledelsen har ansvar for*

- at medarbeidere kan utføre aktiviteter i de nasjonale pasientforløpene, samt å sikre tilstrekkelig kompetanse og spesialistdekning
- å tilrettelegge for hensiktsmessig arbeidsdeling og rutiner for koding og registrering
- etablere rutiner for ivaretagelse av bruker- og pårørendemedvirkning på system-, tjeneste- og individnivå
- å tilrettelegge for bruk av digitale tilbakemeldingsverktøy for evaluering av kvalitet i behandlingen
- å etablere lokale prosedyrer for å sikre overganger, samarbeid og samtidighet innad i spesialisthelsetjenesten, samt mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester og kommunale velferdstjenester, inkludert oppvekstssektor, NAV, fengsel og barnevern (se Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak)
- å organisere forløpskoordinering som sikrer helhetlige og forutsigbare forløp uten unødig ventetid og med samarbeid mellom alle involverte instanser
- at rutiner er etablert for kontakt med kommunens koordinerende enhet for pasienter med rett til individuell plan, barnekoordinator og koordinator (se Veileder om kontaktelege i spesialisthelsetjenesten, Veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator, samt Veileder for oppfølging av personer med store og sammensatte behov)

For informasjon om samarbeid med andre instanser, se nasjonal veileder Lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne (ny lenke når revidert er publisert), nasjonal veileder Psykisk helsearbeid barn og unge, nasjonal veileder om Samarbeid om tjenester til barn, unge og deres familier og Pårørendeveileder og rundskrivet Samarbeid mellom barneverntjenester og psykiske helsetjenester til barnets beste (ny lenke når nytt publisert)

## Nasjonalt pasientforløp, rusbehandling (TSB)

For barn i barnevernet er det et eget Nasjonalt forløp for Barnevern – kartlegging og utredning av psykisk, somatisk og seksuell helse, tannhelse og rus. Barn og ungdom som er i Nasjonale pasientforløp psykisk helse og rus, kan samtidig være i Nasjonalt forløp for barnevern.

### Evaluere og forbedre

*Virksomhetsledelsen har ansvar for*

- å kontrollere at aktiviteter i nasjonale pasientforløp gjennomføres som planlagt
- å følge med på lokal og nasjonal statistikk for de nasjonale pasientforløpene, samt kvalitetsindikatorer, og bruke dette som grunnlag for læring og forbedring
- å systematisk evaluere kvalitet i behandlingen og målrette faglig forbedringsarbeid blant annet på bakgrunn av tilbakemelding fra pasienter, brukere og pårørende
- å identifisere årsaker til manglende etterlevelse av aktivitetene i nasjonale pasientforløp
- at korrigerende tiltak gjennomføres regelmessig, og evalueres på bakgrunn av indikatorer som inngår i de nasjonale pasientforløpene, tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende og fra ansatte og samarbeidspartnere

## 3. Henvisning til spesialisthelsetjenesten

### Grunnlag for henvisning

"Aktivitet"

Vurder å henvise pasienter til TSB ved rusmiddelproblemer eller annen avhengighetsproblematikk. Kontakt spesialisthelsetjenesten ved behov for drøfting og veiledning. Se Prioriteringsveileder, TSB og Henvisningsveileder.

### Kartlegging i forbindelse med henvisning

"Aktivitet"

Ta utgangspunkt i pasientens beskrivelse av situasjonen. Informer om og drøft henvisningens bakgrunn, innhold og hva som skjer når henvisningen er mottatt i spesialisthelsetjenesten. Konferer med fastlege i forkant av henvisning dersom du som henviser ikke er fastlege. Koordiner henvisningen med andre relevante instanser dersom flere tjenester i kommunen er involvert, oppgi kontaktperson eller koordinator og legg ved relevant informasjon, som individuell plan. Begrunn henvisningen og beskriv forventet effekt av behandling.

### Sørg for følgende i kartlegging og utarbeidelse av henvisning:

- Avklar samtykke til henvisning, innhenting av opplysninger og ønske om behandlingssted med pasienten.
- Bistå pasienten med skriftliggjøring av utfordringene og hva pasienten ønsker hjelp med og legg ved henvisningen.
- Legg til rette for forutsigbar dialog med pårørende etter samtykke fra pasienten.
- Beskriv mål og behov.
- Beskriv behov for tilrettelegging knyttet til f.eks. behov for tolk, oppmøtested, ønske om kjønnsdelt behandling, kultur, migrasjonsbakgrunn etc., i henvisningen.
- Gi kopi av henvisningen til pasienten og eventuelt til pårørende, samt fastlege.

### Kartlegg følgende punkter:

## Nasjonalt pasientforløp, rusbehandling (TSB)

### *Aktuell situasjon:*

- rusmiddelbruk, legemiddelavhengighet og/eller annen avhengighetsproblematikk som pengespill, gaming eller bruk av anabole androgene steroider
- behov for avrusning
- overdoserisiko
- pasientens ressurser
- nåværende tilbud fra andre tjenester og om det foreligger individuell plan (IP) og koordinator

### *Fungering og omstendigheter sosialt, i familie, skole eller jobb*

- familiesituasjon
- bekymring for barn som pårørende eller mindreårige søsken
- pårørende
- sosiale forhold, inkludert boforhold
- økonomi
- aktivitet
- interesser
- risiko for utøvelse av trusler/vold/seksualisert vold eller trusler/vold/seksualisert vold fra andre
- arbeid og utdanning (herunder sykemelding), økonomi
- dersom pasienten har førerkort, se Førerkortveilederen

### *Psykiske og somatiske lidelser og vansker*

- psykisk helse, inkludert risikofaktorer for overdose, selvskadning og selvmord
  - ved mistanke om psykisk lidelse og samtidige rusmiddelproblemer, se info om ROP-screen (rop-no)
- tidligere og nåværende behandlings- og oppfølgingstiltak og effekt av disse
- somatisk helse (inkludert tannhelse) og levevaner
- legemiddelbruk og tidligere relevant legemiddelbruk
- informasjon om allergier, inkludert legemiddelallergier

Ved legemiddelbruk: Se nasjonale faglige råd om Legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang.

Gi pårørende oppfølging etter behov. Se Pårørendeveileder og Psykisk helse – tilbud til pårørende - Helsenorge.

Gi informasjon om relevante bruker- og pårørendeorganisasjoner ved behov.

Gi eventuelt pasienten informasjon om deres rettigheter og nasjonale pasientforløp, som:

Informasjon om valg av behandlingssted (helsenorge.no)

Informasjon til pasient og eventuelt pårørende om nasjonale pasientforløp psykisk helse og rus

Pasient-og brukerrettighetsloven § 3-5

## Vurdering av henvisning og start nasjonalt pasientforløp

### "Aktivitet"

- Vurderingsteam i TSB vurderer henvisning innen 10 virkedager etter mottak ut fra følgende punkter:
  - Om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten ut fra informasjon i henvisning og i tråd med prioriteringsforskriften. Se [Prioriteringsveilederen](#) for veiledning til rettighetsvurdering og fristfastsettelse.
  - Om tilbud om veiledning til kommunal helsetjeneste kan bidra til å ivareta pasientens behov for behandling og oppfølging.
- Kontakt henviser ved behov for supplerende informasjon.
- Vurder behov for vurderingssamtale eller dialog med pasienten og henviseren, dersom det er uavklart om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.
- Tilrettelegg for å vurdere pasienten innen kort tid dersom pasienten henvises fra akutte tjenester i psykisk helsevern, TSB eller somatikk. Beslutt om pasienten skal inn i nasjonalt pasientforløp senest innen to uker etter en øyeblikkelig-hjelp-vurdering.
- Start nasjonalt pasientforløp dersom pasienten får innvilget rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.
- Gi en faglig begrunnelse for avslag til henviser og pasient og gi anbefalinger/råd om annen aktuell behandling eller oppfølging.

## 4. Utredning i spesialisthelsetjenesten

### Første samtale

#### "Aktivitet"

Avklar pasientens behov, mål og ønsker for utredning, behandling og oppfølging. Gi informasjon og ha dialog med pasienten om behandlingstilbudet og rammene for samarbeidet. Kartlegg rusmiddelbruk og annen avhengighetsproblematikk. Ta hensyn til tidligere innhentet informasjon og kartlegging.

#### Ta opp følgende i første samtale:

- bakgrunn for, og gjennomgang av henvisningen
- involvering av pårørende og andre i pasientens nettverk (sikre at mindreårige barn eller søskens behov for informasjon kartlegges og ivaretas)
- pasientens og eventuelt pårørendes opplevelse av vansker og årsaker til dette
- behov for umiddelbare tiltak, eventuelt kriseplan, knyttet til risiko for selvmord, selvskading, voldsrisiko (se [Voldsrisikoutredning ved alvorlig psykisk lidelse](#)) eller risiko for seksuallovbrudd
- tiltak ved manglende oppmøte og fare for behandlingsavbrudd
- prevensjon

For mer informasjon om involvering av pårørende, inkludert innhenting av samtykke, se [Pårørendeveileder](#) og Kapittel om barn, søsken og andre pårørende (lenke når publisert).

### Sørg for at

- selvmordsrisiko og voldsrisiko vurderes av kvalifisert helsepersonell der risikoen er forhøyet
- tiltak iverksettes med en gang ved forhøyet risiko for overdose, selvmord, pågående voldsutsatthet eller voldsutøvelse

For informasjon om forebygging av selvskading og selvmord i kommune- og spesialisthelsetjenesten, se:

Retningslinjen [Forebygging av selvmord i psykisk helsevern](#) (ny lenke når ny publiseres) og [Selvskading og selvmord – veiledende materiell for kommunene om forebygging](#)

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

Dersom man i samråd med pasienten vurderer at det ikke er grunnlag for videre utredning eller behandling i TSB kan det nasjonale pasientforløpet avsluttes. Vurder pasientens eventuelle behov for oppfølging av andre aktuelle instanser og opprett samarbeid med disse (se [Lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne](#) (Ny lenke når ny versjon foreligger)). Informer fastlege og henviser om beslutningen og plan for videre oppfølging. Informer pasient om mulighet for å henvises på ny dersom det oppstår forverring og dokumenter dette i journal.

Dersom pasienten nylig er utredet for samme tilstand og det ikke fremkommer behov for en omfattende utredning, kan det fattes en klinisk beslutning om videre behandling (Her kommer lenke direkte til aktiviteten "Beslutning om videre oppfølging" ved publisering).

### Utredning

"Aktivitet"

Behandlingsansvarlig tilpasser utredningen til pasientens symptomer, funksjonsnivå og tilstand. Benytt basisutredning for de fleste tilstander. Utvidet utredning kan være aktuelt ved komplekse tilstander eller der det er behov for å følge opp indikasjoner fra basisutredning. Gjør en diagnostisk vurdering før klinisk beslutning om videre oppfølging.

Basisutredning gjennomføres som hovedregel innen 3 uker (21 kalenderdager) etter første fremmøte. Basis- og utvidet utredning gjennomføres innen 9 uker (63 kalenderdager).

Sørg for at utredning leder til en helhetlig vurdering og beslutning om videre tiltak. Ved behov, sett inn tiltak/behandling samtidig med utredningen.

- Avklar behov for utvidet utredning ved vurdering av henvisning, etter første samtale eller i løpet av basisutredningen.
- Avklar hvor utredning skal finne sted, og om andre skal delta sammen med pasienten.
- Inkluder innhentede opplysninger fra andre tjenester i vurderingen av pasienten.
- Drøft mål og tiltak, og lag en plan for utredning i samarbeid med pasienten. Sikre

## Nasjonalt pasientforløp, rusbehandling (TSB)

forutsigbarhet, kontinuitet og felles forståelse av hva som skal gjøres på ulike tidspunkt, og ta hensyn til pasientens ønsker og behov.

- Vurder om det er behov for annen kompetanse for å ivareta behov for utredning eller behov for tilpasninger, som for eksempel bruk av tolk.
- Gjennomfør utredning også i tilfeller hvor det ikke er mulig for pasienten å være avholdende fra rusmidler i utredningsfasen og tolk resultatene i lys av dette. Revurder eventuell diagnostisering etter 1-6 måneders rusfrihet i tilfeller hvor utredning er foretatt under påvirkning av rusmidler. Se [anbefaling i Behandlingsretningslinjen](#).
- Bruk anbefalte verktøy for utredning diagnostikk og behandlingsmetoder som beskrives i nasjonale retningslinjer, som [Avrusningsretningslinjen](#), [Behandlingsretningslinjen](#), [LAR-retningslinjen](#) og [ROP-retningslinjen](#).
- Vurder i samarbeid med pasient, behov for tverrfaglig samarbeidsmøte med pasient og/eller pårørende, fastlege og henviser, koordinator og eventuelt andre instanser, enten etter basisutredning eller etter utvidet utredning.
- Avklar pårørendes behov for råd og veiledning, forventninger rundt kommunikasjon og samarbeid, samt eventuelle tiltak ved manglende oppmøte.
- Ha særlig oppmerksomhet på å ivareta mindreårige barn, inkludert søsken som pårørende og andre pårørende. Samarbeid eventuelt med kommunale tjenester.

Innhent alltid samtykke for samarbeid med pårørende og/eller andre instanser (se [Pårørendes rettigheter – En oversikt for helsepersonell i den psykiske helsetjenesten og rustiltak](#)).

### Inkluder følgende i kartlegging og utredning:

- helsefaglig utredning, inkludert somatisk legeundersøkelse
- psykologfaglig utredning
- sosialfaglig utredning
- førerkortvurdering dersom relevant (se [Førerkortveilederen](#))

### Vurder områder som kan være sentrale i basisutredning i samarbeid med pasient og/eller pårørende:

Tilpass kartlegging og utredning til den enkelte pasient. Listen under er ikke uttømmende.

- ressurser, interesser og mestringsevne
- type rusmiddel, inkludert legemiddelavhengighet, alvorlighet, varighet, omfang og funksjon
- annen avhengighet, som [spillproblematikk og bruk av anabole androgene steroider](#)
- tidligere og nåværende psykisk og somatisk helse, inkludert kognitiv funksjon
- tidligere og nåværende belastende livshendelser og traumer, som migrasjon, mobbing, vold og overgrep
- risikofaktorer for utøvelse av vold (se [Voldsrisikoutredning ved alvorlig psykisk lidelse](#))
- selvmordsrisiko og selvskading (se [Retningslinje om forebygging av selvmord i psykisk helsevern](#) (ny lenke når ny publisert))
- risikofaktorer for overdose
- familieforhold og sosialt nettverk
- sosial situasjon og fungering, inkludert bosituasjon, status for arbeid/utdanning/kontakt med NAV, fritid/aktivitet og økonomi
- kulturbakgrunn, religion og oppholdsstatus (se [Kulturformuleringsintervjuet \(rop.no\)](#))
- kriminalitet og rettslige forhold

## Nasjonalt pasientforløp, rusbehandling (TSB)

- somatisk helse og levevaner, inkludert tannhelse, smerteproblematikk, seksuell helse, fødsler, svangerskapsavbrudd, bruk av prevensjonsmidler, ernæring, fysisk aktivitet, søvn og nikotinbruk (se [Somatisk helse og levevaner](#))
- bruk av legemidler (inkluder legemiddelanamnese, oppdatert legemiddelliste og eventuelle legemiddelallergier)

Vurdering av legemiddelbruk gjøres av lege i TSB i samarbeid med fastlege

Ved mistanke om samtidig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer, se [Ropscreen \(NK ROP\)](#).

Gjør nødvendige diagnostiske vurderinger for å avklare behov for utvidet utredning.

### **Vurder relevante undersøkelser som kan være sentrale i en utvidet utredning i samarbeid med pasient og/eller pårørende, som videre utredning av**

- rusmiddelbruk og samtidige tilstander
- selvmords- og overdoserisiko, tidligere og nåværende belastende livshendelser, kognitive ferdigheter og evner, nevrotviklingsforstyrrelser og lærevansker
- somatiske differensialdiagnoser i samarbeid med andre, som fastlege, fysioterapeut og relevante avdelinger på somatisk sykehus

For mer informasjon om utredning og differensialdiagnostikk, se [Kartlegging og utredning i rusbehandling](#), inkludert [Differensialdiagnostisering i rusbehandling](#).

For informasjon om valg av behandlingssted, se [Informasjon om valg av behandlingssted \(helsenorge.no\)](#)

## Beslutning om videre oppfølging

"Aktivitet"

Behandlingsansvarlig avklarer pasientens behov, mål og ønsker, og sørger for at pasient medvirker når det tas en klinisk beslutning om videre behandling og/eller oppfølging. Beslutningen tas som hovedregel innen 3 uker for basisutredning, og innen 9 uker for basis og utvidet utredning.

Beslutt om det er behov for behandling innen TSB og/eller utredning og behandling i somatikken og/eller psykisk helsevern. Ta beslutningen i et tverrfaglig møte sammen med pasient og eventuelt pårørende, kommunal helse- og omsorgstjeneste og/eller fastlege og andre aktuelle aktører. Legg pasientens eget ønske til grunn for videre oppfølging og dokumenter i journal. Henviser og andre aktuelle samarbeidspartnere informeres.

### **Ta stilling til om det er behov for**

- tiltak for familie, mindreårige barn som pårørende, mindreårige søsken og andre pårørende
- koordinerte tjenester, inkludert rett til koordinator og individuell plan ([Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator](#))
- kriseplan/mestringsplan
- kommunale helse- og omsorgstjenester, inkludert fastlege
- tiltak knyttet til somatisk helse og levevaner
- iverksettelse av forebyggende tiltak på grunn av utsatthet for vold eller seksuelle overgrep, og/eller risiko for seksuallovbrudd, vold eller selvmord

Start behandling uten opphold ved behov for behandling innen TSB.

## 5. Behandling og oppfølging

### Avrusning i nasjonalt pasientforløp TSB

#### "Aktivitet"

Avrusning kan skje poliklinisk, eller ved innleggelse i en avrusningsenhet eller annen helseinstitusjon og i fengsel. Se Nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler. Når avrusning er avsluttet gjennomføres basis kartlegging og utredning.

- Tilstreb at pasienten kommer direkte i videre behandling i TSB etter avrusning dersom det er behov og pasienten ønsker det, særlig når pasienten skal videre til døgnbehandling.
- Avslutt avrusning når pasienten er klinisk avrust.
- Vær oppmerksom på at det ikke er faglig grunnlag for å kreve at urinprøver eller andre biologiske prøver skal være negative på samtlige rusmidler og vanedannende legemidler før pasienten overføres til annen behandling.
- Sørg for at pasienten er i en klinisk tilstand ved overføringen som ikke innebærer at abstinenssymptomer opptrer like etter overføringen. Foreta individuelle vurderinger knyttet til om pasienten er klar for overføring til døgnavdeling etter avrusning.
- Gi pasienten time "i hånden" før utskrivelse dersom pasienten skal videre til poliklinisk behandling etter avrusning. Sørg for at timen maks er tre kalenderdager etter utskrivningsdagen.
- Informer pasienten nøye om tap av toleranse fra opioider, alkohol og andre vanedannende medikamenter etter avrusning. Gjennomfør overdoseforebyggende tiltak ved utskrivning etter avrusning. Se Overdose – lokalt forebyggende arbeid.

### Behandling

#### "Aktivitet"

Behandling i TSB er tverrfaglig og består av sosialfaglig, psykologfaglig og medisinsk/helsefaglig behandling. Tilpass fokus på de ulike delene av behandling individuelt ut fra problematikk og hvor i forløpet pasienten er. Utarbeid behandlingsplan sammen med pasienten og eventuelt pårørende. Informer om ulike behandlingsformer ved enheten og hva behandlingsforløpet innebærer. Tilby kunnskapsbasert behandling. Reduser risiko for avbrudd ved å tilby mulige fleksible behandlingsrammer, som Brukerstyrt innleggelse. Involver relevante instanser og start planlegging av tiden etter avslutning så tidlig som mulig (se også Evaluering av behandling).

Etterkom om mulig ønske om kjønn på behandler. Velg behandlingsansvarlig ut fra kompetanse og kjennskap til pasientens problematikk og behov. Gi anledning til å bytte behandler der pasienten vurderer at behandlingsalliansen ikke er hensiktsmessig.

Involver pårørende i behandling etter samtykke, se Psykososiale forhold i rusbehandling: Familie, bolig, økonomi, utdanning, arbeid og nettverk.

Ved behandling av unge pasienter, se Kapittel om unge i behandlingsretningslinjen.

**Sørg for at behandlingsplanen inneholder følgende:**

## Nasjonalt pasientforløp, rusbehandling (TSB)

- planlagte tiltak med tidspunkter for evaluering og plan for evaluering (lenke til evalueringspunkter)
- behandlingsmål
- rammer for behandlingen (hyppighet, varighet, sekvensiell behandling)
- behandlingstilnærminger og tiltak
- eventuelle aktuelle risikosituasjoner for avbrudd av behandling
- eventuell plan for å fortsette i skole/utdanning eller arbeid eller for tilbakevending til skole/utdanning eller arbeid
- hvem som er ansvarlig for de ulike tiltakene
- pasientens ansvar for å følge opp behandlingen
- behov for kriseplan og mestringsplan
- eventuelle tiltak utenfor TSB
- informasjon om individuell plan og navn på koordinator
- behov for aktivitetsplan
- behov for å involvere aktuelle tjenester og ha samarbeidsmøter
- kriterier for avslutning

Send tilbakemelding til fastlegen og henviseren om klinisk beslutning og behandlingsplan og dersom større endringer i pasientens tilstand eller behandling tilsier det.

### Individuell plan og koordinator

- Vurder om pasienten har rett til koordinator og individuell plan og informer pasienten om individuell plan og koordinator (Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator).
- Meld fra til kommunen/koordinerende enhet så snart som mulig, dersom pasienten har behov for individuell plan, koordinator i kommunen og/eller samarbeidsmøter og ønsker oppfølging underveis i forløpet. Innled samarbeid med kommunen om tiltak.
- Inkluder relevante opplysninger fra behandlingsplan og kriseplan i IP.

Se anbefaling om behandlingsplan i Behandlingsretningslinjen.

### Somatisk helse:

- Avklar behov for somatiske undersøkelser. Se Nasjonalt pasientforløp om ivaretagelse av somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer.
- Samarbeid med fastlege, kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjeneste dersom relevant. Se utdypende beskrivelse av samhandling hos Legeforeningen.

### Legemiddelbehandling

- Drøft mulige alternativ til legemiddelbruk med pasient før oppstart med legemidler.
- Gjennomgå legemidler sammen med pasient, dersom pasient bruker legemidler. Sørg for trygg og effektiv bruk av legemidler. Kartlegg og eventuelt forebygg bivirkninger.
- Drøft fordeler og ulemper før oppstart av ny legemiddelbehandling og ta hensyn til pasientens tidligere erfaringer med bruk av legemidler (se Nasjonale faglige råd om legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang).

For mer informasjon om utprøvende behandling, se Nasjonal veileder for Utprøvende behandling - nasjonale prinsipper.

### Samarbeid med ambulante tjenester og døgntjenester:

## Nasjonalt pasientforløp, rusbehandling (TSB)

- Vurder behov for behandling og oppfølging i et aktivt oppsøkende behandlingsteam (FACT/FACT ung eller andre oppsøkende behandlingsteam med personell fra kommune og spesialisthelsetjeneste) for personer med alvorlige psykiske lidelser og sammensatte tjenestebehov.
- Vurder behov for døgninnleggelse i psykisk helsevern i samarbeid med behandlingsansvarlig i poliklinikk og pasient og eventuelt pårørende.
- Avklar og journalfør hvordan pasienten skal følges opp i påvente av innleggelse, dersom det ikke er kapasitet i døgnenhet.
- Meld fra til kommunen ved innleggelse i døgninstitusjon. Se [Forskrift om utskrivningsklare pasienter \(lovdata.no\)](#).
- Etabler samarbeid med pasient og eventuelt pårørende, samt kommune/fylkeskommune/NAV for pasienter som har behov for bistand til å starte på skole/utdanning/jobb.

### Ved avbrudd i behandling:

- Nedfell tiltak for forebygging og håndtering av avbrudd i en [kriseplan](#).
- Tilrettelegg for at pasienter kan komme raskt tilbake til behandling dersom det vurderes nødvendig.
- Kontakt pasient og eventuelt pårørende ved alvorlige tilstander og avklar årsak til uteblivelse.
- Varsle nærmeste oppgitte pårørende dersom pasient avbryter behandlingen hvis pasient har samtykket til dette.
- Vurder andre mulige tjenestetilbud, avslutning og mulighet for rehenvisning ved flere og langvarige utsettelse og dokumenter i journal.
- Varsle koordinatorfunksjonen rus/behandler i kommune, eventuelt fastlege og henviser dersom pasient avbryter behandlingen.
- Arranger samarbeidsmøte mellom pasient og eventuelt pårørende, TSB og kommunale tjenester/fastlege ved behov.

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

## Evaluering av behandling

"Aktivitet"

Evaluer behandlingen og eventuelt status for utredning regelmessig sammen med pasient og eventuelt andre involverte tjenester/pårørende, slik at behandlingen er effektiv og individuelt tilpasset. Bruk standardisert verktøy hvor pasient kan gi tilbakemelding på effekt av behandling og tilfredshet med behandlingen. Inkluder som minimum mål av symptomnivå, funksjonsnivå og livskvalitet. Juster behandling eller gjennomfør ytterligere utredning etter behov.

- Tilpass innholdet i evalueringen og hyppighet av evalueringen til pasienten og behandlingsformen.
- Evaluer behandlingen ved overganger mellom enheter og ved avslutning.
- Innhent alltid samtykke for samarbeid med pårørende og/eller andre instanser (se [Pårørendes rettigheter – En oversikt for helsepersonell i den psykiske helsetjenesten og rustiltak](#)).

**Ved evalueringspunktene vurderer pasient og eventuelt pårørende, TSB-behandler, kommune og andre involverte tjenester, i fellesskap følgende:**

## Nasjonalt pasientforløp, rusbehandling (TSB)

- Opplever pasienten behandlingen som nyttig?
- Hvilke ressurser og mestringsstrategier opplever pasienten som nyttige?
- Hva er behandlingsstatus – er tiltakene fulgt opp?
- Er det behov for videre utredning eller behandling/oppfølging (TSB, somatikk, psykisk helsevern, legemidler, levevaner)?
- Er det behov for at individuell plan (IP)/behandlingsplan oppdateres, revideres eller evalueres?
- Har aktuelle samarbeidspartnere som ikke deltar på møtet behov for skriftlig informasjon?
- Fungerer eksisterende tiltak?
- Er det behov for
  - planlegging og igangsetting av kommunale tiltak?
  - videre tiltak og oppfølging av barn som pårørende eller mindreårige søsken?
  - videre tiltak for familie og andre pårørende?
  - kontakt med likemenn/erfaringskonsulenter, brukerorganisasjoner eller frivillige/ideelle tiltak/organisasjoner?

For informasjon om lokalt rusarbeid, se [Veileder om Lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne](#) (ny lenke når ny veileder er publisert).

## 6. Akuttbehandling og oppfølging etter rusmiddeloverdose (IKKE PÅ HØRING)

Dette kapitlet ([Akuttbehandling og oppfølging etter rusmiddeloverdose](#)) er **ikke** på høring.

## 7. Avslutning og videre oppfølging

Samhandling før utskrivning fra spesialisthelsetjenesten

"Aktivitet"

Planlegg avslutning av nasjonalt pasientforløp i samarbeid med pasient og kommune/fastlege. Sørg for at det foreligger en plan for oppfølging i kommunen der det er behov for videre oppfølging av annen instans. Hvis pasienten har Individuell Plan (IP) eller rett til IP, vil denne utgjøre planen for oppfølging fremover.

- Avklar pasientens behov og forbered pasienten på perioden etter avslutning.
- Informer om hvilke muligheter for hjelp og støtte som finnes, og planlegg tiltak sammen med pasienten og andre instanser.
- Avklar eventuelt pårørendes behov og gi informasjon om hvor de kan få informasjon om hjelp, støtte og tiltak.
- Opprett kontakt med kontaktperson/koordinator som er ansvarlig for oppfølgingen/koordineringen av videre tiltak i kommunen dersom behov.
- Avklar om pasienten har behov for bistand til bolig, tiltak knyttet til arbeid/skole/utdanning, økonomi og meningsfull aktivitet og informer kommunale helse- og omsorgstjenester, inkludert fastlege, om behov.
- Informer pasienten og eventuelt pårørende om hvor de kan henvende seg ved fornyet behov for behandling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
- Gi kontaktinformasjon til bruker- og pårørendeorganisasjoner, samt likemannstiltak i nærmiljøet.

## Nasjonalt pasientforløp, rusbehandling (TSB)

- Informer kommunal helse- og omsorgstjeneste/fastlege om aktuelle selvmordsrisikovurderinger/voldsrisikovurderinger og igangsatte tiltak dersom relevant (lenke til (kapittel 4) i Retningslinje om forebygging, selvmord når ny er publisert).

Før avslutning av forløpet, gjennomgås evalueringspunktene under "evaluering av behandling" i et eventuelt avsluttende samarbeidsmøte

Se også krav i [Forskrift om utskrivningsklare pasienter \(lovdata.no\)](https://lovdata.no) angående tilrettelegging og samarbeid i forbindelse med utskrivning.

### Avsluttende samtale

I avslutningssamtalen i TSB deltar pasient og eventuelt pårørende. Gi pasienten og eventuelt pårørende mulighet til å beskrive sine erfaringer og si sin mening om behandlingen og hvordan de har opplevd tilbudet. Vurder å tilby en oppfølgingssamtale 3 til 6 måneder etter utskrivning dersom pasienten ønsker det.

### Gjennomgå og inkluder følgende i epikrisen:

- plan og ansvar for videre tiltak, slik gjennomgått på avsluttende samarbeidsmøte
- kriseplan som er forankret hos involverte aktører
- aktuelle avtaler, henvisninger og søknader
- oppdatert legemiddelliste, inkludert plan for varighet av legemiddelbehandling, videre behandling og hvem som har ansvar for oppfølging av legemiddelbruken
- eventuell sykemelding
- overdoseforebyggende tiltak
  - Inkluder kriseplan, "overdosekort" og gi tilbud om oppfølging etter utskrivning (time i hånda) samt opplæring i hjerte-lungeredning (HLR) og bruk av nalokson nes spray der dette finnes. Se [Korus.no](https://korus.no).

Gi informasjon og opplæring i ny legemiddelbehandling om aktuelt

Avslutt det nasjonale pasientforløpet og send epikrise til fastlege og henviser.

## 8.Kodeveileder

Se eget dokument. Kodeveilederen vil ligge som et kapittel her ved publisering i digital publiseringsløsning.

## 9.Barn, søsken og andre pårørende (IKKE PÅ HØRING)

Her vil relevant tekst for voksne fra kapittel om [Barn, foreldre og andre pårørende](#) inngå. Dette kapittelet er **ikke** på høring. I dette forløpet vil navnet på kapittelet endres til "Barn, søsken og andre pårørende".