

Veileder for rapportering i tverrfaglig spesialisert
rusbehandling (TSB)

*Rapportering til Norsk pasientregister
Desember 2016*

Heftets tittel: Veileder for rapportering i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)
Innrapportering til Norsk pasientregister (NPR)

Utgitt: 02/2010

Revidert: 12/2016

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Norsk pasientregister
Postadresse: Postboks 6173, Sluppen, 7435 Trondheim
Besøksadresse: Sluppenveien 12 C, Trondheim

Telefon sentralbord: 810 20 050

<http://www.helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/norsk-pasientregister-npr/Sider/default.aspx>

Veilederen finnes kun elektronisk, og er tilgjengelig på Helsedirektoratets nettsider:
<http://www.helsedirektoratet.no>

Forord

Helsedirektoratet ved Norsk pasientregister presenterer her en revidert versjon av Veileder for rapportering av aktivitetsdata og situasjonsdata innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Ordet «registrering» er nå erstattet med «rapportering». Rapporteringsveilederen peker dermed tydeligere til krav mot rapportering i henhold til NPR – melding (versjon 53.1.1) Dette for å presisere at rapporteringsveilederen skal vise hva som skal rapporteres til NPR – ikke hvordan dette detaljert skal administreres i de ulike pasientadministrative systemene. Denne veilederen dokumenter derfor ikke hvordan registreringen skjer i de ulike pasientadministrative systemene.

Registrering av aktivitetsdata er obligatorisk innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Formålet med denne veilederen er å bidra til en enhetlig registrering av dataene som rapporteres til Norsk pasientregister.

Mange av begrepene som omtales i veilederen er sentrale i andre sammenhenger – deriblant øvrige veiledere og retningslinjer som utgis av Helsedirektoratet. Det er til enhver tid nødvendig med oppdateringer og ajourhold av innholdet i denne veilederen. Slike oppdateringer er også nødvendige på grunnlag av endringer i lovverk og sentrale forskrifter. Kommentarer og spørsmål kan rettes til npr@helsedir.no

Fra 2017 innføres ISF for polikliniske tjenester innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. For informasjon om dette vises det til Helsedirektoratets sider om Innsatsstyrt finansiering (ISF) <https://helsedirektoratet.no/finansieringsordninger/innsatsstyrt-finansiering-isf-og-drg-systemet>. Denne omleggingen medfører blant annet at finansieringen baseres på innrapporterte data til NPR.

For regelverk og veiledning knyttet til kliniske kodeverk vises til Direktoratet for e-helse sine nettsider <https://ehelse.no/standarder-kodeverk-og-referansekatalog/helsefaglige-kodeverk/kodeveiledning-icd-10-ncsp-ncmp-og-ncrp>

På bakgrunn av innspill fra sektoren og endringer i kodeverk er det nødvendig med revisjoner av veilederen. De større endringene i revisjonene er listet opp i revisjonsoversikten på neste side.

Revisjonsoversikt

Mars 2012

Side	Kapittel	Kommentar
4	Innledning	Spesifisering av formål og målgruppe
5	Hvilke enheter skal rapportere opplysninger til NPR?	Spesifisering av type enheter som skal rapportere TSB
10	1 Registrering av opplysninger om henvisning og vurdering	Korrigerer av tekst i uthevet grått felt, angående opplysninger som følger henvisningen ved viderehenvisning
19	2.1 Ventetid slutt	Omskriving av kapittel 2.1
21	2.2 Behandlingsutsettelse	Ny tekst i kapittel 2.2
21	Utsettelseskode	Registrering når pasient ikke tar imot alternativt tilbud.
24	3.1.2 Legemiddelassistert behandling (LAR)	Tekstspesifisering vedrørende LAR som annet behandlingsopplegg.
29	4.1 episoder kontakter og avdelingsopphold	Presiserer registrering av dagbehandling
29	4.1.1 Avdelingsopphold	Presiserer registrering av poliklinisk kontakt
35	4.2.2 Lovgrunnlag	Nytt kapittel som presiserer det juridiske grunnlag for oppholdet.
38	4.2.4 Opplysninger som skal registreres ved slutten av et avdelingsopphold	Utskrivingsklar dato: Nytt punkt i kapitlet.
52	5 Kartlegging av pasientens situasjon ved behandlingsstart	Spesifisering av hvem som skal registrere situasjon ved behandlingsstart

Høsten 2016

Kapittel	tema	Kommentar
Innledning	Endringer i underkapitler	Ny tekst
1.2	1.2 Administrative opplysninger - Fritt behandlingsvalg	Ny tekst
1.3	Opplysninger knyttet til vurdering av henvisningen	Ny tekst jf. Prioriteringsveileder Tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Nye definisjoner
1.3	Opplysninger knyttet til vurdering av henvisningen - Henvisningstype	Ny tekst under forklaring kode 1
1.3	Opplysninger knyttet til vurdering av henvisningen - Rett til nødvendig helsehjelp	IS-2043 Prioriteringsveileder Tverrfaglig spesialisert rusbehandling erstatter IS-1505
2	Innsatsstyrt finansiering	Nytt kapittel
3	Ventetid slutt og	Små justeringer av tekst i hele kapitlet

Kapittel	tema	Kommentar
	behandlingsutsettelse	
4	Henvisningsperioden	Små justeringer av tekst i hele kapitelet, og noe mere i 4.2-Overføring av henvisninger mellom enheter
5.2.3	Opplysninger som skal registreres underveis i et avdelingsopphold	Tilstandsgrupper
5.2.4	Opplysninger som skal registreres og rapporteres ved slutten av et avdelingsopphold	Utskrivingsklar dato. Her kommer det en oppdatering etter 1.1.2017 når lovverket rundt dette er endelig vedtatt.
5.3	Registrering av opplysninger ved en poliklinisk kontakt	Endring i tekst, tilstandsgrupper
5.3	Registrering av opplysninger ved en poliklinisk kontakt	Utsettelse
6.7	Russituasjon	Tidligere rusbehandling og alder ved første rusbehandling
6.7	Russituasjon	Tidligere opioid substitusjonsbehandling og alder ved første opioid substitusjonsbehandling
6.7.1	Bruk av rusmidler eller vanedannende medikamenter	Ny kode: 21- Anabole androgene steroider
6.7.2	Sprøytebruk	Bruk av sprøyte og alder ved første sprøytebruk
7.	Avslutning av henvisningsperioden	Nye koder Henvist til tjeneste (OID 8404)
Vedlegg:	Skjema «Situasjon ved behandlingsstart»	Nye felt for registrering av rusbehandling, sprøytebruk, alder og nytt rusmiddel

Mars 2012

Endringer i kodeverk		
Side	Kodeverk	Endring
12, 49, 62	8404 Tjenester og vesen (Henvist fra tjeneste, samarbeidspart, henvist til tjeneste)	Ny kode 21 Legevakt, og nye koder for Spesialisthelsetjeneste delt inn i somatikk (kode 41), RUS (kode 42), DPS (kode 43) og PHV (kode 49)
13	8705 Individuell plan status	Ny kode 8
15	8442 Henvisningsformalitet	Kode 21 og 22 erstatter kode 2
17, 34, 44	Fagområde	Lagt til 310 og 320 i utvalget
21	8432 Utsettelseskode	Kode 4 og 5 er nye. Kode 21 og 22 erstatter kode 2
31, 39,	8408 Sted	Ny kode16

Endringer i kodeverk		
Side	Kodeverk	Endring
42, 50		
35	8440 Type Formalitet	Nytt kodeverk inn i veilederen
48	Sted for aktivitet	Ny kode 5
59	Rusmiddeltype	Kode 19 og 20 erstatter kode 15

Høsten 2016

Endringer i kodeverk		
	Kodeverk	Kapittel
2016	Kontaktperson type (OID=8471)	Innledning
2016	Landkoder (OID=9043)	Innledning
2016	Tjenester og vesen (OID=8404)	1.2 Administrative opplysninger
2016	Individuell plan foreligger (OID=8705)	1.2 Administrative opplysninger
2016	Utfall av vurdering av henvisningen (OID=8485)	1.3 Opplysninger knyttet til vurdering av henvisningen
2016	Henvisningsformalitet (OID=8442)	1.3 Opplysninger knyttet til vurdering av henvisningen
2016	Rett til helsehjelp (OID=8444)	1.3 Opplysninger knyttet til vurdering av henvisningen
2016	Ventetid sluttkode (OID=8445)	3.1 Ventetid slutt
2016	Sted (OID=8408)	4.2.1 Opplysninger som skal rapporteres ved start av avdelingsopphold
2016	Debitor (OID=8426)	5.2.1 Opplysninger som skal rapporteres ved start av avdelingsopphold
2016	Innmåte hastegrad (OID=8428)	5.2.1 Opplysninger som skal rapporteres ved start av avdelingsopphold
2016	Omsorgsnivå (OID=8406)	5.2.1 Ny kode: Poliklinisk kontakt for inneliggende pasient
2016	Type formalitet (OID=8440)	5.2.2 Lovgrunnlag
2016	Tilstandsgrupper (OID=8478)	5.2.3 Opplysninger som skal registreres underveis i et avdelingsopphold
2016	Sted (OID=8408)	5.2.4 Opplysninger som skal registreres og rapporteres ved slutten av et avdelingsopphold
2016	Sted (OID=8408)	5.3 Registrering av opplysninger ved en poliklinisk kontakt
2016	Debitor (OID=8426)	5.3 Registrering av opplysninger ved en poliklinisk kontakt
2016	Innmåte hastegrad (OID=8428)	5.3 Registrering av opplysninger ved en poliklinisk kontakt

Endringer i kodeverk		
	Kodeverk	Kapittel
2016	Tilstandsgrupper (OID=8478)	5.3 Registrering av opplysninger ved en poliklinisk kontakt
2016	Indirekte aktiviteter (OID=8454)	5.3 Registrering av opplysninger ved en poliklinisk kontakt
2016	Tjenester og vesen (OID=8404)	5.3 Registrering av opplysninger ved en poliklinisk kontakt
2016	Sted (OID=8408)	5.3 Registrering av opplysninger ved en poliklinisk kontakt

Innhold

Forord	1
Innledning	8
1 Registrering av opplysninger om henvisning og vurdering	15
1.1 Pasientopplysninger	16
1.2 Administrative opplysninger	16
1.3 Opplysninger knyttet til vurdering av henvisningen	19
2 Innsatsstyrt finansiering for polikliniske tjenester innen TSB og PHV	24
2.1 Mere om poliklinisk behandling og strukturerte polikliniske dagtilbud	24
2.2 Kontakter i spesialisthelsetjenesten med utlevering og observert inntak av LAR-legemiddel som hovedformål	25
2.3 NCMP-Norsk klassifikasjon av medisinske prosedyrer	25
2.4 Tilstander (diagnose og funksjonsscore)	26
3 Ventetid slutt og behandlingsutsettelse	28
3.1 Ventetid slutt	28
3.2 Behandlingsutsettelse	30
4 Henvisningsperioden	32
4.1 Henvisningsperioden og pasientens tilstand	32
4.1.1 Tidligere helsehjelp for samme tilstand er avsluttet	33
4.1.2 Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)	33
4.2 Overføring av henvisninger mellom enheter	33
4.2.1 Eksempel på registrering ved overføring av henvisning mellom enheter	35
5 Registrering av aktivitet	37
5.1 Episoder, kontakter og avdelingsopphold	37
5.1.1 Avdelingsopphold	37
5.1.2 Kontakt	37
5.2 Registrering av et avdelingsopphold (innleggelse)	38
5.2.1 Opplysninger som skal rapporteres ved start av avdelingsopphold	38
5.2.2 Lovgrunnlag	43
5.2.3 Opplysninger som skal registreres underveis i et avdelingsopphold	44
5.2.4 Opplysninger som skal registreres og rapporteres ved slutten av et avdelingsopphold	46
5.3 Registrering av opplysninger ved en poliklinisk kontakt	48
6 Kartlegging av pasientens situasjon ved behandlingsstart	60
6.1 Administrative opplysninger	61
6.2 Boforhold	61
6.3 Barn	62
6.4 Graviditet	63
6.5 Sykdom	63

6.6	Psykisk tilstand	64
6.7	Russituasjon	65
6.7.1	Bruk av rusmidler eller vanedannende medikamenter	66
6.7.2	Sprøytebruk	69
7	Avslutning av henvisningsperioden	71

Vedlegg: Skjema "Situasjon ved Behandlingsstart"

Innledning

Formålet med veilederen

Formålet med veilederen er å beskrive opplysninger spesialisthelsetjenesten skal registrere om pasienter som henvises til og mottar helsehjelp innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Dette inkluderer også pasienter som behandles for sine rusmiddelproblemer ved enheter innen Psykisk helsevern.

Opplysningene skal innrapporteres til Norsk pasientregister (NPR) som er en avdeling i Helsedirektoratet. Veilederen skal bidra til at de som registrerer data har en enhetlig forståelse av hvordan hver enkelt opplysning skal forstås. En enhetlig forståelse er nødvendig for å få korrekt og komplett registrering av data, noe som igjen er sentralt for datakvaliteten i NPR.

Det er viktig å sørge for god dokumentasjon og statistikk i rusfeltet, både når det gjelder informasjon om problemomfang, årsaker, ressursinnsats og resultater. Dataene skal danne grunnlag for behovstilpassede og målrettede tjenester og god styringsinformasjon til myndigheter og tjenesteytere. Statistikken skal videre gi grunnlag for regionale og nasjonale oversikter, samt være grunnlag for forskning og internasjonal rapportering.

Siden 1. januar 2006 har institusjoner som tilbyr TSB rapportert ventelistedata til NPR. Fra 1. januar 2009 ble disse opplysningene supplert med opplysninger om behandlingsaktivitet (aktivitetsdata) og en kartlegging av pasientens situasjon ved behandlingsstart (situasjonsdata).

Norsk pasientregister (NPR) inneholder opplysninger om alle pasienter som venter på eller har fått behandling i spesialisthelsetjenesten i Norge. Rapporteringen til NPR er obligatorisk i henhold til *Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Norsk pasientregister* (Norsk pasientregisterforskriften¹). Helsepersonell skal registrere opplysningene (jf forskrift om pasientjournal), og helseforetak, offentlige og private helseinstitusjoner skal melde opplysningene inn til NPR. Virksomheten skal sørge for at det finnes rutiner som sikrer dette (jf. Norsk pasientregisterforskriften § 2-1). Innsending av opplysninger skal følge de rutiner og tidsfrister som til en hver tid er fastsatt av Helsedirektoratet (jf. § 2-2). Avsender skal kontrollere at data som rapporteres er komplette og kvalitetssikret i henhold til gjeldende krav til rapportering (jf. § 2-3).

¹ For Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Norsk pasientregister (Norsk pasientregisterforskriften) i sin helhet, se Lovdata FOR 2007-12-07 nr 1389) www.lovdata.no/cgi-wif/ldles?doc=/sf/sf-20071207-1389.html

Målgruppe

Veilederen er primært rettet mot personell som har ansvar for rapportering av opplysninger som skal rapporteres til NPR.

Sekundært er veilederen rettet mot leverandører av datasystem for registrering og rapportering innen TSB. Leverandører må imidlertid primært forholde seg til dokumentasjon fra NPR når det gjelder de opplysninger som kreves rapportert (NPR-melding). Leverandører må også forholde seg til standarden for elektronisk pasientjournal (EPJ) for TSB, som i tillegg omhandler opplysninger som anbefales registrert lokalt.

Veilederen vil også kunne være nyttig for alle som skal bruke data fra NPR.

Hvilke enheter skal rapportere opplysninger til NPR?

Alle enheter som tilbyr rusbehandling innen spesialisthelsetjenesten skal rapportere aktiviteten til NPR. Dette gjelder både offentlige enheter, og private enheter med driftsavtale med et RHF. Rusbehandling tilbys både innen TSB og psykisk helsevern, og begge sektorer har plikt til å rapportere data til NPR.

Mye av rusbehandlingen innen RHF-ene er organisatorisk underlagt psykisk helsevern. Disse enhetene skal rapportere til NPR på lik linje med andre TSB-enheter. De skal også registrere opplysningene i kartleggingen av situasjon ved behandlingsstart beskrevet i kapittel 6. For å kunne identifisere hva som er tverrfaglig spesialisert rusbehandling, er det viktig at fagområdekodene for rusbehandling (360), LAR (365) og spilleavhengighet (370) brukes riktig.

Hvilke pasienter skal det registreres opplysninger om?

Opplysningene som beskrives i veilederen skal registreres og rapporteres om alle pasienter som henvises til eller får helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a. En institusjon som inngår avtale med de regionale helseforetakene om utøvelse av spesialisthelsetjenester, kan også samtidig utføre oppgaver for andre oppdragsgivere, eksempelvis NAV, barneverntjenesten og kommunen. Selv om disse oppgavene også kan være helsehjelp, er det ikke helsehjelp som ytes som en spesialisthelsetjeneste. Denne aktiviteten faller således utenfor det som NPR kan inneholde, jf. NPR-forskriften § 1-5. Det er bare den aktiviteten som ytes etter avtale med de regionale helseforetakene som skal rapporteres til NPR. Formidling av fristbruddplasser gjennom HELFO regnes som en del av spesialisthelsetjenesten fordi HELFO i disse tilfellene tar over et ansvar fra et RHF.

Pårørende kan også ha behov for behandling fra spesialisthelsetjenesten. Da skal det opprettes egen henvisningsperiode for den pårørende med relevant fagområde. Kontaktene med spesialisthelsetjenesten knyttes til denne henvisningsperioden. Pårørende som er til behandling på grunn av psykiske plager på grunn av andres rusmisbruk, skal rapporteres med fagområde 320 eventuelt 310.

En viktig del av TSB er forebyggende virksomhet. Det skal derfor også rapporteres opplysninger om pasienter som henvises og eventuelt mottar helsehjelp for å unngå en problembrukssituasjon.

Innen TSB tilbyr man behandling for flere avhengighetsproblemer, for eksempel spillavhengighet. Det skal rapporteres opplysninger om slike pasienter på lik linje med andre pasienter i TSB.

Kombinasjonen ruslidelse og psykisk sykdom har fått kortnavnet ROP-lidelser. Pasienter med alvorlig ruslidelse har ofte samtidig psykisk sykdom, og pasienter med psykisk sykdom har mye hyppigere ruslidelse enn gjennomsnittet i befolkningen.

Disse ROP-pasientene får behandling dels for ruslidelsen, og dels for den psykiske sykdommen, ved samme institusjon/behandlingssted, og fokus for behandlingen vil variere over tid.

Det er tre aktuelle fagområdekoder for dette:

- 320 Psykisk helsevern voksne
- 360 Rus
- 365 LAR - Legemiddelassistert rehabilitering

Fagområde byttes for en slik pasient avhengig av hva som er i fokus for behandlingen, dvs. at fagområdekoden er knyttet til den behandlingen pasienten får. Fagområdekoden skal ikke være avhengig av organisering. Det vil si at fagområdekoden kan endres for hvert avdelingsopphold eller polikliniske kontakt innenfor et/en lengre opphold/behandling.

Opplysninger som skal rapporteres

NPR skal inneholde opplysninger om alle som får helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. "Helsehjelp" er i loven definert slik:

Helsehjelp - handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som er utført av helsepersonell (Pasientrettighetsloven § 1-3c).

Alle opplysningene som skal rapporteres er nærmere definert i NPR-melding (henvisnings- og aktivitetsdata) og NPR-melding TSB (kartlegging av situasjon ved behandlingsstart). Disse dokumentene gir en teknisk spesifisering av opplysninger som skal innrapporteres. På NPRs nettsider finnes den til enhver tid gyldige versjonen av NPR-melding.

Flere av opplysningene som skal rapporteres har sin opprinnelse i *Pasient- og klientkartleggingsskjemaet for tiltak i rusfeltet (KKS)*. Utvalgte opplysninger fra KKS er samordnet med øvrige opplysninger for henvisnings- og episodedata som kreves rapportert til NPR gjennom NPR-melding. Samlet utgjør disse et datasett for TSB

Leverandører av pasientadministrative system (PAS) vil kunne implementere forskjellige grensesnitt for registrering av opplysningene. Veilederen er derfor ikke ment å forklare hvordan opplysningene registreres i et bestemt PAS. I stedet er veilederen organisert kronologisk for å beskrive hvordan ulike faser i et tenkt pasientforløp innen TSB skal rapporteres. Dette er et eksempel som ikke nødvendigvis er representativt for alle pasientforløp innen TSB.

Til hjelp ved registrering av opplysningene i kapittel 6, *Kartlegging av pasientens situasjon ved behandlingsstart*, er det utarbeidet et papirskjema som er vedlagt bakerst i veileder og publisert på NPRs nettsider.

Andre sentrale dokumenter

I veilederen refereres det til sentrale dokumenter som inneholder utfyllende informasjon relevant for registreringen.

- rundskrivet IS-2331 (10/2015) Ventelisterapportering til NPR.
- <http://helsedirektoratet.no/retningslinjer/tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-tsb>. Dokumentet IS-1505 er endret til Prioriteringsveileder – tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)
- NPRs nettsider har informasjon om registrering, innrapportering, tekniske spesifikasjoner, frister mv.

Det vises ellers til samlesiden: ISF for polikliniske tjenester innen PHV og TSB <https://helsedirektoratet.no/finansieringsordninger/innsatsstyrt-finansiering-isf-og-drg-systemet>

For regelverk og veiledning knyttet til kliniske kodeverk vises til Direktoratet for e-helse sine nettsider <https://ehelse.no/standarder-kodeverk-og-referanse katalog/helsefaglige-kodeverk/kodeveiledning-icd-10-ncsp-ncmp-og-ncrp>

Hva brukes datamaterialet til?

Opplysninger som innrapporteres til NPR skal kun brukes til de formål som er fastsatt i NPR-forskriften. Rapporterte opplysninger vil bli brukt til nasjonal statistikk for TSB og til oppfølging, planlegging og styring av sektoren. Data brukes også til internasjonal statistikk og til forskningsformål. Det er strenge regler som skal sikre personvernet knyttet til innsamling, oppbevaring og bruk av personidentifiserbare opplysninger.

Norsk pasientregister er et sentralt personidentifiserbart register med hjemmel i Helseregisterloven § 8. Dette betyr at fødselsnummer lagres kryptert i registeret slik at det er mulig å følge et pasientforløp på tvers av ulike enheter innen spesialisthelsetjenesten. Opplysninger fra NPR kan også kobles mot opplysninger i andre registre som angitt i Norsk pasientregisterforskriften².

Kort kan det sies at fra 2017 skal data innrapportert til NPR gi grunnlag for aktivitetsbasert finansiering (ISF).

Definisjoner av termer for organisatoriske enheter

I forbindelse med rapportering til NPR er de ulike organisatoriske enhetene klassifisert etter begrepene *Behandlingssted, Avdeling og Fagenhet*.

² Opplysninger i Norsk pasientregister kan sammenstilles (kobles) med opplysninger i Det sentrale folkeregister, sosioøkonomiske registre i Statistisk sentralbyrå, Krefregisteret, Medisinsk fødselsregister, Dødsårsaksregisteret, Meldingssystem for smittsomme sykdommer, Det sentrale tuberkuloseregisteret, System for vaksinasjonskontroll og Reseptregisteret for utarbeidelse av statistikk. Resultatet av sammenstillingen skal fremkomme i anonymisert form (se Norsk pasientregisterforskriften § 3-1, Lovdata FOR 2007-12-07 nr 1389) www.lovdataby.no/cgi-wif/ldles?doc=sf/st/sf-20071207-1389.html

Behandlingssted

Behandlingssted tilsvarer det som i dagligtale gjerne omtales som "institusjon" i TSB. Et behandlingssted er en avgrenset enhet som er entydig med hensyn på geografi og på følgende tjenesteområder (næringer):

- Somatikk
- Psykisk helsevern for barn og unge
- Psykisk helsevern for voksne
- Tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Rehabilitering

Behandlingssted skal rapporteres med ReshID og organisasjonsnummer tilsvarende bedrift. Behandlingsstedet kan være en del av en større organisatorisk enhet. Et DPS med flere adresser organisert som en enhet i et helseforetak er et eksempel på dette.

Dette kan eksemplifiseres slik:

- Et DPS med tre ulike adresser er tre behandlingssteder
- Et somatisk sykehus med psykiatrisk enhet på samme adresse er to behandlingssteder
- En privat stiftelse som har behandlingstilbud/avdelinger to ulike steder regnes som to behandlingssteder

Avdeling

En avdeling beskriver den enhet som har det administrative linjeansvaret for pasientbehandlingen. Avdeling skal rapporteres med RESH-ID og avdelingskode (IK44/89). Denne avdelingskoden er et kriterium i seleksjonen for ISF-ordningen. Alle episoder og vurderte henvisninger skal rapporteres med identifikasjon av avdeling.

Fagenhet

Fagenhet er den enheten som har det faglige ansvaret for pasienten. Fagenhet rapporteres med ReshID og avdelingskode (IK44/89).

RESH-ID

RESH-ID er et identifikasjonsnummer fra Register for Enheter i SpesialistHelsetjenesten (RESH). Kodeverket som brukes (OK2007 versjon 2.0) forvaltes av Helsedirektoratet. Ved hjelp av RESH-ID vil vi få bedre og mer sammenlignbare opplysninger om ressursbruk, aktivitet og resultater i spesialisthelsetjenesten. I tillegg søkes det å gi en komplett oversikt over den faktiske organiseringen av spesialisthelsetjenesten i Norge. Se også nettsidene til Norsk Helsenett: www.nhn.no/helsenettet/helseadministrative-registre/Sider/default.aspx

Alle episoder og vurderte henvisninger skal rapporteres med identifikasjon av behandlingssted, avdeling og fagenhet. Det skal fremgå av NPR-meldingen hvilke opplysninger som stammer fra de ulike behandlingssteder og avdelinger i tilfeller der flere enheter/behandlingssteder rapporterer i samme innrapportering.

Kontaktperson

Det skal rapporteres sektorvise kontaktpersoner, jf. kodeverk 8471. Det er opplysninger om personer NPR kan kontakte ved behov.

Kodeverdier		
1	Teknisk produksjon	
2	Somatisk spesialisthelsetjeneste	
3	Psykisk helsevern voksne	
4	Barne og ungdomspsykiatri	
5	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	
6	Personskadestatistikk	
7	Ventelistestatistikk	
8	Ident-meldingen	
9	RESH	
10	Radiologi	Unntatt stråleterapi
11	Stråleterapi	
12	Pakkeforløp kreft	
13	Vedtak etter psykisk helsevernloven	

Organisering av veilederen

I veilederen gjøres det rede for de variablene/opplysningene som skal rapporteres i de ulike fasene av behandlingsforløpet.

I kapittel 1 beskrives opplysninger som skal rapporteres om henvisningen og i forbindelse med vurdering av henvisningen.

I kapittel 2 gjøres det rede for innføringen av ISF (2017) for polikliniske tjenester i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (og for psykisk helsevern).

I kapittel 3 gjøres det rede for når pasienten skal tas av ventelisten som rapporteres til NPR.

I kapittel 4 beskrives rutiner når behandlingen av en pasients tilstand kan utføres på forskjellige behandlingssteder.

I kapittel 5 gjøres det rede for rapportering av aktivitet.

I kapittel 6 beskrives hvilke opplysninger som skal rapporteres om pasientens situasjon ved behandlingsstart.

I kapittel 7 beskriver vi hvilke opplysninger som skal rapporteres ved avslutning av henvisningsperioden.

1 Registrering av opplysninger om henvisning og vurdering

I dette kapitlet gjøres det rede for opplysningene som skal rapporteres om henvisningen og vurderingen av henvisningen. Utredning og/eller behandling av en pasient i spesialisthelsetjenesten har sitt utspring i en henvisning.

Henvisningsperioden er perioden fra første mottak av henvisningen i spesialisthelsetjenesten for en og samme tilstand (lidelse/helseproblem), til utredning, behandling, rehabilitering og oppfølging er gjennomført, og ingen nye kontakter er planlagt.

I de fleste tilfeller vil en henvisningsperiode åpnes ved at det kommer en førstegangs henvisning (eksempelvis fra sosialtjenesten (NAV), allmennlege, privatpraktiserende legespesialist, lege i fengselshelsetjenesten, samt leger i andre deler av spesialisthelsetjenesten ved nyoppdaget rusproblematikk).

I kapittel 4 Henvisningsperioden, er det gjort nærmere rede for tilstandsbegrepet, når det skal opprettes ny henvisningsperiode og hvordan en henvisningsperiode skal rapporteres når flere behandlingssteder er involvert i et behandlingsforløp.

Ved mottak av en henvisning fra en annen enhet innen spesialisthelsetjenesten, skal mottakene enhet kopiere opplysninger om henvisningen og vurderingen med noen unntak (se kapittel 4.2 Overføring av henvisninger mellom enheter.

Unntakene er:

Mottaksdato som angir den datoen hver enkelt enhet mottar henvisningen. Denne skal rapporteres av hver enkelt enhet som er involvert i løpet av henvisningsperioden.

Ventetid sluttdato og *Ventetid sluttkode* kopieres kun dersom den helsehjelpen pasienten er vurdert å ha behov for er påbegynt ved en enhet tidligere i henvisningsrekken.

Enkelte opplysninger som for eksempel *Status individuell plan* kan endres utover i behandlingsforløpet.

1.1 Pasientopplysninger

Kjønn

Angir pasientens kjønn.

Kodeverdier:	
1	Mann
2	Kvinne
9	Ikke spesifisert

Fødselsår

Angir pasientens fødselsår, fire siffer.

Folkeregisterkommune

Angir folkeregisterets registrering av pasientens hjemstedskommune ved henvisningstidspunktet. Oppgi gyldig kommunenummer for personer bosatt i Norge.

http://www.kommuneforlaget.no/kf/kf_registertjenester/kommuneregisteret/

For personer som ikke er bosatt i Norge benyttes:

9000 Utenlandske uten konvensjonsavtale

9900 Utenlandske med konvensjonsavtale (EU- og EØS-land)

9999 Ukjent kommunenummer

Bydelskode

Angir den bydelen der pasienten bor, dersom det er i Oslo, Bergen, Trondheim eller Stavanger. Dersom bydel er ukjent, skal kode 99 benyttes. Oppgi kode i henhold til SSBs koder for bydeler:

<http://www4.ssb.no/stabas/ItemsFrames.asp?ID=2954101&Language=nb>

Trygdenasjon

Landkode for det land pasienten har trygderettigheter.

Se kodeverk 9043 *Landkoder* på www.volven.no

1.2 Administrative opplysninger

Mottaksdato

Angir den dato institusjonen mottar henvisningen, uavhengig av om den er sendt videre fra en annen institusjon eller om henvisningen er sendt direkte til institusjonen.

NB: Mottaksdato er dato henvisningen mottas, ikke dato for pasientmottak.

Ansiennitetsdato

Angir den aller første mottaksdato for en henvisning i kjeden av mottaksdatoer i offentlig spesialisthelsetjeneste.

Dette inkluderer også private som har avtale med et regionalt helseforetak og som omfattes av rett til fritt behandlingsvalg. Når en henvisning er sendt videre fra en institusjon til en annen, vil ansiennitetsdato forbli lik dato for mottaket av henvisningen ved den første institusjonen i spesialisthelsetjenesten, (se kap. 4). Det er fra denne dato ventetiden beregnes, og det er viktig at **samme ansiennitetsdato følger henvisningen** mellom institusjoner (se tabell 1, kap. 4.2).

Henvist fra tjeneste

Angir den instans som har utstedt henvisningen.

Kodeverdier:		Forklaring:
1	Pasienten selv	
41	Somatisk spesialisthelsetjeneste	
42	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	
44	Psykisk helsevern	Inkludert DPS
10	Privatpraktiserende spesialister	Leger og psykologer
28	Fastlege/primærlege/legevaktslege	Primærhelsetjeneste
88	Andre kommunale tjenester	Barnehage, skolesektor, PPT Sosialtjeneste, barnevern
9	Andre tjenester	Rehabiliteringsinstitusjoner, politi, fengsel, rettsvesen

Henvist fra helseinstitusjon

Organisasjonsnummer tilsvarende bedrift til den instans som har utstedt henvisningen. Angis **kun** hvis henvisningen kommer fra en helseinstitusjon i spesialisthelsetjenesten (omfatter både offentlige enheter og private enheter med avtale med et RHF).

Fritt behandlingsvalg

Retten til fritt behandlingsvalg erstatter og utvider **fritt sykehusvalg**. Fra 1.november 2015 ble ordningen fritt behandlingsvalg innført.

Angir om pasienten har valgt å benytte seg av fritt behandlingsvalg.

Kodeverdier:	
1	Ja
2	Nei
9	Ukjent

For *Fritt behandlingsvalg* rapporteres i første omgang den informasjonen som finnes i henvisningen til spesialisthelsetjenesten.

I følge pasientrettighetslovens § 2-4 oppstår valgretten allerede når pasienten skal henvises til spesialisthelsetjenesten for vurdering, slik at pasienten kan velge både hvor vurdering og behandling skal skje. Der slik informasjon ikke forefinnes rapporteres "Ukjent" under *Fritt behandlingsvalg*.

Hvis pasienten ber om vurdering/behandling ved en annen institusjon enn den primærlegen/vurderingsenheten ut fra sin vurdering ville henvist pasienten til, rapporteres "Ja" på *Fritt behandlingsvalg*. Når pasienten er registrert med "Ja" på *Fritt behandlingsvalg*, **skal dette kopieres** ved alle etterfølgende institusjoner i behandlingsforløpet, uansett om pasienten ikke benytter seg av *Fritt behandlingsvalg* på et senere tidspunkt. Årsaken til dette er man ønsker informasjon om pasienten har benyttet seg av *Fritt behandlingsvalg* i løpet av behandlingsforløpet.

Hvis pasienten i løpet av ventetiden bestemmer seg for at han/hun ønsker behandling et annet sted, skal dette angis ved at det rapporteres "Ja" for *Fritt behandlingsvalg* og *Ventetid sluttkode* "Pasienten har valgt annet sykehus/institusjon". Den institusjonen pasienten er henvist videre til skal da, hvis den har kapasitet til å ta imot pasienten, kopiere opplysninger om henvisningen slik det redegjøres for i kapittel 4 Henvisningsperioden. Fristen for nødvendig helsehjelp vil da følge pasienten.

Hvis pasienten i løpet av forløpet ønsker behandling et annet sted, og det er medisinsk forsvarlig å avbryte behandlingen, rapporteres "Ja" på *Fritt behandlingsvalg*, Henvisningsperioden ved den behandlende institusjonen lukkes. Henvisningen sendes videre og institusjonen pasienten ønsker å behandles ved kopierer opplysninger om henvisningen slik det redegjøres for i kapittel 4 Henvisningsperioden.

Individuell plan status

Angir status for individuell plan.

1	Pasienten oppfyller ikke kriteriene	Pasienten har ikke rett til å få utarbeidet individuell plan.
2	Pasienten ønsker ikke individuell plan, eller har ikke gitt samtykke	Pasienten samtykker ikke i at individuell plan skal utarbeides.
3	Arbeid med individuell plan ikke startet	Pasienten har rett til å få utarbeidet individuell plan men det er ikke igangsatt arbeid med slik plan.
4	Arbeid med individuell plan påbegynt	Pasienten har rett til å få utarbeidet individuell plan, og det er igangsatt arbeid med slik plan, men den foreligger ikke.
5	Individuell plan foreligger	Individuell plan foreligger. Det kan være at plan bør revideres
8	Individuell plan er avsluttet	
9	Ukjent med status for individuell plan	

Pasienter med behov for langvarige og koordinerte helse- og sosialtjenester har lovbestemt rett til å få utarbeidet en individuell plan. Hvis pasienten ikke har rett til individuell plan, rapporteres *Individuell plan status* "Oppfyller ikke kriteriene" (Kode 1). Status for individuell plan kan registreres flere ganger i løpet av et behandlingsforløp.

Individuell plan dato

Angir dato for registrering av status for individuell plan.

1.3 Opplysninger knyttet til vurdering av henvisningen

Pasienter som henvises til spesialisthelsetjenester som omfattes av fritt Behandlingsvalg, har rett til å få en vurdering av helsetilstanden, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2. Rettighetsvurderingen skal som hovedregel bare foretas én gang og ved startpunktet for et pasientforløp. Vurderingen skal gjøres for spesialisthelsetjenesten som *helhet*, og konklusjonen er bindende. Henvisningen skal være vurdert i løpet av maksimalt 30 virkedager fra den er mottatt. Ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom bør det være en maksimumsfrist på 15 dager³. (Se IS-2043)

Vurderingsdato

Den dato vurderingsinstansen ferdigvurderte henvisningen. Denne datoen følger henvisningen og skal ikke endres ved videre pasientforløp i henvisningsperioden.

Henvisningstype

Angir hvilken type helsehjelp pasienten er vurdert å ha behov for og fylles ut ved vurdering. Henvisningstype registreres av vurderende lege eller den tverrfaglige vurderingsenheten på grunnlag av beskrivelsen i henvisningen og eventuelle supplerende informasjon som er innhentet i vurderingsperioden.

Kodeverdier:	
1	Utredning
2	Behandling (evt. også inkludert videre utredning)
3	Kontroll
4	Generert for ø-hjelpspasienter
5	Friskt nyfødt barn
6	Graviditet
7	Opplæring, kurs, attester og rådgivning

Henvisningstype blir brukt for å skille mellom pasienter med avklart og uavklart tilstand. I løpet av vurderingsperioden skal spesialisthelsetjenesten så langt mulig fastslå hva som er pasientens tilstand. Når dette er fastslått, regnes pasientens tilstand som avklart og pasienten settes på venteliste for behandling og rapporteres med *Henvisningstype 2 "Behandling"*. *Henvisningstype 2* inkluderer også poliklinisk behandling, planlagt avrusning og utredning av behandlingsforløp.

I tilfeller der det i løpet av vurderingsperioden ikke er mulig å fastslå hva som er pasientens tilstand, er pasientens tilstand uavklart og må utredes videre.

Pasienten settes da på venteliste for utredning og registreres med *Henvisningstype 1, "Utredning"*.

Pasienter som legges inn for akutt avrusning skal registreres med *Henvisningstype 4, "Generert for ø-hjelpspasienter"*.

³ Jf. merknader til § 4 i prioriteringsforskriften

Henvisningsformalitet

Angir hvilken formalitet i lovverk pasienten er henvist etter. Her skal formalitet valgt av legen som har undersøkt og henvist pasienten oppgis.

Kodeverdier		Forklaring
1	Frivillig	jf. § 4-1 i Lov om pasient- og brukerrettigheter § 4-1, og/eller § 2-1 i Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern
21	Tvang med samtykke (§2.2)	J.f. §2.2 i Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern
22	Tilbakehold i institusjon på grunnlag av eget samtykke (§10-4)	J.f §10-4 i Lov om kommunale helse-og omsorgstjenester
3	Tvungen observasjon (§3.2)	J.f §3.2 i Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern
40	Tvungen psykisk helsevern (§3.3)	J.f §3.3 i Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern
41	Tilbakehold i institusjon uten eget samtykke (§6.2)	J.f §10-2 i Lov om kommunale helse-og omsorgstjenester
42	Tilbakeholdelse av gravide rusmiddelmissbrukere (§6.2a)	J.f §10-3 i Lov om kommunale helse-og omsorgstjenester
5	Dømt til tvungen behandling/omsorg (§39, §39a)	J.f §39 og §39a i Straffeloven. Denne kode krever at kode 70-73 blir brukt ved type formalitet ved mottak.
6	Barnevernloven	
8	Gjennomføring av straff i institusjon eller sykehus (§12, §13)	J.f §12 og §13 Straffegjennomføringsloven
9	Prejudisiell/judisiell observasjon (§167)	Straffeprosessloven §167

Det er svært viktig at det rapporteres henvisningsformalitet også for 1 "Frivillig". Kvaliteten på data i NPR er avhengig av komplett og korrekt registrering. Hvis ikke *Henvisningsformalitet* rapporteres for pasienter som henvises frivillig, vil det ikke være mulig å vite hvilken formalitet pasientene er henvist etter. Endringer av formalitet/lovgrunnlag i behandlingsforløpet skal rapporteres ved Type formalitet på episodenivå (Se kapittel 5.2.2 Lovgrunnlag).

Omsorgsnivå

Kategorisering av det omsorgsnivå som anses nødvendig ved vurdering av henvisningen.

Kodeverdier		Forklaring
1	Døgnopphold	
2	Dagbehandling	
3	Poliklinisk konsultasjon/kontakt	
8	Poliklinisk kontakt for inneliggende pasient	

I noen tilfeller vurderes det at pasienten har behov for behandling på flere omsorgsnivå. Da er det omsorgsnivået for den behandlingen pasienten starter med som rapporteres for henvisningen. For rettighetspasienter vil det si omsorgsnivået for den behandlingen som regnes som "behandling påbegynt", altså der fristen for nødvendig helsehjelp regnes som innfridd.

I tilfeller der pasienten er vurdert å ha behov for poliklinisk behandling med påfølgende døgnbehandling, er det omsorgsnivå *3 poliklinisk konsultasjon/kontakt* som skal registreres på henvisningen. I tilfeller der pasienten er vurdert å ha behov for døgnbehandling og får tilbud om poliklinisk støttebehandling i påvente av oppstart i døgn, er det omsorgsnivå *1 døgnopphold* som skal rapporteres.

Omsorgsnivå skal også rapporteres for hver episode. En episode kan være en poliklinisk konsultasjon, et dagopphold eller et døgnopphold. Omsorgsnivå skal alltid rapporteres på alle episoder. Det er innført et fjerde omsorgsnivå; Poliklinisk kontakt for inneliggende pasient. Dersom en poliklinikk utfører helsehjelp for en pasient som er innlagt.

Rett til nødvendig helsehjelp

Dette kodeverket inneholder koder for vurdering av rett til nødvendig helsehjelp etter pasientrettighetsloven § 2-1 annet ledd. Se også IS-2043 Prioriteringsveileder Tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Kodeverdier	Forklaring
3	Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten
4	Pasienten har behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, men ikke rett til nødvendig (prioritert) helsehjelp
5	Pasienten har ikke behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten
6	Henvisningen er ikke aktuell for rettighetsvurdering

Pasienter som henvises etter Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester §§ 10-2 og 10-3 vurderes ikke av spesialisthelsetjenesten. I dette tilfellet settes *Vurderingsdato* lik *Mottaksdato*, det registreres "3" på *Rett til nødvendig helsehjelp* og *Frist for nødvendig helsehjelp* settes til den datoen pasienten skal legges inn ved enheten.

Frist for nødvendig helsehjelp

Angir fristen for oppstart av nødvendig helsehjelp. Det vil si den datoen helsehjelpen senest skal påbegynnes ut fra hensynet til medisinsk forsvarlighet. Skal rapporteres for pasienter med rett til nødvendig (prioritert) helsehjelp.

Fristen for oppfyllelse av rett til nødvendig helsehjelp for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusavhengighet skal ikke overstige 65 virkedager fra den dato pasienten gis rett til nødvendig helsehjelp. Inkludert vurderingstiden på maksimalt 10 virkedager skal pasienter i denne gruppen få igangsatt sin behandling innen totalt 75 virkedager fra henvisningen er mottatt (jf. IS-2043 Prioriteringsveileder Tverrfaglig spesialisert rusbehandling).

Tildelt behandlingsdato

Angir dato for planlagt start av den behandlingen eller utredningen pasienten er vurdert å ha behov for. Det er ikke alltid mulig å oppgi dato for behandlingsstart ved vurdering av henvisningen. Før vurderingen er gjort, kan pasienten innkalles til undersøkelse eller det kan gjennomføres andre aktiviteter for å skaffe tilstrekkelig informasjon til å gjøre en vurdering. Slik aktivitet gjennomføres uten at det registreres noe i feltet *Tildelt behandlingsdato*. All slik aktivitet skal likevel rapporteres til NPR som ordinære episoder.

Først når vurderingen er gjort, angis planlagt dato for start av den helsehjelp pasienten er vurdert å ha behov for. Er pasienten vurdert å ha behov for døgnbehandling, skal *Tildelt behandlingsdato* være dato for tildelt plass i døgnbehandling (for eksempel planlagt avrusning i forkant av innleggelse).

Fagområde

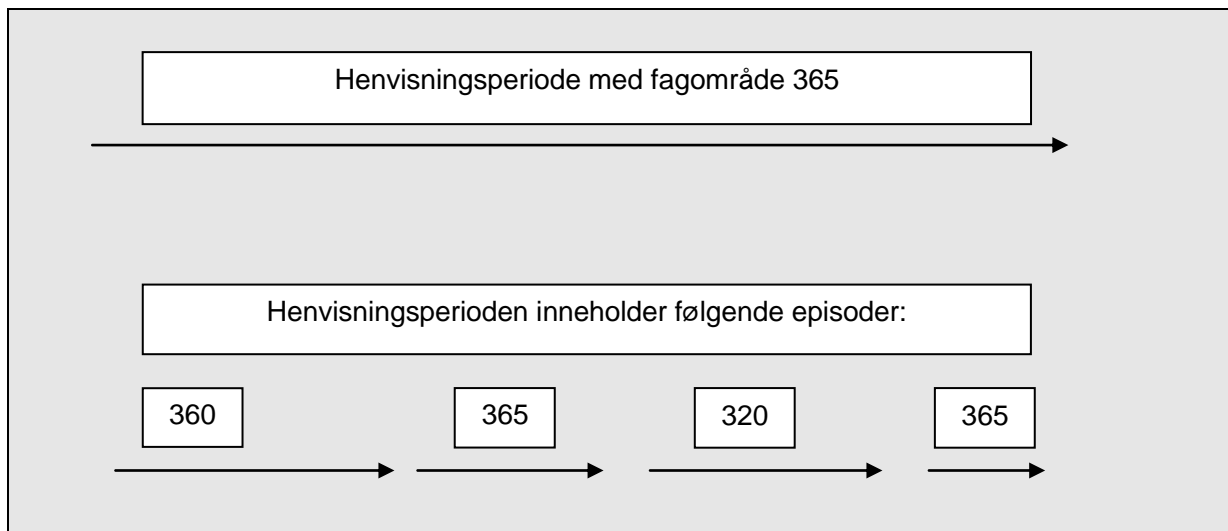
Angir konklusjonen på vurdering av hvilket fagområde som er nødvendig.

Kodeverdier:	
310	Psykisk helsevern barn og unge
320	Psykisk helsevern voksne
360	Rus
365	LAR – Legemiddelassistert rehabilitering
370	Spillavhengighet

Bruk av *Fagområde* 365 LAR skiller legemiddelassistert rehabilitering (LAR) fra annen rusbehandling. LAR-behandling anses som eget behandlingsopplegg med egen henvisningsperiode. All aktivitet knyttet til LAR-behandlingen skal inngå i en henvisningsperiode kodet med fagområde 365 LAR. Ved behandling for spillavhengighet skal henvisningsperioden kodes med fagområde 370 Spillavhengighet.

En henvisningsperiode kan inneholde episoder med ulike fagområder. For eksempel kan en henvisningsperiode med fagområde 365 LAR inneholde episoder med fagområde 360 (for eksempel avrusning) eller 320 (psykisk helsevern voksne).

Når pårørende trenger behandling skal det kodes med 320 eventuelt 310 når behandlingen gjelder psykiske plager som følge av nærståendes rusmiddelmissbruk.



En rekke enheter innen psykisk helsevern tilbyr behandling av rusmisbruk. Dette er i hovedsak ruspoliklinikker, rusteam, psykiatriske ungdomsteam (PUT) og enkelte døgneheter. Behandling av rusmisbruk og spillavhengighet ved disse enhetene skal rapporteres med fagområdekodene 360 Rus, 365 LAR og 370 Spillavhengighet på samme måte som ved andre rusinstitusjoner.

Behandlingssted

Skal være entydig med hensyn på geografi og næring (delt inn i somatikk, psykisk helsevern for voksne, barne- og ungdomspsykiatri, tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelbruk og rehabilitering).

Behandlingssted skal rapporteres med organisasjonsnummer tilsvarende bedrift (bedriftsnummer) slik det fremkommer i Enhetsregisteret i Brønnøysund.

Avdeling

Beskriver den enhet som har det administrative linjeansvaret for pasientbehandlingen. Avdeling skal rapporteres med RESH-ID og avdelingskode (IK44/89). Denne avdelingskoden er et kriterium i seleksjonen for ISF-ordningen. Alle episoder og vurderte henvisninger skal rapporteres med identifikasjon av avdeling.

Fagenhet

Har det faglige ansvaret for pasientbehandlingen.

Fagenhet skal rapporteres med RESH-ID og avdelingskode (IK44/89).

Alle episoder og vurderte henvisninger skal rapporteres med identifikasjon av fagenhet.

Se innledningskapittelet for definisjoner og utfyllende informasjon om ulike enhetsdefinisjoner.

2 Innsatsstyrt finansiering for polikliniske tjenester innen TSB og PHV

Fra 2017 innføres ISF for polikliniske tjenester innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. I dette kapitlet vises det til noen endringer i registrerings- og rapporteringsarbeidet. For utfyllende informasjon vises det til Helsedirektoratet sine sider om ISF-ordningen:

<https://helsedirektoratet.no/finansieringsordninger/innsatsstyrt-finansiering-isf-og-drg-systemet>.

Se også Direktoratet for e-helse sine nettsider <https://ehelse.no/standarder-kodeverk-og-referanse katalog/helsefaglige-kodeverk/kodeveiledning-icd-10-ncsp-ncmp-og-ncrp> for oppdateringer på regelverk og veiledning knyttet til kliniske kodeverk.

Omleggingen medfører blant annet at finansieringen baseres på innrapporterte data til NPR.

2.1 Mere om poliklinisk behandling og strukturerte polikliniske dagtilbud

TSB omfatter tilbud om døgnbehandling, dagbehandling og polikliniske tjenester. Når det gjelder poliklinisk behandling skal takstkoder (P-takster) som hovedregel registreres også i 2017 etter samme regler som er gjeldende i 2016. Med mindre annet er eksplisitt angitt for spesielle takstkoder. Se ISF-regelverk for 2017 kap 7.1 samt vedlegg til ISF regelverk (Takstkoder PHV og TSB som fortsatt skal registreres i 2017).

Fra 2017 er det etablert egne regler knyttet til strukturerte polikliniske dagtilbud. Med dette menes sammensatte polikliniske tjenestetilbud som skiller seg vesentlig fra ordinære polikliniske konsultasjoner og gruppebehandlinger, både innholdsmessig og med hensyn til ressursinnsats, se ISF regelverk kap 7.3.

Andre spesifikke rapporterings- og kodingsregler knyttet til polikliniske tjenester Disse reglene følger av ISF-regelverkets kapittel 7, og omhandler

- 7.1 Registrering og rapportering av takstkoder
- 7.2 Deklarering av enheter som er gyldige for ISF-refusjon
- 7.3 Strukturerte polikliniske dagtilbud
- 7.4 Nettbasert behandlingsprogram
- 7.5 Behandling og oppfølging gjennom ACT-team eller lignende ambulante oppsøkende behandlingsteam
- 7.6 Ambulante konsultasjoner
- 7.7 Rapportering av legemiddelassistert rehabilitering (LAR)
- 7.8 Telefonkonsultasjoner med pasient
- 7.9 Samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste om navngitt pasient

2.2 Kontakter i spesialisthelsetjenesten med utlevering og observert inntak av LAR-legemiddel som hovedformål

Når pasienten møter i spesialisthelsetjenestens lokaler for å få legemiddel i LAR-ordningen, og dette er hovedformålet med fremmøtet (dvs. pasienten har ikke annen samtidig konsultasjon hos behandler), skal hovedtilstand kodes med ny ICD-10-kode (norsk 5.tegns-kode):

Z50.30 Oppmøte for utlevering av legemiddel i legemiddelassistert rehabilitering (LAR), uten samtidig konsultasjon.

Koden brukes som kode for hovedtilstand når kontakten bare gjelder overvåket inntak av legemiddel i LAR-ordningen, og det ikke samtidig er annet innhold i kontakten (eks. konsultasjon hos behandler). Ovenstående kodingsregler legger til rette for at enklere utleveringskontakter kan holdes adskilt fra ordinære konsultasjoner der klinisk oppfølging og øvrige tiltak er hovedformålet

For pasienter som er gjenstand for legemiddelbehandling gjennom LAR skal det minst én gang per tertial rapporteres en nasjonal særkode som angir på hvilken måte behandlingen gjennomføres på.

Kategorier:

B0001	Kontinuerlig legemiddelbehandling gjennom LAR – Utlevering og inntak i apotek
B0002	Kontinuerlig legemiddelbehandling gjennom LAR – Utlevering og inntak i regi av kommunal tjeneste
B0003	Kontinuerlig legemiddelbehandling gjennom LAR – Utlevering og inntak i spesialistpoliklinikk
B0004	Kontinuerlig legemiddelbehandling gjennom LAR – Pasientadministrert for minst 7 dager av gangen

Særkodene kan registreres i tilknytning til hvilken som helst Episode innen et tertial der pasienten er gjenstand for aktuell behandling. Den administrasjonsform som dominerer i aktuelt tertial avgjør valg av særkode.

2.3 NCMP-Norsk klassifikasjon av medisinske prosedyrer

Alle enheter innen TSB skal rapportere prosedyrekoder som en del av aktivitetsrapporteringen til NPR.

Prosedyrekodene rapporteres ikke for å dokumentere det totale innholdet i utredning, behandling, rehabilitering og oppfølging av pasienter.

Prosedyrekodene skal gi avgrenset informasjon om hvordan pasienter i spesialisthelsetjenesten utredes, behandles og følges opp, inkludert prosedyrer om

brukerinvolvering, oppfølging av pasienters barn, samarbeid med pårørende og andre tjenesteytere samt evaluering av tiltak i behandlingsplaner. En kode skal kun rapporteres når prosedyren er utført, ikke ved rekvisisjon eller henvisning. Kodene skal registreres ved den avdeling som har behandlingsansvaret for pasienten, selv om prosedyren eventuelt utføres av en annen avdeling. Registreringen kan gjerne utføres sammen med pasienten. Prosedyrene som skal brukes er beskrevet i kodeverket NCMP. Fullstendig kodetekst til NCMP-kodene, inkludert undertekster, presenteres sammen med de andre prosedyrekodeverkene i FinnKode: <https://ehelse.no/standarder-kodeverk-og-referanse katalog/helsefaglige-kodeverk/finnkode-online-sokeverktøy>

FinnKode oppdateres ved hvert årsskifte. Kodingsreglene for bruk av prosedyrekodene finnes her: <https://ehelse.no/standarder-kodeverk-og-referanse katalog/helsefaglige-kodeverk/kodeveiledning-icd-10-ncsp-ncmp-og-ncrp>

Vedlikehold av prosedyrekodeverket er avhengig av at fagmiljøene deltar aktivt. Forslag til endringer, melding om feil eller spørsmål knyttet til prosedyrekodeverkene kan sendes til kodehjelp@ehelse.no

2.4 Tilstander (diagnose og funksjonsscore)

Generelt har det vært manglende rapportering av diagnoser/tilstander i pasientdata. Noen har løst det gjennom å kun rapportere generelle tilstandskoder. Dette løser kun problemet med manglende rapportering, men gir ikke en konkret indikasjon på hvilken pasientpopulasjon som behandles. Tester på avsluttede henvisningsperioder viser at en del pasienter fortsatt bare har denne type tilstandskoder etter avsluttet behandling på behandlingsstedet.

Dokumentasjon i journal:

Det skal være samsvar mellom det som dokumenteres i journalen og de kodene som registreres. Bare tilstander som har hatt betydning for den helsehjelpen som er gitt, dvs. tilstander som har vært vurdert/utredet eller behandlet, skal registreres.

Regler for bruk av klassifikasjonen ICD-10:

«Regelverk og veiledning for bruk av kliniske kodeverk i spesialisthelsetjenesten» utgis i revidert versjon hvert år. Grunnleggende informasjon om koding og de generelle reglene for bruk av ICD-10-kodene finnes i del 1 i dette dokumentet. <https://ehelse.no/standarder-kodeverk-og-referanse katalog/helsefaglige-kodeverk/kodeveiledning-icd-10-ncsp-ncmp-og-ncrp>

For **tværfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)** skal hovedtilstand, så vel som eventuelle andre tilstander, rapporteres for hver enkelt konsultasjon eller behandling (jf. journalforskriften). Koder fra ICD-10 kapittel V (F00-F99: Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser) skal benyttes når det foreligger tilstrekkelig informasjon til å kunne benytte koder fra dette kapittelet. Nærmere retningslinjer for bruk av kodene i kapittel V gis i publikasjonen *ICD-10 psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser - kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*, utgiver Statens helsetilsyn 1999. ISBN 978-82-00-45067-2 («Blåboka», tilgjengelig i elektronisk form fra FinnKode og

i PDF-format fra <https://ehelse.no/standarder-kodeverk-og-referansekatalog/helsefaglige-kodeverk/kodeverket-icd-10-og-icd-11>)

Det skåres GAF-inn (Symptom og Funksjonsnivå) ved starten av et døgnopphold, en dagbehandlingsserie eller en poliklinisk konsultasjonsserie. GAF-ut skal skåres ved avslutning av døgnopphold, en dagbehandlingsserie eller en poliklinisk konsultasjonsserie

Mens pasienten er under utredning:

R-koder for symptom benyttes som kode for hovedtilstand inntil en har tilstrekkelig informasjon til å kunne bruke F-kode. F-kode kan benyttes (Kapittel XVIII i ICD-10(R00-R99): Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet sted). Tentative diagnoser skal ikke benyttes.

Dersom utredning ikke er ferdig ved utskrivelse fra døgnopphold benyttes R-kode for alle dagopphold/polikliniske kontakter inntil en har tilstrekkelig informasjon til å benytte F-kode .

Koder fra ICD-10 kapittel XXI (Z00-Z99) er koder for faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten.

Z-koder skal som en hovedregel ikke benyttes som kode for hovedtilstand. Aktuelle Z-koder kan brukes som hovedtilstand bare for å beskrive kontaktårsak for en frisk person, dvs. en person uten symptomer eller etablert diagnose.

Z-koder for kontaktårsak eller for opplysning om tidligere sykdommer kan benyttes som koder for annen tilstand (frivillige koder) dersom opplysningen er viktig for å beskrive sykdomsbildet.

ROP-pasienter: ruslidelse og psykisk sykdom

ROP-pasienter skal alltid registreres med to F-koder: én for hovedtilstand og én for annen tilstand. Hovedtilstandskoden skal samsvare med innholdet i den helsehjelpen som er gitt, og vil derfor kunne variere under behandlingsforløpet.

Det er fullt mulig å endre fagområde underveis i et behandlingsforløp. Fagområde skal være relatert til helsehjelpen pasienten får, ikke hvordan enheten pasienten får den ved er organisert.

3 Ventetid slutt og behandlingsutsettelse

Norsk pasientregister har i sin rapportering fokus på pasienter som venter på oppstart av helsehjelp. Dette til forskjell fra sykehusene som teller alle som står på en venteliste, også de som venter på oppfølgende behandling og kontroll (Jfr. IS 2331/2015). NPR ønsker å si noe om hvor lenge pasienten må vente for å påbegynne den helsehjelpen han eller hun er vurdert å ha behov for og om frist for nødvendig helsehjelp er innfridd for rettighetspasienter.

3.1 Ventetid slutt

Ventetid slutt markerer at en pasient ikke lenger regnes som ventende.

En pasient regnes som ventende fram til pasienten påbegynner den utredning eller behandling det er vurdert at pasienten har behov for, til pasienten selv ikke ønsker behandling, til pasienten tas av venteliste av andre årsaker eller til behandling er uaktuelt (for eksempel ved dødsfall).

En pasient regnes fremdeles som ventende hvis en henvisning sendes videre eller pasienten velger seg til et annet sykehus/institusjon uten at helsehjelpen pasienten er vurdert å ha behov for er påbegynt. I slike tilfeller skal den enheten som sender henvisningen fra seg rapportere ventetid sluttkode ”*Pasienten er henvist til et annet sykehus/institusjon (unntatt fritt behandlingsvalg*”, ”*Pasienten har valgt annet sykehus/institusjon.*” eller ”*Pasienten behandles ved annet sykehus/institusjon rekvirert av HELFO*”). Den enhet som sender henvisningen fra seg skal også sette ventetid sluttdato til den dato henvisningen er sendt videre.

Ventetid sluttdato

Angir den dato pasienten tas av ventelisten ved en enhet.

Ventetid sluttkode

Angir årsaken til at pasienten tas av ventelisten ved en enhet.

Kodeverdier		Forklaring
1	Helsehjelp er påbegynt	
2	Pasienten ønsker ikke helsehjelp	
3	Pasienten er henvist til et annet sykehus/ institusjon (unntatt fritt behandlingsvalg)	
4	Pasienten har valgt annet sykehus/institusjon	Fritt behandlingsvalg
5	Pasienten mottar helsehjelp ved annet sykehus/institusjon rekvirert av HELFO	Ved fristbrudd
9	Annen årsak til ventetid slutt/helsehjelp uaktuelt	

1 "Helsehjelp er påbegynt" skal registreres når den helsehjelpen pasienten er vurdert å ha behov for igangsettes.

Når regnes helsehjelpen som påbegynt?

Helsehjelp til en pasient henvist til TSB regnes som påbegynt når den helsehjelpen pasienten er vurdert å ha behov for er igangsatt.

Er pasienten vurdert å ha behov for døgnbehandling og må ha avrusning i forkant, er det avrusningen som markerer starten på behandlingen. Dette fordi avrusning foregår som døgnopphold.

Når vurderingsenheten har konkludert med at poliklinisk behandling er nødvendig som en integrert del av helsehjelpen i forkant av døgnbehandling, er det den polikliniske behandlingen som markerer behandlingsstart.

Hvis derimot poliklinisk behandling kommer som en midlertidig støtte i påvente av døgnbehandlingsstart, er det starten på døgnbehandlingen som markerer behandlingsstart. Den polikliniske støttebehandlingen skal da rapporteres som vanlige kontakter (se kapittel 4), men det skal ikke rapporteres *ventetid sluttdato* og *ventetid sluttkode* før døgnbehandlingen starter.

Start av helsehjelp registreres ved at *Ventetid sluttdato* registreres, og ved at *Ventetid sluttkode* settes til "Helsehjelp påbegynt".

- *Ventetid* – hvor lenge pasienten må vente fra henvisning til oppstart helsehjelp – beregnes av NPR ut fra hvor lang tid det har gått fra *ansiennitetsdato* til *oppstart helsehjelp*.

Hvis den behandling pasienten er vurdert å ha behov for er påbegynt ved et behandlingssted tidligere i henvisningsrekken, skal opplysninger om påbegynt behandling (*Ventetid sluttdato* og *Ventetid sluttkode* "Helsehjelp påbegynt") kopieres (se kap. 4.2).

Annen årsak til ventetid slutt

Det kan være mange årsaker til at helsehjelpen ikke skal påbegynnes ved den enheten som har mottatt henvisningen. I slike tilfeller skal det også rapporteres *Ventetid sluttdato* og årsak registreres ved *Ventetid sluttkode*.

- Hvis pasienten ikke ønsker behandling, rapporteres ventetid sluttkode "*Pasienten ønsker ikke behandling*".
- Hvis den behandlingen pasienten er vurdert å ha behov for skal gjennomføres ved en annen enhet, rapporteres ventetid sluttkode "*Pasienten er henvist til et annet sykehus/institusjon (unntatt fritt behandlingsvalg)*", "*Pasienten har valgt annet sykehus/institusjon. Fritt behandlingsvalg*", eller "*Pasienten behandles ved annet sykehus/institusjon rekvirert av HELFO*".
- Dersom det er andre årsaker til at pasienten tas av ventelisten rapporteres "*Annen årsak til ventetid slutt/Behandling uaktuelt*". Dette kan for eksempel være at det ikke har vært mulig å få kontakt med pasienten.

3.2 Behandlingsutsettelse

Hvis tidspunktet for oppstart av helsehjelp blir utsatt, skal dette registreres med *Utsettelsesdato* og *Utsettelseskode*. Merk at denne registreringen bare gjelder utsettelse av planlagt oppstart av den helsehjelpen pasienten er vurdert å ha behov for (se *Tildelt behandlingsdato*). Når henvisninger sendes videre til andre enheter i spesialisthelsetjenesten, skal opplysninger om utsettelsen kopieres.

Utsettelsesdato

Angir den dato en beslutning om utsettelse av planlagt behandlingsstart av helsehjelp er foretatt.

Utsettelseskode

Angir årsaken til utsettelse av behandlingsstart.

Kodeverdier:		Forklaring:
1	Institusjonen/sykehuset har bestemt utsettelsen av kapasitetsgrunner	
21	Pasienten har ikke møtt opp	
22	Pasienten har selv bestemt utsettelsen av velferdsgrunner	
3	Medisinske årsaker hos pasienten til utsettelsen	
4	Oppstart av helsehjelp er utsatt grunnet manglende kapasitet ved påfølgende behandlingssted	For eksempel for avrusning før døgntil behandling rus
5	Pasienten har takket nei til tilbud om helsehjelp ved annet behandlingssted enn sitt primære ønske	

Det forekommer at den planlagte datoen for oppstart av utredning eller behandling blir utsatt av kapasitetsmessige eller andre årsaker som har utgangspunkt i forhold ved sykehuset/institusjonen. En slik utsettelse blir registrert i datafeltet for utsettelse med kode 1, "Institusjonen/sykehuset har bestemt utsettelsen av kapasitetsgrunner". Hvis utsettelsen gjør at oppstart av helsehjelp kommer etter fristtidspunktet, vil det bli registrert som et fristbrudd.

Dersom utsettelse av utredning/behandling skyldes medisinske forhold skal det registreres utsettelseskode 3. Dette kan for eksempel være at pasienten ikke kan starte behandling på grunn av annen akutt lidelse.

Hvis pasienten ikke har møtt til tildelt time, benyttes utsettelseskode 21.

Hvis pasienten selv ønsker å utsette behandlingsstart av velferdsgrunner, f.eks. feriereise, skal kode 22 benyttes.

Henvisningsperioder som har utsettelseskode 21, 22, 3 eller 5 vil holdes utenfor ventelistestatistikken i NPR (beregning av antall ventende, antall ordinært avviklede og antall brudd på frist for nødvendig helsehjelp).

Utsettelseskode 4 brukes for å forklare utsettelse som oppstår på grunn av kapasitetsmangel hos påfølgende enhet i en pasients behandlingsforløp og ikke hos enheten som innfrir retten til nødvendig helsehjelp. Dette kan være aktuelt når en pasient skal til avrusning før døgntil behandling.

For å få god flyt i behandlingsforløpet tas ikke pasienten inn til avrusning før det er tilgjengelig plass i påfølgende døgnbehandling, selv om avrusningsenheten hadde hatt kapasitet til å ta inn pasienten tidligere.

Utsettelseskode 5 brukes i henvisningsperioder der pasienten har takket nei til et konkret, alternativt tilbud ved annet behandlingssted enn sitt primære ønske.

4 Henvisningsperioden

Henvisningsperioden er den perioden spesialisthelsetjenesten har ansvaret for pasienten. Perioden gjelder fra mottak av henvisning for en og samme tilstand og fram til utredning, behandling, rehabilitering og oppfølging er gjennomført, og ingen nye behandlingsepisoder er planlagt. Det skal med andre ord være én henvisningsperiode for behandlingen av én tilstand, og all aktivitet/episoder (for eksempel polikliniske konsultasjoner og døgnopphold) skal rapporteres under denne henvisningsperioden. Hvis pasienten er henvist for og mottar behandling for flere ulike tilstander samtidig, rapporteres dette i separate henvisningsperioder.

I dette avsnittet gjør vi rede for hvordan begrepet tilstand skal forstås, i hvilke tilfeller det kan opprettes en ny henvisningsperiode for en pasient og hvordan den samme henvisningsperioden skal rapporteres hvis flere behandlingssteder er involvert i behandlingen av en pasients tilstand.

4.1 Henvisningsperioden og pasientens tilstand

Rundskriv IS-2331 (10/2015) Ventelisterapportering til NPR benyttes begrepet "tilstand". I andre sammenhenger har begrepene helseproblem, lidelse og syketilfelle vært brukt om det samme.

I tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal rusmiddelavhengighet betraktes som én tilstand så lenge det dreier seg om ett syketilfelle. Det vil si at rusmiddelavhengigheten forstås som én tilstand der alle episoder (polikliniske kontakter/døgnopphold) i behandlingen inngår i samme henvisningsperiode. Dette gjelder uavhengig av om pasienten går mellom flere omsorgsnivå og forskjellige behandlingssteder i løpet av behandlingen. Basert på en tverrfaglig vurdering skal det fastsettes én frist som tar høyde for at hele behandlingsløpet blir forsvarlig (IS-12/2004 Lov om pasientrettigheter).

Videre forstås spillavhengighet som én egen tilstand, der alle episoder på samme måte skal registreres under samme henvisningsperiode, med én frist som tar høyde for hele behandlingsforløpet.

Det finnes imidlertid noen unntak fra prinsippet om at én tilstand skal ha én henvisningsperiode. Dette gjelder i tilfeller hvor tidligere helsehjelp for samme tilstand er avsluttet, dersom behandlingsopplegget som er testet ut ikke fører fram eller at det av medisinske grunner er nødvendig å gå over til et helt annet behandlingsopplegg. Disse unntakene omtales i avsnittene nedenfor.

Spillavhengighet forstås i utgangspunktet som en egen tilstand med en egen henvisningsperiode, men hvis spill- og rusavhengigheten sees i sammenheng og behandlingen av begge tilstandene skjer integrert ved samme behandlingseenhet, vil det være naturlig å forstå dette som én tilstand. I så fall rapporteres behandlingen av begge diagnoser under samme henvisningsperiode.

4.1.1 Tidligere helsehjelp for samme tilstand er avsluttet

Dersom all helsehjelp til en pasient er avsluttet ved en enhet, skal henvisningsperioden ved enheten lukkes.

Hvis det viser seg at pasienten likevel har ytterligere behandlingsbehov for den samme tilstanden, må det opprettes en ny henvisningsperiode. Dette gjelder både når pasienten på grunnlag av en ny henvisning får helsehjelp for den samme tilstanden og når pasienten skal ha videre helsehjelp på grunnlag av den opprinnelige henvisningen. I det siste tilfellet skal opplysningene i den opprinnelige henvisningen kopieres, som beskrevet i kapittel 4.2.

4.1.2 Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

Ved overgangen fra en ordinær poliklinisk eller døgnbasert helsehjelp til legemiddelassistert rehabilitering (LAR) kan slik helsehjelp i denne sammenheng forstås som et "helt annet behandlingsopplegg" (se ovenfor). I slike tilfeller skal det opprettes en ny henvisningsperiode med fagområde 365 for pasienter som vurderes å ha behov for LAR. Andre former for helsehjelp for rusavhengigheten kan imidlertid fortsette/påbegynnes mens pasienten mottar LAR-behandling.

All behandling som er knyttet til behandlingsforløpet for LAR, rapporteres under samme henvisningsperiode. For eksempel kan avrusning og annen type helsehjelp inngå i et LAR-forløp. Hvis pasienten i tillegg behandles for en ruslidelse som ikke sees som en integrert del av LAR-forløpet, skal det opprettes en henvisningsperiode for dette med fagområde 360. Hva som regnes som behandling relatert til LAR vil være en faglig vurdering.

4.2 Overføring av henvisninger mellom enheter

En henvisningsperiode strekker seg altså fra spesialisthelsetjenesten mottar en henvisning og til all aktivitet knyttet til denne henvisningen er avsluttet. Innenfor TSB er det en stor utfordring at aktiviteter knyttet til én henvisning kan finne sted ved flere forskjellige enheter. Pasienten kan bli vurdert ett sted, men få helsehjelp et annet sted. Noen ganger kan vedkommende også få helsehjelp, for eksempel i form av avrusning, et annet sted enn der den øvrige helsehjelpen foregår.

Utfordringen ligger i at aktiviteten kan foregå på flere steder selv om henvisningsperioden skal være den samme. Dette stiller krav til forståelse og til interne rutiner ved en institusjon når en skal kommunisere med andre institusjoner for å tilrettelegge helsehjelpsaktivitet der. Det er **svært viktig** at institusjonene kvalitetssikrer de rutiner de har for å sende henvisninger videre og for å motta slike

henvisninger fra andre institusjoner.

I tilfeller der en institusjon mottar en henvisning, og all aktivitet som vurdering, kartlegging, behandling og oppfølging skal skje ved en og samme institusjon, så registreres alle data i denne institusjonens database.

Ulike institusjoner har ofte forskjellige databaser. For mange pasienter i TSB må derfor den samme henvisningsperioden registreres i flere enheter med ulike databaser.

I disse tilfellene er det viktig at nøkkelinformasjon vedrørende henvisningsperioden blir registrert likt ved de forskjellige enhetene.

Dersom en institusjon mottar en henvisning og vurderer denne, men må sende henvisningen videre for at pasienten skal få helsehjelp et annet sted, må alle nødvendige opplysninger følge henvisningen. Nedenfor er det laget en tabell som utdyper hvilke opplysninger som må følge med en slik henvisning.

Det samme gjelder også senere i helsehjelpforløpet dersom det blir nødvendig å henvise pasienten til annen institusjon for videre helsehjelp/oppfølging.

Tabell 1: Oversikt over opplysninger som skal overføres mellom institusjoner når henvisning er sendt videre fra en institusjon til en annen

Variabel:	Kommentar og unntak:
Pasientopplysninger (kjønn, fødselsår, personnummer folkeregisterkommune, bydelskode)	
Ansiennitetsdato	Dato for førstegangs mottak av den opprinnelige henvisningen til spesialisthelsetjenesten. Ansiennitetsdato vil være den samme gjennom hele behandlingsforløpet.
Henvist fra helseinstitusjon	Organisasjonsnummer til den instans som har utstedt henvisningen.
Vurderingsdato	Den dato vurderingsinstansen vurderte henvisningen Datoen skal ikke endres innen henvisningsperioden.
Fritt behandlingsvalg	Om pasienten har valgt å benytte seg av fritt behandlingsvalg.
Rett til nødvendig helsehjelp	Resultat av vurderingen av henvisningen ved vurderingsenheten.
Frist for nødvendig helsehjelp	Frist for seneste oppstart av helsehjelp. Denne fristen er bindende for mottakende sykehus/institusjon fordi retten er begrunnet ut fra en medisinskfaglig vurdering av pasientens helsetilstand/behov for helsehjelp.
Ventetid sluttdato	Dato for ventetid slutt skal kun overføres til den institusjonen henvisningen videresendes til dersom helsehjelpen allerede er påbegynt (dvs. at den nødvendige helsehjelpen som pasienten er vurdert å ha behov for er igangsatt). Se kommentar nedenfor.
Ventetid sluttkode	Skal kun overføres til den institusjonen henvisningen sendes til dersom behandlingen er påbegynt (dvs. at fristen for nødvendig helsehjelp er innfridd). Se kommentar nedenfor.

4.2.1 Eksempel på registrering ved overføring av henvisning mellom enheter

Nedenfor redegjøres det for registrering av henvisningsperioden i et tenkt pasientforløp hvor flere behandlingssteder er involvert. Følgende pasientforløp er beskrevet:

1. Pasienten henvises til vurdering ved en vurderingsenhet. Vurderingsenheten vurderer at pasienten har behov for avrusning med påfølgende langtidsbehandling
2. Pasienten henvises til avrusning
3. Pasienten henvises til langtidsbehandling

1. Mottak og vurdering av henvisningen

Vurderingsenheten registrerer personopplysninger, *Mottaksdato*, *Vurderingsdato* og de andre opplysningene som er nevnt i kapittel 1 "Registrering av opplysninger om henvisning og vurdering" ved mottak og vurdering av henvisningen.

Det vurderes i dette tilfellet at pasienten har behov for avrusning med påfølgende langtidsbehandling. Henvisningen sendes derfor til en avrusningsenhet. Med henvisningen skal nøkkelinformasjon om henvisningen følge med slik det er beskrevet i tabell 1.

På det tidspunktet henvisningen oversendes til avrusningsenheten, skal vurderingsenheten registrere *Ventetid sluttdato* og *Ventetid sluttkode* lik "Pasienten er henvist til annet sykehus/institusjon". Begrunnelsen for dette er at pasienten ikke lenger venter ved vurderingsenheten, men venter på behandlingsstart ved avrusningsenheten.

2. Videresending av henvisning til avrusning

I og med at henvisningen som sendes fra vurderingsenheten til avrusningsenheten gjelder det samme syketilfellet og den samme henvisningen, skal avrusningsenheten kopiere nøkkelinformasjon som vist i tabell 1 fra vurderingsenheten.

Når pasienten legges inn til avrusning registrerer avrusningsenheten *Ventetid sluttdato* og *Ventetid sluttkode* "Helsehjelp påbegynt". Etter endt opphold lukker avrusningsenheten henvisningsperioden i og med at det ikke er planlagt ytterligere helsehjelp ved denne enheten.

3. Videresending av henvisning til langtidsbehandling

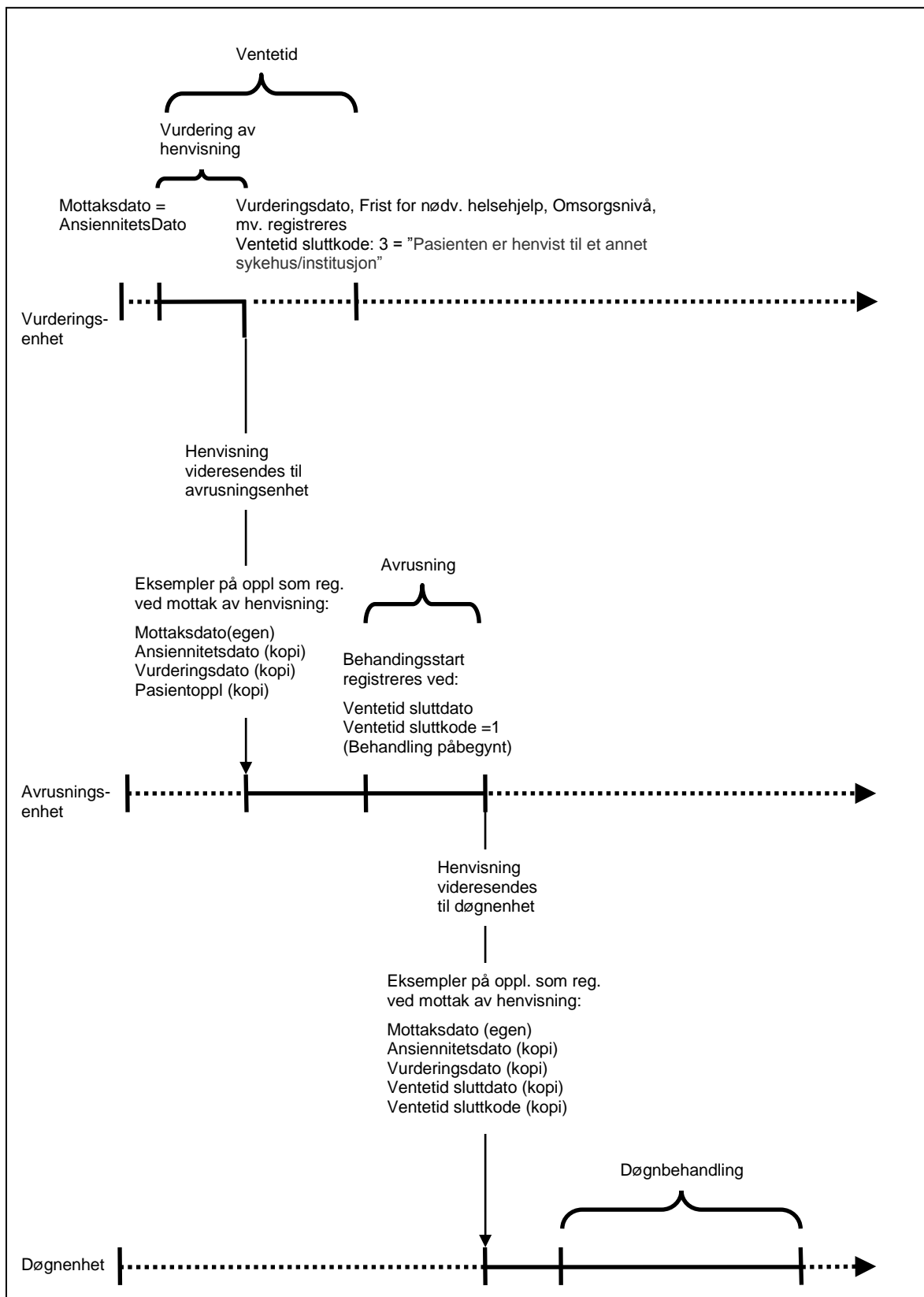
Etter avrusning overføres pasienten som nevnt til en tredje institusjon for langtidsbehandling. I og med at dette gjelder det samme syketilfellet og den samme henvisningen, skal langtidsenheten kopiere nøkkelinformasjon om henvisningen fra avrusningsenheten.

I tillegg til de nøkkelopplysningene som er nevnt i pkt. 2 ovenfor, skal langtidsenheten også kopiere opplysninger om *Ventetid sluttdato* og *Ventetid sluttkode* fra avrusningsenheten. Begrunnelsen for dette er at helsehjelpen ble regnet som påbegynt ved start avrusning. Dette betyr at *Ventetid sluttdato* vil være starttidspunktet for avrusningen og *Ventetid sluttkode* vil være "Helsehjelp påbegynt".

Etter endt langtidsbehandling lukker døgnenheten henvisningsperioden dersom det ikke er planlagt mer helsehjelp for pasienten ved denne enheten.

Overføring av nøkkelopplysninger mellom enhetene er illustrert i figuren på neste side.

Figur 2 Illustrasjon av registrering og overføring av opplysninger mellom institusjoner.



5 Registrering av aktivitet

5.1 Episoder, kontakter og avdelingsopphold

Når behandlingen av pasienten gjennomføres, enten det gjelder behandlingsopplegget pasienten er vurdert å ha behov for eller midlertidig behandling i påvente av denne, rapporteres dette som episoder. En episode er en tidsperiode hvor en pasient får helsehjelp ved ett og samme behandlingssted for ett og samme helseproblem. Helsehjelp er definert som *handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som er utført av helsepersonell* (jf. Pasientrettighetsloven § 1-3 c).

En episode består enten av ett avdelingsopphold (innleggelse), én dagbehandling eller én poliklinisk kontakt (direkte eller indirekte). I en serie dagbehandlinger eller polikliniske kontakter skal hvert oppmøte rapporteres som en episode. Nedenfor gjør vi rede for forståelsen av de to begrepene, deretter beskriver vi de opplysningene som skal rapporteres ved henholdsvis et avdelingsopphold og en poliklinisk kontakt.

5.1.1 Avdelingsopphold

En innleggelse rapporteres til NPR som ett eller flere tidsmessige sammenhengende avdelingsopphold. Det rapporteres ett opphold pr. avdeling pasienten er inne på.

Hvis en innlagt pasient har polikliniske konsultasjoner, skal disse bare rapporteres som kontakter dersom konsultasjonene finner sted utenfor døgnenheten pasienten er innlagt på - eller utføres av personell fra andre enheter enn døgnenheten. I disse tilfellene skal den polikliniske kontakten rapporteres på utførende enhet. Eventuelle polikliniske konsultasjoner i løpet av perioden pasienten er inneliggende, på samme avdeling pasienten er innlagt på, skal ikke rapporteres. Polikliniske konsultasjoner i forkant og etterkant av innleggelse skal rapporteres.

5.1.2 Kontakt

En kontakt er enten direkte eller indirekte. Med direkte kontakter menes konsultasjon eller aktivitet der pasienten og/eller foreldre/foresatte/verge/hjelpeverge deltar og er fysisk til stede.

Ved indirekte kontakt er pasienten og/eller foreldre/foresatte/verge/hjelpeverge ikke til stede fysisk. En indirekte kontakt kan for eksempel ha følgende innhold:

- Møte mellom flere instanser der planleggingen av behandlingsforløp for en pasient er tema
- Telefonsamtale, brev, e-post, aktivitetsgruppe eller videokonferanse, med terapeutisk innhold, der pasienten deltar uten å være fysisk til stede

En telefonsamtale med pasient er i NPR-melding definert som indirekte kontakt.

Alle kontakter som regnes som en vesentlig del av helsehjelpen skal rapporteres for å få et bilde av den samlede kliniske ressursinnsatsen. Rent administrative gjøremål, som bestilling av time mv, skal ikke rapporteres som en kontakt, heller ikke som en indirekte kontakt. Det kan registreres flere kontakter på samme dag.

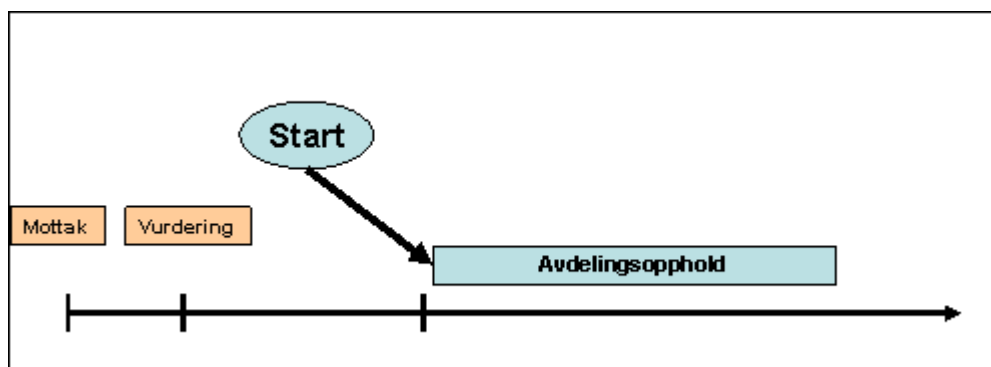
Innen TSB inngår polikliniske kontakter i behandlingsserier (polikliniske konsultasjonsserier). Seriebegrepet er viktig for å kunne dokumentere omfang og forløp for det samlede polikliniske tilbudet. For å knytte sammen de enkelte polikliniske konsultasjoner til en serie, brukes en unik identifikasjon. Dette skal skje automatisk i de pasientadministrative systemene.

5.2 Registrering av et avdelingsopphold (innleggelse)

Nedenfor gjøres det rede for opplysninger som skal rapporteres ved ulike faser i et avdelingsopphold, det vil si ved starten av et avdelingsopphold, underveis i avdelingsoppholdet og ved avslutning av et avdelingsopphold.

I tilknytning til et avdelingsopphold skal opplysningene i kapittel 6, *Kartlegging av pasientens situasjon ved behandlingsstart*, rapporteres.

5.2.1 Opplysninger som skal rapporteres ved start av avdelingsopphold



Behandlingssted

Skal være entydig med hensyn på geografi og næring (delt inn i somatikk, psykisk helsevern for voksne, barne- og ungdomspsykiatri, tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelbruk og rehabilitering).

Behandlingssted skal rapporteres med organisasjonsnummer tilsvarende bedrift (bedriftsnummer) slik det fremkommer i Enhetsregisteret i Brønnøysund.

Avdeling

Beskriver den enhet som har det administrative linjeansvaret for pasientbehandlingen. Avdeling skal rapporteres med RESH-ID og avdelingskode (IK44/89). Denne avdelingskoden er et kriterium i seleksjonen for ISF-ordningen. Alle episoder og vurderte henvisninger skal rapporteres med identifikasjon av avdeling.

Fagenhet

Angir enheten som skal ha det faglige ansvaret for pasienten. Skal kodes med ReshID og avdelingskode (IK44/89). Alle episoder og vurderte henvisninger skal rapporteres med identifikasjon av fagenhet.

Se innledningskapittelet under avsnittet *Definisjoner av termer for organisatoriske enheter* for utfyllende informasjon om behandlingssted, avdeling og fagenhet.

Inndato og tid

Dato og klokkeslett for start av døgnopphold.

Følger ISO 8601 standard: CCYY-MM-DDTHH:MM:SS (for eksempel vil 2010-01-19T12:30:00 bety 19. januar 2010 kl. 12:30).

Fra sted

Beskrivelse av det fysiske stedet pasienten ankommer fra. Dersom pasienten kommer fra en annen helseinstitusjon i spesialisthelsetjenesten, skal også *Fra institusjon* rapporteres.

Kodeverdier:		Forklaring:
1	Bosted/arbeidssted	Inklusive sykehjem langtidsplasser og kommunal omsorgsbolig
2	Skade- eller funnsted	Utenfor hjemmet
11	Sykehjem/aldershjem	
21	Kommunal akutt døgnenhet (KAD)	
99	Sted identifisert ved rapportering av attributt 'Fra institusjon'	Bruk av denne koden forutsetter at Institusjon er identifisert ved hjelp av nisifret bedriftsnummer
7	Annen (somatisk) enhet ved egen helseinstitusjon	Har betydning for finansieringsordningen ISF
8	Annen enhet (ikke somatikk) ved egen helseinstitusjon	Har betydning for finansieringsordningen ISF
3	Annen helseinstitusjon innen spesialisthelsetjenesten	Har betydning for finansieringsordningen ISF
10	Pasienthotell	Har betydning for finansieringsordningen ISF. Hotell som er godkjent som sykehus iht. spesialisthelsetjenesteloven (eller sykehusloven)
5	Institusjon i utlandet	Har betydning for finansieringsordningen ISF
88	Annet	
98	Ukjent	Inkluderer personer uten fast bopel

Ved overføring fra en institusjon til en annen, for eksempel fra avrusning til videre døgntilrettelagt behandling, kodes *Fra sted* til 3 "Annen helseinstitusjon".

Ved avdelingsoverføring fra en avdeling til en annen avdeling ved samme institusjon kodes *Fra sted* til 8 " Annen enhet (ikke somatikk) ved egen helseinstitusjon ".

Fra institusjon

Hvis pasienten kommer fra en institusjon i spesialisthelsetjenesten, skal institusjonens organisasjonsnummer tilsvarende bedrift rapporteres.

Debitor

Angir finansieringsordning.

Kodeverdier:		Forklaring:
1	Ordinær pasient. Opphold finansiert gjennom ISF, HELFO, og ordinær finansiering innen psykisk helse og TSB	Kun organisatoriske enheter innen RHF-systemet skal benytte denne koden.
11	Konvensjonspasient behandlet ved ø-hjelp	
12	Pasient fra land uten konvensjonsavtale (selvbetalende)	
20	Sykepengeprosjekt, Raskere tilbake	
22	Forskningsprogram	
24	Finansiert (betalt) av kommunen	
30	Selvbetalende norsk pasient og selvbetalende konvensjonspasient	
32	Selvbetalende pasient etter Eus pasientrettighetsdirektiv	
40	Anbudspasient finansiert via ISF	
43	Anbudspasient på avtalen for Helse Vest RHF	
44	Anbudspasient på avtalen for Helse Midt-Norge RHF	
45	Anbudspasient på avtalen for Helse Nord RHF	
47	Anbudspasient på avtalen for Helse Sør-Øst RHF	
50	Opphold hos avtalespesialist finansiert via ISF	
60	Forsikringsfinansiert opphold	Pasientbehandling finansiert av forsikringsselskaper via private helseforsikringer
70	HELFO formidlet opphold ved fristbrudd	Pasientbehandling formidlet av HELFO ved brudd på frist for nødvendig helsehjelp
80	Opphold på avtale med HF/RHF. Ikke anbudsavtale	Pasientbehandling på avtale med helseforetak eller regionalt helseforetak
90	Godkjent fritt behandlingsvalg (FBV)	Pasientbehandling refunderes av HELFO gjennom godkjenningsordningen Fritt behandlingsvalg (FBV)

Debitor skal rapporteres for alle episoder, både for polikliniske kontakter og avdelingsopphold. Kodeverket brukes for å angi hvilken finansieringsordning behandlingen dekkes av..

Det er **kun offentlige enheter** som tilbyr TSB som skal bruke kode 1 "Ordinær pasient" når pasienten er henvist på vanlig grunnlag til spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder også i tilfeller der pasienten behandles i en annen helseregion enn der han eller hun hører hjemme.

Private enheter som tilbyr TSB og som har avtaler med en eller flere helseregioner skal bruke kodene 43-47 for "Anbudspasient på avtalen"; for den helseregion de har inngått avtale med om den gjeldende plassen. Det gjelder både tidsbegrensede anbudsavtaler og løpende driftsavtaler.

Et eksempel: En behandlingseenhet som har avtale både med Helse Nord RHF og Helse Midt-Norge RHF skal registrere 44 "Anbudspasient på avtalen for Helse Midt-Norge RHF" for pasienter behandlet innenfor denne avtalen, og 45 "Anbudspasient på avtalen for Helse Nord RHF" for pasienter som har en behandlingsplass innenfor denne avtalen.

Hvis det RHF som har inngått avtalen med institusjonen, selger plassen til et annet RHF, er det likevel det RHF som har avtalen med institusjonen om plassen som skal registreres her.

Hvis en privat institusjon har gjesteplasser som kan selges til regionene etter behov, skal det for disse registreres kode 80 "Opphold på avtale med HF/RHF".

Hvis oppholdet/behandlingen finansieres gjennom sykepengeprosjekt, som for eksempel Raskere tilbake, skal det registreres kode 20 "Sykepengeprosjekt, Raskere tilbake" her.

Dersom det har intrådt fristbrudd for en pasient ved en annen institusjon og HELFO har formidlet plassen på den gjeldende institusjonen, skal det registreres kode 70 "HELFO-formidlet opphold ved fristbrudd".

Hvis *Debitor* er lik kode 11, "Konvensjonspasient behandlet ved ø-hjelp", skal *Trygdenasjon* for pasienten være utfylt.

Det er bare informasjon om pasienter som behandles i spesialisthelsetjenesten som skal registreres og rapporteres til Norsk pasientregister. Informasjon om pasienter som behandles etter avtale med en kommune, eller som en del av det kommunale tilbudet til pasienter med et rusmiddelproblem, skal **ikke** rapporteres til NPR (se mer om hvilke pasienter det skal registreres informasjon om i innledningskapittelet).

Fagområde

Angir hvilket fagområde denne episoden tilhører.

Kodeverdier:	
310	<i>Psykisk helsevern barn og unge</i>
320	<i>Psykisk helsevern voksne</i>
360	<i>Rus</i>
365	<i>LAR</i>
370	<i>Spilleavhengighet</i>

Det skal registreres relevant fagområde for episoden, uavhengig av hvilket fagområde henvisningen er registrert med. Fagområdekodene skal brukes også ved enheter som tilbyr TSB, men som er organisatorisk underlagt psykisk helsevern.

Folkeregisterkommune

Folkeregistrert bostedskommune for pasienten ved start av episoden. Oppgi gyldig kommunenummer for personer bosatt i Norge. For personer som ikke er bosatt i Norge benyttes:

9000 Utenlandske uten konvensjonsavtale

9900 Utenlandske med konvensjonsavtale (EU- og EØS-land)

9999 Ukjent kommunenummer.

Bydelskode

Bydelskode der pasienten bor dersom det er i Oslo, Bergen, Trondheim eller Stavanger. Dersom bydel er ukjent, skal kode 99 benyttes Oppgi kode i henhold til SSBs koder for bydeler:

<http://stabas.ssb.no/ItemsFrames.asp?ID=2954108&Language=nb&VersionLevel=ClassLevel>

Samtykkekompetanse

Angir om pasienten er i stand til å vurdere behandlingsspørsmålet og/eller avgi gyldig samtykke.

Kodeverdier:	
1	<i>Ja</i>
2	<i>Nei</i>

Innmåte hastegrad

Angir hastegrad ved pasientens ankomst til enheten.

Kodeverdier:	
1	<i>Akutt = uten opphold / venting</i>
4	<i>Planlagt</i>
5	<i>Tilbakeføring av pasient fra annet sykehus</i>

Omsorgsnivå

Episoden kan bestå av en kombinasjon av innsats fra flere omsorgsnivå. I slike tilfeller angis den mest ressurskrevende del av episoden.

Kodeverdier		Forklaring
1	Døgnopphold	Opphold hvor tjenestemottakeren normalt overnatter.
2	Dagbehandling	Utredning eller behandling som er mer omfattende enn poliklinisk konsultasjon, men hvor pasienten ikke overnatter. Dagbehandling kan utføres poliklinisk eller ved Dagopphold.
3	Poliklinisk konsultasjon/kontakt	
8	Poliklinisk kontakt for inneliggende pasient	Dersom en poliklinikk utfører helsehjelp for en pasient som er innlagt.

5.2.2 Lovgrunnlag

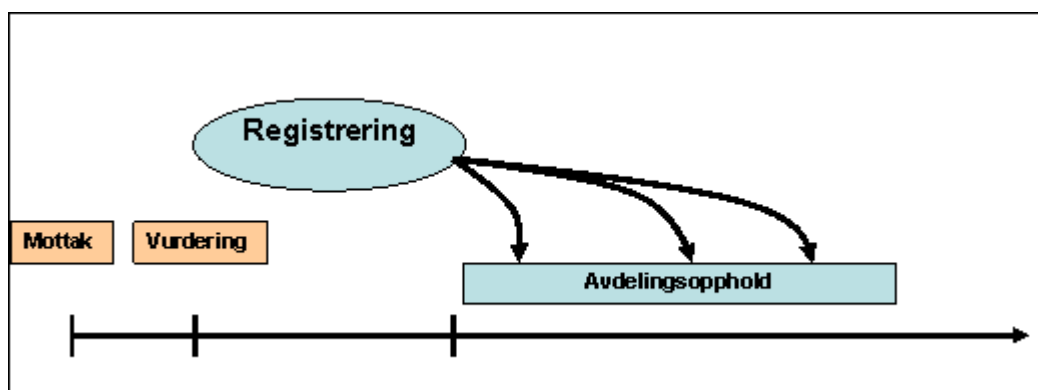
Lovgrunnlag (Type Formalitet) er spesifisering av hvilket lovgrunnlag som er det juridiske grunnlaget for opphold ved mottak og ved utskrivning og alle mellomliggende endringer.

Ved mottak av en henvisning skal det rapporteres en henvisningsformalitet. Ved endringer i lovgrunnlag i pasientforløpet skal Type formalitet rapporteres. Det er viktig at dette også gjøres når en episode går fra tilbakeholdelse til frivillig.

Kodeverdier:		Forklaring:
1	Frivillig	J.f §2-1) i Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern
21	Tvang med samtykke (kontrakt) (§2-2)	J.f. §2.2 i Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern
22	Tilbakehold i institusjon på grunnlag av eget samtykke (§10-4)	J.f §10-4 i Lov om kommunale helse-og omsorgstjenester
3	Tvungen observasjon uten døgnopphold (§3-2, §3-5-3)	J.f §3-2, jf. § 3-5 tredje ledd i Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern
4	Tvungen observasjon med døgnopphold (§3-2, §3-5-1)	J.f §3-2, jf. § 3-5 første ledd i Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern
51	Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (§3-3, §3-5-3)	J.f §3-3, jf. § 3-5 tredje ledd i Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern
52	Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold med frivillig innleggelse	
6	Tvungent psykisk helsevern med døgnopphold (§3-3, §3-5-1)	J.f §3-3, jf. § 3-5 første ledd i Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern
70	Dømt til tvungent psykisk helsevern (kapittel 5)	J.f kapittel 5 i Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern
71	Gjennomføring av straff i institusjon (§12, §13)	J.f §12 og §13 i Straffegjennomføringsloven
72	Gjennomføring av straff i institusjon (§12)	J.f § 12 i Straffegjennomføringsloven
73	Gjennomføring av straff i sykehus (§13)	J.f § 13 i Straffegjennomføringsloven
8	Barnevernloven	

Kodeverdier:		Forklaring:
91	Tilbakehold i institusjon uten eget samtykke (§10-2)	J.f § 10-2 i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester
92	Tilbakeholdelse av gravide rusmiddelavhengige (§10-3)	J.f § 10-3 i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester
93	Midlertidig vedtak ved akutt fare for psykisk/fysisk helse ved omfattende og vedvarande misbruk (§10-2, 4.ledd)	J.f § 10-2, 4. ledd i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester
94	Midlertidig vedtak ved akutt fare for psykisk/fysisk helse ved omfattende og vedvarande misbruk (§10-3, 5.ledd)	J.f § 10-3, 5. ledd i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester
11	Unntaksregelen - Endring fra frivillig til tvang (§3-4)	J.f § 3-4 andre ledd i Psykisk helsevernloven
12	Nødrett (§47)	J.f §47 i Straffeloven
13	Prejudisiell/judisiell observasjon (§167)	Straffeprosessloven §167
10	Annen lovhjemmel	

5.2.3 Opplysninger som skal registreres underveis i et avdelingsopphold



Permisjonsdøgn

Permisjon er definert som avtalt fravær over natten fra enheten under et døgnopphold. Det som rapporteres til NPR er sum av antall permisjonsdøgn i et døgnopphold for inneværende år.

Hvis pasienten har permisjon på rapporteringstidspunktet, skal antall døgn i den pågående permisjonsperioden inntil rapporteringstidspunktet regnes med.

Permisjon startdato og starttid

Angir dato og tidspunkt for når permisjonen starter.

Permisjon sluttdato og sluttid

Angir dato og tidspunkt for når permisjonen avsluttes.

Permisjonstype

Angir hvilken type permisjon pasienten har hatt fra døgnopphold.

Kodeverdier:		Forklaring:
1	<i>Full permisjon</i>	
2	<i>Trening utenfor institusjon som et ledd i behandlingen</i>	<i>Pasient allokterer ressurser i institusjon</i>

Permisjonstype skal registreres når pasienten er på planlagt fravær over natten. Kode 1 *Full permisjon* skal brukes når pasienten er på fravær over natten av velferdsårsaker som feire eller fri uten at dette er som et ledd i behandlingen. Kode 2 *Trening utenfor institusjon som et ledd i behandlingen* brukes når pasienten har fravær over natten som et ledd i behandlingen. Dette kan være sosial trening eller treningsreiser.

Deltaker type

Angir hvem andre enn pasienten som eventuelt deltar i episoden.

Kodeverdier:	
1	<i>Ektefelle eller samboer</i>
2	<i>Foreldre/foresatte</i>
3	<i>Andre slektninger som søster, bror og barn av pasient</i>
9	<i>Andre pårørende</i>

Lovgrunnlag (Type Formalitet). Ved endring av Lovgrunnlag i løpet av oppholdet skal dette alltid rapporteres.

Tilstander (tidl. diagnoser)

Det skal være samsvar mellom det som dokumenteres i journalen og de kodene som registreres. Bare tilstander som har hatt betydning for den helsehjelpen som er gitt, dvs. tilstander som har vært vurdert/utredet eller behandlet, skal registreres.

For TSB skal hovedtilstand, så vel som eventuelle andre tilstander, føres opp for hver enkelt konsultasjon eller behandling (jf. journalforskriften).

Det er Direktoratet for eHelse som er ansvarlig for kodeverksveiledning i de medisinske kodeverkene. I forbindelse med innføring av aktivitetsbasert finansiering (ISF) i PHV, TSB og PHBU er det utarbeidet nye kodeveiledninger (Se ellers kap. 2):

- Kodingsregler for poliklinisk behandling innen psykisk helsevern voksne (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) kan leses her <https://ehelse.no/standarder-kodeverk-og-referanse katalog/helsefaglige-kodeverk/kodeveiledning-icd-10-ncsp-ncmp-og-ncrp>

Tilstandsgrupper

Tilstander er gruppert etter type rusmiddel og avhengighet, jf. kodeverk 8478.

Klassifikasjon av pasientgrupper slik de er beskrevet i prioriteringsveiledere

Kodeverdier	
33001	Unge under 23 år med sannsynlig rusmiddelproblem (uavklart tilstand)
33002	Risikofylt bruka av alkohol, eventuelt med psykiske, fysiske og/eller sosiale konsekvenser
33003	Mistanke om alkoholavhengighet – avhengighetssyndrom med alkohol som hovedrusmiddel
33004	Cannabis: Begrenset bruk som ikke oppfyller avhengighetskriteringene
33005	Cannabisavhengighet
33006	Opioidavhengighet
33007	Sentralstimulerende midler – omfattende bruk
33008	Risiko for reaktivering av tidligere alvorlig avhengighetstilstand
33009	Smerteproblematikk og legemiddelavhengighet – ikke aktiv bruk av andre rusmidler og uten en rusmiddelpåvirket atferd
33010	Legemiddelavhengighet – med aktiv bruk av andre rusmidler
33011	Patologisk spillelidenskap
33012	Pårørende til rusmiddelavhengige

Prosedyrer

Angir hvilke undersøkelser eller behandlinger en pasient har mottatt. Alle enheter som tilbyr TSB, skal registrere og rapportere prosedyrekoder som en del av aktivitetsrapporteringen til NPR. Prosedyrene skal kodes når de er utført ved døgn- og dagopphold, samt ved polikliniske konsultasjoner.

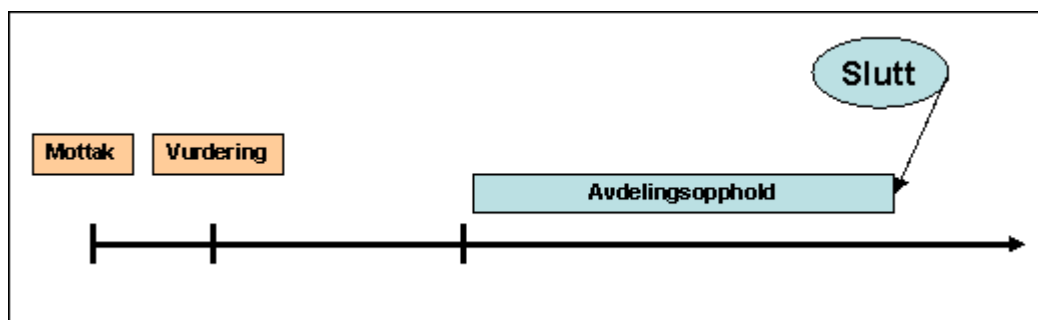
Det skal registreres *kodeverdi for hver prosedyre, rekkefølge for prosedyrene samt hvilket kodeverk og versjon av kodeverk* som er brukt. En hovedprosedyrekode kan ha en eller flere tilleggskoder.

Hensikten med prosedyrekoding er å få økt kunnskap om hvordan pasienter i TSB undersøkes og behandles.

Sjekk:

Prosedyrer som skal brukes er beskrevet i kodeverket NCMP og NCSP. Disse er felles for alle sektorer. Se <https://ehelse.no/Standarder-kodeverk-og-referanse katalog>

5.2.4 Opplysninger som skal registreres og rapporteres ved slutten av et avdelingsopphold



Utdato og tid

Angir døgnoppholdets sluttdato og sluttidspunkt.

Følger ISO 8601 standard: CCYY-MM-DDTHH:MM:SS (for eksempel vil 2016-01-19T12:30:00 bety 19. januar 2016 kl. 12:30).

Til sted

Beskrivelse av det fysiske stedet pasienten sendes til, også hvis pasienten overføres til annen enhet ved eget behandlingssted. Dersom pasienten skal til en annen helseinstitusjon i spesialisthelsetjenesten, skal også *Til institusjon* rapportere.

Kodeverdier:		Forklaring:
1	Bosted/arbeidssted	Inklusive sykehjem langtidsplasser og kommunal omsorgsbolig
2	Skade- eller funnsted	Utenfor hjemmet
11	Sykehjem/aldershjem	
21	Kommunal akutt døgnenhet (KAD)	
99	Sted identifisert ved rapportering av attributt 'Fra institusjon'	Bruk av denne koden forutsetter at Institusjon er identifisert ved hjelp av nisifret bedriftsnummer
7	Annen (somatisk) enhet ved egen helseinstitusjon	Har betydning for finansieringsordningen ISF
8	Annen enhet (ikke somatikk) ved egen helseinstitusjon	Har betydning for finansieringsordningen ISF
3	Annen helseinstitusjon innen spesialisthelsetjenesten	Har betydning for finansieringsordningen ISF
10	Pasienthotell	Har betydning for finansieringsordningen ISF. Hotell som er godkjent som sykehus iht. spesialisthelsetjenesteloven (eller sykehusloven)
5	Institusjon i utlandet	Har betydning for finansieringsordningen ISF
88	Annet	
98	Ukjent	Inkluderer personer uten fast bopel

Til institusjon

Hvis pasienten overføres til en annen institusjon i spesialisthelsetjenesten, skal institusjonens organisasjonsnummer tilsvarende bedrift rapportere.

Epikrise sendt dato

Den dato epikrisen ble postlagt og sendt fra enheten til henvisende instans.

Pasientens samtykke for sending av epikrise

Angir om pasienten har gitt samtykke til å sende epikrise fra spesialisthelsetjenesten.

Kodeverdier:	
1	Ja, samtykke er innhentet

2	<i>Pasientens samtykke er ikke påkrevet i dette tilfellet</i>
3	<i>Svar på forespørsel e.l. som pasienten har gitt samtykke til</i>
4	<i>Nei, pasienten har ikke gitt sitt samtykke</i>

For å angi at epikrise ikke skal sendes, brukes kode 4.

I utgangspunktet har helsepersonell taushetsplikt etter Helsepersonellovens § 21 og skal ikke gi opplysninger om pasienter videre. Det kan gjøres unntak fra dette, blant annet hvis det gis samtykke. Et annet unntak fra taushetsplikten reguleres i helsepersonellovens § 25 dersom epikrisen skal sendes til samarbeidende personell, for eksempel et nytt behandlingssted.

Det må gjøres en konkret vurdering i hvert tilfelle om man bør innhente samtykke eller om det er nok å anta at pasienten ville samtykket dersom man hadde spurt. Et vurderingsmoment vil være hvor sensitive opplysningene er, et annet hvor stort informasjonsbehov mottaker av epikrisen har. En lege/enhet som samarbeider om behandlingen av pasienten har større informasjonsbehov enn en lege/enhet som ikke deltar i den videre behandlingen.

Epikrisetid er en kvalitetsindikator som viser andel epikriser sendt fra sykehusene innen en og syv dager etter at pasienten er skrevet ut fra døgntil behandling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Epikrise er en oppdatert informasjon om sykehusoppholdet. Den skal sendes til fastlege eller annet helsepersonell som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten nødvendig og forsvarlig oppfølging. Epikrisetid beskriver tiden fra pasienten skrives ut til epikrisen er sendt. Denne tiden er et uttrykk for samhandling og kommunikasjon mellom ett behandlingssted og øvrig helse- og omsorgstjeneste.

Det er viktig at sykehuset raskt sender relevant informasjon til andre deler av helse- og omsorgstjenesten, slik at pasienten får best mulig oppfølging.

Hvis det går lang tid før epikrisen sendes fra sykehuset, svekkes muligheten til kontinuitet i behandlingen og sikker oppfølging.

Kortere epikrisetid bidrar til mer helhet i tilbudet til pasientene.

Det er et mål at epikrisen skal følge pasienten. Det betyr at epikrisen skal være klar ved utskrivning. Dersom dette ikke er mulig skal epikrisen sendes innen rimelig tid, og senest innen syv dager etter utskrivning.

Utskrivingsklar dato

Her kommer det en oppdatering etter 1.1.2017 når lovverket rundt dette er endelig vedtatt.

5.3 Registrering av opplysninger ved en poliklinisk kontakt

Nedenfor gjøres det rede for de opplysningene som skal rapporteres for hver polikliniske kontakt. Selv om de opplysningene som beskrives nedenfor rapporteres for hver kontakt er det ikke nødvendigvis slik at registreringen gjøres per kontakt. Noen av opplysningene vil i det pasientadministrative systemet registreres per polikliniske behandlingsserie. På grunn av at dette varierer i de ulike pasientadministrative systemene, er det nedenfor ikke skilt på hvilke opplysninger

som registreres på den polikliniske behandlingsserien og hvilke som registreres på hver enkelt kontakt.

En kontakt kan enten være en uavbrutt samhandling mellom pasient og helsepersonell hvor det utføres helsehjelp for pasienten, eller en indirekte hendelse som innebærer et bidrag til helsehjelpen til pasienten. Indirekte kontakter omfatter både hendelser der pasienten ikke deltar (for eksempel møte mellom behandlere) og hendelser der pasienten deltar, men ikke er fysisk til stede (for eksempel på telefon). Uavhengig av om kontakten er direkte eller indirekte, så er det bare kontakter som omhandler helsehjelpen til pasienten som skal rapporteres til NPR. Administrative kontakter, som for eksempel bestilling av time skal ikke rapporteres.

I tilknytning til en poliklinisk serie, skal opplysningene i kapittel 6, *Kartlegging av pasientens situasjon ved behandlingsstart*, rapporteres).

Behandlingssted

Skal være entydig med hensyn på geografi og næring. Behandlingssted skal rapporteres med organisasjonsnummer tilsvarende bedrift (bedriftsnummer) slik det fremkommer i Enhetsregisteret i Brønnøysund..

Avdeling

Beskriver den enhet som har det administrative linjeansvaret for pasientbehandlingen. Avdeling skal rapporteres med RESH-ID og avdelingskode (IK44/89). Denne avdelingskoden er et kriterium i seleksjonen for ISF-ordningen. Alle episoder og vurderte henvisninger skal rapporteres med identifikasjon av avdeling.

Fagenhet

Har det faglige ansvaret for pasientbehandlingen. Fagenhet skal rapporteres med RESH-ID og avdelingskode (IK44/89). Alle episoder og vurderte henvisninger skal rapporteres med identifikasjon av fagenhet.

Se innledningskapittelet under avsnittet *Definisjoner av termer for organisatoriske enheter* for utfyllende informasjon om behandlingssted, avdeling og fagenhet.

Fra sted

Beskrivelse av det fysiske stedet pasienten ankommer fra. Dersom pasienten kommer fra annen helseinstitusjon i spesialisthelsetjenesten, skal også *Fra institusjon* rapporteres.

Kodeverdier:		Forklaring:
1	Bosted/arbeidssted	Inklusive sykehjem langtidsplasser og kommunal omsorgsbolig

Kodeverdier:		Forklaring:
2	Skade- eller funnsted	Utenfor hjemmet
11	Sykehjem/aldershjem	
21	Kommunal akutt døgnenhet (KAD)	
99	Sted identifisert ved rapportering av attributt 'Fra institusjon'	Bruk av denne koden forutsetter at Institusjon er identifisert ved hjelp av nisifret bedriftsnummer
7	Annen (somatisk) enhet ved egen helseinstitusjon	Har betydning for finansieringsordningen ISF
8	Annen enhet (ikke somatikk) ved egen helseinstitusjon	Har betydning for finansieringsordningen ISF
3	Annen helseinstitusjon innen spesialisthelsetjenesten	Har betydning for finansieringsordningen ISF
10	Pasienthotell	Har betydning for finansieringsordningen ISF. Hotell som er godkjent som sykehus iht. spesialisthelsetjenesteloven (eller sykehusloven)
5	Institusjon i utlandet	Har betydning for finansieringsordningen ISF
88	Annet	
98	Ukjent	Inkluderer personer uten fast bopel

Fra institusjon

Hvis pasienten kommer fra en institusjon i spesialisthelsetjenesten, skal institusjonens organisasjonsnummer tilsvarende bedrift rapporteres.

Debitor

Angir finansieringsordning.

Kodeverdier:		Forklaring:
1	Ordinær pasient. Opphold finansiert gjennom ISF, HELFO, og ordinær finansiering innen psykisk helse og TSB	Kun organisatoriske enheter innen RHF-systemet skal benytte denne koden.
11	Konvensjonspasient behandlet ved ø-hjelp	
12	Pasient fra land uten konvensjonsavtale (selvbetalende)	
20	Sykepengeprosjekt, Raskere tilbake	
22	Forskningsprogram	
24	Finansiert (betalt) av kommunen	
30	Selvbetalende norsk pasient og selvbetalende konvensjonspasient	
32	Selvbetalende pasient etter Eus pasientrettighetsdirektiv	
40	Anbudspasient finansiert via ISF	
43	Anbudspasient på avtalen for Helse Vest RHF	
44	Anbudspasient på avtalen for Helse Midt-Norge RHF	
45	Anbudspasient på avtalen for Helse Nord RHF	

Kodeverdier:		Forklaring:
47	Anbudspasient på avtalen for Helse Sør-Øst RHF	
50	Opphold hos avtalespesialist finansiert via ISF	
60	Forsikringsfinansiert opphold	Pasientbehandling finansiert av forsikringsselskaper via private helseforsikringer
70	HELFO formidlet opphold ved fristbrudd	Pasientbehandling formidlet av HELFO ved brudd på frist for nødvendig helsehjelp
80	Opphold på avtale med HF/RHF. Ikke anbudsavtale	Pasientbehandling på avtale med helseforetak eller regionalt helseforetak
90	Godkjent fritt behandlingsvalg (FBV)	Pasientbehandling refunderes av HELFO gjennom godkjenningsordningen Fritt behandlingsvalg (FBV)

Debitor skal rapporteres for alle episoder, både for polikliniske kontakter og avdelingsopphold. Kodeverket brukes for å angi hvilken finansieringsordning behandlingen dekkes av.

Det er **kun offentlige enheter** som tilbyr TSB som skal bruke kode 1 "Ordinær pasient" når pasienten er henvist på vanlig grunnlag til spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder også i tilfeller der pasienten behandles i en annen helseregion enn der han eller hun hører hjemme.

Private enheter som tilbyr TSB og som har avtaler med en eller flere helseregioner skal bruke kodene 43-47 for "Anbudspasient på avtalen"; for den helseregion de har inngått avtale med om den gjeldende plassen. Det gjelder både tidsbegrensede anbudsavtaler og mer løpende driftsavtaler.

Et eksempel: En behandlingseenhet som har avtale både med Helse Nord RHF og Helse Midt-Norge RHF skal registrere 44 "Anbudspasient på avtalen for Helse Midt-Norge RHF" for pasienter behandlet innenfor denne avtalen, og 45 "Anbudspasient på avtalen for Helse Nord RHF" for pasienter som har en behandlingsplass innenfor denne avtalen. Hvis det RHF som har inngått avtalen med institusjonen, selger plassen til et annet RHF, er det likevel det RHF som har avtalen med institusjonen om plassen som skal registreres her.

Hvis *Debitor* er lik kode 11, "Konvensjonspasient behandlet ved ø-hjelp", skal *Trygdenasjon* for pasienten være utfyllt.

Det er bare informasjon om pasienter som behandles i spesialisthelsetjenesten som skal rapporteres til Norsk pasientregister. Informasjon om pasienter som behandles etter avtale med en kommune, eller som en del av det kommunale tilbudet pasienter med rusmiddelproblemer, skal **ikke** rapporteres til NPR (se mer om hvilke pasienter det skal registreres informasjon om i innledningskapittelet).

Fagområde

Angir hvilket fagområde denne kontakten tilhører.

Kodeverdier:	
310	<i>Psykisk helsevern barn og unge</i>
320	<i>Psykisk helsevern voksne</i>
360	<i>Rus</i>
365	<i>LAR</i>
370	<i>Spilleavhengighet</i>

Det skal rapporteres relevant fagområde for episoden, uavhengig av hvilket fagområde henvisningen er registrert med. Fagområdekodene skal brukes også ved enheter som driver TSB, men som er organisatorisk underlagt psykisk helsevern.

Folkeregisterkommune

Bostedskommune for pasienten ved start av episoden. Oppgi gyldig kommunenummer for personer bosatt i Norge. For pasienter som ikke er bosatt i Norge brukes:

9000 = Utenlandske uten konvensjonsavtale

9900 = Utenlandske med konvensjonsavtale (EU- og EØS-land)

9999 = Ukjent kommune.

http://www.kommuneforlaget.no/kf/kf_registertjenester/kommuneregisteret/

Bydelskode

Bydelskode der pasienten bor dersom det er i Oslo, Bergen, Trondheim eller Stavanger. Dersom bydel er ukjent, skal kode 99 benyttes Oppgi kode i henhold til SSBs koder for bydeler:

<http://www4.ssb.no/stabas/ItemsFrames.asp?ID=2954101&Language=nb>

Samtykkekompetanse

Angir om pasienten er i stand til å vurdere behandlingsspørsmålet og/eller avgi gyldig samtykke

Kodeverdier:	
1	<i>Ja</i>
2	<i>Nei</i>

Innmåte hastegrad

Angir hastegrad ved pasientens ankomst til enheten.

Kodeverdier:	
1	<i>Akutt = uten opphold / venting</i>
4	<i>Planlagt</i>
5	<i>Tilbakeføring av pasient fra annet sykehus</i>

Omsorgsnivå

Kodeverdier		Forklaring
1	Døgnopphold	
2	Dagbehandling	
3	Poliklinisk konsultasjon/kontakt	
8	Poliklinisk kontakt for inneliggende pasient	

Inndato og tid

Angir kontaktens startdato og starttidspunkt.

Følger ISO 8601 standard: CCYY-MM-DDTHH:MM:SS (for eksempel vil 2016-01-19T12:30:00 bety 19. januar 2016 kl. 12:30).

Utdato og tid

Angir kontaktens sluttdato og sluttidspunkt.

Følger ISO 8601 standard: CCYY-MM-DDTHH:MM:SS (for eksempel vil 2016-01-19T12:30:00 bety 19. januar 2016 kl. 12:30).

Lovgrunnlag (Type Formalitet). Endring av Lovgrunnlag skal alltid rapporteres.

Tilstander (tidl. diagnoser)

NPR skal ha innrapportert pasientens hovedtilstand (tidligere hoveddiagnose) og eventuelle bitilstander. Tilstand/diagnose rapporteres for hver enkelt episode og det skal rapporteres følgende opplysninger:

- Rekkefølge tilstand: Rekkefølgen av tilstandene bestemt ut fra medisinske kriterier.
- Rekkefølge for kode: Plassnummer for kode. Hvilket nummer er denne koden i rekkefølgen av koder.
- Kodeverkstilhørighet: Identifikasjon av hvilket kodeverk denne koden tilhører.
- Versjon: Hvilken versjon av det aktuelle kodeverket som er benyttet.
- Kodeverdi: Selve kodeverdien.

Korrekt valg av hovedtilstand er avgjørende for kvaliteten av dataene som brukes i statistikk, styringsdata og forskning. Følgende retningslinjer gjelder for valg av hovedtilstand og andre tilstander.

Hovedtilstanden er definert som den tilstanden som er hovedårsaken til at pasienten trenger behandling eller undersøkelse

Hovedtilstand er den viktigste tilstanden under oppholdet eller konsultasjonen. Ofte er det kun én tilstand pasienten er behandlet for, men ikke alltid.

Selv om det er gitt helsehjelp for flere tilstander, som godt kunne være hovedtilstander, må én av disse velges som hovedtilstand. I slike tilfeller velges den som har krevd mest behandlingsressurser medisinsk sett. Hovedtilstanden skal kodes etter generelle regler i ICD-10 som sier hvordan det skal prioriteres mellom kapitlene.

I tillegg til hovedtilstanden, skal man også ta med andre tilstander som har hatt relevans for helsehjelpen. Andre tilstander defineres som: *tilstander som eksisterer samtidig med hovedtilstanden eller som utvikler seg i løpet av behandlingsperioden, og som blir gjenstand for undersøkelse og behandling, og som det må tas hensyn til eller som får konsekvenser for behandlingen av pasienten.*

Hva som skal rapporteres som andre tilstander er det ikke mulig å gi eksakte regler for. Hensikten er at det som har hatt relevans for oppholdet eller konsultasjonen, skal rapporteres.

Det er ikke meningen at pasientens totale helsetilstand skal beskrives. Andre tilstander kan være slike som behandles parallelt med hovedtilstanden eller som det må tas hensyn til og som påvirker helsehjelpsinholdet i vesentlig grad. For at en tilstand skal tas med skal det fremgå av den skriftlige journaldokumentasjonen at tilstanden er behandlet, undersøkt eller vurdert eller har hatt betydning for den øvrige behandling.

Når det skal velges diagnosekode for andre tilstander, brukes samme regler i ICD-10 som gjelder for koding av hovedtilstand.

Tilstandsgrupper

Tilstander er gruppert etter type rusmiddel og avhengighet, jf. kodeverk 8478. Klassifikasjon av pasientgrupper slik de er beskrevet i prioriteringsveiledere

Kodeverdier	
33001	Unge under 23 år med sannsynlig rusmiddelproblem (uavklart tilstand)
33002	Risikofylt bruk av alkohol, eventuelt med psykiske, fysiske og/eller sosiale konsekvenser
33003	Mistanke om alkoholavhengighet – avhengighetssyndrom med alkohol som hovedrusmiddel
33004	Cannabis: Begrenset bruk som ikke oppfyller avhengighetskriteringene
33005	Cannabisavhengighet
33006	Opioidavhengighet
33007	Sentralstimulerende midler – omfattende bruk
33008	Risiko for reaktivering av tidligere alvorlig avhengighetstilstand
33009	Smerteproblematikk og legemiddelavhengighet – ikke aktiv bruk av andre rusmidler og uten en rusmiddelpåvirket atferd
33010	Legemiddelavhengighet – med aktiv bruk av andre rusmidler
33011	Patologisk spillelidenskap
33012	Pårørende til rusmiddelavhengige

Prosedyrer

Angir hvilke undersøkelser eller behandlinger en pasient har mottatt. Alle enheter som tilbyr TSB, skal registrere og rapportere prosedyrekoder som en del av

aktivitetsrapporteringen til NPR. Prosedyrekoding er omtalt tidligere i veilederen. Se også. Se også: <https://ehelse.no/Standarder-kodeverk-og-referanse katalog>

Kontakttype

Kategorisering av kontakter etter hvordan kontakten skjer.

Kodeverdier:	
1	Utredning
2	Behandling
3	Kontroll
5	Indirekte pasientkontakt
12	Pasientadministrert behandling
13	Opplæring

Det er som nevnt bare aktivitet som har et substansielt innhold i *helsehjelpen* som gis en pasient som skal registreres som kontakter. Rene administrative aktiviteter skal ikke rapporteres her. Formålet er å finne ut hva pasienten har mottatt av helsehjelp.

Alle direkte kontakter skal registreres etter type, henholdsvis 1 "Utredning", 2 "Behandling", 3 "Kontroll" eller 13 "Opplæring" (for opplæring av pasienter og/eller pårørende, inkludert lærings- og mestringsaktiviteter). Arbeid eller aktivitet knyttet til helsehjelpen som gis til en pasient uten at pasienten deltar fysisk, rapporteres som 5 "Indirekte pasientkontakt". Dersom en kontakt registreres som 5 "Indirekte pasientkontakt", skal også type angis under *Indirekte aktiviteter*, se under.

Dersom pasienten uteblir fra den kontakten i henvisningsperioden som utgjør starten på behandlingen ved det vurderte nivå (innfrielse av fristen), skal det rapporteres en utsettelse ut fra følgende kodeverk (8446): inneholder koder som beskriver grunner for utsettelse

Indirekte aktiviteter

Angir type aktivitet dersom *Kontakttype* er lik 5, "Indirekte pasientkontakt".

Kodeverdier:		Forklaring
1	Erklæring/uttalelse/melding	
2	Møte. Samarbeid (om pasient) med annet helsepersonell	Spesialisthelsetjeneste
22	Samarbeidsmøte (om pasient) med førstelinjetjenesten	
23	Samarbeidsmøte (om pasient) med annen tjeneste	
3	Aktivitetsgruppe	
5	Brev	
6	e-post	
7	Telefon	Uten pasientens deltakelse

71	Telefonmøte (om pasient) med førstelinjetjenesten	
8	Tele-/videokonferanse	Uten pasientens deltakelse
11	Telemedisin	Med pasientens deltakelse
12	Telefonsamtale med pasient	Samtale med pasient
21	Teknisk Episode	Skal brukes dersom det må opprettes en teknisk Episode for registrering av prosedyrer Pakkeforløp kreft

Administrative aktiviteter, som bestilling/avbestilling av time skal ikke rapporteres.

Aktivitetstype

Klassifikasjon av konsultasjonen, type behandling eller type terapi, etter hvem som deltar ved konsultasjonen.

Kodeverdier:	
1	Individualbehandling
2	Parbehandling
3	Familiebehandling
4	Gruppebehandling
5	Annet
6	Miljøterapi
7	Nettverksterapi
8	Fysisk trening

Aktivitetstype rapporteres kun ved polikliniske konsultasjoner.

Sted for aktivitet

Det fysiske stedet den polikliniske konsultasjonen/dagbehandlingen gjennomføres.

Kodeverdier:		Forklaring:
1	På egen helseinstitusjon	
2	Hos ekstern instans	
3	Telemedisinsk behandling (der behandlende lege er)	Det ene sted i en telemedisinsk seanse
4	Hjemme hos pasienten	Inkludert hjemmebehandling som for eksempel hjemmedialyse
5	Annet ambulant sted	Kode 5 anvendes i ISF-sammenheng
6	Telemedisinsk behandling (der pasienten er)	Det andre sted i en telemedisinsk seanse
9	Annet sted	

For direkte kontakter rapporteres det stedet kontakten foregår. For indirekte kontakter rapporteres som hovedregel det stedet der behandleren befinner seg.

Samarbeidspart

Eventuelle samarbeidspartnere ved konsultasjonen rapporteres. Hver samarbeidspart registreres ved to opplysninger:

1) Hvilken tjeneste samarbeidsparten er fra. Se kodeverk 8404 Tjenester og vesen. Kodeverdi 1 "Pasienten selv" regnes ikke som samarbeidspart.

Kodeverdier:		Forklaring:
1	Pasienten selv	
41	Somatisk spesialisthelsetjeneste	
42	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	
44	Psykisk helsevern	Inkludert DPS
10	Privatpraktiserende spesialister	Leger og psykologer
28	Fastlege/primærlege/legevaksle	Primærhelsetjeneste
88	Andre kommunale tjenester	Barnehage, skolesektor, PPT Sosialtjeneste, barnevern
9	Andre tjenester	Rehabiliteringsinstitusjoner, politi, fengsel, rettsvesen

2) Organisasjonsnummer tilsvarende bedrift til samarbeidsparten dersom det er en helseinstitusjon innen spesialisthelsetjenesten.

Deltaker type

Angir hvem andre enn pasienten som eventuelt deltar.

Kodeverdier:	
1	<i>Ektefelle eller samboer</i>
2	<i>Foreldre/foresatte</i>
3	<i>Andre slekninger som søster, bror og barn av pasient</i>
9	<i>Andre pårørende</i>

Til sted

Beskrivelse av det fysiske stedet pasienten sendes til, også hvis pasienten overføres til annen enhet ved eget behandlingssted. Dersom pasienten sendes til en annen helseinstitusjon i spesialisthelsetjenesten, skal også *Til institusjon* rapporteres.

Kodeverdier:		Forklaring:
1	Bosted/arbeidssted	Inklusive sykehjem langtidsplasser og kommunal omsorgsbolig
2	Skade- eller funnsted	Utenfor hjemmet
11	Sykehjem/aldershjem	
21	Kommunal akutt døgnetenhet (KAD)	
99	Sted identifisert ved rapportering av attributt 'Fra institusjon'	Bruk av denne koden forutsetter at Institusjon er identifisert ved hjelp av nisifret bedriftsnummer
7	Annen (somatisk) enhet ved egen helseinstitusjon	Har betydning for finansieringsordningen ISF
8	Annen enhet (ikke somatikk) ved egen helseinstitusjon	Har betydning for finansieringsordningen ISF
3	Annen helseinstitusjon innen spesialisthelsetjenesten	Har betydning for finansieringsordningen ISF
10	Pasienthotell	Har betydning for finansieringsordningen ISF. Hotell som

		er godkjent som sykehus iht. spesialisthelsetjenesteloven (eller sykehusloven)
5	Institusjon i utlandet	Har betydning for finansieringsordningen ISF
88	Annet	
98	Ukjent	Inkluderer personer uten fast bopel

Til institusjon

Hvis pasienten sendes til en institusjon i spesialisthelsetjenesten, skal institusjonens organisasjonsnummer tilsvarende bedrift rapporteres.

Epikrise sendt dato

Den dato epikrisen ble postlagt og sendt fra enheten til henvisende instans.

Pasientens samtykke for sending av epikrise

Angir om pasienten har gitt samtykke til å sende epikrise fra spesialisthelsetjenesten.

Kodeverdier:	
1	<i>Ja, samtykke er innhentet</i>
2	<i>Pasientens samtykke er ikke påkrevet i dette tilfellet</i>
3	<i>Svar på forespørsel e.l. som pasienten har gitt samtykke til</i>
4	<i>Nei, pasienten har ikke gitt sitt samtykke</i>

For å angi at epikrise ikke skal sendes, brukes kode 4.

I utgangspunktet har helsepersonell taushetsplikt etter Helsepersonellovens § 21 og skal ikke gi opplysninger om pasienter videre. Imidlertid kan det gjøres unntak fra dette, blant annet hvis det gis samtykke. Et annet unntak fra taushetsplikten reguleres i helsepersonellovens § 25 dersom epikrisen skal sendes til samarbeidende personell – for eksempel et nytt behandlingssted.

Det må gjøres en konkret vurdering i hvert tilfelle om man bør innhente samtykke eller om det er nok å anta at pasienten ville samtykket dersom man hadde spurt. Et vurderingsmoment vil være hvor sensitive opplysningene er, et annet hvor stort informasjonsbehov mottaker av epikrisen har.

En lege/enhet som samarbeider om behandlingen av pasienten har større informasjonsbehov enn en lege/enhet som ikke deltar i den videre behandlingen.

Epikrisetid er en kvalitetsindikator som viser andel epikriser sendt fra sykehusene innen en og syv dager etter at pasienten er skrevet ut fra døgntilrettelagt og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Epikrise er en oppdatert informasjon om sykehusoppholdet. Den skal sendes til fastlege eller annet helsepersonell som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten nødvendig og forsvarlig oppfølging. Epikrisetid beskriver tiden fra pasienten skrives ut til epikrisen er sendt. Denne tiden er et uttrykk for samhandling og kommunikasjon mellom ett behandlingssted og øvrig helse- og omsorgstjeneste.

Det er viktig at sykehuset raskt sender relevant informasjon til andre deler av helse- og omsorgstjenesten, slik at pasienten får best mulig oppfølging.

Hvis det går lang tid før epikrisen sendes fra sykehuset, svekkes muligheten til kontinuitet i behandlingen og sikker oppfølging.

Kortere epikrisetid bidrar til mer helhet i tilbudet til pasientene.

Det er et mål at epikrisen skal følge pasienten. Det betyr at epikrisen skal være klar ved utskrivning. Dersom dette ikke er mulig skal epikrisen sendes innen rimelig tid, og senest innen syv dager etter utskrivning.

6 Kartlegging av pasientens situasjon ved behandlingsstart

Når pasienten påbegynner behandling ved en enhet, skal det registreres opplysninger om pasientens situasjon ved behandlingsstart. Opplysningene skal rapporteres uavhengig av om det er en midlertidig behandling, den behandlingen pasienten er vurdert å ha behov for eller behandling senere i forløpet. Opplysningene skal rapporteres ved hvert behandlingssted pasienten kommer til og ved eventuelle endringer i omsorgsnivå, for eksempel ved overgang mellom poliklinisk behandling og døgnbehandling. Ved midlertidige avbrudd i døgnopphold eller polikliniske serie (permisjon, avrusning), skal variablene ikke rapporteres på nytt.

Det kan ut fra en faglig vurdering være hensiktsmessig med en ny kartlegging, f.eks. når behandlingsavbruddet har ført til endring i pasientens situasjon ved reinnleggelse, eller at pasienten har byttet behandler.

Det presiseres at opplysningene representerer pasientens egen oppfatning av rusmiddelbruk, psykisk helse mv.

Opplysninger om situasjon ved behandlingsstart – pasientens rushistorikk og rusmiddelbruk, samt informasjon om psykisk helse, boligforhold og omsorgssituasjon – skal kun rapporteres for de pasientene som er henvist til TSB. Dette gjelder også for pasienter som får helsehjelp i TSB ved enheter som er organisert sammen med psykisk helsevern. Situasjon ved behandlingsstart skal bare rapporteres for pårørende hvis den pårørende selv har en henvisning til TSB.

Opplysninger om pasientens situasjon ved behandlingsstart skal rapporteres så fort det er praktisk mulig å få pålitelige opplysninger fra henne/han. Dette betyr blant annet at pasienten må være i stand til å gjøre rede for seg. Det kan også være tilfeller der behandleren må etablere en trygg relasjon til pasienten før enkelte av temaene kan tas opp. Hensynet til at opplysningene må være pålitelige går foran hensynet til rask utfylling.

Registrering av opplysninger i denne delen må baseres på intervju med pasienten, for eksempel i sammenheng med anamnese/journalopptak. Intervju og registrering skal foretas av den som har behandlingsansvar/hovedansvar for pasienten. Opplysningene kan hentes inn gjennom ett eller flere intervjuer, i en rekkefølge og på en måte som passer i møtet med den enkelte pasient. Det avgjørende er at opplysningene innhentes ut fra den forståelsen av de enkelte spørsmål som er definert i denne veilederen.

For å få pålitelige opplysninger, er det nødvendig med god kjennskap til innholdet i veilederen. Opplysningene skal hentes inn fra pasientene på en måte som sikrer

trygghet og åpenhet, og på grunnlag av riktig forståelse av spørsmålenes mening og innhold. I tilknytning til kartleggingen av pasientens situasjon ved behandlingsstart er det laget et skjema som gir en oversikt over variablene.

Skjemaet er ment å bidra til enhetlig registrering av opplysningene til NPR og finnes som et vedlegg i denne veilederen. I tillegg er skjemaet publisert på NPRs nettsider.

Spørsmålene angår pasientens situasjon i ulike tidsperioder før kartleggingsdato:

1. Situasjon pr. kartleggingsdato
2. Situasjon de fire siste uker før kartleggingsdato
3. Situasjon seks siste måneder før kartleggingsdato
4. Ubegrenset tidsrom/"tidligere i livet", eventuelt med krav om varighet

6.1 Administrative opplysninger

Dato for kartlegging

Angir dato og tidspunkt da kartlegging av russituasjonen ble påbegynt.

Følger ISO 8601 standard: CCYY-MM-DDTHH:MM:SS (for eksempel vil 2016-01-19T12:30:00 bety 19. januar 2016 kl. 12:30).

6.2 Boforhold

Bor sammen med

Angir hvem pasienten har bodd sammen med *de siste fire uker* før behandlingsstart.

Kodeverdier:		Forklaring:
1	Bor alene	
2	Bor i parforhold	Med "parforhold" menes at pasienten bor sammen med en samlivspartner/kjæreste
3	Bor sammen med venner	
4	Bor sammen med foreldre	Også deltidssamvær registreres her
5	Bor sammen med barn under 18 år	
6	Bor sammen med barn over 18 år	
8	Bor sammen med andre	
9	Ukjent	

Det er mulig å registrere flere verdier. Dersom det har vært en endring i løpet av de siste fire ukene, er det gjeldende situasjon umiddelbart før behandlingsstart som skal rapporteres.

Boligforhold fire siste uker

Angir under hvilke boligforhold pasienten har bodd de siste fire uker før behandlingsstart.

Kodeverdier:		Forklaring:
1	Ingen bolig	Koden skal brukes når pasienten de siste fire ukene ikke har hatt noen form for husvære, heller ikke hospits, herberge eller hotell.
2	Hospits/hybelhus/hotell	Koden skal brukes for pasienter som i de siste fire uker har bodd på hospits eller annet tiltak for bostedsløse.
3	Institusjon	Dette gjelder de som de siste fire ukene har bodd på sykehus, i annen behandling sin institusjon, på vernehjem, omsorgshjem eller rehabiliteringssenter, eller i fengsel.
4	Egen privat bolig	For pasienter som de siste fire uker har bodd i egen privat bolig, enten den er selveierbolig eller utleiebolig.
5	Privat bolig eid av annen	For pasienter som bor hos andre, inkludert privat kollektiv
8	Annet	

Dersom det har vært en endring i boligforhold i løpet av de siste fire ukene, rapporteres gjeldende boligforhold umiddelbart før behandlingsstart. Endringen skal imidlertid være av mer varig karakter, og ikke for eksempel kortvarige endringer knyttet til behandlingen.

Pasienter som har tilbrakt hele eller siste del av perioden på yrkes- eller ferieaktivitet borte fra hjemmet (for eksempel reise, fiske, båt eller oljeplattform) skal her rapporteres slik vedkommendes bosituasjon normalt er.

6.3 Barn

Antall egne barn

Antall egne barn, uavhengig av hvor barna befinner seg og uansett alder.

Bosituasjon for barn under 18 år

Angir om det enkelte barn under 18 år bor i samme boenhet som pasienten. Både barn som er pasientens egne og andres barn som bor sammen med pasienten skal rapporteres. Det er aldersgruppe og antall for hver av de to gruppene barn nevnt her som skal rapporteres, se illustrasjon på neste side.

Kodeverdier:		Forklaring:
1	Eget barn bor i samme boenhet som pasient	Hjemmeboende
2	Barn av annen bor i samme boenhet som pasient	Hjemmeboende

Kun barn som bor i samme boenhet som pasienten skal rapporteres.
Også barn som bor deltid i boenheten skal rapporteres.

Barns alder

Klassifisering av barnet etter dets alder. Angir alder for barn under 18 år som bor i samme boenhet som pasienten. Det er antall barn i hver aldersgruppe som rapporteres.

Kodeverdier:	
1	Alder fra 0 til og med 6 år
2	Alder fra 7 til og med 12 år
9	Alder fra 13 til og med 17 år

Illustrasjon fra skjemaet "Situasjon ved behandlingsstart"

Barn under 18 år i samme boenhet som pasienten (angi antall)			
	0-6 år	7-12 år	13-17 år
Egne barn i samme boenhet, angi antall	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Andres barn i samme boenhet, angi antall	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

6.4 Graviditet

Graviditet

Angir om pasienten er gravid.

Kodeverdier:	
1	Ja
2	Nei
9	Ukjent

Uker gravid

Angir svangerskapsuke hvis pasienten er gravid.

6.5 Sykdom

Vedvarende sykdommer eller skader

Angir om pasienten har vedvarende somatiske sykdommer som påvirker livsførsel og livskvalitet.

Kodeverdier:	
1	Ja
2	Nei
9	Ukjent

Eksempler på vedvarende somatiske sykdommer som påvirker livsførsel og livskvalitet er astma, leddgikt, HIV/AIDS, funksjonshemminger som lammelser, blindhet, døvhet eller sterk hørselshemming. Optisk korrigerbare synsforstyrrelser regnes ikke.

Dersom vedvarende skader eller sykdommer ikke klart kan avkrefte eller bekrefte, rapporteres 9 *Ukjent*.

6.6 Psykisk tilstand

Psykiske vansker/lidelser

Angir om pasienten har hatt psykiske vansker eller lidelser med en varighet på *minst syv dager de siste fire uker, og/eller minst én måned tidligere i livet*. For hver av disse psykiske lidelsene er det forekomst siste fire uker og tidligere i livet som skal rapporteres. Merk at dette er pasientens vurdering av egne psykiske vansker.

Kodeverdier:		Forklaring:
1	Hatt alvorlige depresjoner	Med "alvorlige depresjoner" menes her perioder (varighet: se under) hvor pasienten har følt seg uten energi, initiativ og interesse for ting, og hatt vanskelig for å ta fatt på og gjennomføre vanlige daglige gjøremål (som å stå opp, stelle seg, lage seg mat, utføre plikter hjemme eller ute, gjøre hobbyaktiviteter).
2	Hatt alvorlig angst	Med "alvorlig angst" menes her perioder (varighet: se under) hvor pasienten har opplevd vedvarende (lange episoder hver dag) eller hyppige (flere ganger hver dag) anfall av angst, med følelse av uforklarlig redsel, av å ikke ha kontroll, eller av at noe forferdelig kommer til å skje, slik at vanlige gjøremål er blitt ugjort eller sterkt hemmet. Vanligvis følges slike angstopplevelser av kraftig hjertebank, svette og/eller svimmelhet.
3	Hatt vrangforestillinger/hallusinasjoner	Med "vrangforestillinger" menes perioder (varighet: se under) hvor pasienten har opplevd og vært overbevist om forhold som ikke hadde rot i virkeligheten, for eksempel kroppslige forandringer, at hun/han var en annen person eller skapning, var overvåket, at andre kunne følge med i alt hun/han gjorde ved å se gjennom tak og vegger, at stråler kom (fra mange kanter) og påvirket henne/han, eller at pasienten påvirket hendelser hun/han klart ikke kunne ha innflytelse over.
4	Blitt foreskrevet medisiner for et eller annet psykisk/følelsesmessig problem	Her tenkes på alle typer medisiner som påvirker hvordan vi fungerer psykisk, fra antipsykotisk medisin til tabletter for et innsovningsproblem, og som har vært gitt med en varighet som nevnt over.
5	Hatt alvorlige tanker om å ta livet av seg	Med "alvorlige tanker om å ta livet av seg" menes her perioder (varighet: se under) hvor pasienten har vurdert å faktisk ta sitt eget liv på en konkret måte, og av en bevisst grunn. (Svært mange mennesker har opplevd plutselige og ukontrollerte ideer om å ta livet sitt. Det skal ikke her

		registreres slike spontane ideer om selvmord som ikke oppleves som ens egen bevisste tanke, eller som dukker opp "av seg selv" og forsvinner like fort igjen. Vi understreker likevel at hver enkelt kontaktperson eller behandler for behandlingens skyld nøye vurderer alvorlighetsgrad, innhold og kontekst for alle uttrykte ideer om selvmord).
--	--	--

Psykisk helsetilstand siste fire uker

Angir om pasienten har hatt den enkelte registrerte psykiske vansken/lidelsen i en periode med varighet på *minst 7 dager de siste fire uker*.

Kodeverdier:	
1	Ja
2	Nei
9	Ukjent

Psykisk helsetilstand tidligere

Angir om pasienten har hatt den enkelte registrerte psykiske vansken/lidelsen i en periode med varighet på *minst én måned tidligere i livet*.

Kodeverdier:	
1	Ja
2	Nei
9	Ukjent

Illustrasjon fra skjemaet "Situasjon ved behandlingsstart"

Psykiske vansker/lidelser (Angi verdi i alle felt)			
	Siste 4 uker	Tidligere i livet	
Verdier:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hatt alvorlige depresjoner
1= Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hatt alvorlig angst
2= Nei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hatt vrangforestillinger/hallusinasjoner
9= Ukjent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blitt foreskrevet medisiner for et eller annet psykisk/følelsesmessig problem
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hatt alvorlige tanker om å ta livet av seg

6.7 Russituasjon

Opplysninger om pasientens rusmiddel- eller medikamentbruk skal ta utgangspunkt i en periode i løpet av det siste halvåret før behandlingsstart som var **representativ** for pasientens rusmiddel- eller medikamentbruk.

Angi om pasienten har mottatt behandling for sitt rusmiddelbruk på et tidligere

tidspunkt.

Kodeverdier	
1	Ja
2	Nei
3	Ukjent

Det skal også rapporteres alder ved første rusbehandling.

Angi om pasienten har mottatt opioid substitusjonsbehandling på et tidligere tidspunkt, jf. kodeverk 8747.

Kodeverdier	
1	Har aldri mottatt opioid substitusjonsbehandling (OST)
2	Har mottatt opioid substitusjonsbehandling (OST)
9	Ukjent/vet ikke

Alder ved første opioid substitusjonsbehandling skal også rapporteres.

6.7.1 Bruk av rusmidler eller vanedannende medikamenter

Rangering av brukte rusmidler

Her skal de fire mest brukte rusmidlene/medikamentene i forhold til rustid angis med kodeverdiene under Rusmiddeltype. For hvert av disse fire rusmidlene skal det også rapporteres *Hvor ofte brukt siste fire uker, Inntaksmåte og Alder brukt første gang*. Se illustrasjon helt til slutt i kapitlet som viser hva som skal rapporteres.

Kodeverdier:	
1	Mest brukte
2	2. mest brukte
3	3. mest brukte
4	4. mest brukte

”Mest brukte” betyr i denne sammenheng det rusmiddel eller medikament som i perioden ga mest rustid eller (på)virkingstid, det vil si det som etter pasientens oppfatning ga henne/han lengst samlet tid i ruset/påvirket tilstand i perioden. Det er pasientens representative rusmiddel- eller medikamentbruk i løpet av det siste halvåret før behandlingsstart som skal rapporteres her.

Rusmiddeltype

Angi de fire mest brukte rusmidlene/medikamentene de siste seks måneder. For hvert av de fire mest brukte rusmidlene/medikamentene skal *rangering av bruk, hvor ofte rusmidlet er brukt siste fire uker, inntaksmåte og alder brukt første gang* rapporteres.

- Her kan opptil fire kodeverdier velges.

Kodeverdier:		Forklaring:
1	Alkohol	Øl, sider, vin, brennevin osv.

2	<i>Cannabis</i>	<i>Hasj, marihuana.</i>
3	<i>Heroin/opium</i>	<i>Heroin, opium.</i>
4	<i>Metadon, buprenorfin, andre opiater/opioider foreskrevet i LAR-program</i>	<i>Metadon, Subutex, Suboxone, evt. andre opioider foreskrevet innen et LAR-opplegg.</i>
5	<i>Metadon, buprenorfin, andre opiater/opioider foreskrevet utenfor LAR-program</i>	<i>Metadon, Subutex, Suboxone, Temgesic, Dolcontin, Morfin, Kapanol, Ketogan, Ketorax, Durogesic, Petidin, Actiq, Fortralin, Aporex, Nobligan, Tradolan, Tramadol, Tramagetic, Fentanyl, Leptanal, Rapifen, Sufenta, Ultiva, Codalgin forte, Paralgin forte/major/minor, Pinex forte, Kodein tbl., Cosylan mixt., Solvipect comp. mixt., Sterk hostesirup.</i>
6	<i>Metadon, buprenorfin, andre opiater/opioider ervervet uten at foreskrevet av lege</i>	<i>Metadon, Subutex, Suboxone, Temgesic, Dolcontin, Morfin, Kapanol, Ketogan, Ketorax, Durogesic, Petidin, Actiq, Fortralin, Aporex, Nobligan, Tradolan, Tramadol, Tramagetic, Fentanyl, Leptanal, Rapifen, Sufenta, Ultiva, Codalgin forte, Paralgin forte/major/minor, Pinex forte, Kodein tbl., Cosylan mixt., Solvipect comp. mixt., Sterk hostesirup.</i>
7	<i>Benzodiazepiner foreskrevet av lege</i>	<i>Inkludert benzodiazepinliknende midler. Valium, Vival, Stesolid, Sobril, Alopam, Serepax, Alprazolam, Xanor, Rohypnol, Flunipam, Flutraz, Mogadon, Apodorm, Dormicum, Midazolam, Rivotril, Heminevrin, Imovane, Zopiklon(clone), Stilnoct, Zolpidem.</i>

Kodeverdier:		Forklaring:
8	<i>Benzodiazepiner ikke foreskrevet av lege</i>	<i>Inkludert benzodiazepinliknende midler. Valium, Vival, Stesolid, Sobril, Alopam, Serepax, Alprazolam, Xanor, Rohypnol, Flunipam, Flutraz, Mogadon, Apodorm, Dormicum, Midazolam, Rivotril, Heminevrin, Imovane, Zopiklon(clone), Stilnoct, Zolpidem.</i>
9	<i>Andre vanedannende medikamenter</i>	<i>andre smertestillende midler (Pentothal-Natrium, Ketalar), andre angstdempende og søvnfremmende midler (Barbital, Heminevrin), sentralt virkende muskelavslappende midler (Somadril, Trancopal), antiepileptiske midler (Fenemal, Fenobarbitalnatrium, Mysoline, Amytal), migrenemidler (Anervan, Cafergot comp.), psykostimulerende midler (Ritalin, Concerta, Equasym, Modiodal, Racemisk amfetamin, Efedrin).</i>
10	<i>Amfetamin</i>	<i>Amfetaminer, metamfetaminer (speed, pepper, amf). (Sentralstimulerende medikamenter som Efedrin, Ritalin, Concerta registreres som 09 (=Andre vanedannende medikamenter) (se over)).</i>
11	<i>Kokain</i>	<i>Kokainpulver, kokainklorid, andre former for kokain (unntatt crack, som registreres i kategori "12").</i>

12	<i>Crack</i>	<i>Crack-kokain.</i>
13	<i>Andre sentralstimulerende midler</i>	<i>Khat, Kat. (Sentralstimulerende medikamenter (Ritalin, Concerta, Equasym, Modiodal, Racemisk amfetamin, Efedrin) registreres under 09 (=Andre vanedannende medikamenter) (se over)).</i>
14	<i>LSD og liknende</i>	<i>Hallusinogener som LSD, PCP, fleinsopp, peyote (psilocybin), mescaline.</i>
16	<i>Løsemidler</i>	<i>Lynol, white spirit, tynner, bensin, lim, lightergass o.l.</i>
17	<i>Rødsprit o.l.</i>	<i>Rødsprit, frostvæske, spylervæske, etterbarberingsvann, o.l.</i>
19	<i>Ecstasy og "designer drugs" unntatt GHB/GBL</i>	<i>"Designer drugs"; Ecstasy; (IXT, MDMA, MBDB, MDA, MDEA o.l.).</i>
20	<i>GHB/GBL</i>	
21	<i>Anabole androgene steroider</i>	
18	<i>Annet</i>	<i>Koden anvendes for andre stoffer som det ikke er naturlig å gi en av kodene ovenfor.</i>

Det er forskjellige verdier i kodeverket for samme rusmiddel avhengig av om rusmiddelet er foreskrevet av lege eller ikke.

Hvor ofte brukt siste 4 uker (OID 8728)

Angir hvor ofte pasienten har brukt hvert av de fire mest brukte rusmidlene/medikamentene de siste fire ukene før behandlingsstart.

Kodeverdier:	
1	<i>Ikke brukt de siste fire uker</i>
2	<i>Sjeldnere enn en gang i uken</i>
3	<i>Omtrent ukentlig</i>
4	<i>To til fire dager i uken</i>
5	<i>Fem til seks dager i uken</i>
6	<i>Daglig</i>
9	<i>Ukjent</i>

Dersom pasienten ikke har brukt noe rusmiddel de siste fire ukene før behandlingsstart (for eksempel dersom pasienten søker hjelp for å unngå tilbakefall, eller har vært uten rusmiddelbruk på grunn av institusjonsopphold/fengsel/sykehus eller av andre grunner), rapporteres dette ved å sette kode 1 "Ikke brukt".

Inntaksmåte (OID 8727)

Angir inntaksmåten for hvert av de fire mest brukte rusmidlene/medikamentene.

Kodeverdier:	
1	<i>Drikker/spiser</i>
2	<i>Injiserer</i>

3	<i>Røyker</i>
4	<i>Sniffer</i>
8	<i>Annet</i>
9	<i>Ukjent</i>

Alder brukt første gang

Angir alder for første gangs bruk for hvert av de fire mest brukte rusmidlene/medikamentene. Oppgis i hele år. Dersom debutalder er ukjent registreres 99 "Ukjent".

Dette er et spørsmål om alder ved første gangs bruk i livet, ikke om når problematisk bruk startet.

6.7.2 Sprøytebruk

Sprøytebruk siste fire uker (OID 8743)

Angir hyppigheten av eventuell sprøytebruk i russammenheng de siste fire uker.

Kodeverdier:	
1	<i>Ikke brukt sprøyte</i>
2	<i>Sjeldnere enn en gang i uken</i>
3	<i>Omtrent ukentlig</i>
4	<i>2-4 dager i uken</i>
5	<i>Daglig eller nesten daglig</i>
9	<i>Ukjent</i>

Sprøytebruk (OID 8746)

Angir hyppigheten av sprøytebruk uavhengig av tidspunkt i livet.

Kodeverdier:	
1	Har aldri injisert rusmiddel
2	Har injisert rusmiddel. Mer enn 12 måneder siden siste injisering.
3	Har injisert rusmiddel. Mer enn 1 måned og mindre enn 12 måneder siden siste injisering
4	Har injisert rusmiddel. Mindre enn 1 måden siden siste injisering.
5	Daglig eller nesten daglig
8	Ønsker ikke å svare
9	Ukjent

Det skal rapporteres alder ved første gangs sprøytebruk.

Illustrasjon fra skjemaet "Situasjon ved behandlingsstart"

Rusmiddel-/medikamentprofil siste 6 måneder

Rusmidlene rangeres i forhold til hva pasienten oppfatter har gitt mest rus-tid eller virkningstid de siste 6 måneder.

Rusmidlene rangeres i forhold til hva pasienten oppfatter har gitt mest rus-tid eller (på)virkingstid de siste 6 måneder.	Type rusmiddel /medikament (bruk kode nedenfor)	Inntaksmåte (bruk kode nedenfor)	Hvor ofte brukt siste 4 uker (bruk kode nedenfor)	Alder brukt første gang (i hele år)
Mest brukte rusmiddel/medikament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. mest brukte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. mest brukte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. mest brukte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>0 = Ingen 1 = Alkohol 2 = Cannabis 3 = Heroin/Opium 4 = Metadon, buprenorfin, andre opiater/opioider foreskrevet i LAR-program 5 = Metadon, buprenorfin, andre opiater/opioider foreskrevet utenfor LAR-program 6 = Metadon, buprenorfin, andre opiater/opioider ervervet uten at foreskrevet av lege</p> <p>7 = Benzodiazepiner foreskrevet av lege 8 = Benzodiazepiner ikke foreskrevet av lege 9 = Andre vanedannende medikamenter 10 = Amfetamin 11 = Kokain 12 = Crack 13 = Andre sentralstimulerende midler 14 = LSD og liknende 16 = Løsemidler 17 = Rødsprit o.l 19 = Ecstasy og "designer drugs" unntatt GHB /GBL 20 = GHB /GBL 18 = Annet</p> <p>1 = Drikker/spiser 2 = Injiserer 3 = Røyker 4 = Sniffer 8 = Annet 9 = Ukjent</p> <p>1 = Ikke brukt 2 = Sjeldnere enn 1 gang i uken 3 = Omtrent ukentlig 4 = 2-4 dager i uken 5 = 5-6 dager i uken 6 = Daglig 9 = Ukjent</p> <p>99 = Ukjent</p>				

7 Avslutning av henvisningsperioden

Når utredningen/behandlingen er avsluttet og det ikke er planlagt ytterligere behandlingsepisoder for pasienten, skal henvisningsperioden lukkes. Institusjonen registrerer "avsluttende" opplysninger og lukker henvisningsperioden ved å registrere *Sluttdato*.

Oppfølging type

Angir hvilken type oppfølging det er gjort avtale om. Det kan være avtalt flere typer oppfølging og alle typer som er kategorisert skal rapporteres.

Kodeverdier:		Forklaring:
1	<i>Avtale om oppfølging, ettervern eller selvhjelpsgruppe i regi av eget tiltak/institusjon</i>	<i>Ikke aktuell å bruke siden henvisningsperioden først skal avsluttes når all planlagt behandling ved enheten er avsluttet.</i>
2	<i>Formell melding om tilbakeføring til kommunal helse- og/eller sosialtjeneste</i>	<i>Der tiltaket har gitt melding eller orientering til pasientens hjemkommune om at behandlingsrelasjonen har opphørt</i>
3	<i>Avtale med kommunal helse- og/eller sosialtjeneste</i>	
4	<i>Avtale med spesialisthelsetjeneste</i>	
5	<i>Avtale med frivillig organisasjon eller gruppe</i>	
99	<i>Ikke avtalt oppfølging</i>	

Henvist til tjeneste

Klassifisering av den instans som mottar henvisningen ved videresending av henvisningen.

Kodeverdier:		Forklaring:
1	<i>Pasienten selv</i>	
41	<i>Somatisk spesialisthelsetjeneste</i>	
42	<i>Tverrfaglig spesialisert rusbehandling</i>	
44	<i>Psykisk helsevern</i>	Inkludert DPS
10	<i>Privatpraktiserende spesialister</i>	Leger og psykologer
28	<i>Fastlege/primærlege/legevaksle</i>	Primærhelsetjeneste
88	<i>Andre kommunale tjenester</i>	Barnehage, skolesektor, PPT Sosialtjeneste, barnevern
9	<i>Andre tjenester</i>	Rehabiliteringsinstitusjoner, politi, fengsel, rettsvesen

Henvist til institusjon

Organisasjonsnummer tilsvarende bedrift til den instans som mottar henvisningen hvis dette er en enhet i spesialisthelsetjenesten.

Avslutningstype

Angir årsak til at behandlingen avsluttes.

Kodeverdier:	
1	<i>Etter gjensidig avtale mellom pasient og helseinstitusjon/behandler</i>
2	<i>Ensidig fra helseinstitusjons/behandlers side</i>
3	<i>Ensidig fra pasientens side (beskjed gitt)</i>
4	<i>Pasient uteblitt (beskjed ikke gitt)</i>
5	<i>Overført til annen helseinstitusjon med hjemmel i lovparagraf om tvang</i>
6	<i>Dødsfall</i>

Sluttdato

Henvisningsperiodens sluttdato.

På dette tidspunktet er behandlingen avsluttet og det er ikke planlagt flere kontakter eller episoder.

All aktivitet for ett og samme sykdomstilfelle skal knyttes til samme henvisningsperiode. Dersom ulike behandlingssteder ikke benytter samme database, så må man rent teknisk avslutte henvisningsperioden når en pasient skal overføres til det nye behandlingsstedet. Behandlingsstedet som mottar pasienten må da registrere ny henvisningsperiode. Det er viktig at datoer for ventetid og pasientrettigheter da overføres mellom behandlingsstedene (se kapittel 4 *Henvisningsperioden*).

SITUASJON VED BEHANDLINGSSTART

Skjema for registrering av NPR-melding TSB versjon 50.0.1

- Inneholder opplysninger om situasjon ved behandlingsstart for pasienter som er henvist til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk (TSB), også når behandlingen gis ved en enhet organisatorisk underlagt psykisk helsevern.
- Merk at opplysningene ikke er uttømmende i forhold til å kunne gi forsvarlig helsehjelp i hvert enkelt tilfelle.
- Opplysningene skal registreres ved hvert behandlingssted pasienten mottar behandling og ved endring av omsorgsnivå.
- Opplysningene skal registreres i behandlingsstedets journalsystem og skal rapporteres til Norsk pasientregister (jfr. Norsk pasientregisterforskriften § 2-1).
- Registreringsveileder for TSB ligger på NPRs hjemmesider: www.helsedirektoratet.no/npr/veiledere
Her finnes også en nærmere beskrivelse av rutiner for rapportering.

Dato for start av kartlegging

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
år				mnd		dag	

Kartlegging avsluttet (et kryss)

<input type="checkbox"/>	1= Ja
<input type="checkbox"/>	2= Nei

Fødselsnummer

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Kjønn (angi verdi)

<input type="checkbox"/>	1= Mann
<input type="checkbox"/>	2= Kvinne
<input type="checkbox"/>	9= Ikke spesifisert

Bor sammen med (flere valg mulig, sett kryss)

<input type="checkbox"/>	1= Bor alene
<input type="checkbox"/>	2= Bor i parforhold
<input type="checkbox"/>	3= Bor sammen med venner
<input type="checkbox"/>	4= Bor sammen med foreldre
<input type="checkbox"/>	5= Bor sammen med barn under 18 år
<input type="checkbox"/>	6= Bor sammen med barn over 18 år
<input type="checkbox"/>	8=Bor sammen med andre
<input type="checkbox"/>	9=Ukjent

Boligforhold siste 4 uker (angi verdi)

<input type="checkbox"/>	1= Ingen bolig
<input type="checkbox"/>	2= Hospits/hybelhus/hotell
<input type="checkbox"/>	3= Institusjon
<input type="checkbox"/>	4= Egen privat bolig (eid eller leid)
<input type="checkbox"/>	5= Privat bolig eid av annen (bor hos andre)
<input type="checkbox"/>	8= Annet

Barn

	Antall barn
Antall egne barn uansett alder og bosituasjon	

Barn under 18 år i samme boenhet som pasienten (angi antall)

	Antall barn 0-6 år	Antall barn 7-12 år	Antall barn 13-17 år
Antall egne barn uansett alder og bosituasjon			
Andres barn i samme boenhet, angi antall			

Vedvarende somatiske sykdommer eller skader

1= Ja
2= Nei
9= Ukjent

Graviditet

1= Ja	Antall uker gravid:
2= Nei	
9= Ukjent	

Psykiske vansker/lidelser

	Siste 4 uker	Tidligere i livet
	1= ja 2= Nei 3= Ukjent	1= ja 2= Nei 3= Ukjent
Hatt alvorlige depresjoner		
Hatt alvorlig angst		
Hatt vrangforestillinger/hallusinasjoner		
Blitt foreskrevet medisiner for et eller annet psykisk/følelsesmessig problem		
Hatt alvorlige tanker om å ta livet av seg		

Alder ved første sprøytebruk

Alder (antall år):	
--------------------	--

Sprøytebruk siste 4 uker (sett kryss)

1 = Ikke brukt sprøyte
2 = Sjeldnere enn 1 gang i uken
3 = Omtrent ukentlig
4 = 2-4 dager i uken
5 = Daglig eller nesten daglig
9 = Ukjent

Brukt sprøyte (sett kryss)

1 = Har aldri injisert rusmiddel
2 = Har injisert rusmiddel. Mer enn 12 måneder siden siste injisering
3 = Har injisert rusmiddel. Mer enn 1 måned og mindre enn 12 måneder siden siste injisering
4 = har injisert rusmiddel. Mindre enn 1 måned siden siste injisering
5 = Daglig eller nesten daglig
8 = Ønsker ikke å svart
9 = Ukjent

Rusmiddel-/medikamentprofil siste 6 måneder

Rusmidlene rangeres i forhold til hva pasienten oppfatter har gitt mest rus-tid eller virkningstid de siste 6 måneder.

Rusmidlene rangeres i forhold til hva pasienten oppfatter har gitt mest rus-tid eller (på)virkingstid de siste 6 måneder.	Type rusmiddel /medikament (bruk kode nedenfor)	Inntaksmåte (bruk kode nedenfor)	Hvor ofte brukt siste 4 uker (bruk kode nedenfor)	Alder brukt første gang (i hele år)
Mest brukte rusmiddel/medikament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. mest brukte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. mest brukte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. mest brukte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>0 = Ingen 1 = Alkohol 2 = Cannabis 3 = Heroin/Opium 4 = Metadon, buprenorfin, andre opiater/opioider foreskrevet i LAR-program 5 = Metadon, buprenorfin, andre opiater/opioider foreskrevet utenfor LAR-program 6 = Metadon, buprenorfin, andre opiater/opioider ervervet uten at foreskrevet av lege</p> <p>7 = Benzodiazepiner foreskrevet av lege 8 = Benzodiazepiner ikke foreskrevet av lege 9 = Andre vanedannende medikamenter 10 = Amfetamin 11 = Kokain 12 = Crack 13 = Andre sentralstimulerende midler 14 = LSD og liknende 16 = Løsemidler 17 = Rødsprit o.l 19 = Ecstasy og "designer drugs" unntatt GHB /GBL 20 = GHB /GBL 18 = Annet</p> <p>1 = Drikker/spiser 2 = Injiserer 3 = Røyker 4 = Sniffer 8 = Annet 9 = Ukjent</p> <p>1 = Ikke brukt 2 = Sjeldnere enn 1 gang i uken 3 = Omtrent ukentlig 4 = 2-4 dager i uken 5 = 5-6 dager i uken 6 = Daglig 9 = Ukjent</p> <p>99 = Ukjent</p>				

Veiledere fra Helsedirektoratet utarbeides innenfor helsefaglige temaområder der det er behov for utdypende beskrivelser av faglige spørsmål, løvverk, administrative, organisatoriske og institusjonelle forhold. Metode for utarbeiding er beskrevet i hver enkelt veileder.

Helsedirektoratet
Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no