

Forløp for planlagt innleggelse til døgnbehandling innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

A) Bakgrunn og formål

Pasienter som tilbys planlagt døgnbehandling innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i Bergensområdet, skal oppleve likeverdige og koordinerte pasientforløp uavhengig av hvilken enhet man henvises til. Forløpet skal sikre rask tilgang til, og høy kvalitet på utredning, behandling, rehabilitering og oppfølging i tråd med pakkeforløp for TSB. Forløpet baserer seg på prioriteringsveilederen, nasjonalt pakkeforløp for TSB og tjenesteavtale 3 og 5 for psykiatri og rus i Helse Bergen området.

B) Pasientgruppe:

Pasienter over 18 år med rusmiddelproblemer, som henvises til utredning og/eller behandling innen TSB, hvor det er behov for en planlagt innleggelse med døgnopphold, og som tilfredsstillende felles kriterier for når en pasient skal tilbys en slik innleggelse.

C) Felles kriterier for inntak til en planlagt innleggelse med døgnopphold

Innleggelse i institusjon skjer i henhold til prioriteringsveilederen, og bør kun benyttes når målsetting og mulig nytte med en innleggelse er avklart, og poliklinisk-, dag- og ambulerende tilnærming ikke er tilstrekkelig.

Felles kriterier for når en pasient skal tilbys en planlagt innleggelse med døgnopphold er derfor:

- Når en pasient tvangsinnlegges i henhold til §§ 10.2 og/el. 10.3 i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester
- Når det er fare for liv og helse, alvorlige relasjonsbrudd, -sosiale konsekvenser eller -funksjonsfall
- Når utredning el. behandling krever rusfrihet, og der dette ikke oppnås uten innleggelse
- Når det er alvorlig problematikk, stor grad av samsykelighet og der bruker selv ikke ønsker, eller ikke har tro på nytteverdien av andre tjenestetilbud
- Når pasient ønsker innleggelse, og poliklinisk-, dag- og ambulerende tilnærming har vært prøvd, men med opplevd lav nytteverdi for både pasient og behandler

D) Forløpets start og slutt:

Forløpet starter når henviser utenfor spesialisthelsetjenesten vurderer behov for tverrfaglig spesialisert utredning eller rusbehandling til pasienten, eller henviser innenfor spesialisthelsetjenesten vurderer behov for en planlagt innleggelse i TSB. Forløpet stopper når pasienten er utskrevet til bosted fra døgninstitusjon.

E) Prosessmål

Pasienter som får tilbud om en planlagt innleggelse skal få:

- startet sin helsehjelp innen gjennomsnittlig ventetid på 14 kalenderdager
- et pakkeforløp som ivaretar de normerte fristene til ulike forløpssteg/tiltak i forløpet

1. Henvisning og start

1.1a og b Kartlegging og henvisning

Når pasient med rusmiddelproblemer henvender seg til sosialtjeneste, fastlege, annen spesialist eller annen henviser, skal henvisende instans informere og drøfte følgende med pasienten og eventuelt pårørende:

- bakgrunn for henvisningen og hva henvisningen innebærer
- innholdet i henvisningen (pasienten bør få kopi av henvisningen)
- hva som vil skje når henvisningen er sendt
- samtykke til samarbeid med ulike aktører vedrørende informasjonsutveksling

Det bør gjennomføres en kartlegging før henvisning sendes, og henvisningen bør inneholde en kortfattet status som inkluderer:

Aktuell problemstilling

- Hva ønsker pasienten hjelp til?
- Pasientens ønsker om type behandling og hvor behandlingen bør finne sted
- Pasientens ressurser
- Rusmiddelbruk og/eller annen avhengighetsproblematikk
- Har pasienten Individuell plan (IP), koordinator og ansvarsgruppe?
- Tidligere og nåværende behandlings- og oppfølgingstiltak
- Somatisk helse (inkludert tannhelse) og levevaner. Hvis mulig legges det ved et skriv fra fastlegen
- Psykisk helse. Vurdering av overdoserisiko og risikofaktorer for selvskading/selv mord
- Samarbeidspartnere og andre hjelpeinstanser (inkludert NAV) som pasienten er i kontakt med
- Eventuelt behov for avrusning

Familie/sosialt

- Familieforhold, spesielt fokus på pasientens mindreårige barn og/eller søsken
- Sosiale forhold inkludert boligforhold
- Interesser og nær(e) støtteperson(er)
- Arbeid/utdannelse (herunder sykemelding), økonomi og nettverk
- Har pasienten førerkort?

Andre forhold

- Legemidler i bruk og relevant tidligere legemiddelbruk
- Informasjon om allergier (inkludert legemiddelallergier)
- Kartlegge om pasienten har historie med vold og trusler (utsatt for og/eller utøvd)
- Spesielle hensyn (behov for tolk, oppmøtested, tilrettelegging, ønske om kjønnsdelt behandling med mer)
- Spesielle hensyn knyttet til språklige eller kulturelle forskjeller, eventuell status migrasjonsbakgrunn

- Hvis pasienten har **mindreårige barn eller –søsken**, må behandler sikre at barnas behov for informasjon og oppfølging kartlegges og ivaretas.
- Ved **behov for vurdering av selvmordsrisiko**, må behandler sikre at dette gjøres av kvalifisert helsepersonell jfr. regional rutine for kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko³
- Hvis pasient **ikke møter opp** til time/avtalt tidspunkt for innleggelse, iverksettes tiltak i henhold til egen retningslinje⁴.

Følgende bør kartlegges i den første samtalen:

- pasientens mål, ønsker, behov og forventninger til behandling og oppfølging
- bakgrunn for og gjennomgang av henvisningen
- pasient og eventuelt pårørendes opplevelse av utfordringer/vansker og årsaker til dette
- informasjon og dialog om behandlingstilbud og rammene for samarbeidet
- kartlegging av rusmiddelbruk og annen avhengighetsproblematikk
- er det behov for umiddelbare tiltak knyttet til psykosetilstand, alvorlige somatiske tilstander og/eller voldsproblematikk, eventuelt behov for kriseplan
- drøfte tiltak ved manglende oppmøte og fare for behandlingsavbrudd



Følgende bør avklares før innkalling til basis kartlegging og utredning

- I forkant av innkalling til basis kartlegging og utredning må det vurderes hvor det er mest hensiktsmessig at denne bør finne sted, og om andre skal delta sammen med pasienten.
- Utfordringer knyttet til kommunikasjon og behov for tolk vurderes, hvis det ikke er avklart.
- Dersom pasienten har behov for utredning eller behandling for flere tilstander, må behandler vurdere om det er behov for annen kompetanse for å ivareta dette.

Registrering av koder

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

2.3. Basis kartlegging og vurdering/utredning:

Alle pasienter skal få en basis kartlegging og vurdering/utredning. Alle mål og tiltak skal drøftes og avgjøres i samarbeid med pasienten, og det skal lages en plan for videre vurdering/utredning. Dersom slik kartlegging og vurdering/utredning relativt nylig er gjort, og ansees som tilfredsstillende i forhold til innleggelsen kan slik «basis kartlegging og vurdering/utredning» utgå.

Basis kartlegging og vurdering/utredning skal omfatte:

- helsefaglig vurdering/utredning inkludert legeundersøkelse i spesialist- eller kommunehelsetjenesten
- psykologfaglig vurdering/utredning

³ <https://handbok.helse-bergen.no/eknet/docs/pub/DOK59190.pdf>

⁴ Retningslinje for ikke møtt i TSB: <https://handbok.helse-bergen.no/eknet/docs/pub/dok48059.htm>

- sosialfaglig vurdering/utredning
- har pasienten førerkort, se førerkortveilederen
- drøfte tiltak ved manglende oppmøte og fare for behandlingsavbrudd

Følgende minimumspakke skal benyttes:

- Minste felles diagnostikk (vedlegg 1)
- Mini eller Mini pluss (vedlegg 2)
- Audit-e (vedlegg 3)
- Dudit-e (vedlegg 4)

2.4 Beslutning om videre oppfølging etter basis kartlegging og vurdering/utredning

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

Hvis ikke annet er avtalt på et tidligere tidspunkt, bør beslutningen skje i et samarbeidsmøte sammen med pasient, kommunerepresentant og andre aktuelle aktører. Henvissende instans og andre aktuelle samarbeidspartnere som ikke er på møtet, får informasjon om beslutningen etter samtykke fra pasient. Et tverrfaglig møte bør planlegges i god tid, slik at pasienten ikke må vente unødig på aktuelle tiltak.

Beslutningen skal tas senest innen 7 kalenderdager for døgn og innen 21 kalenderdager for poliklinikk

Registrering av koder

Kode for klinisk beslutning og videre oppfølging registreres. Det skal registreres minst en kode for klinisk beslutning om pasientens videre behov når utredningen er ferdig. I de tilfeller der pasienten trenger hjelp fra flere aktører samtidig, skal det registreres flere koder. Hvis pakkeforløpet ikke skal fortsette, på bakgrunn av at pasienten ikke har behov for videre behandling, skal kode for avslutning av gjennomført pakkeforløp registreres.

2.5a-c Utvidet kartlegging og vurdering/utredning

Ofte vil den individuelle kartleggingen/vurderingen/utredningen foretas/fortsette etter at behandling er påbegynt.

Følgende punkter bør inngå i en utvidet kartlegging og vurdering/utredning:

- Kartlegging og vurdering/utredning av rusmiddelbrukens omfang og funksjon
- Utvidet kartlegging og vurdering/utredning av psykisk helse og kognitiv funksjon, vurdering av selvmordsrisiko og overdoserisiko
- Utvidet kartlegging og vurdering/utredning av somatisk helse, inkludert smerteproblematikk, reproduktiv helse og tannhelse
- Utvidet kartlegging av livsstilsfaktorer som bruk av tobakk, ernæring og fysisk aktivitet

- Utvidet kartlegging/vurdering/utredning av ressurser og mestring og sosial situasjon (inkludert arbeid/skole, aktivitet/fritid, bolig, økonomi, nettverk og fungering
- Videre utredning/vurdering av tilstand som følge av belastende livshendelser, for eksempel traumelidelse (se <https://www.nkvts.no/kartleggingsverktoy/>)

2.6 Beslutning om videre oppfølging etter utvidet kartlegging og utredning

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

Beslutningen bør tas i et tverrfaglig møte sammen med pasient og eventuelt pårørende, kommune-representant, og andre aktuelle aktører. Pasientens eget ønske skal ligge til grunn for den videre oppfølgingen. Dette skal fremkomme i journal. Henvisende instans og andre aktuelle samarbeids-partnere som ikke er på møtet får informasjon om beslutningen etter samtykke fra pasient. Et tverrfaglig møte bør planlegges i god tid, slik at pasienten ikke må vente unødige på aktuelle tiltak.

Registrering av koder

Kode for klinisk beslutning og videre oppfølging registreres.

3. Behandling, oppfølging og samarbeid:

3.1 Planlegging av behandling

Behandlingsplan/Individuell plan (IP)

Alle pasienter skal ha en behandlingsplan som bygger på innledende kartlegging og utredning, og pasient og eventuelt pårørende skal delta i utarbeidelsen. Behandlingen skal være kunnskapsbasert og tilpasset pasientens ønsker og behov.

Det er utarbeidet en regional mal for behandlingsplan, som finnes i DIPS.

Feedbackverktøy

Det bør benyttes et system hvor brukeren/pasienten på en systematisk måte kan gi tilbakemelding til behandleren om hvordan han/hun opplever behandlingen og relasjonen til behandler. Erfaringer tilsier at bruken av FIT/KOR-verktøyet eller tilsvarende feedbacksystemer gir pasientene økt medvirkning i behandlingen.

Samtidige sykdommer/somatisk helse

Dersom pasienten er innlagt i spesialisthelsetjenesten, er det institusjonen som har ansvar for oppfølging av pasientens helse. Hvis legen ved institusjonen ikke har kompetanse på sykdoms-området, vil legen ha et ansvar for å konferere med/henvise til relevant spesialistkollega inkludert fastlege uten unødige ventetid.

Legemiddelbehandling

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

3.2 Gjennomføring av behandling

Avrusning

Mange pasienter vil ha behov for avrusning i starten av eller underveis i et behandlingsforløp. Avrusningen kan skje poliklinisk, ved dagbehandling, ved innleggelse i en avrusningsenhet eller annen helseinstitusjon eller ved en kombinasjon av disse jamfør Nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler⁵.

Ved behov for og ønsker om videre behandling i TSB etter avrusning, er det et uttalt mål at pasienten skal direkte videre i annen behandling. Hvis pasienten skal videre til poliklinisk behandling etter avrusning, bør pasienten få time "i hånden" før utskrivning. Denne timen bør maksimalt være tre kalenderdager etter utskrivningsdagen.

Pasienten bør informeres nøye om tap av toleranse etter avrusning fra opioider der dette er aktuelt. Overdoseforebyggende tiltak ved utskrivning etter avrusning bør gjennomføres som beskrevet i kapittel 7.11 i pasientsikkerhetskampanjen⁶

Gjentatte (sekvensielle) innleggelser

I økende grad planlegges gjentatte, såkalte sekvensielle innleggelser til døgnenhet i TSB. Pasienten får oppfølging fra kommunal(e) instans(er) mellom døgninnleggelsene. Noen kan også ha behov for døgnbasert omsorgs- og rehabiliteringsplass i forkant eller i etterkant av behandling, jamfør lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-2.6 c.

Unge

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

Tilbakefall og håndtering av avbrudd

Tiltak for å forebygge og håndtere avbrudd bør nedfelles i en kriseplan⁷. Det er utarbeidet en regional mal for slike kriseplaner.

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

⁵ <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/avrusning-fra-rusmidler-og-vanedannende-legemidler>

⁶ <https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomr%c3%a5der/forebygging-av-overdosed%c3%b8dsfall>

⁷ <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet/oppstart-gjennomforing-avslutning-og-evaluering-i-rusbehandling/kriseplan-i-rusbehandling>

Spesialisthelsetjenesten ved behandler/forløpskoordinator har ansvar for reinnleggelse/skaffe ny time slik at avbruddet blir så kort som mulig. Nasjonal kompetansetjeneste for TSB har utarbeidet en rekke tips for å forebygge drop-out⁸.

Brukerstyrt seng

For å unngå/ redusere sjansen for avbrudd (drop-out) fra behandlingen er det viktig å tilby fleksible behandlingsrammer, og legge til rette for at pasienter kan komme raskt tilbake til behandling dersom de ønsker det. Brukerstyrt innleggelse kan være et egnet tiltak⁹.

Samhandling

Ved innleggelse i døgnet må kommunen varsles innen 24 timer eller så snart det lar seg gjøre jamfør forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter¹⁰.

I alle pasientforløp skal det sikres:

- samarbeid med pårørende og/eller andre instanser ut fra pasientens ønsker og behov
- tilbakemelding til fastlege/aktuell kommunal instans/henviser når behandlingsplan er utarbeidet og hvis større endringer i pasientens tilstand eller behandling tilsier det.

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

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

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

Det anbefales at personer med alvorlige ROP-lidelser og sammensatte tjenestebehov, som ikke greier å dra nytte av det ordinære tjenestetilbudet, får tilbud om behandling og oppfølging av et aktivt oppsøkende behandlingsteam. Teamet gir både kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester (ACT-, FACT- eller andre oppsøkende behandlingsteam med personell fra kommune og spesialisthelsetjeneste) se ACT- og FACT-håndbok (napha.no).

Samarbeidsmøter

I behandlingsforløpet er det viktig at samarbeids-/ansvarsgruppemøter mellom pasient, aktuelle kommunale aktører og TSB finner sted jevnlig. Det bør minimum avholdes et møte like etter innleggelse og et møte før utskrivning.

⁸ <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/tsb/nasjonal-kompetansetjeneste-tsb/vare-prosjekter/nasjonalt-ledernetverk-i-tsb/tips-til-a-reducere-drop-out>

⁹ <https://handbok.helse-bergen.no/eknet/docs/pub/DOK53427.pdf>

¹⁰ <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-11-18-1115>

Samarbeidsmøtet skal avklare og tydeliggjøre pasientens forventninger til behandlingsforløpet. Samarbeidsmøtene tar utgangspunkt i pasientens behandlingsplan, eventuelt individuell plan, og skal sikre koordinering av de tiltakene som skal gjennomføres i forbindelse med behandlingen. Se også veileder Sammen om mestring¹¹.

Registrere koder

- Det skal registreres kode for at pasient/pårørende er informert om de ulike behandlingsformer enheten tilbyr for aktuell tilstand, når de har mottatt slik informasjon.
- Det skal registreres kode for når behandlingsplan er utarbeidet og om pasient/pårørende er involvert i utarbeidelsen.
- Det skal registreres kode ved eventuelt avslutning for avrusning.
- Det skal registreres kode for når tilbakemelding er sendt til fastlege og henvisende instans
- Tilbakemelding sendes når behandlingsplan er ferdig utarbeidet, og eventuelt hvis store endringer i behandlingsplanen på et senere tidspunkt.
- Det skal registreres kode hver gang det blir gjennomført et samarbeidsmøte/ansvarsgruppe-møte hvor pasient og aktuelle aktører er tilstede.
- Det skal registreres kode for hver gang en evaluering er fullført, slik den er beskrevet i pakkeforløpet jamfør punkt 6.4.

3.3 Evalueringpunkter

For å sikre en effektiv og individuelt tilpasset behandling skal status for utredning og behandling gjennomgås etter bestemte tidsintervaller:

Poliklinikk:

- Inntil 7 kalenderdager fra klinisk beslutning etter ferdig utredning til første evaluering
- Inntil 56 kalenderdager (8 uker) mellom hver evaluering ved behandling som varer over 3 måneder.

Døgnet:

- Inntil 7 kalenderdager fra klinisk beslutning etter ferdig utredning til første evaluering
 - Inntil 56 kalenderdager (8 uker) mellom hver evaluering ved behandling som varer over 3 måneder.
- Evaluering skal også skje ved overgang mellom enheter og i avsluttende samarbeidsmøte.

Pasient, behandler og eventuelt pårørende og andre samarbeidspartnere bør vurdere følgende i fellesskap:

- pasientens opplevelse av behandlingen, og om den oppleves nyttig/oppnår mål eller delmål i behandlingsplanen
- status – endring i tilstand/funksjonsnivå/symptomer
- behandlingseffekt
- hvordan barn som pårørende/mindreårige søsken følges opp
- behovet for å involvere pårørende, flere i familien eller andre tjenester
- pasienten og evt. pårørendes tilfredshet med behandlingen

¹¹ <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>

- om somatisk helse er ivaretatt
- plan for tilbakevending arbeid/skole
- legemiddelgjennomgang, inkludert indikasjon, effekt, bivirkninger
- evaluere behandlingsplanen



- Hvis evaluering fører til større endringer i behandlingsplan, skal tilbakemelding sendes til henviser og fastlege.

Registrering av kode

- Hver gang evaluering er gjennomført skal kode registreres.
- Hvis evaluering er skjedd i et samarbeidsmøte med andre instanser, skal samarbeid registreres.
- Eventuell tilbakemelding til henviser og fastlege skal også registreres.

3.4 Planlegg utskrivning og avslutning

Planlagt avslutning av en innleggelse skjer når pasient er utskrivningsklar¹² og etter gjensidig avtale mellom pasient, TSB og kommune/ fastlege, og fordrer at det foreligger en konkret, skriftlig plan for oppfølging i kommunen, gjerne som en del av kriseplan og IP.

Sammen med pasienten avklares forventninger, og perioden etter utskrivelse forberedes. Det informeres om hvilke muligheter for hjelp og støtte som finnes, og i samarbeid med pasienten planlegges tiltak som kan være til nytte.

Følgende evalueringspunkter bør gjennomgås i avsluttende samarbeidsmøte:

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

¹² Jamfør vilkår i forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter.
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-11-18-1115>

Utskrivningsklar

Pasienten er utskrivningsklar når målet med innleggelsen er innfridd, det vil si at vilkårene i § 9 i Forskrift om betaling for utskrivningsklare pasienter er oppfylt:

«...Pasient i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet er utskrivningsklar når lege eller psykolog ved helseinstitusjon omfattet av spesialisthelsetjenesteloven vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling ved døgnopphold i helseinstitusjonen. Vurderingen skal være basert på en individuell helsefaglig og psykososial vurdering, og følgende punkter skal være vurdert og dokumentert i pasientjournalen:

- a) problemstillingen(e) ved innleggelse, slik disse var formulert av innleggende lege (red. henviser/el. i behandlingsplan), skal være avklart*
- b) øvrige problemstillinger som har fremkommet skal være avklart*
- c) dersom enkelte spørsmål ikke avklares skal dette redegjøres for*
- d) det skal foreligge et klart standpunkt til diagnose(r), og videre plan for oppfølging av pasienten*
- e) pasientens samlede funksjonsnivå, endring fra forut for innleggelsen, og forventet framtidig utvikling skal være vurdert.*

....For pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet med behov for kommunale helse- og omsorgstjenester etter utskrivning, skal helseinstitusjon omfattet av spesialisthelsetjenesteloven ved behov, og før pasienten er utskrivningsklar, også kalle inn relevante samarbeidspartnere for å starte arbeidet med å utarbeide en samlet plan for videre behandling og oppfølging, herunder plan for eventuell samtidig poliklinisk eller ambulant behandling i spesialisthelsetjenesten.

For pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet med behov for samtidig poliklinisk eller ambulant behandling i spesialisthelsetjenesten skal det før pasienten er utskrivningsklar også etableres kontakt med ansvarlig enhet eller behandler i spesialisthelsetjenesten.»

Sjekkliste for videre oppfølging:

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

4. Avslutning og videre oppfølging

4.1 Avsluttende samtale

Hensikten med avslutningssamtalen er at pasient og eventuelt pårørende skal gi tilbakemelding på hvordan de har opplevd behandlingen. I tillegg bør følgende gjennomgås og inngå i epikrisen:

- Plan for videre tiltak og ansvar for dem, gjennomgått på avsluttende samarbeidsmøte
- Kriseplan som er forankret hos involverte aktører
- Aktuelle avtaler, henvisninger og søknader
- Oppdatert legemiddelliste
- Eventuell sykemelding
- Overdoseforebyggende tiltak

▲ Pakkeforløp kan ikke avsluttes før det er sendt epikrise til henviser og fastlege
Dersom pasient skal videre til annen seksjon (for eksempel poliklinikk) i eget foretak, skal pakkeforløp ikke avsluttes.

Registrering av kode

Avslutning av pakkeforløpet kodes

Referanser:

- Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet; <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet/behandlingsniva-i-rusbehandling-avbrudd-dogn-dag-ambulerende-behandling-somatikk-og-straffegjennomforing>
- Nasjonalt pakkeforløp for rusbehandling (TSB): <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/rusbehandling-tsb>