



Pakkeforløp for gravide som bruker / har brukt alkohol, vanedannende legemidler og/eller illegale rusmidler (HØRINGSUTKAST)

Høringsutkast

Om pakkeforløpet

Målsetting

Målsettingen med Pakkeforløp for psykisk helse og rus er:

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

Målsetting spesifikt for pakkeforløp gravide og rusmidler:

- nå frem til og tilby oppfølging til flere kvinner som bruker/har brukt rusmidler og vanedannende legemidler i svangerskapet
- sikre god ivaretagelse av foster og kvinne
- forebygge/minimere eventuelle fosterskadelige effekter av rusmidler/legemidler
- legge til rette for at kvinnen skal kunne ta vare på barnet og forberede seg på foreldrerollen
- sikre videreføring til pakkeforløp for familier med rusproblematikk og spebarn/små barn
- god samhandling mellom aktuelle aktører i spesialisthelsetjenesten og kommunen

Forløpet skal tilpasses hver enkelt kvinnes situasjon, ønsker og behov, samt hensynet til fosteret. God informasjon og forutsigbarhet for den gravide og partner/pårørende skal sikres gjennom hele forløpet.

Dette er et pakkeforløp for to, fosteret og den gravide. Forløpet skal sikre en trygg, forsterket og systematisk svangerskapsomsorg og oppfølging/behandling i kommune- og spesialisthelsetjeneste. Forløpet tar utgangspunkt i at alle kvinner ønsker den beste starten for sitt ufødte barn, men de gravide i dette pakkeforløpet vil ofte trenge økt oppfølging og eventuelt behandling.

Pakkeforløpet er frivillig og kvinnen kan takke nei til tilbudet og følges opp på vanlig måte av fastlege/jordmor og spesialist etter behov, hvis hun foretrekker det.

Kunnskapsgrunnlag

Pakkeforløp for gravide som bruker/har brukt alkohol, vanedannende legemidler og/eller illegale rusmidler er utviklet med en kunnskapsbasert tilnærming. Det innebærer at både forskning, kliniske erfaringer og brukererfaringer er lagt til grunn i utviklingsarbeidet.

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

Publikasjoner som ligger til grunn for arbeidet:

- [Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen – høringsutkast](#) (lenke til endelig versjon kommer så snart retningslinjen er klar)
- [Nasjonal retningslinje for gravide i legemiddelassistert rehabilitering \(LAR\) og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder \(IS-1876\)](#)
- [Nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler \(IS-2211\)](#)
- [Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet](#)
- [Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen. Nytt liv og trygg barseltid for familien \(IS-2057\)](#)
- [Veileder om tvangstiltak overfor personer med rusmiddelproblemer \(IS-2355\)](#)
- [Sammen om mestring \(IS-2076\)](#)
- [Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten \(IS-2587\)](#)

- [Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator \(IS-2651\)](#)
- [Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene \(IS-1924\)](#)
- [Fra bekymring til handling - En veileder om tidlig intervensjon på rusområdet \(IS-1742\)](#)
- [Rapport om konsekvenser for fosteret/barnet ved bruk av rusmidler/avhengighetsskapende midler i svangerskapet \(IS-2438\)](#)
- [Rusmiddeltesting - prosedyrer for rusmiddeltesting \(IS-2231\)](#)
- [Nasjonal faglig veileder vanedannende legemidler – rekvirering og forsvarlighet \(IS-2014\)](#)
- [Nasjonal faglig veileder for bruk av opioider – ved langvarige ikke-kreftrelaterte smerter \(IS-2077\)](#)

Arbeidsgruppe

Ekstern fagansvarlig: Yngvar Thorjussen, avdelingsoverlege, Borgestadklinikken

Arbeidsgruppeledere:

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

Deltakere:

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

Forkortelser og definisjoner

- FAS/FASD: Føtalt alkoholsyndrom / «fetal alcohol spectrum disorder» som dekker medfødte alkoholrelaterte symptomer/skader
- IP: Individuell plan
- LAR-legemidler: Metadon og buprenorfin brukt i legemiddelassistert rehabilitering
- NAS: Neonatalt abstinenssyndrom, opptrer etter at tilførsel av opioider og/eller rusmidler/vanedannende legemidler fra kvinnen avbrytes ved fødsel
- Rusmiddelrelaterte problemer: Omfatter bruk av alkohol, illegale rusmidler og vanedannende legemidler og i tillegg nylig avsluttet bruk av slike midler
- SGA: «Small for gestational age» – den nyfødte er liten i forhold til gestasjonsalder (hvor langt graviditeten har kommet)

- TSB: Tverrfaglig spesialisert rusbehandling – betegnelsen på rusbehandling i spesialisthelsetjenesten
- Vanedannende legemidler: Legemidler med vanedannende potensial. Vi inkluderer i dette pakkeforløpet primært forskrevne legemidler, men også legemidler som kjøpes/erhverves på annen måte er aktuelle.

Innholdsfortegnelse

[1 Hvordan nå flere gravide som drikker alkohol, bruker vanedannende legemidler og/eller illegale rusmidler?](#)

[2 Henvisning og start – gravide og rusmidler \(pakkeforløp\)](#)

[3 Svangerskapsoppfølging – gravide og rusmidler \(pakkeforløp\)](#)

[4 Kartlegging og utredning – gravide og rusmidler \(pakkeforløp\)](#)

[5 Behandling og oppfølging – gravide og rusmidler \(pakkeforløp\)](#)

[6 Fødsel og nyfødtperiode – gravide og rusmidler \(pakkeforløp\)](#)

[7 Avslutning og videre oppfølging – gravide og rusmidler \(pakkeforløp\)](#)

[8 Forløpstider og registrering av koder – gravide og rusmidler \(pakkeforløp\)](#)

1 Hvordan nå flere gravide som drikker alkohol, bruker vanedannende legemidler og/eller illegale rusmidler?

I dag nås bare et fåtall gravide som bruker alkohol, vanedannende legemidler og illegale rusmidler. Mange barn fødes med tilstander preget av mors bruk av rusmidler i graviditeten, noen fødes med varige skader og noen utvikler problemer i småbarnsalderen eller senere. Ett av målene med dette pakkeforløpet er å bidra til at flere av dem som bruker rusmidler i graviditeten oppdages og dermed tilbys individuelt tilpasset hjelp og behandling, slik at den nyfødte får det best mulige utgangspunktet og kvinnen/foreldrene får den hjelpen de trenger.

Her nevnes kort noen prinsipper og mulige tiltak for å kunne nå flere gravide som bruker rusmidler og vanedannende legemidler. **Flere av punktene omtales også i [Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen \(høringsutkast\)](#), og må ses i sammenheng med denne så snart den er ferdig revidert.**

- Holdningene til helsepersonell som møter den gravide er av stor betydning – å inneha en ikke-fordømmende, støttende holdning i møtet med kvinnen øker sjansen for at hun tar imot hjelp. Helsepersonell må være trygge i rollen og gi tydelig og god informasjon til den gravide. Det første møtet med helsepersonell er spesielt viktig for å etablere god kontakt med kvinnen.
- Tilbudet til de gravide må tilpasses den enkeltes situasjon, ønsker og behov.
- En strukturert samtale om levevaner (livsstilsamtale) bør gjennomføres av jordmor eller fastlege tidlig i svangerskapet
- [Bruk kartleggingsverktøy – først og fremst TWEAK og DUDIT for å kunne oppdage gravide som bør få tilbud om pakkeforløp \(snakkomrus.no\).](#)
- Muligheten til å ta kontakt med helsepersonell anonymt (på telefon eller via nett) for en første rådgivningssamtale bør vurderes innført.
- Utarbeide informasjon på nett (helsenorge.no) om bruk av rusmidler og vanedannende legemidler i svangerskapet og om hvor man kan henvende seg for å få svar på spørsmål/hjelp. Informasjon fins også på [Trygg Mammamedisin](#).
- Gi helsepersonell og andre relevante faggrupper spesifikk opplæring om graviditet og bruk av rusmidler.
- Graviditetstest fra apoteket bør inneholde vedlegg med informasjon om bruk av alkohol og andre rusmidler i graviditeten, samt opplysning om hvor man kan finne mer informasjon og hvor man kan henvende seg for å få hjelp.

Pakkeforløpet bør gjøres attraktivt for å sikre at flere i målgruppen tar imot tilbudet. Dette gjøres ved at den gravide får følgende standardtilbud ved å takke ja til pakkeforløpet:

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

2 Henvisning og start – gravide og rusmidler (pakkeforløp)

2.1 Målgruppen for pakkeforløpet

- Gravide som drikker alkohol.
- Gravide som bruker vanedannende legemidler (forskrevet og/eller illegalt ervervet) – inkludert

bruk av LAR-legemidler (LAR = legemiddelassistert rehabilitering).

- Gravide som bruker illegale rusmidler.
- Gravide med tidligere bruk av rusmidler – må vurderes individuelt.

Pakkeforløpet tilbys gravide:

- med rusmiddelproblemer som oppsøker fastlege, jordmor eller annen kommunal instans
- som henvises til eller identifiseres i spesialisthelsetjenesten med rusmiddelrelaterte problemer
- som henvises til øyeblikkelig hjelp i TSB
- med aktuell problematikk som er innlagt på tvang i TSB eller psykisk helsevern

2.2 Kartlegging før henvisning

Henvisende instans bør gjennomføre en kartlegging som inkluderer punktene nedenfor før de sender henvisning til pakkeforløp. Ved kartleggingen må henvisende instans sørge for at den gravide og eventuelt partner/pårørende er delaktig for å sikre god informasjonsutveksling og dialog. Tolk må benyttes der det er nødvendig. Hvis det er hensiktsmessig kan den gravide på dette tidspunktet gi samtykke til samarbeid med navngitte instanser.

Henvisningen bør inneholde en kortfattet status som inkluderer:

- Hva ønsker kvinnen hjelp til? Hvis kvinnen ønsker det kan hun selv skrive ned sine ønsker og hva det ønskes hjelp til. Kvinnen bør ved behov tilbys hjelp til skriftliggjøring.
- Graviditet – med fokus på nåværende graviditet, men også kort om ev tidligere graviditeter
- Rusmiddelbruk og annen avhengighetsproblematikk (inkludert alkohol, tobakk, vanedannende legemidler, illegale rusmidler og bruk av dopingmidler)
- Om pasienten har individuell plan (IP) og/eller ansvarsgruppe
- Tidligere og nåværende behandlings- og oppfølgingstiltak
- Somatisk helse og bruk av legemidler. Svar på ev. blodprøver og rusmiddelscreening.
- Psykisk helse og bruk av legemidler. Aktuell psykisk tilstand. Vurdering av overdoserisiko og selvmordsfare.
- Sosiale forhold inkludert boligforhold, arbeid/utdanning, økonomi og nettverk
- Familieforhold, spesielt fokus på partner/barnefar, omsorg for barn og familienettverk for øvrig, ev bruk av rusmidler/vanedannende legemidler i familie og nettverk
- Eventuell voldsrisiko/-erfaring
- Samarbeidspartnere og andre hjelpeinstanser som pasienten er i kontakt med
- Spesielle hensyn (behov for tolk, oppmøtested, tilrettelegging, m.m.)
- Ev. status migrasjonsbakgrunn

En ev. mangelfull henvisning bør ikke føre til forsinkelse i oppstart av pakkeforløpet.

For informasjon om opplysningsplikt til kommunal helse- og omsorgstjeneste, jf. helsepersonelloven § 32 andre ledd, se [kap.6 i Helsepersonelloven med kommentarer](#).

2.3 Dialog med den gravide og partner/pårørende

God informasjonsutveksling og dialog med kvinnen og eventuelt partner/pårørende er en forutsetning for brukermedvirkning.

Henvisende instans skal, ved henvisning til pakkeforløp, informere om og drøfte følgende med kvinnen og ev. partner/pårørende:

- hva henvisningen innebærer
- innholdet i henvisningen (den gravide bør få kopi)
- hva som vil skje når henvisningen er mottatt
- ulike oppfølgings- og behandlingsalternativer som kan være aktuelle
- kontakt med kommunale tjenester, likemenn, pasient-, pårørende- og brukerorganisasjoner, (se [oversikt på helsenorge.no](https://www.helsenorge.no) og [selvhjelp.no](https://www.selvhjelp.no))
- pasientrettigheter, inkludert mulighet for tolk
- informasjon om telefonnummer til forløpskoordinator gravide og rusmidler i kommunen og i spesialisthelsetjenesten

Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet, brukere har rett til å medvirke og tjenestene har plikt til å involvere brukeren. Brukerperspektivet ligger til grunn for forebygging, kartlegging og behandling og skal ta utgangspunkt i den gravides kunnskap, ønsker og behov. Brukermedvirkning innebærer at den gravide er en likeverdig partner i diskusjoner og beslutninger som angår henne.

Den gravide bør tilbys kontakt med støtteperson/likemann dersom det er tilgjengelig på hennes hjemsted. Mange gravide vil ha nytte av å få tildelt en støtteperson/likemann eller bli fulgt opp av en erfaringskonsulent. Denne personen kan følge opp kvinnen gjennom svangerskapet. Man kan få kontakt med en likemann via en del kommuner og ved henvendelse til frivillige organisasjoner som A-larm og Røde Kors. Hjelpen gis på kvinnens premisser og ut fra hennes behov. Likemannen kan være med kvinnen på avtaler og møter. Likemannen er også tilgjengelig utenfor vanlig arbeidstid. Hjelpeapparatet kan også bruke likemannen til å få kontakt med kvinnen.

2.4 Start pakkeforløp. Forløpskoordinering

Gravide og rusmidler pakkeforløp kan starte enten i kommunen eller spesialisthelsetjenesten:

- når graviditet er påvist/stadfestet hos en kvinne som bruker/har brukt alkohol, vanedannende legemidler og/eller illegale rusmidler
- når den gravide takker ja til pakkeforløp

Dette gjelder uansett hvor langt svangerskapet har kommet. Det skal ikke være noen terskel for å starte dette pakkeforløpet, uansett hvor i tjenesteapparatet den gravide møtes. Dette gjelder også pasienter innlagt på tvang i TSB og psykisk helsevern.

Kodingen av startdato må imidlertid foretas av forløpskoordinator i spesialisthelsetjenesten når henvisning til spesialisthelsetjenesten er mottatt.

Forløpskoordinering

Høringsinnspill fra bl.a. TSB-pakkeforløpet er ikke innarbeidet enda, da det er ønskelig å se høringsinnspill fra ni pakkeforløp i sammenheng.

Innføring av pakkeforløp innebærer at alle virksomheter innen spesialisthelsetjenesten som utreder og behandler gravide med rusmiddelproblematikk skal utpeke forløpskoordinatorer. Det gjelder alle helseforetak og alle private virksomheter som har avtale med et regionalt helseforetak eller godkjenning fra HELFO. Det er et lederansvar å planlegge virksomheten slik at det finnes et tilstrekkelig antall forløpskoordinatorer.

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

Det er ønskelig at også kommunene utpeker forløpskoordinator for gravide med rusproblematikk. Etablering av forløpskoordinator i kommune/bydel og i spesialisthelsetjenesten er viktig for å få til et

sammenhengende pakkeforløp. Forløpskoordinatorerne har følgende funksjoner:

- Logistikken i forløpet: Forløpskoordinatoren arbeider primært på systemnivå og skal alltid sikre et koordinert og sammenhengende forløp for den gravide fra oppstart i kommune eller spesialisthelsetjenesten til avsluttet pakkeforløp, uten unødige ventetid.
- Midlertidige oppgaver: Forløpskoordinator skal ha kontakt med den gravide og ev. partner/pårørende til den gravide får:
 - egen behandler/koordinator i kommunen (jordmor/fastlege /ruskonsulent/NAV-ansatt/koordinator av ansvarsgruppe)
 - behandler/pasientansvarlig psykolog eller lege i spesialisthelsetjenesten.

Når behandler er etablert overtas de midlertidige oppgavene av kontaktpersonen/behandleren i kommune/spesialisthelsetjeneste.

Forløpskoordinering i kommunen

Kommunen bestemmer hvor denne funksjonen skal plasseres. Det **bør** kun være **ett telefonnummer** til forløpskoordinator gravide og rusmidler i hver kommune/bydel. Funksjonen innebærer bl.a. å være tilgjengelig for den gravide, partner/pårørende og involverte instanser i kommune og spesialisthelsetjeneste.

Dersom den gravide har en behandler/koordinator i kommunen (jordmor/fastlege/ruskonsulent/NAV-ansatt/fastlege/psykolog /koordinator av ansvarsgruppe/IP), vil forløpskoordineringsoppgavene i hovedsak bli ivaretatt av behandler/koordinator i kommunen.

Mulige plasseringer for forløpskoordinator for gravide og rusmidler i kommunen:

- forsterket helsestasjon
- koordinerende enhet/funksjon for habilitering og rehabilitering. Se veileder om rehabilitering, individuell plan og koordinator.
- ev. annen kommunal instans (kommunejordmor, fastlege)

Oppgaver og ansvar:

- informere, veilede og gi råd til gravide og pårørende som trenger informasjon om gravide og rusmidler pakkeforløp
- melde inn start pakkeforløp gravide og rusmidler til forløpskoordinator gravide og rusmidler i spesialisthelsetjenesten
- formidle kontakt med forløpskoordinator/fødepoliklinikk/pasientens behandler i spesialisthelsetjenesten ved behov
- sørge for avtaler/kontakt med aktuelle instanser i kommunen, herunder fastlege, jordmor, helsestasjon og eventuelt barnevern (hvis behov og den gravide samtykker)
- ved behov, sammen med forløpskoordinator i spesialisthelsetjenesten/behandler i spesialisthelsetjenesten, koordinere og avtale samarbeidsmøter med pasient, aktuelle instanser i spesialisthelsetjenesten og i kommunen
- forberede og koordinere aktuelle tiltak/tilbud i kommunen i god tid før fødsel
- forberede og koordinere aktuelle tilbud/tiltak i kommunen etter fødsel og overgang til et ev pakkeforløp familier med små barn og rusmiddelproblematikk

Forløpskoordinering i spesialisthelsetjenesten

Helseforetaket (HF) bestemmer selv hvor funksjonen skal plasseres. Alle HF **skal** ha forløpskoordinator for gravide med rusproblematikk. Funksjonen innebærer bl.a. å være tilgjengelig for kvinnen, partner/pårørende og involverte instanser i kommune og spesialisthelsetjeneste. De fleste funksjonene overtas av behandler i spesialisthelsetjenesten, når den gravide har dette.

Aktuelle plasseringer for forløpskoordinator:

- fødepoliklinikk eller nyfødtavdeling (ev spesialteam)
- vurderingsenheten eller annen enhet i TSB
- familieambulatorium eller spesialteam (lokalisert i TSB, BUP, DPS eller gynekologisk avdeling)

Det skal kun være **ett telefonnummer** inn til forløpskoordinator i hvert HF.

Oppgaver og ansvar:

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

2.5 Partner / den vordende far og andre pårørende

Partner bør involveres fra første kontakt med den gravide, dersom kvinnen og partneren ønsker det. Hvis partner har rusmiddelproblemer bør han/hun få tilbud om rusbehandling. Ofte vil kvinnen og partner være på forskjellige stadier tidlig med hensyn til å ta imot hjelp for ev. rusmiddelbruk i graviditeten; erfaring viser at kvinnen ofte er klar for ev. behandling først. Den vordende far/partner trenger ofte lengre tid.

Den vordende far/partner bør:

- snarlig vurderes for rett til nødvendig helsehjelp dersom ønske og behov
- inkluderes i kvinnens behandling dersom begge ønsker det
- få tilbud om foreldreforberedende samtale
- sammen med kvinnen få tilbud om par/familiebehandling ved ønske og behov

Behandling og oppfølging av den gravide bør ha et familieperspektiv som også sikrer god ivaretagelse av barn som pårørende. [Det skal avklares om den gravide har mindreårige barn, og om disse er tilstrekkelig ivaretatt.](#)

[Pårørende og øvrig nettverk kan ha viktig informasjon, gi gode råd og være en støtte for den gravide gjennom forløpet.](#)

Samtidig skal helsepersonellet være oppmerksomme på at [pårørende kan ha egne informasjons- og hjelpebehov som skal ivaretas og tas hensyn til.](#)

Koder som skal registreres:

- 9172-2: Pakkeforløp for psykisk helse og rus
- XXXX: Pakkeforløp gravide og rusmidler
- 9322A: Pakkeforløp start

2.6 Registrering av koder

- 9172-2: Pakkeforløp for psykisk helse og rus
- [XXXX]: Pakkeforløp gravide og rusmidler
- 9322A: Pakkeforløp start

3 Svangerskapsoppfølging – gravide og rusmidler (pakkeforløp)

3.1 Generelt om svangerskapsomsorgen i pakkeforløpet

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

Dersom kvinnen er ambivalent med hensyn til graviditeten, tilbys rådgivning hos sykehusets sosionom, ev. annen instans etter kvinnens ønske. Hjelp til å bestille time tilbys ved behov.

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

Grunnleggende prinsipper for svangerskapsomsorgen i pakkeforløpet:

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

Det anbefales en svangerskapsoppfølging hvor de fleste kontrollene foregår i kommunen, mens minimum fire kontroller foregår ved svangerskapspoliklinikken på sykehuset etter mønster fra [LAR-gravide retningslinjen \(se kapittel 6.4, side 48-55, PDF\)](#). Enkelte steder finnes spesialteam som ivaretar hele eller deler av svangerskapsomsorgen. Epikrise/tilbakemelding sendes fastlege og kommunejordmor etter hver konsultasjon i gynekologisk/fødeavdeling. Etter vurdering av risiko og kvinnens behov, kan spesialisthelsetjenesten etter avtale overta ansvaret for alle kontrollene.

Kvinner i pakkeforløpet anbefales en forsterkning av normalprogrammet for svangerskapskontroller (under revisjon), med kontroller som starter tidligere i svangerskapet, er hyppigere og med mulighet for lengre varighet på konsultasjonene.

Kvinnens partner inkluderes i svangerskapsoppfølgingen dersom kvinnen og partner ønsker det. En eller flere konsultasjoner bør gjennomføres uten partner til stede, jf. [Nasjonale faglige retningslinjer for](#)

svangerskapsomsorgen – hvordan avdekke vold?

I tillegg til temaer som alltid skal ivaretas i henhold til retningslinje for svangerskapsomsorgen (under revisjon), skal man i pakkeforløpet ha et særlig fokus på:

- fosterets helse og utvikling
- rusfrihet i fosterlivet
- ved bruk av legemidler må avveining mellom hensynet til mors helse og eventuelle effekter på fosteret vurderes i hvert enkelt tilfelle
- spesiell ivaretagelse av kvinner som har vært utsatt for traumer, vold eller overgrep. Dette kan føre til betydelig fødselsangst og angst/vegring for å amme.
- svangerskapets psykologiske utviklingsprosesser: For å sette kvinnen i stand til å beskytte barnet under graviditeten, og å ønske barnet velkommen, samt knytte seg til barnet etter fødsel. Gravide som strever med sin identitet som mor eller sine følelser for det ufødte barnet, bør tilbys ekstra hjelp for dette. Jordmor med spesialkompetanse, psykolog tilknyttet helsestasjon, familieambulatorium eller sped- og småbarnsteam i BUP kan være aktuelle instanser å henvise til.
- forberedelse til fødsel, barselperiode inkl. amming og nyfødtsomsorg. Individuelt tilpasset fødselsforberedelse basert på kvinnens ønsker og behov.
- informasjon og forberedelse til å amme eller ikke amme
- informasjon om observasjon og ev behandling av den nyfødte, inkl. abstinensskåring og -behandling
- praktisk forberedelse til tiden etter utskrivning fra barsel/nyfødtavdeling. Barnets behov for omsorg og foreldrenes kapasitet til å dekke behovene. Hva slags hjelp trenger og ønsker de?
- drøfte behov og muligheter for institusjonsopphold før og etter fødsel. Dette kan skje ved familieavdeling i TSB, eller ved familiesenter i regi av barneverntjenesten (tidligere mødre hjem).

Røykeslutt

Gravide i dette pakkeforløpet bør kartlegges tidlig i svangerskapet for røyking og ev. hvor mye de røyker. I forbindelse med svangerskapskontrollene bør røykere følges tett opp og tilbys hjelp til røykeslutt ev. røykereduksjon.

Det er en større andel av røykere blant gravide med rusmiddelproblemer. Røyking i svangerskapet øker risikoen for blant annet abort, dødfødsel, for tidlig fødsel, lav fødselsvekt og leppe/gane spalte. Nikotinesponerte nyfødte er oftere irritable og hypertone og har oftere behov for reguleringshjelp. [Se WHO sin retningslinje om graviditet og røyking \(who.int\).](#)

[Hjelp til røykeslutt \(helsenorge.no\)](#)

[Cochrane om røykeslutt for personer med rusmiddelproblemer \(wiley.com\)](#)

Informasjon vedr. røykeslutt vil ses i sammenheng med Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen (under revisjon).

3.2 Kommunal svangerskapsomsorg

- Tilby konsultasjon hos jordmor så snart graviditet er konstatert. Henvise til tidlig ultralyd og pakkeforløp gravide.
- Oppstartsamtale: Informasjon om utvidet tilbud, pakkeforløp hvis dette er ukjent. Hvilke ønsker og forventninger har kvinnen og ev. hennes partner? Kartlegging startes.
- Gi et utvidet tilbud med hyppigere konsultasjoner, hver 2.–3. uke, fra 36. uke ukentlig, med lenger varighet (1 time)

- Etablere tidlig kontakt med andre hjelpeinstanser. Delta i samarbeidsmøter/ansvarsgruppe.
- Ha fokus på tilknytning til fosteret
- Prevensjonsveiledning
- Fødselssamtale og ammeveiledning
- Utarbeide fødselsplan sammen med kvinnen. Det bør skrives en plan for både fødsel og barselomsorgen, som skal bidra til en individuelt tilpasset ivaretagelse av hennes utfordringer og behov
- Avtale omvisning på føde- og barselavdeling
- Arrangere fødselsforberedende møte med aktuelle instanser innen uke 32–34. Her avklares bl.a. hvem skal være med på fødsel, smertelindring ved fødsel og hvem skal kontaktes ved fødsel.
 - Forslag til gjennomføring av fødselsforberedende møte og kontakt med barneklipp der det er stor avstand mellom kommune og sykehus: Resten av ansvarsgruppen gjennomfører fødselsforberedende møte og sender referat til kvinnens journal på KK. KK og barneklipp bør ha en fast person som kan møte kvinnen/paret for omvisning og informasjon f.eks. i forbindelse med time til ultralyd
- Formidle kontakt og delta i møte med barneklipp og samtale med barnelege innen uke 32–34 hvis barnet forventes å bli overført etter fødsel/ved ønske om samtale med nyfødtdesiner
- Jordmor introduserer helsesøster i løpet av svangerskapet og deltar på hjemmebesøk sammen med helsesøster innen en uke etter hjemkomst

Kontakt med barneverntjenesten

Noen av kvinnene i dette pakkeforløpet vil ha behov for tjenester og bistand fra barneverntjenesten. Det er derfor viktig å avklare behov for hjelp fra barneverntjenesten tidlig i svangerskapet. Kvinnen og partner bør støttes og bistås i å starte samarbeid med barneverntjenesten i svangerskapet, dersom det er antatt at det vil være behov for kontakt med barnevern etter fødsel.

For gravide som har flere risikofaktorer, kan det være ønskelig at barneverntjenesten kommer inn i svangerskapet slik at familien får tilgang til forebyggende, foreldrestøttende hjelpetiltak. Opphold på foreldre- og barnsenter kan være aktuelt for noen kvinner, mens andre kan ha behov for oppfølging med mentaliseringsstøttende tiltak og samtaler (se kapittel «Behandling og oppfølging»).

3.3 Svangerskapskontroll på kvinneklinikk/fødepoliklinikk

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

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

3.4 Registrering av koder

- [XXXX]: Samarbeidsmøte med relevante instanser (fødselsforberedende møte, på dato)
- [XXXX]: Ultralydkontroll (på dato)

4 Kartlegging og utredning – gravide og rusmidler (pakkeforløp)

4.1 Basis kartlegging og utredning

Basis kartlegging og utredning finner sted der hvor det er mest hensiktsmessig, enten dette er i kommunen, ved svangerskapspoliklinikk, i TSB eller annet sted.

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

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

Basis kartlegging og utredningen bør omfatte:

- den gravides målsetting for graviditeten og foreldreskapet, forventninger, behov og ønsker for videre behandling/oppfølgning
- medisinskfaglig utredning inkludert jordmor- og legeundersøkelse
- psykologfaglig utredning
- sosialfaglig utredning

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

Følgende områder bør kartlegges:

- bruk av rusmidler (eller annen avhengighetsproblematikk) – type, varighet, omfang og funksjon
- den gravides ressurser
- psykisk helse, kognitiv fungering, vurdering av selvmordsfare og overdoserisiko
- somatisk helse – inkludert reproduktiv helse, seksuell orientering, tannhelse og ernæringsstatus
- bruk av legemidler og ev. legemiddelallergier
- nåværende og tidligere svangerskap. Status og planer for svangerskapsomsorgen, fødsel og barsel.
- tidligere bruk av og fremtidige planer for bruk av prevensjonsmidler
- sosial situasjon (bolig, arbeid/utdannelse, fritid/aktivitet, økonomi, ektefelle/samboer/partner og nettverk for øvrig) og fungering
- generell livssituasjon og levevaner
- tidligere gjennomgått behandling og oppfølging
- kontakt med andre behandlings- og hjelpeinstanser i kommune- og spesialisthelsetjeneste
- individuell plan, andre planer og ansvarsgruppe
- dersom den gravide har mindreårige barn skal man kartlegge barnas behov for informasjon og oppfølging og følge opp at behovene ivaretas
- kartlegge partner/pårørendes behov for råd og veiledning og avklare forventninger rundt samarbeid og kommunikasjon.
- forhold knyttet til språklige og kulturelle forskjeller, minoritetstilhørighet, migrasjon og geografi
- risiko for manglende oppmøte og fare for behandlingsavbrudd

Det bør gjennomføres en samtale med den gravide, ev. partner og ev. andre pårørende om videre

planer, oppfølgings- og behandlingsmuligheter og behandlingstilbud. Videre drøftes planene for tiden etter fødsel. I samtalen diskuteres den gravides forventninger til svangerskapet og foreldreskapet.

For ytterligere informasjon om kartlegging/utredning, se retningslinje for svangerskapsomsorg, gravide i LAR, avrusnings-, behandlings- og ROP-retningslinjen [lenkes først senere].

4.2 Vurdering og beslutning om videre oppfølging etter basis kartlegging og utredning

Når basis utredning er ferdig, vurderes behov for videre utredning og/eller behandling, hvis videre behandlingsforløp/oppfølging ikke allerede er avtalt.

Beslutningen tas i et samarbeidsmøte sammen med den gravide, jordmor/fastlege, fødepoliklinikk, ev. TSB og andre aktuelle aktører. Henvise instans og andre aktuelle samarbeidspartnere (fastlege, NAV/sosial etc.) som ikke er på møtet informeres om beslutningen hvis pasienten samtykker.

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

Behovet for når og om videre individuell kartlegging/utredning skal foretas, vurderes for den enkelte pasient. Dette er omtalt i [TSB-pakkeforløpet \(høringsutkast, PDF\)](#).

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

- tiltak for mindreårige barn
- andre tiltak for partner/pårørende/familie
- koordinerte tjenester, inkl. rett til individuell plan og ansvarsgruppe
- kriseplan/mestringsplan
- tiltak knyttet til psykisk helse
- tiltak knyttet til somatisk helse og levevaner
- tiltak knyttet til skole/utdanning/arbeid

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

4.3 Registrering av koder. Forløpstider

Det skal registreres en eller flere koder for hvilken klinisk beslutning som tas:

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

Forløpstider:

- Fra første fremmøte i poliklinikk spesialisthelsetjeneste til basis utredning og kartlegging er avsluttet: To uker
- Fra innleggelse døgnavdeling (inkludert avrusning) til utredning er avsluttet: Tre dager

5 Behandling og oppfølging – gravide og rusmidler (pakkeforløp)

5.1 Avrusning

Pågående rusmiddelbruk hos en gravid er å betrakte som en øyeblikkelig-hjelp situasjon og bruken må avsluttes snarest mulig da også fosteret eksponeres for rusmidler. Som oftest vil det være nødvendig med innleggelse på en avrusningsenhet, men enkelte vil kunne avruses poliklinisk etter nøye vurdering av spesialist. Hvorvidt behandlingen skal foregå i poliklinikk, dag- eller døgnenhet vurderes i tverrfaglig vurderingsteam basert på hvilke rusmidler/vanedannende legemidler som har vært brukt, hensynet til fosteret og kvinnens ønske. [Se anbefalinger om avrusning av gravide i nasjonal faglig retningslinje.](#)

Under avrusningen bør det foretas basis kartlegging og utredning av pasientens tilstand, inkludert ønsker og behov for videre oppfølging/behandling (se kapittel «Kartlegging og utredning»). Ved behov for og ønsker om videre behandling i TSB etter avrusning, bør den gravide gå direkte videre i annen behandling. Spesielt er dette viktig når gravide skal videre til døgnbehandling.

5.2 Forberedelse til foreldrerollen/foreldreskapet

Forberedelsen til foreldreskapet bør ha et overordnet fokus på å hjelpe kvinnen til å holde seg rusfri. Videre vil det være viktig å stabilisere kvinnens livssituasjon for å kunne legge til rette for foreldreskapet. I pakkeforløpet vil endel kvinner ha kontakt med TSB, mens andre vil få tilstrekkelig hjelp i kommunen med forsterket svangerskapsoppfølging fra svangerskapspoliklinikken.

Det er en styrke for foreldreskapet å ha et sosialt nettverk som kan opptre støttende for kvinnen/paret. Familieråd kan være et tiltak som kan gjennomføres under svangerskapet. Helsestasjonen eller NAV kan ha ansvar for å gjennomføre dette.

Graviditeten er en tilstand av psykologisk åpenhet og motivasjon til å endre og forbedre livsførsel og relasjoner, til beste for barnet. Kvinner og par bør ved behov tilbys psykoterapi for å utnytte dette endringspotensialet. Pågående behandling bør ikke avsluttes på grunn av graviditeten. Det er en fordel at behandler har noe kjennskap til psykologi knyttet til svangerskap og fødsel, eller konsulterer slik kompetanse (for eksempel psykisk helsetjeneste for barn og unge sine sped- og småbarnsteam).

Et godt svangerskap preget av trygghet og rom for å forberede seg mentalt og praktisk til oppgavene og barnet som skal komme forebygger samspillsvansker og barseldepresjon. [Mamma Mia er et nettbasert program for å fremme trivsel i tiden før og etter fødsel \(changetech.no\).](#)

5.3 Oppfølging i kommunen

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

- samtale om rusutfordringer og/eller henvisning til tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) poliklinisk eller institusjon

- urinprøver. Det bør lages avtale med den gravide og ev partner om bruk av urinprøver eller andre biologiske prøver til kontrollformål, se Veileder for rustesting (testing av biologisk materiale) [lenke kommer]. Det bør også gis mulighet for at partner leverer urinprøver (uten kostnader) hvor dette er aktuelt.
- koordinering av tjenester/individuell plan
- individuelt tilpasset svangerskapsoppfølging (kommunejordmor/fastlege og fødepoliklinikk)
- foreldreforberedende samtaler
- bistand til å få dekket behov som bolig, økonomi og aktivitet/arbeid

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

5.4 Planlegging av behandling (inkl. IP/behandlingsplan)

Alle gravide skal ha en behandlingsplan som gir en samlet oversikt over planlagte tiltak med tidspunkt for evaluering gjennom pakkeforløpet. For gravide som har rett på IP, blir behandlingsplanen en del av denne. Kvinnen skal ha en kopi av behandlingsplanen.

Det bør også utarbeides en plan for både fødsel og barselomsorgen, ansvaret ligger her på den kommunale svangerskapsomsorgen (se kapittel «Svangerskapsoppfølging – Kommunal svangerskapsomsorg»).

Det er et mål at alle gravide med behov for langvarige og koordinerte tjenester skal ha individuell plan (IP). Der hvor den gravide, etter god informasjon om hva IP innebærer, ikke ønsker IP, benyttes behandlingsplan. Andre planer og videre tiltak inngår som del av IP/behandlingsplan. Kriseplan bør lages tidlig i pakkeforløpet i tett samarbeid mellom kvinne og behandler. Se [Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator](#) og [anbefaling om kriseplan i Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet](#).

5.5 Behandling i TSB (tverrfaglig spesialisert rusbehandling)

All behandling i TSB skal være tverrfaglig og bestå av sosialfaglig, psykologfaglig og medisinskfaglig behandling. Samtykke er hovedregelen ved all behandling, for unntak se kapittel «Behandling og oppfølging – Tvangsmessig tilbakehold etter helse- og omsorgstjenestelovens (hol.) §10-3 og § 10-4». Det kan være ulik fokus på de forskjellige delene av behandling avhengig av den gravides problematikk og hvor langt i svangerskapet kvinnen har kommet. Behandling i TSB omfatter:

- avrusning
- poliklinisk behandling
- ambulerende oppfølging/behandling
- døgnbehandling

For en del gravide (og deres partnere) vil det være hensiktsmessig med innleggelse i døgnavdeling med spesialkompetanse på rusrelaterte problemer og graviditet/foreldreskap. Den gravide kan oppleve belastninger på mange områder, og ha behov for mer omfattende behandling enn det hun kan få poliklinisk i TSB eller i kommunen. Det kan være ønskelig at den gravide får hjelp og bistand også på

andre sentrale problemområder som påvirker foreldrefungeringen. Dette kan omfatte psykisk og fysisk helse, økonomi, nettverk/parforhold, og bo- og hverdagsfungering. Den gravide kan ha behov for hjelp til å få fokus på barnet og forberede seg psykologisk og praktisk på foreldrerollen.

I døgnavdeling tilbys den gravide helhetlig behandling gjennom individualterapi, gruppeterapi, samspillsterapi og miljøterapi. Den gravide gis mulighet til å jobbe grundig med sin problematikk innen trygge rammer. Graviditet og foreldreskap kan fremme motivasjon og gi gode terapeutiske muligheter for endring. Ved innleggelse kan endring oppnås på kortere tid, slik at foreldrene er bedre forberedt når barnet kommer. Under innleggelsen vil ulike instanser som NAV, barnevern, svangerskapspoliklinikk, jordmor i kommunen og fastlege være involvert etter behov slik at den gravide får den oppfølgingen hun har behov for.

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

- skjerme fosteret mot rus
- støtte og veilede den gravide
- motivere til behandling for rusproblematikken
- utrede og behandle ev samtidig somatisk og psykisk lidelse
- forberede kvinnen på fødsel
- tilrettelegge for prosesser som kan gjøre kvinnen i stand til å ivareta barnet
- involvere partner i prosessene, dersom kvinnen og partner ønsker dette

Feedbackverktøy for pasienter i TSB: Det bør benyttes et system hvor den gravide på en systematisk måte kan gi tilbakemelding til behandleren om hvordan hun opplever behandlingen. Erfaringer tilsier at bruken av FIT/KOR-verktøyet eller tilsvarende feedbacksystemer gir gravide økt medvirkning i behandlingen.

5.6 Tvangsmessig tilbakehold etter helse- og omsorgstjenestelovens §10-3 og § 10-4

Dersom frivillige hjelpetiltak ikke fører frem kan det bli aktuelt å vurdere bruk av tvang etter helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3 underveis i pakkeforløpet. Noen kvinner ønsker å benytte seg av [§ 10-4 i helse- og omsorgstjenesteloven \(PDF\)](#), hvor man etter avtale med institusjonen kan hentes tilbake dersom man forlater frivillig døgnbehandling.

Det er viktig å presisere at pakkeforløp ikke avsluttes i disse tilfellene, men fortsettes som for pasienter i frivillig behandling. Kvinner som har takket nei til pakkeforløp før vedtak etter § 10-3 fattes, bør få nytt tilbud om pakkeforløp etter innleggelse på tvang.

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

Fosteret utsettes for risiko for skade så lenge mor bruker rusmidler, og tjenestene må fortløpende vurdere om de frivillige tiltakene er tilstrekkelige, eller om bruk av tvang er nødvendig. Tvang innebærer et inngrep i en persons selvbestemmelse som kan oppleves som krenkende, derfor er dialog og medvirkning i slike saker særlig viktig. Dersom hastegraden er høy vil behovet for et midlertidig vedtak aktualiseres. Dersom aktuell kommune har opprettet [bistandsteam \(PDF\)](#), vil dette være en viktig instans for å sikre forsvarlige drøftinger, vurderinger og tiltak før, under og etter at et tvangsvedtak settes i verk.

Brukerinvolvering må skje gjennom hele forløpet, og er grunnleggende også ved vurdering av tvang og bruk av tvang. Tjenestene må gi god og tydelig informasjon i alle fasene av et forløp. Kvinnen skal så langt det er mulig informeres om at kommunen vurderer eller utreder mulighetene for tvang.

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

5.7 Tilbakefallsforebygging og håndtering av avbrudd

Tilbakefall til rusmiddelbruk og avbrudd (drop-out) fra behandlingen kan forekomme av ulike årsaker og skje på alle tidspunkt i behandlingen. Det er derfor viktig å forebygge gjennom også å kartlegge aktuelle risikosituasjoner tidlig i forløpet. Dette bør inngå i den gravides kriseplan/behandlingsplan. For å unngå/reducere faren for avbrudd, må behandlende instans tilby fleksible behandlingsrammer og tilrettelegge for at den gravide kan komme raskt tilbake til behandling. Brukerstyrte senger kan benyttes i denne sammenheng.

Det er viktig at den gravide får god informasjon om hva behandlingsforløpet vil innebære, blant annet for å redusere sannsynligheten for avbrudd. Dersom behandlingen avbrytes fra den gravides side, må henviser/kontaktperson i kommunen bli varslet og fastlege eventuelt kontaktet for videre oppfølging. Ved behov kan det holdes samarbeidsmøte mellom den gravide, TSB, svangerskapspoliklinikk og kommunale tjenester/fastlege. Om den gravide har tilbakefall til rusmiddelbruk, kan det være aktuelt å varsle kommunen med tanke på vurdering av § 10-3 eller § 10-4 i helse- og omsorgstjenesteloven. Se [Kapittel 6 Opplysningsplikt m.v. i Helsepersonelloven med kommentarer](#).

5.8 Samtidige sykdommer/lidelser

Samtidige sykdommer (somatiske/psykiske sykdommer) kan ha betydning for utredning, behandling og oppfølging både før og etter fødsel. Det er derfor nødvendig å utrede/formidle kontakt ved behov uten unødig ventetid.

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

Dersom den gravide er innlagt i spesialisthelsetjenesten, er det institusjonen som har ansvar for oppfølging av kvinnens helse. Dersom legen ved institusjonen ikke har kompetanse på sykdomsområdet, skal legen konferere med relevant spesialistkollega/fastlege.

5.9 Samhandling i forløpet

Samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste

Pakkeforløp for gravide og rusmidler kan involvere mange aktører. Den gravide og ev. partner/familie kan ha sammensatte utfordringer og behov for ulike tjenester samtidig. God samhandling er nødvendig for å sikre at tjenestetilbudet blir oversiktlig, forutsigbart og sammenhengende.

Samhandling kan sikres gjennom referater, epikriser og skriftlige tilbakemeldinger, telefonkontakt og felles møter. Individuell plan anbefales ved behov for sammensatte tjenester fra flere aktører. Kvinnen må samtykke til at aktuelle samarbeidspartnere kobles inn.

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

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

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

Samarbeidsmøter

Samarbeids-/ansvarsgruppemøter mellom den gravide, aktuelle kommunale aktører og aktuelle aktører i spesialisthelsetjenesten bør finne sted jevnlig. Ved store geografiske avstander mellom foretak og kommune bør mulighet for deltakelse via videooverføring vurderes.

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

Aktuelle deltakere kan være:

- den gravide
- partner eller annen støtteperson dersom kvinnen ønsker det
- den som utfører svangerskapskontrollene i kommunen (jordmor, fastlege)
- fødepoliklinikk
- spesialteam for gravide deltar hvis involvert
- NAV/rustjeneste /kommunal helse- og omsorgstjeneste deltar hvis de er involvert
- behandler i TSB hvis kvinnen er i TSB-behandling
- nyfødtavdelingen bør delta ved fødselsforberedende møte og ev senere møter ved behov
- helsesøster kobles på i siste del av svangerskapet
- barneverntjenesten deltar hvis den gravide samtykker og trenger tilbud fra tjenesten
- andre deltakere ved behov (f.eks. familievern, psykisk helsevern hvis kvinnen er innlagt der, somatisk sengepost hvis kvinnen er innlagt der)

Samarbeidsmøter som bør avholdes:

- første samarbeidsmøte etter maks en uke hvis kvinnen er innlagt, maks to uker hvis poliklinisk oppfølging
- senere samarbeidsmøter (maks 6 uker mellom møtene)
- fødselsforberedende møte (omtalt under «Svangerskapsomsorgen – Kommunal svangerskapsomsorg»)
- siste samarbeidsmøte før fødsel (omtalt under «Avslutning og videre oppfølging»)

5.10 Evalueringspunkter

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

- status for fosteret
- status og ev. behandling for kvinnen – har tiltakene som ble satt vært fulgt opp?
- plan for fødsel og oppfølging i spe- og småbarnsperioden
- behov for ytterligere utredning (TSB, somatikk, psykiatri, levevaner)
- behov for behandling/oppfølging (TSB, levevaner, institusjon etter fødsel)

- opprettelse/evaluering av individuell plan (IP)/revidere IP/behandlingsplan
- informere aktuelle samarbeidspartnere som ikke deltar på møtet (skriftlig), hvis pasient samtykker
- planlegge, og igangsette nødvendige kommunale tiltak
- hvordan barn som pårørende/mindreårige søsken følges opp
- behovet for å involvere andre pårørende eller flere i familien
- den gravides og eventuelt pårørendes tilfredshet med oppfølging/behandlingen

5.11 Registrering av koder. Forløpstider

Koder som skal registreres:

- XXXX: Avrusning døgnet avsluttet
- XXXX: Døgnet behandling TSB påbegynt (utover avrusning)
- 9324M: Samarbeidsmøte – gjennomført møte (på dato)
- 9324I: Samarbeidsmøte – vurdert ikke behov for møte

Kode for gjennomført møte registreres på dato for gjennomført møte, mens kode for vurdert ikke behov for møte registreres på dato for avgjørelsen. Koden skal registreres ved hvert samarbeidsmøte.

Dersom den gravide ikke ønsker å fortsette behandlingen, skal en av to følgende koder benyttes:

- 9326P: Avbrudd etter pasientens eget ønske
- 9326A: Avbrudd av andre årsaker

Forløpstider:

Ved poliklinisk behandling:

- Fra oppstart behandling til første samarbeidsmøte: To uker
- Deretter mellom hvert samarbeidsmøte: 6 uker

Individuelle vurderinger må komme i tillegg til tidsangivelsene slik at det handles raskere der forsvarlighetskravet tilsier det.

Ved døgnet behandling:

- Fra avsluttet avrusning til start døgnet (utover avrusning): 0 døgnet
- Fra oppstart behandling til første samarbeidsmøte: En uke
- Deretter mellom hvert samarbeidsmøte: 6 uker

6 Fødsel og nyfødtperiode – gravide og rusmidler (pakkeforløp)

6.1 Fødselen

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

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

6.2 Nyfødtpperioden

Abstinenssymptomer

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

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

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

Samspillstøtte

Spedbarnet søker kontakt og samspill fra første stund, og de fleste foreldre har høy følsomhet for barnets signaler. Man må sikre at spedbarnet får nærhet og fysisk kontakt med sine foreldre etter fødsel selv om barnet observeres/behandles for abstinenssymptomer på en barneavdeling, samtidig som man hele tiden må veie dette opp mot det abstinente barnet økte følsomhet for lyd, lys og berøring. Ansatte bør veilede foreldrene i regulerende omsorg for spedbarnet. Foreldrene bør ha de primære omsorgsoppgavene for spedbarnet sitt etter å ha fått opplæring i eventuelle skjermingstiltak og spesielle hensyn som må tas overfor barnet.

Bak det tilsynelatende banale i det tidlige samspillet foregår det en rekke komplekse prosesser av stor betydning for barnets selvfølelse og senere sosiale kompetanse. Fram-og-tilbake interaksjonen mellom forelder og barn regulerer barnets opplevelse og tilstand, og former den umodne hjernens arkitektur og funksjon.

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

Noen anerkjente metoder er bl.a.:

- Marte Meo
- Circle of Security – Parenting
- Familie for første gang
- CPP (Child-parent psychotherapy) for barnefamilier utsatt for vold og traumer

Amming

I utgangspunktet bør alle kvinner oppfordres til å amme. Dette gjelder også kvinner i LAR som bruker metadon eller buprenorfin, uavhengig av hvilken dose legemiddel mor står på ([se anbefalinger side 89–91 i retningslinje for LAR og graviditet](#)). Kvinner som bruker andre legemidler eller rusmidler bør vurderes individuelt. Ved spørsmål om amming er forsvarlig dersom det ikke foreligger absolutte kontraindikasjoner, må det gjøres en individuell vurdering hvor ammingens fordeler veies opp mot mulig risiko. Sjekk i Norsk Legemiddelhåndbok under kapittel «Amming og legemidler» og/eller spesiallitteratur /RELIS eller janusinfo.se. Det anbefales ikke å røyke eller snuse under ammeperioden. HIV-positive mødre frarådes å amme.

6.3 Registrering av koder

Koder som skal registreres:

- [XXXX]: Fødsel (kodes på dato)
- [XXXX]: Den (de) nyfødte får egen pakkeforløpskode
- [XXXX]: Barnet født i svangerskapsuke
- [XXXX]: Start abstinensbehandling med legemiddel for nyfødt (kodes på dato)
- [XXXX]: Abstinensbehandling med legemiddel ikke nødvendig
- [XXXX]: Avslutning av abstinensbehandling (kodes på dato)

7 Avslutning og videre oppfølging – gravide og rusmidler (pakkeforløp)

7.1 Samhandling ved avslutning av forløpet

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

Pakkeforløpet kan ikke avsluttes før:

- det er utarbeidet en konkret plan for videre behandling og oppfølging
- pakkeforløp for familier med rusrelatert problematikk har vært drøftet og tilbudt den gravide og hennes ev partner

Siste samarbeidsmøte før fødsel

I det siste samarbeidsmøtet før fødsel deltar den gravide og partner, i tillegg til aktuelle kommunale kontakter (jordmor, helsesøster) og kontakter i spesialisthelsetjenesten (kvinneklipp, TBS, nyfødtavdeling). Kvinnens/parets forventninger avklares og perioden etter fødsel planlegges. Det informeres om hvilke muligheter for hjelp og støtte som finnes, og i samarbeid med kvinnen planlegges tiltak som kan være til nytte. Koordinator i kommunen/helsesøster har en koordinerende og sentral rolle etter at kvinnen har født. Sammen om mestring (IS-2076)

Eventuelt samarbeidsmøte på barsel eller nyfødtavdeling

Hvis mor og barn er på barselavdeling/den nyfødte blir liggende mer enn fem dager på barneavdeling,

bør et samarbeidsmøte arrangeres før utskrivelse fra sykehuset. Deltakere vil være de samme som under avsnittet over. Hovedhensikten med møtet er:

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

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

1. Informasjon og tilbud om videreføring i pakkeforløp for familier med rusmiddelproblematikk må være formidlet til kvinnen og hennes partner. Hvis familien har takket ja til dette pakkeforløpet, så videreføres oppfølgingen direkte i nytt pakkeforløp.
2. Det foreligger en konkret, skriftlig plan for oppfølging i kommunen av den nyfødte og familien, gjerne som en del av IP – ev. som en del av punkt 1. over.
3. En navngitt fagperson er ansvarlig for oppfølgingen/koordinering av eventuelle videre tiltak i kommunen – ev. som en del av punkt 1. over – dette vil oftest være helsesøster eller fastlege.
4. Pasienten, partner og den nyfødte har en egnet bolig.
5. Pasienten har ved behov fått tilbud om meningsfull aktivitet og hjelp til nettverksbygging.
6. Det er informert om hvor pasienten kan henvende seg ved behov for hjelp eller ytterligere behandling/oppfølging fra kommune, TSB eller annen instans.
7. Konkret avtale om hjemmebesøk av jordmor og helsesøster innen 2 døgn etter utskrivelse fra føden/nyfødtavdeling.
8. Konkret avtale om poliklinisk kontroll på barneavdelingen.

Se [side 98–120 i Nasjonal retningslinje for gravide i LAR og oppfølging av familiene til barnet når skolealder \(PDF\)](#) og [Nytt liv og trygg barseltid for familien \(IS-2057\) \(PDF\)](#).

7.2 Prevensjon

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

Ved svangerskapsavbrudd bør også kvinnen tilbys gratis langtidsvirkende prevensjon.

7.3 Videreføring til nytt pakkeforløp

Kvinnen og ev. partner informeres nøye om pakkeforløp for familier med rusproblematikk og små barn og tilbys dette pakkeforløpet (dette pakkeforløpet utvikles senere).

Se også «Hva som må være på plass/avtalt før utskriving fra føden/barneavdeling» (under «Samhandling ved avslutning av forløpet»).

Målsettingen er at de aller fleste familiene tar imot tilbud om videreføring i dette pakkeforløpet. Erfaringen fra familiene og hjelpeapparatet er at det er etter utskrivning fra barselavdeling eller nyfødtavdeling at oppfølgingen ikke er god nok, derfor er det spesielt viktig å følge opp og ivareta den nyfødte og resten av familien i denne sårbare fasen for mange familier.

Koder som skal registreres:

- [XXXX]: Siste samarbeidsmøte før fødsel (kodes på dato)
- [XXXX]: Samarbeidsmøte på barsel/nyfødtavdeling

- [XXXX]: Videreføring i nytt pakkeforløp
- 9326G: Avslutning av gjennomført pakkeforløp (kodes på dato)

7.4 Registrering av koder

Koder som skal registreres:

- [XXXX]: Siste samarbeidsmøte før fødsel (kodes på dato)
- [XXXX]: Samarbeidsmøte på barse/nyfødtavdeling
- [XXXX]: Videreføring i nytt pakkeforløp
- 9326G: Avslutning av gjennomført pakkeforløp (kodes på dato)

8 Forløpstider og registrering av koder – gravide og rusmidler (pakkeforløp)

8.1 Oversikt over forløpstider

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

Kartlegging og utredning:

- Fra første fremmøte ved poliklinikk til basis utredning er avsluttet: To uker
- Fra første fremmøte ved døgnavdeling til basis utredning er avsluttet: Tre dager

Svangerskapsomsorg eller TSB:

- Fra start pakkeforløp – til første avtale/innleggelse i spesialisthelsetjenesten: Fem dager
- Fødselsforberedende uke: Senest svangerskapsuke 32

Behandling:

Ved poliklinisk behandling:

- Fra oppstart behandling til første samarbeidsmøte: To uke
- Deretter mellom hvert samarbeidsmøte: 6 uker

Ved døgnbehandling:

- Fra avsluttet avrusning til start døgn (utover avrusning): 0 døgn
- Fra oppstart behandling til første samarbeidsmøte: En uke
- Deretter mellom hvert samarbeidsmøte: 6 uker

8.2 Registrering av koder

Til publisering av pakkeforløpet vil en kodeveileder publiseres. Kodeveilederen vil være mer utfyllende enn teksten nedenfor. Alle aktuelle koder er likevel omtalt nedenfor.

Hvem skal registrere koder?

Koder skal registreres av en ansatt ved enheten innen spesialisthelsetjenesten. Det er opp til leder ved enheten å delegere ansvaret for å registrere koder.

Start pakkeforløp

Til sammen tre koder skal registreres ved start pakkeforløp.

Koder som skal registreres (på dato):

- 9172-2: Pakkeforløp for psykisk helse og rus
- [XX]: Hvilket pakkeforløp
- 9322A: Pakkeforløp start – når graviditet stadfestes i kommune eller spesialisthelsetjeneste

Svangerskapsoppfølging

Koder som registreres:

- [XXXX]: Samarbeidsmøte med relevante instanser (fødselsforberedende møte, på dato)
- [XXXX]: Ultralydkontroll (på dato)

Kartlegging og utredning

Det skal registreres en eller flere koder for hvilken klinisk beslutning som tas:

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

Behandling

Dersom den gravide ikke ønsker å fortsette behandlingen, skal en av følgende koder benyttes:

- 9326P: Avbrudd etter pasientens eget ønske
- 9326A: Avbrudd av andre årsaker

Andre koder som skal registreres:

- [XXXX]: Avrusning døgnet avsluttet
- [XXXX]: Døgnetbehandling TSB påbegynt (utover avrusning)
- 9324M: Samarbeidsmøte – gjennomført møte (på dato)
- 9324I: Samarbeidsmøte – vurdert ikke behov for møte

Kode for gjennomført møte registreres på dato for gjennomført møte, mens kode for vurdert ikke behov for møte registreres på dato for avgjørelsen. Koden skal registreres ved hvert samarbeidsmøte.

Der pasienten har vært involvert i utarbeidelse av behandlingsplanen skal denne koden registreres på dato for når behandlingsplanen er ferdig utarbeidet:

- 9325U: Pasient/partner/pårørende er involvert i utarbeidelse av IP og/eller behandlingsplan

Fødsel og nyfødtperiode

Følgende koder registreres:

- [XXXX]: Fødsel (kodes på dato)
- [XXXX]: Den (de) nyfødte får egen pakkeforløpskode (D10)
- [XXXX]: Barnet født i svangerskapsuke (angis med en decimal, f.eks. 40,0)
- [XXXX]: Start abstinensbehandling med legemiddel for nyfødt (kodes på dato)
- [XXXX]: Abstinensbehandling med legemiddel ikke nødvendig
- [XXXX]: Avslutning av abstinensbehandling (kodes på dato)

Avslutning og videre oppfølging

- [XXXX]: Siste samarbeidsmøte før fødsel (kodes på dato)
- [XXXX]: Samarbeidsmøte på barsel/nyfødtavdeling (kodes på dato)
- [XXXX]: Videreføring i nytt pakkeforløp
- 9326G: Avslutning av gjennomført pakkeforløp (kodes på dato)

Overføring til annet helseforetak / privat behandlingssted

Hvis pasienten overføres til et annet helseforetak / privat behandlingssted skal følgende kode registreres på dato for overføringen:

- 9322: Overført til annet helseforetak/privat behandlingssted