



# Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2016

Norsk pasientregister



Publikasjonens tittel: Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2016

Utgitt: 03/2017

Bestillingsnummer: IS-2611

Utgitt av: Helsedirektoratet  
Kontakt: Norsk pasientregister  
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo  
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)

Publiseringsform: Kun elektronisk

Forfatter(e): Frank Krogh  
Per Jørgen Indergård  
Trude Solbakken  
Bente Urkjell

Illustrasjon: Johnér Bildbyrå AB

# INNHold

<b>INNHold</b>	<b>II</b>
<b>INNLEDNING</b>	<b>I</b>
<b>SAMMENDRAG</b>	<b>II</b>
<b>1. AKTIVITET – ANTALL PASIENTER OG KONTAKTER</b>	<b>1</b>
1.1 Antall pasienter	1
1.2 Aktivitetsnivå – Pasienter og kontakter	3
<b>2. HOVEDTILSTANDER INNENFOR MULTIAKSIAL KODING</b>	<b>6</b>
2.1 Akse 1: Klinisk psykiatrisk syndrom	7
2.2 Akse 5: Avvikende psykososiale forhold	9
2.3 Registreringspraksis innenfor øvrige tilstandsakser	10
<b>3. FRIVILLIG OG TVUNGENT PSYKISK HELSEVERN</b>	<b>12</b>
3.1 Henvisningsformalitet og lovgrunnlag	12
3.2 Første spesialistvedtak / angivelse av lovhjemmel	13

<b>4. HENVISNINGSGRUNNER OG INDIVIDUELL PLAN</b>	<b>14</b>
4.1 Henvisningsgrunner - barnet	14
4.2 Individuell plan	18
<b>5. DATAGRUNNLAG OG KVALITET</b>	<b>19</b>
5.1 Datagrunnlag og rapportering	19
5.2 Registreringspraksis	20
5.3 Informasjon om organisatoriske endringer	21
5.4 Rapporteringsplikt og kvalitetskontroll	21
5.5 Manglende informasjon om sentrale deler av datagrunnlaget	22
<b>VEDLEGG 1 - BEGREPER BENYTTET I RAPPORTEN</b>	<b>24</b>
<b>VEDLEGG 2 - ANTALL PASIENTER OG ANTALL KONTAKTER, PR HELSEFORETAK OG OMSORGSNIVÅ. ENDRING FRA 2015</b>	<b>25</b>
<b>VEDLEGG 3 - OVERSIKT OVER MANGLENDE RAPPORTERING PÅ NOEN SENTRALE OMRÅDER. PER HELSEREGION OG HELSEFORETAK. PERIODEN 2013-2016. PROSENT</b>	<b>26</b>
<b>VEDLEGG 4 - DØGNOPPHOLD OG OPPHOLDSDØGN INKL. OPPHOLD SOM ER ÅPNE VED RAPPORTERINGSPERIODENS SLUTT – FORDELT PÅ RAPPORTERINGSENHETSNIVÅ. 2016</b>	<b>29</b>



# INNLEDNING

Norsk pasientregister (NPR) er et sentralt helseregister som inneholder informasjon om behandlingsaktivitet og ventelister fra spesialisthelsetjenesten. I denne rapporten formidles hovedtall for aktiviteten i psykisk helsevern for barn og unge i 2016. I tillegg dokumenteres innhold og kvalitet for viktige deler av datamaterialet. For informasjon om ventelister og ventetider for pasienter innen psykisk helsevern viser vi til våre nettsider<sup>1</sup>.

Rapporten baserer seg på aktivitetsdata fra institusjonenes pasientsystem som er innrapportert til NPR ved bruk av rapporteringsformatet *NPR-melding*. Behandlingsaktivitet innenfor psykisk helsevern for barn og unge i regi av private avtalespesialister inngår ikke i datagrunnlaget for denne rapporten.

I kapittel 1 gis en oversikt over hovedtallene på nasjonalt og regionalt nivå. Kapittel 2 inneholder en beskrivelse av bruken av det multiaksiale klassifikasjonssystemet, mens kapittel 3 omhandler frivillig og tvungent psykisk helsevern. Henvisningsgrunner og individuell plan er tema for kapittel 4 og datagrunnlag og kvalitet er beskrevet i kapittel 5.

Rapporten har fire vedlegg:

1. Begreper benyttet i rapporten.
2. Oversikt over antall pasienter og kontaktkategorier, fordelt på helseforetak og omsorgsnivå.
3. Oversikt over manglende rapportering av noen sentrale opplysninger.
4. Oversikt over døgnopphold og oppholdsdøgn.

For videre informasjon om det nasjonale datamaterialet NPR forvalter, se våre nettsider: [www.helsedir.no](http://www.helsedir.no).

Norsk pasientregister (NPR) er avhengig av å få rapportert virksomhetsdata med god kvalitet for å kunne publisere og utlevere pålitelige registerdata. Siden 2011 har flertallet av enhetene innen psykisk helsevern for barn og unge endret leverandør av pasientadministrativt system. Skiftet har til dels ført til store endringer i rapportert aktivitetsnivå (spesielt indirekte kontakter uten refusjon) og har sin årsak i registrerings-/rapporteringstekniske forhold samt utfordringer med databasekonvertering. Dette gir til dels store utfordringer med å tolke aktivitetsutviklingen basert på de dataene som er rapportert til NPR.

---

<sup>1</sup>For mer informasjon om ventelister og ventetider: <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/statistikk-fra-norsk-pasientregister/ventetider-og-pasientrettigheter>

# SAMMENDRAG

Om lag 55 500 pasienter ble behandlet i psykisk helsevern for barn og unge i 2016, og for landet sett under ett var det en reduksjon på 1,1 prosent sammenlignet med 2015. På nasjonalt nivå var nesten 53 prosent av pasientene gutter, det var relativt liten forskjell mellom regionene, og kjønnsfordelingen er stabil over tid.

Poliklinisk omsorg er dominerende behandlingstilbud, og omfatter 98 prosent av pasientene.

Den rapporterte aktiviteten viser at 5 prosent av befolkningen under 18 år mottok behandling i 2016, andelen barn og unge som ble behandlet er uendret fra året før.

Vanligste henvisningsgrunner for de eldste barna (13 år og eldre) er *Mistanke om depresjon*. For de eldste guttene er også *Mistanke om hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD)* hyppig forekommende. For de eldste jentene var *Mistanke om angstlidelse* en gjentakende henvisningsgrunn i tillegg til *Mistanke om depresjon*. For gutter 7 til og med 12 år ser vi at *Mistanke om hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD)* er dominerende henvisningsgrunn, i tillegg til *Mistanke om trasslidelse/-atferdsforstyrrelse*, mens det for de yngste guttene var *Alvorlig bekymring for barn under 6 år*.

Innenfor omsorgsnivåene *Døgnopphold* og *Dagbehandling* var det registrert henvisningsformalitet for om lag 91 prosent av de nyhenviste pasientene (545 pasienter). Av disse pasientene hadde 83 prosent *Frivillig* som henvisningsformalitet. 34 pasienter var henvist til tvungen observasjon og 8 pasienter til tvungent psykisk helsevern.

I eget kapittel gjør vi rede for datagrunnlaget - kvalitet, kompletthet og mangler på viktige områder.

# 1. AKTIVITET – ANTALL PASIENTER OG KONTAKTER

I dette kapitlet presenteres antall pasienter som ble utredet/behandlet i psykisk helsevern for barn og unge i 2016. Videre vises tabeller for antall kontakter, opphold og oppholdsdøgn.

## 1.1 Antall pasienter

Antall pasienter behandlet i psykisk helsevern for barn og unge er vist i nedenstående tabell.

Tabell 1.1: Antall pasienter i psykisk helsevern for barn og unge 2016 etter behandlende helseregion. Endringstall i prosent.

Region	Antall pasienter i PHBU		Endring i prosent
	2016	2015-2016	
Helse Sør-Øst RHF	29 052		-4,0
Helse Vest RHF	12 204		2,9
Helse Midt-Norge RHF	8 673		3,2
Helse Nord RHF	5 886		-0,4
<b>Landet</b>	<b>55 527</b>		<b>-1,1</b>

<sup>1)</sup> 288 pasienter ble behandlet ved mer enn én helseregion i 2016, summering av RHF-tallene gir derfor resultatet 55 815.

Om lag 55 500 pasienter ble behandlet i psykisk helsevern for barn og unge i 2016, og for landet sett under ett var det en nedgang på 1,1 prosent sammenlignet med 2015. På regionsnivå var det en økning i Helse Midt-Norge og i Helse Vest, mens Helse Sør-Øst hadde 4 prosent færre pasienter.



Tabell 1.2: Antall pasienter og andel av befolkningen under 18 år som er behandlet i psykisk helsevern for barn og unge, fordelt på bostedsregion. 2015-2016.

Bostedsregion	Antall pasienter		Andel av befolkningen (prosent) <sup>2</sup>	
	2015	2016	2015	2016
Helse Sør-Øst	29 919	28 770	4,8	4,6
Helse Vest	11 845	12 175	4,7	4,8
Helse Midt-Norge	8 338	8 629	5,4	5,6
Helse Nord	5 980	5 882	6,0	5,9
<b>Landet<sup>1</sup></b>	<b>56 162</b>	<b>55 527</b>	<b>5,0</b>	<b>4,9</b>

<sup>1)</sup> Siden 71 pasienter hadde "Annen bostedsregion", vil summering av regiontallene gi resultatet 55456.

<sup>2)</sup> Befolkning under 18 år per 1. januar 2016 og 1. januar 2017 fra Statistisk sentralbyrå. Ratetallene er ikke korrigert for pasienter som hadde «Annen bostedsregion». Det samme gjelder pasienter som er eldre enn 17 år.

Omtrent 5 prosent av befolkningen under 18 år ble behandlet i psykisk helsevern for barn og unge i 2016, andelen var noe lavere i Helse Sør-Øst og Helse Vest og høyest i Helse Nord med nesten 6 prosent.

Tabell 1.3: Kjønn- og aldersfordeling per helseregion 2016. Antall og prosenter

Helseregion	Antall pasienter <sup>1</sup>	Kjønn <sup>1</sup>		Aldersgruppe		
		Gutter	Jenter	Under 7 år	7-12 år	13 år og eldre
Helse Sør-Øst RHF	29 052	52,2	47,8	12,0	33,9	54,1
Helse Vest RHF	12 204	55,1	44,9	11,2	37,7	51,1
Helse Midt-Norge RHF	8 673	51,5	47,8	9,0	36,5	54,5
Helse Nord RHF	5 886	52,3	47,7	8,1	32,7	59,2
<b>Landet</b>	<b>55 527</b>	<b>52,8</b>	<b>47,1</b>	<b>10,9</b>	<b>35,0</b>	<b>54,0</b>

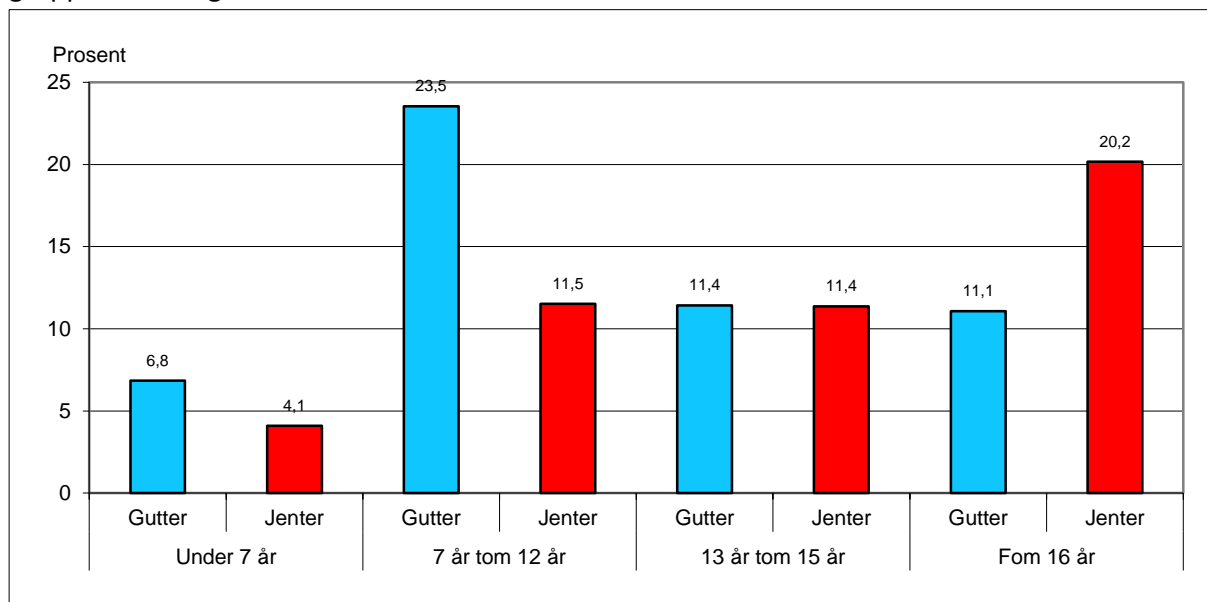
<sup>1)</sup> Det er ikke registrert kjønn for 60 pasienter som derfor ikke inngår i tallgrunnlaget til oversikten over kjønnsfordeling

Flere gutter enn jenter behandles i psykisk helsevern for barn og unge. På nasjonalt nivå var nesten 53 prosent av pasientene gutter, det var relativt liten forskjell mellom regionene, og kjønnsfordelingen er stabil over tid.

54 prosent av pasientene var 13 år eller eldre. Med unntak av Helse Nord som har en høyere andel av pasienter over 13 år, var det relativt små forskjeller mellom regionene.

Fordelingen av kjønns- og aldersgrupper i nedenstående figur viser nasjonale tall. Gutter i aldersgruppen 7-12 år og jenter 16 år og eldre er de klart største pasientgruppene etter denne inndelingen, og de utgjør henholdsvis ca. 24 og 20 prosent av pasientgrunnlaget. Videre ser vi at

det er flere gutter enn jenter i de to yngste aldersgruppene, mens det er markant flere jenter i gruppen 16 år og eldre.



Figur 1.1: Pasienter i 2016. Etter kjønn og alder.

## 1.2 Aktivitetsnivå – Pasienter og kontakter

Siden 2011 har de fleste enhetene i tre av fire helseregioner innen psykisk helsevern for barn og unge faset ut pasientdatasystemet BUP-data og tatt i bruk DIPS. Informasjon NPR har innhentet fra behandlingsstedene tilsier at dette har medvirket til kraftig nedgang i antall rapporterte *ikke-refusjonsberettigede* kontakter. Nedgangen er spesielt knyttet til aktivitetstypen *utredning*, hvor det for noen enheter er en halvering av rapportert aktivitetsnivå. Reduksjon i aktivitet gjelder også andre kontakttyper, f.eks. *behandling*. Tilbakemeldinger fra de aktuelle enhetene bekrefter at nedgangen i aktivitetsnivået er knyttet til overgang til ny IKT-løsning. På grunn den store usikkerheten som er knyttet til ikke-refusjonsberettigede kontakter omtaler vi derfor kun refusjonsberettigede kontakter.

Refusjonsberettigede kontakter ser ut til å være mindre påvirket av overgang til nytt pasientsystem, men også for denne typen kontakter er det utfordringer.

Tabell 1.4a: Antall pasienter, døgnopphold<sup>1</sup>, oppholdsøgn<sup>2</sup> og kontakter med refusjon etter behandlende helseregion. 2016, endringstall i prosent.

	Helse Sør-Øst		Helse Vest		Helse Midt-Norge		Helse Nord		Landet	
	2016	endr.	2016	endr.	2016	endr.	2016	endr.	2016	endr.
<b>Antall pasienter</b>	29 052	-4,0	12 204	2,9	8 673	3,2	5 886	-0,4	55 527	-1,1
<b>Døgnopphold<sup>1</sup></b>	1 398	-1,5	797	1,3	527	-3,1	457	6,3	3 179	0,0
<b>Oppholdsøgn<sup>2</sup></b>	54 610	3,4	12 547	2,2	6 607	4,0	10 033	-5,3	83 797	2,2
<b>Kontakter med refusjon</b>	462 101	-0,2	159 791	2,8	125 749	0,6	72 374	-1,4	820 015	0,4

<sup>1</sup> Antall episoder med omsorgsnivå *Døgnopphold* som er rapportert. Tallene er ikke lenket sammen til institusjonsopphold.

<sup>2</sup> Oppholdsøgn som overlapper det enkelte rapporteringsåret er periodisert. Beregningen er foretatt per episode for antall døgn i oppholdene som er innenfor rapporteringsperiodens start og slutt. Det er ikke korrigert for tilfeller der en ny episode startes samme dag som en eksisterende episode ved samme institusjon avsluttes. Eventuelle omorganiseringer i sektoren kan også gi utslag i tallene slik de er beregnet i tabellen.

På landsbasis ble det rapportert 3 179 døgnopphold i 2016 som er det samme som for 2015. Økningen varierer i de ulike regionale helseforetakene og er høyest i Helse Nord.

Når det gjelder antall oppholdsøgn er det rapportert en økning på om lag 2 prosent, der Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge hadde størst økning, mens Helse Nord rapporterer en nedgang sammenliknet med året før.

For landet sett under ett økte antall refusjonsberettigede kontakter med 0,4 prosent. Det er ingen store forskjeller mellom regionene, men Helse Vest øker mest (2,8 prosent).

Fremdeles ser vi at det er flere enheter som registrerer dagopphold feil, med ulik inn- og utdato, vi velger derfor og ikke vise tall for dagbehandling innen psykisk helsevern for barn og unge.

I tabell 1.4b nedenfor fordeler vi de polikliniske kontakter etter om de er med eller uten refusjon og etter hvorvidt de er direkte eller indirekte. Direkte kontakt er utredning eller behandling der pasient og/eller foreldre deltar. Indirekte kontakt er i all hovedsak ulike former for samarbeid med andre instanser som har en rolle overfor den enkelte pasient. Det er som nevnt knyttet usikkerhet til rapportering av kontakter uten refusjon. Etter overgang til nytt pasientdatasystem har det vært en klar trend med nedgang i indirekte, ikke-refusjonsberettigede kontakter. I 2016 var nedgangen også stor for de direkte kontaktene uten refusjon.

Tabell 1.4b: Antall kontakter etter behandlende helseregion. 2016, endringstall i prosent.

	Helse Sør-Øst		Helse Vest		Helse Midt-Norge		Helse Nord		Landet	
	2016	endr.	2016	endr.	2016	endr.	2016	endr.	2016	endr.
<b>Dir. kontakter med refusjon</b>	343 289	-6	124 993	3	101 957	-2	60 848	-2	631 087	<b>-3,0</b>
<b>Dir. kontakter uten refusjon</b>	21 165	-58	5 707	-4	19 133	11	2 351	-	48 356	<b>-36,5</b>
<b>Indir. kontakter med refusjon</b>	118 812	20	34 798	1	23 792	14	11 526	2	188 928	<b>13,9</b>
<b>Indir. kontakter uten refusjon</b>	30 174	-29	11 878	32	5 479	-9	3 965	14	51 496	<b>-16,8</b>

## 2. HOVEDTILSTANDER INNENFOR MULTIAKSIAL KODING

Det multiaksiale klassifikasjonssystemet benyttes i psykisk helsevern for barn og unge til å beskrive pasientenes ofte komplekse tilstander. Klassifikasjonen består av seks akser. I akse 1, 2 og 4 brukes utvalg av diagnostiske kategorier i ICD-10. For hver behandlingsserie/opphold skal det føres kode for pasientens hovedtilstand og eventuelle andre tilstander på alle seks akser<sup>2</sup>. Pasientjournalen<sup>3</sup> skal dokumentere informasjonsgrunnlaget for de tilstander som kodes.

Analysegrunnlaget i dette kapitlet er avsluttede konsultasjonsserier (i ovennevnte retningslinjer omtalt som behandlingsepisoder) med minst en direkte kontakt, og pågående konsultasjonsserier med seks eller flere direkte kontakter. Deretter er det foretatt utvalg på siste kontakt per pasient. Hovedtilstandskode skal registreres på hver akse, også i tilfeller der ingen tilstand er påvist, eller det er for mangelfull informasjon for å kode. Det understrekes at denne avgrensningen av analysegrunnlaget ikke er ment å være en fasit, men kun en valgt tilnærming for å belyse registreringspraksis. Tabellen nedenfor viser andel manglende registrering innenfor multiaksial klassifikasjon.

Tabell 2.1: Manglende koding innenfor multiaksial klassifikasjon. Prosentert1.

Betegnelsen på akse	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Akse 1 Klinisk psykiatrisk syndrom</b>	23	16	10	9	6	6
<b>Akse 2 Spesifikke utviklingsforstyrrelser</b>	37	39	31	28	28	29
<b>Akse 3 Psykisk utviklingshemming</b>	37	39	31	28	27	29
<b>Akse 4 Somatiske tilstander</b>	44	46	37	32	31	32
<b>Akse 5 Avvikende psykososiale forhold</b>	41	40	32	29	28	30
<b>Akse 6 Global vurdering av funksjonsnivå</b>	44	41	32	28	26	27

<sup>1</sup>) 2011 N= 39 896, 2012 N= 40 005, 2013 = 40 041, 2014 = 43 297, 2015 = 43 970, 2016 = 43476

<sup>2</sup> Multiaksial klassifikasjon i psykisk helsevern for barn og unge

<https://helsedirektoratet.no/helsefaglige-kodeverk/multiaksial-klassifikasjon-i-psykisk-helsevern-for-barn-og-unge-bup>

<sup>3</sup> Forskrift om pasientjournal - [www.lovdata.no/cgi-wift/ldes?doc=/sf/sf/sf-20001221-1385.html](http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldes?doc=/sf/sf/sf-20001221-1385.html)

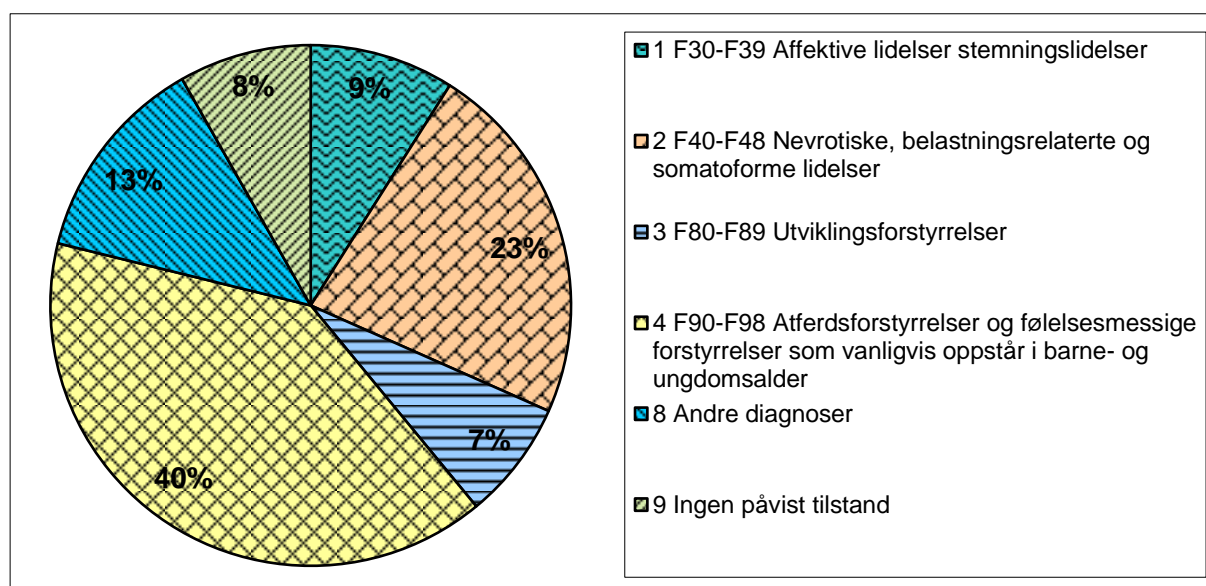
Tabellen viser at det fortsatt er mangelfull tilstandsregistrering i innrapporterte data, men utviklingen er særlig innenfor akse 1 positiv og registreringen på alle aksene har bedret seg noe sammenlignet med tidligere år.

Det er viktig at rapporteringsenhetene allerede ved oppstart av pasientutredningen registrerer multiaksial klassifikasjon på alle seks tilstandsakser ved å benytte kodealternativene «Ingen påvist tilstand» eller «Mangelfull informasjon til å kode» på akse 1-5 inntil kunnskapsgrunnlaget for tentativ evt. mer presis tilstandskoding er etablert. Jamfør flytskjema for kodingsprinsipper i retningslinjene for multiaksial klassifikasjon. Datagrunnlaget blir mindre anvendelige til en del formål når disse opplysningene til dels er mangelfullt registrert.

Nedenfor presenteres kodingen i Akse 1 *Klinisk psykiatrisk syndrom* og Akse 5 *Avvikende psykososiale forhold* for å gi en overordnet beskrivelse av pasientpopulasjonen i psykisk helsevern for barn og unge. På grunn av manglende kompletthet må tallene tolkes med forsiktighet, dette gjelder spesielt for Akse 5 *Avvikende psykososiale forhold* hvor hele 28 prosent mangler koding. Tabeller som viser datakvaliteten pr helseforetak er presentert i vedlegg.

## 2.1 Akse 1: Klinisk psykiatrisk syndrom

Diagnostisering innen aksene er avgjørende for å kunne yte riktig behandling. Av totalt 43 473 episoder i utvalget var det 4 423 episoder som enten manglet registrering av hovedtilstand, akse 1, eller hadde mangelfull informasjon for å kode, mens 8 420 episoder hadde registrert Z-koder.



Figur 2.1: ICD-10 blokk for pasienter med hovedtilstand, akse 1. Z-koder er ekskludert. Prosent. N=30 630



Figur 2.1 ovenfor viser fordeling av 30 630 episoder med registrert tilstandskode innenfor akse 1. Det fremgår av figuren at hovedtilstander innenfor F90-98 *Atferdsforstyrrelser/følelsesmessige forstyrrelser* var hyppigst forekommende, og omfattet 40 prosent (12 195 episoder) av pasientene kodet innen Akse 1. Jamfør også forekomst av Z-diagnoser i tabell 4.2 i kapittel 4.

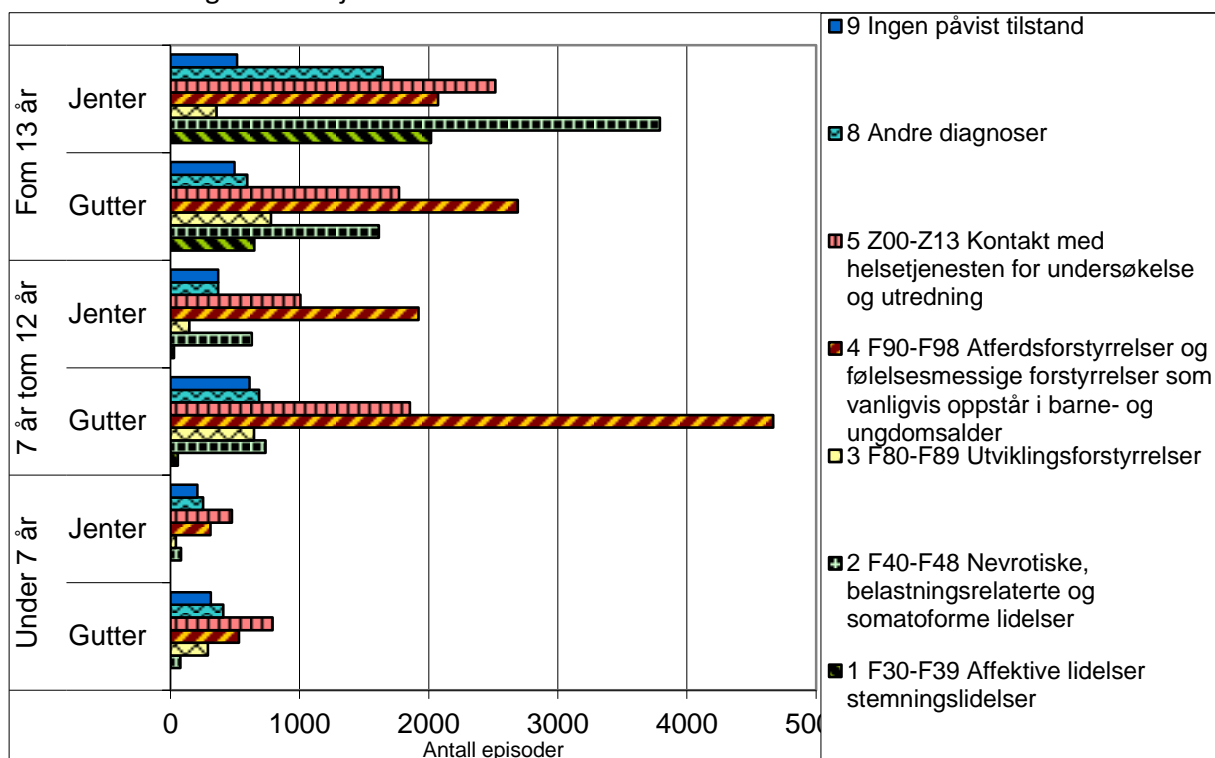
Tabellen nedenfor viser de hyppigst registrerte hovedtilstander innenfor akse 1 på utvalgte ICD-10 blokker.

Tabell 2.2: Hyppigst registrerte hovedtilstander, akse 1 innenfor utvalgte ICD-10 blokker

ICD-10 blokk med hyppigst registrerte tilstander	Antall episoder	Andel
F30-F39 Affektive lidelser stemningslidelser		
F321 Moderat depressiv episode	1 424	6 %
F320 Mild depressiv episode	624	3 %
F40-F48 Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser		
F432 Tilpasningsforstyrrelser	1 612	7 %
F431 Posttraumatisk stresslidelse [PTSD]	1 388	6 %
F401 Sosiale fobier	962	4 %
F80-F89 Utviklingsforstyrrelser		
F845 Aspergers syndrom	1 064	4 %
F840 Barneautisme	633	3 %
F90-F98 Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder		
F900 Forstyrrelser av aktivitet og oppmerksomhet	6 509	27 %
F939 Uspesifisert følelsesmessig forstyrrelse i barndommen	855	4 %
F952 Tourettes syndrom	548	2 %
F941 Reaktiv tilknytningsforstyrrelse i barndommen	482	2 %
F938 Andre følelsesmessige forstyrrelser i barndommen	490	2 %
F901 Hyperkinetisk atferdsforstyrrelse	421	2 %
Øvrige tilstandskoder	7 128	30 %
Antall episoder i utvalget	24 140	100 %

I nedenstående figur 2.2 presenteres diagnosekoding sett i relasjon til pasientenes kjønn og alder. Pasienter diagnostisert innenfor F90-F98 *Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser* (12 195 pasienter) er som nevnt den dominerende pasientgruppen i psykisk helsevern for barn og unge, og vi ser at disse diagnosekodene er relativt sett mest brukt for gutter over 7 år.

Det fremgår også at F40-F48 *Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser* var de mest brukte diagnoser for jenter eldre enn 13 år.

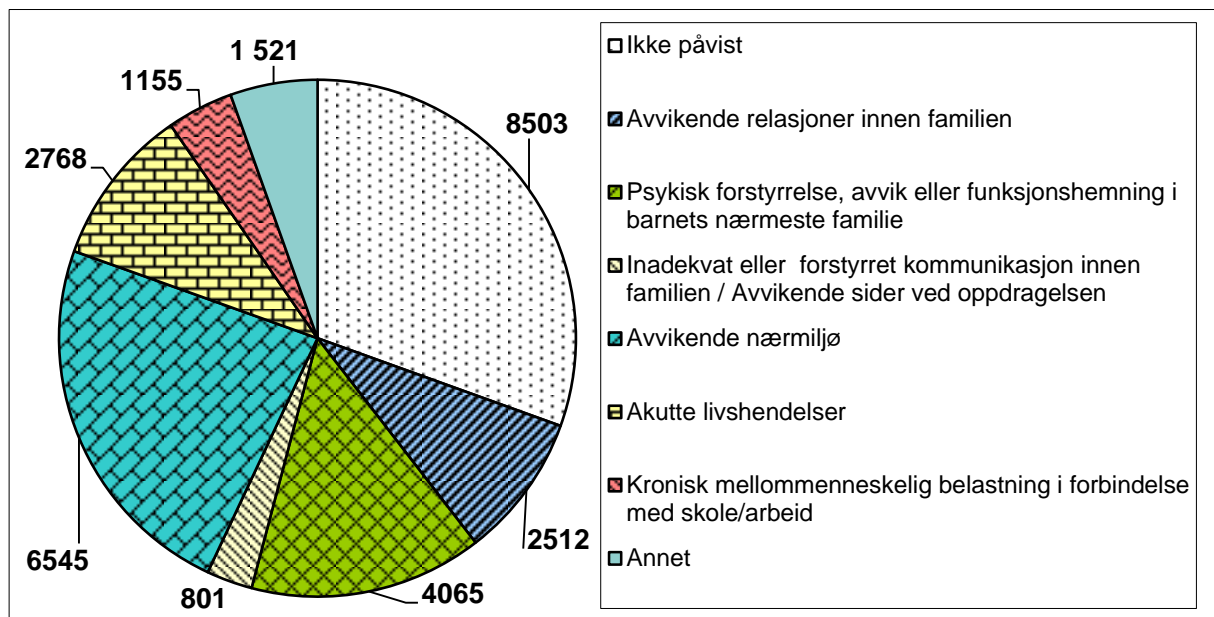


Figur 2.2: ICD-10 blokk for pasienter med diagnose i Akse 1: Klinisk psykiatrisk syndrom. Etter kjønn og aldersgruppe.

## 2.2 Akse 5: Avvikende psykososiale forhold

Akse 5 er et hjelpemiddel for koding av avvikende sider ved et barns psykososiale situasjon. Formålet er å kartlegge avvikende psykososiale forhold i barnets miljø som ifølge tilgjengelig dokumentasjon forårsaker en betydelig risikofaktor for et vesentlig antall barn og unges psykiske helse<sup>4</sup>. På tross av at kun 66 prosent av pasientene var diagnostisert innenfor akse 5 mener vi at tabellen nedenfor gir viktig informasjon da denne i sammenheng med akse 1 gir et mer helhetlig bilde av pasientens funksjonsnivå. Figuren nedenfor viser fordelingen av de hyppigst anvendte akse 5-kategoriene. Vi har valgt å fremstille figuren med antall pasienter på grunn av den lave andelen diagnostiserte pasienter.

<sup>4</sup> Kodebok for BUP, NFBUI 1999



Figur 2.3: Registrering i Akse 5: Avvikende psykososiale forhold.

Figuren viser at en stor del av disse pasientene (8 503 pasienter) ikke hadde påvist noen problemstillinger innenfor akse 5. Gruppen *Avvikende nærmiljø* var den største, men også kategoriene *Psykisk forstyrrelse, avvik eller funksjonshemming i barnets nærmeste familie* og *Akutte livshendelser* omfattet mange pasienter.

### 2.3 Registreringspraksis innenfor øvrige tilstandsaker

Akse 2 *Spesifikke utviklingsforstyrrelser* registreres med ICD-10 kodeverk (kode F80-F89). Det manglet data for 29 prosent av pasientene og regionvis varierte manglene i datagrunnlaget mellom 22 og 32 prosent (Helse Midt-Norge hadde høyest registreringsandel og Helse Sør-Øst hadde lavest registreringsandel). Diagnosekode F81 *Spesifikke utviklingsforstyrrelser av skoleferdigheter, lærevansker* var den hyppigst registrerte hovedtilstanden, mens 25 prosent av pasientene hadde fått registrert *Ingen påvist tilstand*.

Koding på Akse 3 *Psykisk utviklingshemming* skal baseres både på standardiserte psykologiske evnetester og systematisk vurdering av sosial modning og tilpasning. Akse 3 registreres med ICD-10 kodeverk (kode F70-F79). Også her var det store mangler i alle regioner, og regionvis varierte manglene i datagrunnlaget mellom 21 og 32 prosent (Helse XXX Frank må sjekke tallen. Blir dette riktig? Midt-Norge hadde høyest registreringsandel og Helse Sør-Øst hadde lavest registreringsandel).

Registrering innenfor Akse 4 *Somatiske lidelser* manglet for 32 prosent av pasientene, og regionvis varierte manglene i datagrunnlaget mellom 24 og 35 prosent (Helse Midt-Norge hadde

høyest registreringsandel og Helse Sør-Øst hadde lavest registreringsandel). Det har derfor begrenset verdi å foreta ytterligere analyser av hvilke tilstander som er registrert.

## 3. FRIVILLIG OG TVUNGENT PSYKISK HELSEVERN

Bruk av tvang innen psykisk helsevern for barn og unge er hjemlet i *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*<sup>5</sup> med tilhørende forskrift<sup>6</sup>. Lovens § 3-5 beskriver hvilke rammer som gjelder for tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern.

Tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern kan gis med og uten døgnopphold i institusjon som er godkjent for disse formålene. Tvungent psykisk helsevern er kun aktuelt for barn over 16 år. Barn under 16 år innlegges frivillig på bakgrunn av representert samtykke, jf. Pasient og brukerrettighetsloven § 4.4. Her presenteres henvisningsformalitet samt første spesialistvedtak eller angivelse av lovhjemmel for dag- og døgnbehandling.

### 3.1 Henvisningsformalitet og lovgrunnlag

Med *henvisningsformalitet* menes hvilken formalitet i Psykisk helsevernloven pasienten er henvist etter. Her skal det angis formalitet valgt av legen som har undersøkt og henvist pasienten. Henvisningsformalitet skal registreres uavhengig av omsorgsnivå og det er i rapporteringsveilederen lagt vekt på at formalitet alltid skal registreres. Tabellen nedenfor viser at det var registrert henvisningsformalitet for 91 prosent av nyhenvisningene innenfor omsorgsnivåene *Dagbehandling* og *Døgnopphold*, tilsvarende andel i 2015 var 95 prosent.

Tabell 3.1: Henvisningsformalitet 2016. Dag- og døgnbehandling. N=545

Henvisningsformalitet	Antall henvisninger	Prosent	Prosent av registrerte
Frivillig	453	83	92
Tvungen observasjon § 3.2	34	6	7
Tvungent psykisk helsevern § 3.3	8	1	2
Ikke registrert	50	9	
<b>Totalt</b>	<b>545</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

<sup>5</sup> Psykisk helsevernloven - [www.lovdatab.no/all/hl-19990702-062.html](http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-062.html)

<sup>6</sup> Psykisk helsevernforskriften - [www.lovdatab.no/for/sf/ho/xo-20111216-1258.html](http://www.lovdatab.no/for/sf/ho/xo-20111216-1258.html)

Av de 545 nyhenvisningene som hadde registrert henvisningsformalitet var 453 pasienter henvist til frivillig psykisk helsevern, mens 34 pasienter var henvist til tvungen observasjon og 8 pasienter var henvist til tvungent psykisk helsevern. Tilsvarende tall for 2015 var 25 - tvungen observasjon og 7 - tvungent psykisk helsevern.

### 3.2 Første spesialistvedtak / angivelse av lovhjemmel

---

I Veileder for rapportering av aktivitetsdata i psykisk helsevern<sup>7</sup> heter det: "Dersom døgnoppholdet eller kontakten er den første episoden i en henvisningsperiode og pasienten er henvist med henvisningsformalitet tvang i henhold til reglene i Psykisk helsevernloven, skal spesialistvedtak/angivelse av lovhjemmel som gjøres av tjenesteenhetens spesialist innen 24 timer etter at pasienten er mottatt for behandling, eller eventuelt en spesialistvurdering i inntakssituasjonen, registreres uansett utfall av spesialistvedtak". Angivelse av lovhjemmel/første spesialistvedtak skal registreres uavhengig av hvilket omsorgsnivå pasienten behandles ved.

Nedenstående tabell viser fordeling av lovhjemmel/første spesialistvedtak innenfor omsorgsnivåene dagbehandling og døgnopphold i 2016. Tabellen viser at 343 av de nyhenviste pasientene ble behandlet frivillig i psykisk helsevern. Det var til sammen 23 pasienter som fikk vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern med døgn. 111 pasienter innenfor ovennevnte omsorgsnivå manglet registrering av lovhjemmel/spesialistvedtak. Av disse hadde 102 pasienter henvisningsformalitet Frivillig.

Tabell 3.2: Første spesialistvedtak / lovhjemmel.

Lovgrunnlag/Første spesialistvedtak	Antall pasienter
<b>Frivillig (jf. § 2-1)</b>	343
<b>Tvungen observasjon med døgn (jf. § 3-2 jf. § 3-5)</b>	12
<b>Tvungent psykisk helsevern m døgn (jf. § 3-3 jf. § 3-5)</b>	11
<b>Ikke registrert</b>	111
<b>Total</b>	<b>477</b>

Utvalg: omsorgsnivå: dagbehandling eller døgnopphold

---

<sup>7</sup> Veileder for rapportering av aktivitetsdata i psykisk helsevern  
[Veileder for rapportering av aktivitetsdata i psykisk-helsevern \(IS-1541\)](#)



## 4. HENVISNINGSGRUNNER OG INDIVIDUELL PLAN

I dette kapitlet omtales status for individuell plan, samt henvisningsinformasjon som beskriver viktigste henvisningsgrunn *barnet og omsorgssituasjon*.

Innen psykisk helsevern for barn og unge registreres det henvisningsgrunner knyttet til henholdsvis barnet og barnets miljø. Vi vil i dette avsnittet se på nyhenviste pasienter i 2016 (28 405 nyhenvisninger). Tabellen under viser andel manglende rapportering av viktig informasjon for nyhenvisninger i perioden 2011-2016.

Tabell 4.1: Manglende koding innenfor henvisningsgrunn barnet, omsorgssituasjon og individuell plan 2011-2016. Prosent.

Henvisningsinformasjon	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Henvisningsgrunn <i>Barnet</i>	11	16	18	21	24	26
Omsorgssituasjon	23	34	34	44	38	43
Individuell plan	67	71	71	71	77	76

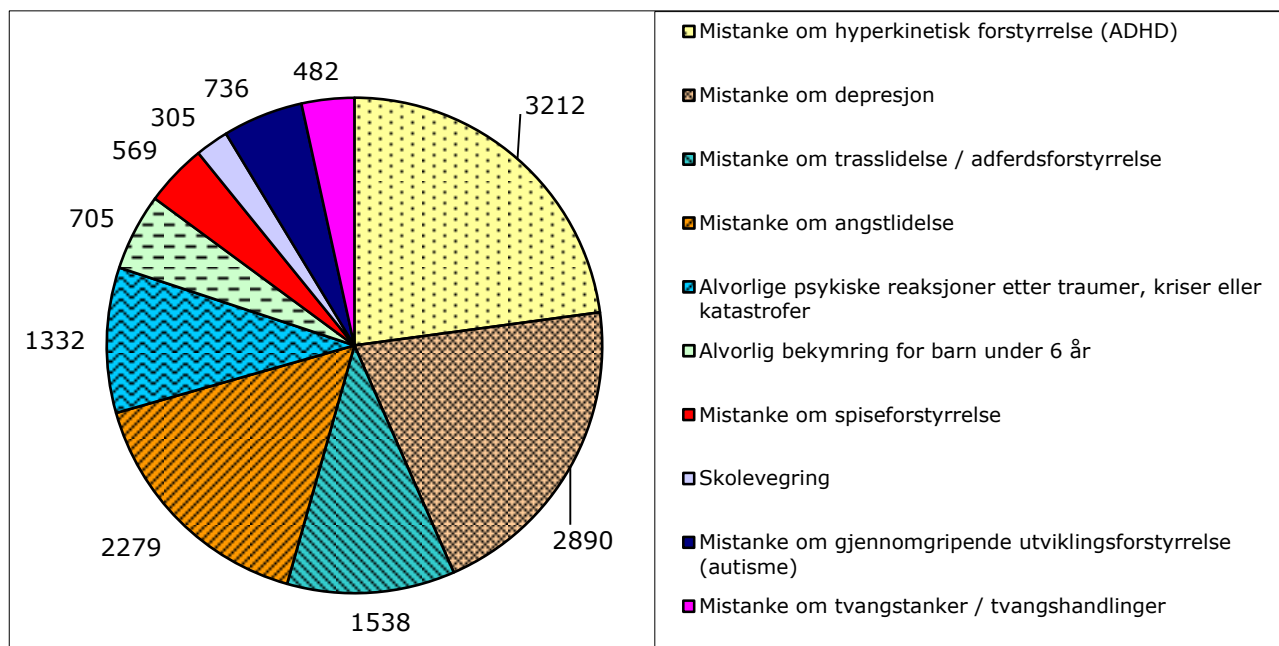
Tabellen viser at det fortsatt er mangelfull registrering av informasjon om både *henvisningsgrunn, omsorgssituasjon og individuell plan*. Økningen i manglende koding av *Henvisningsgrunn barnet* tror vi har sammenheng med at færre benytter BUP-sektorens henvisningsskjema når de henviser. Komplette henvisningsdokumentasjon er viktig fordi det kan bidra til en konstruktiv og målrettet behandling ut fra en felles forståelse av pasientens situasjon og hensikten med henvisningen. Tabeller som viser datakvaliteten pr helseforetak er presentert i vedlegg.

### 4.1 Henvisningsgrunner - barnet

---

For 76 prosent av pasientene som var nyhenvist i 2016 var henvisningsgrunn *Barnet* registrert. Dette er viktig informasjon om behandlingen og pasientene, det er derfor avgjørende både at henvisende instans fyller ut henvisningsskjema komplett med bl.a. henvisningsgrunn, og at behandlingsstedet registrerer dette i sitt pasientsystem.

I figuren nedenfor viser vi fordelingen for de ti vanligste henvisningsgrunnene *Barnet*. De hyppigste henvisningsgrunnene på nyhenviste i 2016 var mistanke om følgende forhold: hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD), depresjon, trasslidelse/atferdsforstyrrelse og angstlidelse. De fire henvisningsgrunnene utgjør til sammen nesten 71 prosent av nyhenvisningene.



Figur 4.1: Ti hyppigst registrerte henvisningsgrunner Barnet. Nyhenvisninger 2016 registrert med nytt kodeverk.

I tabellen nedenfor vises koding av hovedtilstander innenfor de hyppigst benyttede henvisningsgrunnene.

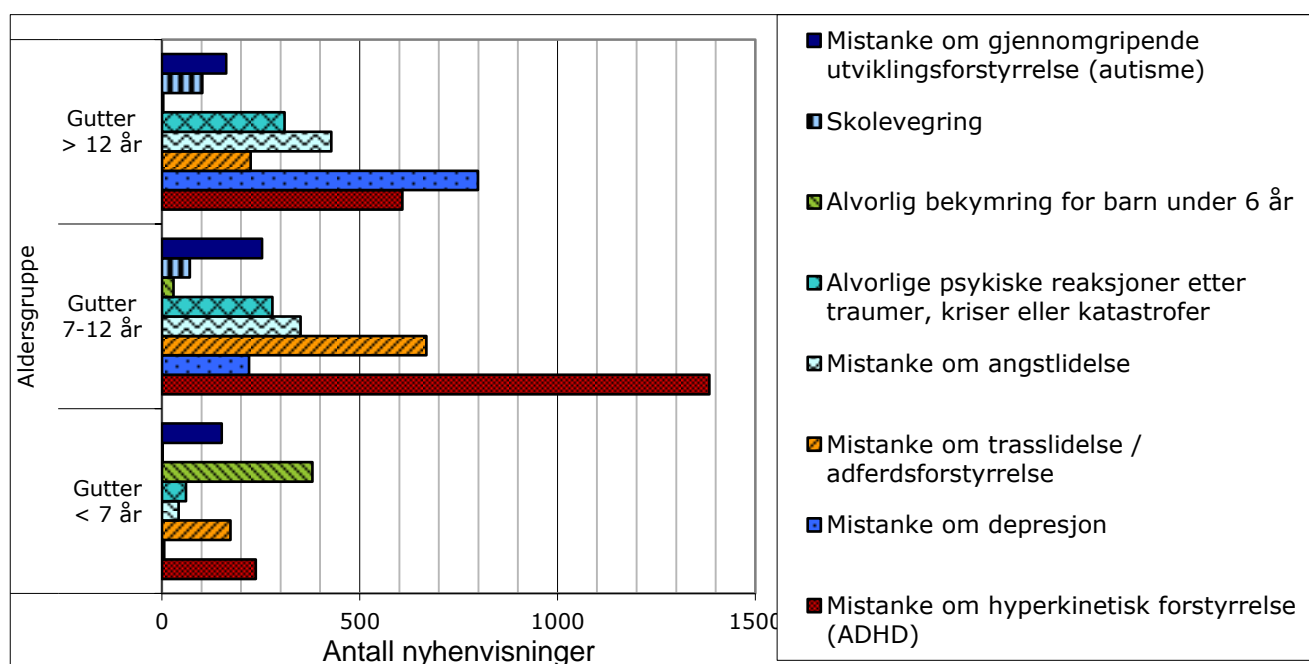
Tabell 4.2: Hyppigst registrerte tilstander innenfor Akse 1 for nyhenviste pasienter - utvalgte henvisningsgrunner

Tilstander, ICD-10	Mistanke om hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD)	Mistanke om depresjon
<b>F320 Mild depressiv episode</b>	< 5	92
<b>F321 Moderat depressiv episode</b>	9	283
<b>F322 Alvorlig depressiv episode uten psykotiske symptomer</b>		15
<b>F401 Sosiale fobier</b>	10	63
<b>F412 Blandet angstlidelse og depressiv lidelse</b>	< 5	53
<b>F431 Posttraumatisk stresslidelse [PTSD]</b>	11	79
<b>F432 Tilpasningsforstyrrelser</b>	< 5	60
<b>F4321 Vedvarende depressiv reaksjon</b>	< 5	60
<b>F4322 Blandet angstreaksjon og depressiv reaksjon</b>	< 5	60

<b>F900 Forstyrrelser av aktivitet og oppmerksomhet</b>	912	80
<b>F901 Hyperkinetisk atferdsforstyrrelse</b>	39	< 5
<b>F908 Andre spesifiserte hyperkinetiske forstyrrelser</b>	30	< 5
<b>F988 Andre atferds/følelsesforstyrrelser, barne- og ungdomsalder</b>	22	5
<b>Z004 Generell psykiatrisk undersøkelse IKAS</b>	454	396
<b>Z032 Obs. ved mistanke om psykiske lidelser og atferdsforst.</b>	221	279
<b>Z133 Målrettet undersøkelse med henblikk på psyk. lidelser og atferdsforstyrrelser</b>	< 5	< 5
<b>1000 Ingen påvist tilstand på akse 1</b>	175	119
<b>1999 Mangelfull informasjon for å kode på akse 1</b>	136	137
<b>9999 Ikke registrert tilstand</b>	502	402

I de neste to figurene har vi fremstilt de åtte hyppigst registrerte henvisningsgrunnene *Barnet*, fordelt på kjønn og aldersgrupper. Figurene viser at det er betydelige kjønns- og aldersforskjeller i hvilken problematikk som er dominerende.

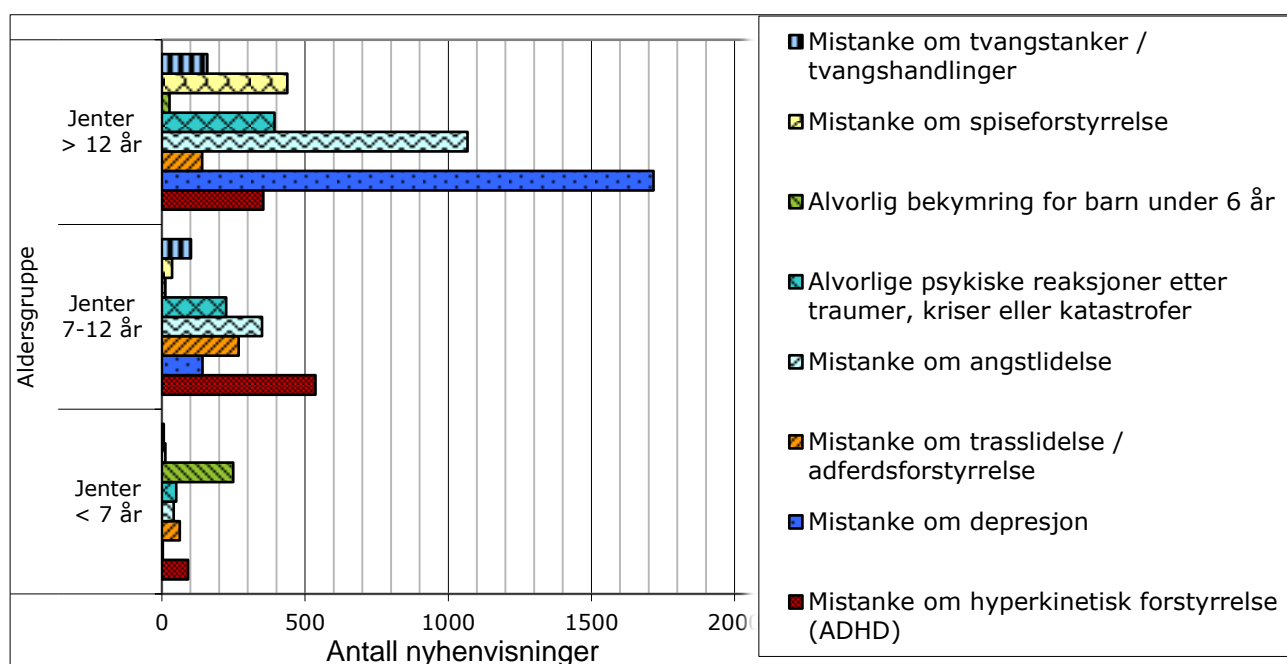
Når det gjelder gutter 7 til og med 12 år ser vi at *Mistanke om hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD)* er dominerende henvisningsgrunn, i tillegg til *Mistanke om trasslidelse/atferdsforstyrrelse*. 2 ½ ganger så mange gutter i denne aldersgruppen har henvisningsgrunn *Mistanke om hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD)* sammenlignet med jenter i samme aldersgruppe.



Figur 4.2: Åtte hyppigst registrerte henvisningsgrunner Barnet. Gutter - aldersgruppert. Antall nyhenvvisninger i 2016, registrert med nytt kodeverk.

For de eldste guttene (13 år og eldre) var *Mistanke om depresjon* den dominerende henvisningsgrunnen i tillegg til *Mistanke om hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD)*. Det var også en del tilfeller av henvisningsgrunnen *Mistanke om angstlidelse* i denne aldersgruppen. For de yngste guttene var *Alvorlig bekymring for barn under 6 år* viktigste henvisningsgrunn.

Av neste figur 4.2 fremgår det at for de eldste jentene (13 år og eldre) var *Mistanke om depresjon* en sterkt dominerende henvisningsgrunn. *Mistanke om angstlidelse* og *Mistanke om spiseforstyrrelse* var også hyppige henvisningsgrunner innenfor denne aldersgruppen.



Figur 4.2: Åtte hyppigst registrerte henvisningsgrunner Barnet. Jenter - aldersgruppert. Antall nyhenvisninger i 2016.

Det er over dobbelt så mange jenter i den eldste aldersgruppen som har henvisningsgrunn *Mistanke om depresjon* sammenlignet med gutter i samme aldersgruppe.

Når det gjelder jenter i aldersgruppen 7 til og med 12 år ser vi at *Mistanke om ADHD* også er gjeldende i denne aldersgruppen. 2 ½ ganger så mange gutter som jenter var henvist med denne henvisningsgrunnen.

Tilsvarende som for gutter ser vi at det er *Alvorlig bekymring for barn under 6 år* som dominerer hos de yngste jentene. Henvisningsgrunn *Mistanke om gjennomgripende utviklingsforstyrrelse (autisme)* utgjør derimot en vesentlig mindre andel av henvisningsvolumet for jenter enn for gutter.

## 4.2 Individuell plan

---

I pasientrettighetsloven § 2-5 heter det: *”Pasient som har behov for langvarige og koordinerte helsetjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan i samsvar med bestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern”*. Individuell plan er også hjemlet i Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1.

Av tabell 4.1 ovenfor fremgikk det at opplysning om status for individuell plan var registrert for bare 24 prosent av de nyhenviste pasientene i 2016.

Flere forhold kan forklare den mangelfulle rapporteringen:

- manglende bruk av registreringsalternativet “Ukjent med status for individuell plan” der opplysninger ikke foreligger,
- mangelfulle rutiner for informasjonsutveksling mellom sektoren og samarbeidende institusjoner,
- registreringstekniske forhold/mangelfulle registreringsrutiner ved behandlingsstedene,
- mangelfull tilpasning av brukerdiallog i pasientadministrativt system.

For 3 826 nyhenviste pasienter ble det rapportert at pasienten ikke oppfyller kriteriene, mens det for 551 pasienter ble rapportert at pasienten har en IP eller at IP er under arbeid. For 100 pasienter var status at pasienten ønsker ikke individuell plan, eller har ikke gitt samtykke. Det var videre for 2 221 pasienter ble rapportert at det er ukjent med status for individuell plan eller at IP ikke er vurdert. I tillegg hadde 100 pasienter avslått tilbud om individuell plan.

# 5. DATAGRUNNLAG OG KVALITET

## 5.1 Datagrunnlag og rapportering

---

Datagrunnlaget for denne rapporten er aktivitetsdata for 2016. Data består av alle henvisningsperioder med aktivitet (episoder) i rapporteringsperioden, det vil si både direkte og indirekte kontakter. Planlagte kontakter (tekniske episoder) er ekskludert. Datagrunnlaget inneholder heller ikke behandlingsaktivitet innen psykisk helsevern barn og unge i regi av private avtalespesialister.

Sykehuset Vestfold HF har i løpet av 2016 tatt i bruk DIPS som pasientadministrativt datasystem.

OUS HF rapporterer fortsatt kun på BUP-*seksjonsnivået* i forhold til BUP-sektoren (BUP Oslo Syd, BUP Oslo Nord osv.). Dette innebærer at det heller ikke for årsdata 2016 er mulig å identifisere BUP-enhetene i rapporterte aktivitetsdata (f.eks BUP Bjerke, BUP Nordre Aker, BUP Sagene, BUP Nordstrand, BUP Østensjø, BUP Søndre Nordstrand, m.fl.).

Det er fortsatt mangefull identifisering av behandlingssteder i rapporteringen fra Sykehuset Innlandet HF og Ahus HF, etter overgangen til DIPS pasientdatasystem i 2015. Dette har konsekvens for publisering av kvalitetsindikator for registrering av tilstandskoder, BUP.

### Endring i definisjon av utvalgskriterier for datagrunnlaget fra og med 2014

I årsdata 2013 ble det kun tatt med aktivitet som hadde fagområde (episodeFag) kode 310 eller kode 233 *samt* avdelings-/tjenesteenhetskoder som startet med en av disse kombinasjonene: 71, 75-78.

Fra og med årsdata 2014 ble altså denne matrisen *utvidet* til også å omfatte aktivitet som hadde en av ovennevnte avdelings-/tjenesteenhetskoder og i tillegg hadde fagområde (episodeFag) lik kode 230, 232, 234, 320, 360, 365 eller 370.

Unntak: Følgende enheter er fortsatt ekskludert fra bup-datagrunnlaget fra og med 2014 (inngår som tidligere i datagrunnlaget for psykisk helsevern for voksne):

- Avdelings-/tjenesteenhetskoder 7700 (Gausel) ved Stavanger universitetssykehus HF



- Avdelings-/tjenesteenhetskode 7100 (Avd. for tidlig psykose ATP) ved Helse Bergen HF

### **Litt om eventuelle tallavvik i rapporten sammenlignet med tilsvarende tall fra andre publikasjoner**

Tallene som presenteres i denne rapporten vil til dels være forskjellig fra tallene som presenteres av instanser som SSB og i SAMDATA-publikasjonene. Dette skyldes at datagrunnlaget/definisjonene er forskjellige:

- Ved beregning av oppholdsdøgn er opphold som overlapper det enkelte rapporteringsåret periodisert. Beregningen er med andre ord foretatt per episode for antall døgn i oppholdene som er innenfor rapporteringsperiodens start og slutt. Det er ikke korrigert for tilfeller der en ny episode startes samme dag som en eksisterende episode ved samme institusjon avsluttes.
- Eventuelle omorganiseringer i sektoren kan også gi store utslag i tallene.

## **5.2 Registreringspraksis**

---

I forbindelse med mottaks- og kontrollarbeidet har NPR fått informasjon om at det er ulik registreringspraksis i sektoren på flere områder. Enhetene oppfordres til å ta i bruk Helse direktoratets [Veileder for rapportering av aktivitetsdata i psykisk-helsevern \(IS-1541\)](#) , for å få lik registreringspraksis og mest mulig sammenlignbare data.

Ulik organisering av virksomheten fører til at noen tjenesteenheter har godkjente poliklinikker knyttet til dag- og døgnenhetene og registrerer alle for- og ettervernskontakter der. Andre foretar for- og ettervernskontakter i dag- og døgnavdelingene. Aktiviteten kan dermed bli tilknyttet forskjellig omsorgsnivå ved ulike helseforetak.

Noen institusjoner oppretter ny henvisningsperiode dersom en pasient som er til poliklinisk behandling, skal behandles ved døgnavdeling (ev. dagavdeling). Disse institusjonene avslutter ikke den polikliniske henvisningsperioden som var i gang før pasienten ble innlagt, dersom den polikliniske behandlingen skal fortsette når pasienten skrives ut fra døgnavdelingen. (Eksempelvis hvis pasient legges inn på akuttavdeling). Dette fører til at pasienten er registrert med flere henvisningsperioder for samme lidelse.

Andre institusjoner avslutter den polikliniske episoden og oppretter døgnepisode i samme henvisningsperiode. Pasienter som har vært innlagt på døgnenhet flere ganger i en henvisningsperiode kan derfor ha flere polikliniske episoder og flere døgnepisoder i samme henvisningsperiode.

Det har forekommet ulik registreringspraksis ved behandlingsstedene når det gjelder registrering av pasienten og pasientens familie. Enkelte enheter har registrert egne henvisningsperioder på familiemedlemmer som ikke har vært henvist.

Institusjonene rapporterer aktivitetsdata for pasienter som var 18 år og eldre. De fleste av disse er pasienter som hadde et behandlingstilbud før fylte 18 år, og generelt vil eksisterende behandlingsrelasjoner tillegges stor vekt. Vi nevner noen eksempler på at det kan oppleves lite hensiktsmessig å overføre pasienter til psykisk helsevern for voksne:

- Hvis man regner med at behandlingsforløpet kan avsluttes forholdsvis raskt, kan det være mest fornuftig å opprettholde eksisterende relasjoner,
- Pasienten kan være henvist til psykisk helsevern for voksne, men i påvente av tilbud derfra tilbys behandling innen psykisk helsevern for barn og unge
- Oppfølging av gravide
- Foreldrearbeid i forbindelse med barns død.

### 5.3 Informasjon om organisatoriske endringer

---

NPR har i innkallingsbrev oppfordret det enkelte behandlingssted om å informere om organisatoriske eller bemanningsmessige forhold som i vesentlig grad har påvirket behandlingskapasiteten i rapporteringsperioden.

### 5.4 Rapporteringsplikt og kvalitetskontroll

---

For å kunne etablere komplette nasjonale registerdata er Norsk pasientregister avhengig av korrekt og komplett rapportering fra BUP-sektoren. Denne rapporten viser at det generelt i sektoren er betydelige mangler i registreringen av en del sentral informasjon om behandlingsevne. Men det er samtidig viktig å understreke at BUP-enhetene generelt rapporterer data av god kvalitet. Se vedleggstabellene.

Av *Norsk pasientregisterforskriften* fremgår det klart at avsender av pasientdata har ansvar for å rapportere korrekt og komplett i § 2-3. *Avsenders plikter til kvalitetskontroll:*

«Avsender skal kontrollere at data som rapporteres er komplette og kvalitetssikret i henhold til gjeldende krav til rapportering.» Denne plikten er utdypet i merknader til forskriften, der det heter at nødvendig kvalitetskontroll skal inngå i virksomhetens internkontroll.

**For å kunne oppfylle forventningene til registeret, er NPR avhengig av et bredt samarbeid med flere aktører:** rapporteringsenheter i spesialisthelsetjenesten, (regionale) helseforetak, pasientsystemleverandører, ansvarlig for sentrale kodeverk (Helsedirektoratet), programvareleverandører (f.eks. NIRVACO), Helse- og omsorgsdepartementet, andre sentrale helseregistre.

Som eksempel på aktiviteter som inngår i samhandlingen med noen utvalgte aktører kan blant annet nevnes:

- Rapporteringsenheter i spesialisthelsetjenesten:
  - Utsending av tilbakemeldingsdokument etter gjennomført kvalitetskontroll
  - Nøkkeltall for periodeaktivitet evt. ventelistetall, tabeller/utvalg av rapportert aktivitet med antatt mangelfull eller feil koding av variable
  - Utsending av rapporteringsveileder og bistand til kurs for nøkkelpersonell
  
- Pasientsystemleverandører:
  - Utsending av dokumentasjon på oppdateringer i NPR sitt rapporteringsformat *NPR-Melding*.
  - Tilbakemelding på testdata om feil og mangler i meldingsuttrekk i forbindelse med oppdatering av pasientdatasystem.
  - Tilbakemelding på feil i mappingtabeller (kodeoversetting mellom pasientdatasystem og rapporteringsformat).
  - Kommunikasjon om forbedret brukerdiallog i registrerings skjermbilder.
  
- Helse- og omsorgsdepartementet/øvrige avdelinger i Helsedirektoratet:
  - Dialog om utforming av rapporteringsveileder
  - Dialog rundt ajourhold av sentrale kodeverk (klassifikasjon av sykdommer ICD-10, kirurgisk og medisinsk prosedyrekodeverk (NCSP/NCMP).
  - Publisering av nøkkeltall for sektoren
  - Dialog om nødvendige tilpasninger i rapporteringsformat og pasientdatasystem i forbindelse med endringer i lovverk, forskrifter og retningslinjer.
  
- Andre sentrale helseregistre:
  - Validering av registerdata.

## 5.5 Manglende informasjon om sentrale deler av datagrunnlaget

---

På mange områder er rapporteringen til Norsk pasientregister mangelfull. I egne vedlegg er det gjort rede for komplettheten med hensyn til noen sentrale forhold:

- Andel manglende registrering innenfor multiaksial klassifikasjon.
- Multiaksial klassifikasjon; akse 1 og akse 5
- Viktigste henvisningsgrunn barnet
- Omsorgssituasjon
- Henvisningsformalitet
- Status vedr registrering av Individuell plan

Tabellene i vedlegg 3 viser at graden av kompletthet er varierende, og på alle disse områdene er det helseforetak som har rapportert svært mangelfulle data. I årets rapport viser tabellen

manglende registrering for en treårsperiode og viser en liten forbedring i registrering av omsorgssituasjon og status i forhold til individuell plan. Denne forbedringen kan skyldes flere årsaker, men vi tror at utsending av revidert tilbakemelding, rapporteringsveileder og bistand til kurs for nøkkelpersonell kan ha bidratt til økt fokus på registrering av disse opplysningene.

Flere forhold kan forklare mangelfull rapportering:

- manglende bruk av registreringsalternativene “ikke aktuelt” eventuelt “mangler info” der opplysninger ikke foreligger,
- mangelfulle rutiner for informasjonsutveksling mellom sektoren og samarbeidende institusjoner,
- registreringstekniske forhold/mangelfulle registreringsrutiner ved behandlingsstedene,
- mangelfull tilpasning av brukerdialogen i pasientadministrativt system.

## Vedlegg 1 - Begreper benyttet i rapporten

### ➤ *Rapporteringsformatet **NPR-melding***

NPR-melding er rapporteringsformat for venteliste- og aktivitetsdata fra spesialisthelsetjenesten til Norsk pasientregister. I rapporten brukes en del begreper som er hentet fra dette rapporteringsformatet. Noen av disse begrepene er forklart nedenfor. Les mer om rapporteringsformatet her

<https://helsedirektoratet.no/norsk-pasientregister-npr/registrere-og-rapportere-data>

### ➤ *Henvisningsperiode*

En henvisningsperiode er et avgrenset tidsrom for kontakt/innleggelse ved spesialisthelsetjenesten for utredninger og eventuell behandling/pleie og/eller kontroll av en sykdomstilstand. Kun spesialisthelsetjenestens aktiviteter inngår i henvisningsperioden. En pasient kan ha flere henvisningsperioder.

### ➤ *Episode*

En episode er en generalisering av avdelingsopphold, en serie av polikliniske konsultasjoner eller en serie av dagbehandlinger. Det kan være null, en eller flere episoder per henvisningsperiode. En episode starter ved første kontakt eller når pasienten blir innlagt.

### ➤ *Kontakt*

En kontakt kan være en poliklinisk konsultasjon, en dagbehandling eller et tilfelle av indirekte pasientarbeid. Direkte kontakt er enten utredning/ observasjon eller behandling (terapi/samtale) der pasient og/eller foreldre deltar. Indirekte kontakt er i all hovedsak ulike former for samarbeid med andre instanser som har en rolle overfor den enkelte pasient. Det skilles også på om en kontakt kan utløse takstrefusjon (refusjonsberettiget) eller ikke.

### ➤ *Antall kontakter totalt i rapporteringsperioden*

Sum antall kontakter direkte + indirekte pasientarbeid

Vi viser også til *Rapporteringsveilederen* som kan lastes ned fra vårt nettsted:

[Veileder for rapportering av aktivitetsdata i psykisk helsevern](#)

## Vedlegg 2 - Antall pasienter og antall kontakter, pr helseforetak og omsorgsnivå. Endring fra 2015

RHF/helseforetak	Kontakt kategorier										
	Antall pasienter totalt		Direkte kontakter, ref.berettiget		Direkte kontakter, ikke ref.berettiget		Indirekte kontakter, ref.berettiget		Indirekte kontakter, ikke ref.berettiget		
	2016	% endr.	2016	% endr.	2016	% endr.	2016	% endr.	2016	% endr.	
<b>Helse Sør-Øst RHF</b>											
Vestre Viken HF	4471	-5,1	60438	0,8	5506	50,6	16057	5,0	8700	5,5	
Lovisenberg Diakonale sykehus	1480	-2,1	16822	-6,1	703	49,3	5146	-2,6	378	62,2	
Diakonhjemmet sykehus	595	-0,2	9770	9,5	822	30,5	1321	1,8	331	77,0	
Akershus Univ. S.hus HF <sup>8)</sup>	4716	-9,0	55336	-23,8	787	-96,4	23323	74,6	1041	-83,2	
SH Innlandet HF <sup>9)</sup>	3979	-14,0	44618	-5,0	2109	-84,3	6065	-34,7	1003	-90,4	
Sykehuset Østfold HF	3034	5,0	30655	6,9	1853	55,1	11052	-5,2	220	131,6	
Sørlandet Sykehus HF	3242	0,7	33493	4,4	1688	-9,7	15047	12,7	2565	-16,4	
Sykehuset i Vestfold HF	2693	-2,5	32060	-10,8	879	1,3	20407	21,1	4622	-13,5	
Sykehuset Telemark HF	1835	-1,6	20482	3,2	943	-20,9	6657	12,3	3339	-11,9	
Oslo Univ.sykehus	3637	4,3	39615	-2,8	2373	2,9	13737	96,1	4960	154,5	
Privat Sør-Øst	166	5,7	-	-	3502	10,0	-	-	3015	10,8	
<b>Helse Vest RHF</b>											
Helse Stavanger HF	3982	9,1	41843	7,7	1563	14,7	7241	0,7	4225	51,9	
Helse Fonna HF	1777	3,8	16777	2,6	2095	6,3	3362	-10,5	1012	-23,8	
Helse Bergen HF	4408	-0,5	48356	1,2	1701	-	16689	7,3	5786	-	
Helse Førde HF	1603	-0,4	12940	3,7	126	72,6	4966	-9,0	198	-13,5	
Privat Vest	578	-1,9	5077	-8,4	222	16,2	2540	4,3	657	-	
<b>Helse Midt-Norge RHF</b>											
St. Olavs Hospital HF	3733	3,5	50106	-2,7	17894	14,9	7208	20,0	2430	9,1	
Helse Nord Trøndelag HF	2063	1,6	15292	-3,1	650	-43,1	5900	-4,1	807	10,2	
Helse Møre og Romsdal HF	2957	4,2	36559	-0,7	589	23,5	10684	22,7	2242	-26,9	
<b>Helse Nord RHF</b>											
Finnmarkssykehuset HF	1139	0,5	8752	-19,0	313	-32,8	4309	22,2	2733	-20,2	
Univ.sykehuset Nord-Norge HF	2099	0,3	20934	8,8	972	-19,3	3460	4,6	694	12,5	
Nordlandssykehuset HF	1827	1,6	21063	0,4	846	78,5	1664	-26,2	531	-5,0	
Helgelandssykehuset HF	991	-2,2	10099	-8,5	220	6,3	2093	-5,8	7	-	
<b>Landet</b>	<b>55527</b>	<b>-1,1</b>	<b>631087</b>	<b>-3,0</b>	<b>48356</b>	<b>-36,5</b>	<b>188928</b>	<b>13,9</b>	<b>51496</b>	<b>-16,8</b>	

<sup>8)</sup> Dette skyldes ikke en reell nedgang, men en systemteknisk endring som er forklart i kap. 5.1

<sup>9)</sup> Dette skyldes ikke en reell nedgang, men en systemteknisk endring som er forklart i kap. 5.1

## Vedlegg 3 - Oversikt over manglende rapportering på noen sentrale områder. Per helseregion og helseforetak. Perioden 2013-2016. Prosent

### Oversikt over manglende tilstandsregistrering, multiaksial klassifikasjon. Prosent\*

Helseregion/helseforetak		Tilstand 1, Akse 1				Tilstand 1, Akse 5			
		Manglende registrering				Manglende registrering			
		2013	2014	2015	2016	2013	2014	2015	2016
Helse Sør-Øst	Vestre Viken HF	3	1	1	1	45	34	31	28
	Lovisenberg Diakonale SH	15	20	19	17	18	25	23	22
	Diakonhjemmet sykehus AS	1	0	0	0	18	15	25	23
	Akershus Univ.sykehus HF	17	15	1	4	28	25	19	48
	SH Innlandet HF	15	12	2	3	21	15	19	33
	Sykehuset Østfold HF	1	0	0	5	33	36	29	26
	Sørlandet Sykehus HF	3	5	2	2	29	41	46	38
	Sykehuset i Vestfold HF	1	10	9	0	42	10	10	13
	Sykehuset Telemark HF	10	2	1	1	11	48	45	38
	Oslo Universitetssykehus	13	9	1	0	22	22	38	36
	Privat Sør-Øst	20	35	30	14	56	67	57	58
Total	9	8	3	3	28	27	28	32	
Helse Vest RHF	Helse Stavanger HF	0	12	0	0	26	34	26	22
	Helse Fonna HF	32	24	33	18	40	30	38	23
	Helse Bergen HF	1	3	0	0	50	45	36	33
	Helse Førde HF	1	1	2	1	45	38	39	35
	Privat Vest	0	1	1	0	34	43	41	43
	Total	5	9	5	3	39	38	34	28
Helse Midt-Norge RHF	St. Olavs Hospital HF	9	8	8	5	18	17	18	16
	Helse Nord Trøndelag HF	20	19	28	31	32	28	40	41
	Helse Møre og Romsdal HF	27	19	21	20	35	23	23	23
	Total	18	14	17	15	27	21	24	23
Helse Nord RHF	Finnmarkssykehuset HF	18	17	27	23	35	30	38	36
	Univ.sykehuset Nord-Norge HF	7	9	10	8	45	32	24	27
	Nordlandssykehuset HF	27	15	11	14	44	23	18	20
	Helgelandssykehuset HF	3	1	1	1	46	37	33	43
Total	14,0	11	12	11	43	29	26	29	

\*) Utvalget er pasienter som har minst 6 kontakter i rapporteringsåret og/eller har avsluttet henvisningsperiode i løpet av rapporteringsåret.

2013: N=40 041, 2014: N=43 297, 2015: N=43 970: 2016: N=43473

**Oversikt over manglende registrering av henvisningsgrunn, barnet og status for individuell plan. Prosent\***

Helseregion/helseforetak		Viktigste henv.grunn barnet				Status for Individuell plan			
		Manglende registrering				Manglende registrering			
		2013	2014	2015	2016	2013	2014	2015	2016
<b>Helse Sør-Øst</b>	Vestre Viken HF	42	28	26	27	95	88	85	89
	Lovisenberg Diakonale SH	5	4	6	7	41	47	51	51
	Diakonhjemmet sykehus AS	24	27	42	46	38	48	55	59
	Akershus Univ.sykehus HF	6	6	24	31	56	58	92	87
	SH Innlandet HF	0	2	18	28	58	63	79	72
	Sykehuset Østfold HF	32	32	37	47	81	88	88	89
	Sørlandet Sykehus HF	13	48	42	29	98	98	98	99
	Sykehuset i Vestfold HF	41	7	3	13	93	90	97	90
	Sykehuset Telemark HF	12	48	38	49	87	87	87	89
	Oslo Universitetssykehus	1	6	12	9	46	29	39	42
	Privat Sør-Øst	7	38	12	25	31	6	7	16
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>20</b>	<b>24</b>	<b>27</b>	<b>72</b>	<b>72</b>	<b>80</b>	<b>79</b>	
<b>Helse Vest RHF</b>	Helse Stavanger HF	36	32	37	39	92	92	95	95
	Helse Fonna HF	38	34	27	26	85	86	81	80
	Helse Bergen HF	25	35	31	33	68	71	69	71
	Helse Førde HF	32	27	34	37	92	94	94	96
	Privat Vest	2	3	5	4	62	59	59	54
	<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>32</b>	<b>32</b>	<b>33</b>	<b>82</b>	<b>82</b>	<b>83</b>	<b>83</b>
<b>Helse Midt-Norge RHF</b>	St. Olavs Hospital HF	1	2	4	4	39	33	46	43
	Helse Nord Trøndelag HF	1	0	4	5	9	4	9	16
	Helse Møre og Romsdal HF	6	8	7	7	72	70	64	65
	<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>46</b>	<b>41</b>	<b>44</b>	<b>45</b>
<b>Helse Nord RHF</b>	Finnmarkssykehuset HF	12	21	26	24	54	69	68	71
	Univ.sykehuset Nord-Norge HF	31	37	45	43	95	95	92	94
	Nordlandssykehuset HF	27	27	28	30	92	93	95	93
	Helgelandssykehuset HF	38	42	37	47	82	90	88	89
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>33</b>	<b>35</b>	<b>37</b>	<b>85</b>	<b>89</b>	<b>88</b>	<b>89</b>	

\*) Utvalget er antall nye henvisninger i løpet av rapporteringsåret.  
2013: N=27 027, 2014: N=27 845, 2015: N=28 133: 2016: N=28 405



## Oversikt over manglende registrering av henvisningsformalitet og omsorgssituasjon. Prosent\*

Helseregion/helseforetak		Henvisningsformalitet				Omsorgssituasjon			
		Manglende registrering				Manglende registrering			
		2013	2014	2015	2016	2013	2014	2015	2016
Helse Sør-Øst	Vestre Viken HF	3	3	2	7	45	59	39	39
	Lovisenberg Diakonale SH	0	0	0	8	13	18	20	18
	Diakonhjemmet sykehus AS	2	0	0	0	13	26	42	51
	Akershus Univ.sykehus HF	0	0	1	39	12	13	14	42
	SH Innlandet HF	0	0	3	85	18	22	24	40
	Sykehuset Østfold HF	5	2	2	2	29	48	41	37
	Sørlandet Sykehus HF	0	33	25	20	33	78	69	71
	Sykehuset i Vestfold HF	0	0	0	15	45	29	35	43
	Sykehuset Telemark HF	31	45	29	34	49	63	43	54
	Oslo Universitetssykehus	1	7	15	4	7	41	18	11
	Privat Sør-Øst	5	3	0	3	49	34	45	57
Total	3	9	8	24	26	41	33	40	
Helse Vest RHF	Helse Stavanger HF	0	1	3	9	58	70	60	64
	Helse Fonna HF	29	15	2	2	41	55	39	39
	Helse Bergen HF	3	8	18	10	47	62	47	49
	Helse Førde HF	2	1	0	1	44	51	45	52
	Privat Vest	1	2	1	1	11	15	23	23
	Total	7	6	7	7	48	61	49	52
Helse Midt-Norge RHF	St. Olavs Hospital HF	0	0	0	0	33	38	42	45
	Helse Nord Trøndelag HF	0	0	0	0	16	23	38	42
	Helse Møre og Romsdal HF	0	0	0	0	23	29	37	37
	Total	0	0	0	0	26	31	39	42
Helse Nord RHF	Finnmarkssykehuset HF	1	0	5	2	20	36	42	42
	Univ.sykehuset Nord-Norge HF	22	24	29	27	44	57	53	52
	Nordlandssykehuset HF	34	31	38	33	30	30	39	39
	Helgelandssykehuset HF	26	21	16	11	32	39	39	49
Total	23	21	25	21	34	43	45	46	

\*) Utvalget er antall nye henvisninger i løpet av rapporteringsåret.  
2013: N=27 027, 2014: N=27 845, 2015: N=28 133 , 2016: N=28 405

## Vedlegg 4 - Døgnopphold og oppholdsøgn inkl. opphold som er åpne ved rapporteringsperiodens slutt – fordelt på rapporteringsenhetnivå. 2016

Helseregion/helseforetak/rapporteringsenhet			Antall døgnopphold <sup>1</sup>	Sum oppholdsøgn <sup>2</sup>
<b>Helse Sør-Øst RHF</b>	Vestre Viken HF	BUP Vestre Viken	128	5166
	Akershus univ.sykehus HF	BUP Akershus Univ.sykehus	139	7483
	Sykehuset Innlandet HF	BUP Sykehuset Innlandet	290	7825
	Sykehuset Østfold HF	BUP Sykehuset Østfold	275	3115
	Sørlandet Sykehus HF	BUP Sørlandet Sykehus	133	1419
	Sykehuset i Vestfold HF	Psyk. i Vestfold BUP-avd	63	1384
	Sykehuset Telemark HF	BUP Sykehuset Telemark	85	2805
	Oslo Universitetssykehus	BUP Oslo universitetssykehus	169	6520
		Larkollen ungd psyk. behandl. hjem	29	5475
		Privat Sør-Øst	Østbyttet behandlingssenter	41
	Capio Anoreksi Senter	46	6620	
<b>Helse Vest RHF</b>	Helse Stavanger HF	BUP Stavanger universitetssykehus	271	4521
	Helse Fonna HF	BIÅ Helse Fonna	109	2257
	Helse Bergen HF	BUP Helse Bergen	324	4689
	Helse Førde HF	BUP Helse Førde	93	1080
	St. Olavs Hospital HF	St. Olavs Hospital BUP-klinikk	201	2791
<b>Helse Midt-Norge RHF</b>	Helse Nord Trøndelag HF	Sykehuset Namsos BUP polikl	11	116
		Sykehuset Levanger BUP avd	111	1603
	Helse Møre og Romsdal HF	Molde Sjukehus BUP avd	28	569
		Ålesund sjukehus Ungd psyk avd	176	1528
<b>Helse Nord RHF</b>	Finnmarkssykehuset HF	BUP Helse Finnmark	70	2289
	Univ.sykehuset Nord-Norge HF	BUP Univ.sykehuset i Nord Norge	190	2607
	Nordlandssykehuset HF	BUP Nordlandssykehuset	157	3099
	Helgelandssykehuset HF	BUP Helgelandssykehuset	40	2038

<sup>1</sup> Antall episoder med omsorgsnivå *Døgnopphold* som er rapportert. Tallene er ikke lenket sammen til institusjonsopphold.

<sup>2</sup> Oppholdsøgn som overlapper det enkelte rapporteringsåret er periodisert. Beregningen er foretatt per episode for antall døgn i oppholdene som er innenfor rapporteringsperiodens start og slutt. Det er ikke korrigert for tilfeller der en ny episode startes samme dag som en eksisterende episode ved samme institusjon avsluttes. Eventuelle omorganiseringer i sektoren kan også gi utslag i tallene slik de er beregnet i tabellen.





**Postadresse:** Pb. 7000,  
St. Olavs plass, 0130 Oslo

**Telefon:** +47 810 20 050

**Faks:** +47 24 16 30 01

**E-post:** [postmottak@helsedir.no](mailto:postmottak@helsedir.no)

[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)