



# Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2014

Norsk pasientregister

Publikasjonens tittel: Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2014

Utgitt: 04/2015

Bestillingsnummer: IS-2289

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

Illustrasjon: Johnér Bildbyrå AB

# INNHold

<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>11</b>
3.1 Henvisningsformalitet og lovgrunnlag	11
3.2 Første spesialistvedtak / angivelse av lovhjemmel	12
<b>4. HENVISNINGSGRUNNER OG INDIVIDUELL PLAN</b>	<b>13</b>
4.1 Henvisningsgrunner - barnet	13

4.2 Individuell plan	17
<b>5. DATAGRUNNLAG OG KVALITET</b>	<b>18</b>
5.1 Datagrunnlag og rapportering	18
5.2 Registreringspraksis	19
5.3 Informasjon om organisatoriske endringer	20
5.4 Rapporteringsplikt og kvalitetskontroll	20
5.5 Manglende informasjon om sentrale deler av datagrunnlaget	21
<b>VEDLEGG 1 - BEGREPER BENYTTET I RAPPORTEN</b>	<b>23</b>
<b>VEDLEGG 2 - ANTALL PASIENTER OG ANTALL KONTAKTER, PR HELSEFORETAK OG OMSORGSNIVÅ. ENDRING FRA 2013.</b>	<b>24</b>
<b>VEDLEGG 3 - OVERSIKT OVER MANGLENDE RAPPORTERING PÅ NOEN SENTRALE OMRÅDER. PER HELSEREGION OG HELSEFORETAK. PROSENT</b>	<b>25</b>
<b>VEDLEGG 4 - DØGNOPPHOLD OG OPPHOLDSDØGN INKL. OPPHOLD SOM ER ÅPNE VED RAPPORTERINGSPERIODENS SLUTT – FORDELT PÅ RAPPORTERINGSENHETSNIVÅ</b>	<b>28</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 2014. 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 oppholdsøgn.

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 ført til store endringer i rapportert aktivitetsnivå som har forklaring i registrerings- og rapporteringstekniske endringer. På grunn av dette er det 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: [www.helsedirektoratet.no/tall-analyse/ventetider](http://www.helsedirektoratet.no/tall-analyse/ventetider)

# SAMMENDRAG

Om lag 55 000 pasienter ble behandlet i psykisk helsevern for barn og unge i 2014, for landet sett under ett var det omtrent uendret volum sammenlignet med 2013. På nasjonalt nivå var 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 95 prosent av pasientene.

Den rapporterte aktiviteten viser at 5 prosent av befolkningen under 18 år mottok behandling i 2014, andelen barn og unge som ble behandlet er uendret fra 2013.

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 95 prosent av de nyhenviste pasientene (465 pasienter). Av disse var 45 pasienter henvist til tvungen observasjon og 13 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 2014. 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 2013-2014 etter behandlende helseregion. Endringstall i prosent.

Region	Antall pasienter i PHBU	Endring i prosent
	2014	2013-2014
Helse Sør-Øst RHF	29 915	-3,0
Helse Vest RHF	11 445	6,6
Helse Midt-Norge RHF	8 097	3,8
Helse Nord RHF	6 076	-1,7
Landet	55 263	-0,1

<sup>1)</sup> 270 pasienter ble behandlet ved mer enn én helseregion i 2014, summering av RHF-tallene gir derfor resultatet 55 533.

Om lag 55 000 pasienter ble behandlet i psykisk helsevern for barn og unge i 2014, for landet sett under ett var det omtrent uendret volum sammenlignet med 2013. På regionsnivå var det en økning i Helse Vest og Helse Midt-Norge, mens det var en nedgang i Helse Sør-Øst og Helse Nord. For Helse Midt-Norge er det sannsynlig at en stor del av endringen kan forklares med endret registreringspraksis, dette er nærmere omtalt i avsnitt 1.2.

Nedgangen i antall behandlede pasienter på 3 prosent i Helse Sør-Øst er knyttet til Sykehuset Telemark HF (11 prosent), Sykehuset Østfold HF (11 prosent) og Oslo universitetssykehus (4 prosent). De tre nevnte helseforetakene har skiftet IKT-leverandør i løpet av 2013 og 2014 og tilbakemeldinger fra sektoren viser at datakonverteringsproblemer og rapporteringstekniske



endringer kan forklare noe av nedgangen i antall pasienter sammenlignet med 2013. Forholdet er nærmere omtalt i avsnitt 1.2 nedenfor.

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. 2013-2014.

Bostedsregion	Antall pasienter		Andel i befolkningen (prosent) <sup>2</sup>	
	2013	2014	2013	2014
Helse Sør-Øst	30 571	29 687	5,0	4,8
Helse Vest	10 730	11 426	4,3	4,5
Helse Midt-Norge	7 760	8 029	5,0	5,2
Helse Nord	6 178	6 087	6,0	6,0
Landet <sup>1</sup>	55 299	55 263	4,9	4,9

<sup>1)</sup> Siden bostedsregion ikke var registrert for 34 pasienter i 2014, vil summering av regiontallene gi resultatet 55 229.

<sup>2)</sup> Befolkning under 18 år per 1. januar 2014 og 1. januar 2015 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 2014, andelen var noe lavere i Helse Sør-Øst og Helse Vest og høyest i Helse Nord med 6 prosent.

Tabell 1.3: Kjønn- og aldersfordeling per helseregion 2014. Antall og prosenter

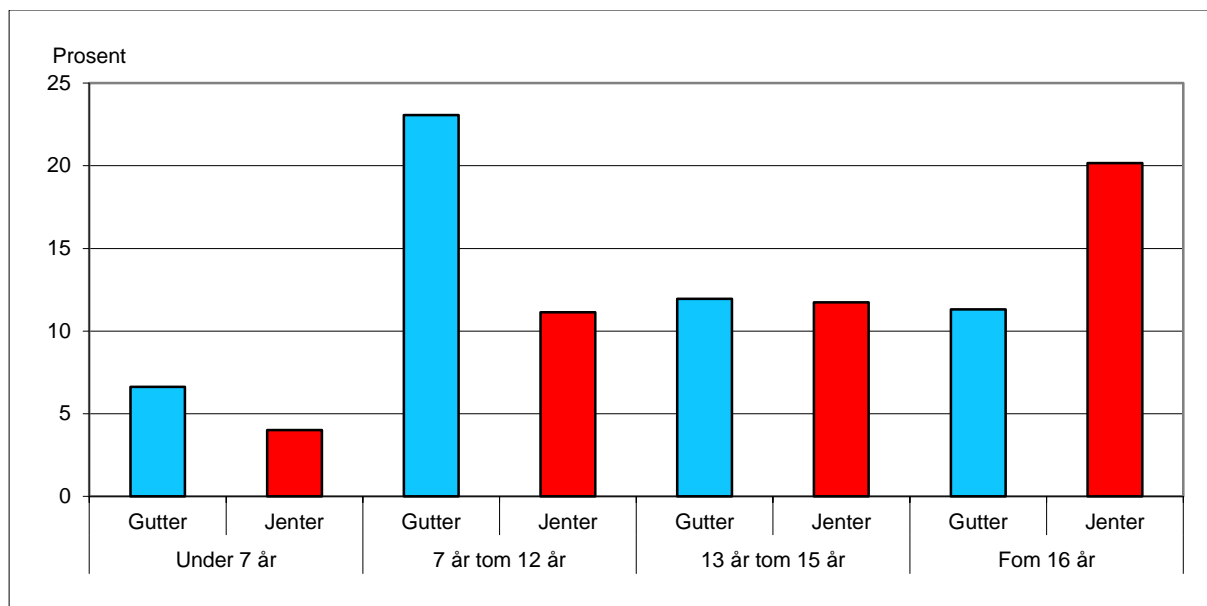
Helseregion	Kjønn <sup>1</sup>			Aldersgruppe		
	Antall pasienter <sup>1</sup>	Gutter	Jenter	Under 7 år	7-12 år	13 år og eldre
Helse Sør-Øst RHF	29 915	51,8 %	48,0 %	11,8 %	33,2 %	55,0 %
Helse Vest RHF	11 445	55,6 %	44,4 %	10,5 %	37,7 %	51,8 %
Helse Midt-Norge RHF	8 097	53,3 %	46,4 %	10,2 %	35,9 %	53,9 %
Helse Nord RHF	6 076	52,5 %	47,5 %	7,0 %	34,1 %	58,9 %
Landet	55 263	52,9 %	47,0 %	10,8 %	34,6 %	54,5 %

<sup>1)</sup> Det er ikke registrert kjønn for 62 pasienter.

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

55 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. 23 og 20 prosent av pasientgrunnlaget. Videre ser vi at det er flere gutter enn jenter i de tre yngste aldersgruppene, mens det er markant flere jenter i gruppen 16 år og eldre.



Figur 1.1: Pasienter i 2014. 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 nå 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 imidlertid ut til å være mindre påvirket av overgang til nytt pasientsystem, men også for denne typen kontakter er det utfordringer.

Tabell 1.5a: Antall pasienter, døgnopphold<sup>1</sup>, oppholdsdøgn<sup>2</sup> og kontakter med refusjon etter behandlende helseregion. 2014, endringstall i prosent.

	Helse Sør-Øst		Helse Vest		Helse Midt-Norge		Helse Nord		Landet	
	2014	% endr.	2014	% endr.	2014	% endr.	2014	% endr.	2014	% endr.
<b>Antall pasienter</b>	29 915	-3,0	11 445	6,6	8 097	3,8	6 076	-1,7	55 263	-0,1
<b>Døgnopphold<sup>1</sup></b>	1 381	16,1	677	-15,1	530	-3,8	430	0,0	3 018	1,7
<b>Oppholdsdøgn<sup>2</sup></b>	50 448	7,1	12 184	-10,3	7 556	0,9	10 393	4,0	80 581	3,1
<b>Kontakter med refusjon</b>	443 491	-0,7	145 250	9,0	123 075	10,5	72 021	1,5	783 837	2,9

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

<sup>2</sup> Oppholdsdøgn 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 om i overkant av 3 000 døgnopphold i 2014, sammenlignet med 2013 er det en økning på 1,7 prosent. Økningen i antall døgnopphold er knyttet til enheter i Helse Sør-Øst og helseforetakene Oslo Universitetssykehus HF, Sykehuset Innlandet HF og Sykehuset Telemark HF.

Når det gjelder antall oppholdsdøgn er det rapportert en økning på om lag 3 prosent, der Helse Sør-Øst og Helse Nord hadde størst økning.

For landet sett under ett økte antall refusjonsberettigede kontakter med 2,9 prosent. Økningen er knyttet til Helse Vest (9 prosent) og Helse Midt-Norge (10,5 prosent), mens det kun var mindre endringer i Helse Sør-Øst og Helse Nord. Analyser av datamaterialet og tilbakemeldinger fra sektoren, tyder på at endring i registreringsrutiner er årsak til økningen i antall rapporterte kontakter fra enheter i Helse Midt-Norge.

Når det gjelder Helse Vest har tidligere årsrapporter vist at det var en kraftig nedgang i antall rapporterte kontakter i 2011 til 2012, dette ble av sektoren forklart med manglende registreringer av kontakter i forbindelse med at DIPS ble tatt i bruk som IKT-system. Økningen i 2014 kan skyldes at alle kontakter nå registreres, antagelsen er imidlertid ikke bekreftet av Helse Vest.

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 1.5b 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 spesielt stor usikkerhet knyttet til rapportering av kontakter uten refusjon,

Tabell 1.5b: Antall kontakter etter behandlende helseregion. 2014, endringstall i prosent.

	Helse Sør-Øst		Helse Vest		Helse Midt-Norge		Helse Nord		Landet	
	2014	% endr.	2014	% endr.	2014	% endr.	2014	% endr.	2014	% endr.
<b>Dir. kontakter med refusjon</b>	349 423	3	115 109	9	104 704	12	62 404	2	<b>631 640</b>	<b>5</b>
<b>Dir. kontakter uten refusjon</b>	50 461	-9	5 059	32	17 487	6	2 579	-5	<b>75 586</b>	<b>-4</b>
<b>Indir. kontakter med refusjon</b>	94 068	-12	30 141	7	18 371	5	9 617	-1	<b>152 197</b>	<b>-6</b>
<b>Indir. kontakter uten refusjon</b>	54 556	-34	5 799	58	6 559	-16	2 318	30	<b>69 232</b>	<b>-28</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.

Tabellen nedenfor viser andel manglende registrering innenfor multiaksial klassifikasjon.

Tabell 2.1: Manglende koding innenfor multiaksial klassifikasjon. Prosent1.

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

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

<sup>2</sup> Retningslinjer for koding: Multiaksial klassifikasjon i psykisk helsevern for barn og unge (BUP) -

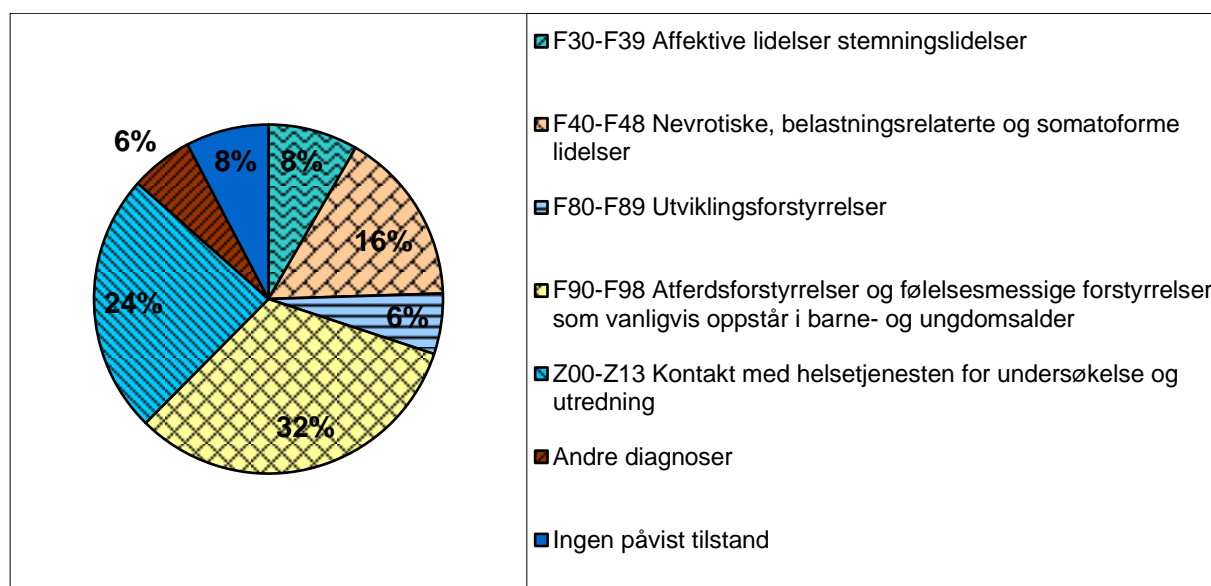
<sup>3</sup> Forskrift om pasientjournal - [www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20001221-1385.html](http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20001221-1385.html)

Tabellen viser at det fortsatt er mangelfull tilstandsregistrering i innrapporterte data, men utviklingen er positiv og registreringen på alle aksene er mer komplett enn tidligere år. Datagrunnlaget blir mindre anvendelige til en del formål når disse opplysningene er såpass mangelfullt registrert; f.eks. kan det ikke beregnes andel konsultasjonsserier hvor *ingen tilstand er påvist*, eller andel konsultasjonsserier hvor det er *mangelfull informasjon for å kode*.

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.

## 2.1 Akse 1: Klinisk psykiatrisk syndrom

Diagnostisering innen aksene er avgjørende for å kunne yte riktig behandling. Figuren nedenfor viser fordeling innen diagnoseblokkene i ICD-10. Det fremgår her at hovedtilstander innenfor F90-98 *Atferdsforstyrrelser/følelsesmessige forstyrrelser* var hyppigst forekommende, og gjaldt 32 prosent (11 853) av pasientene kodet innen Akse 1. Bruken av de uspesifikke tilstandskodene *Kontakt med helsetjenesten for undersøkelse og utredning* har økt.



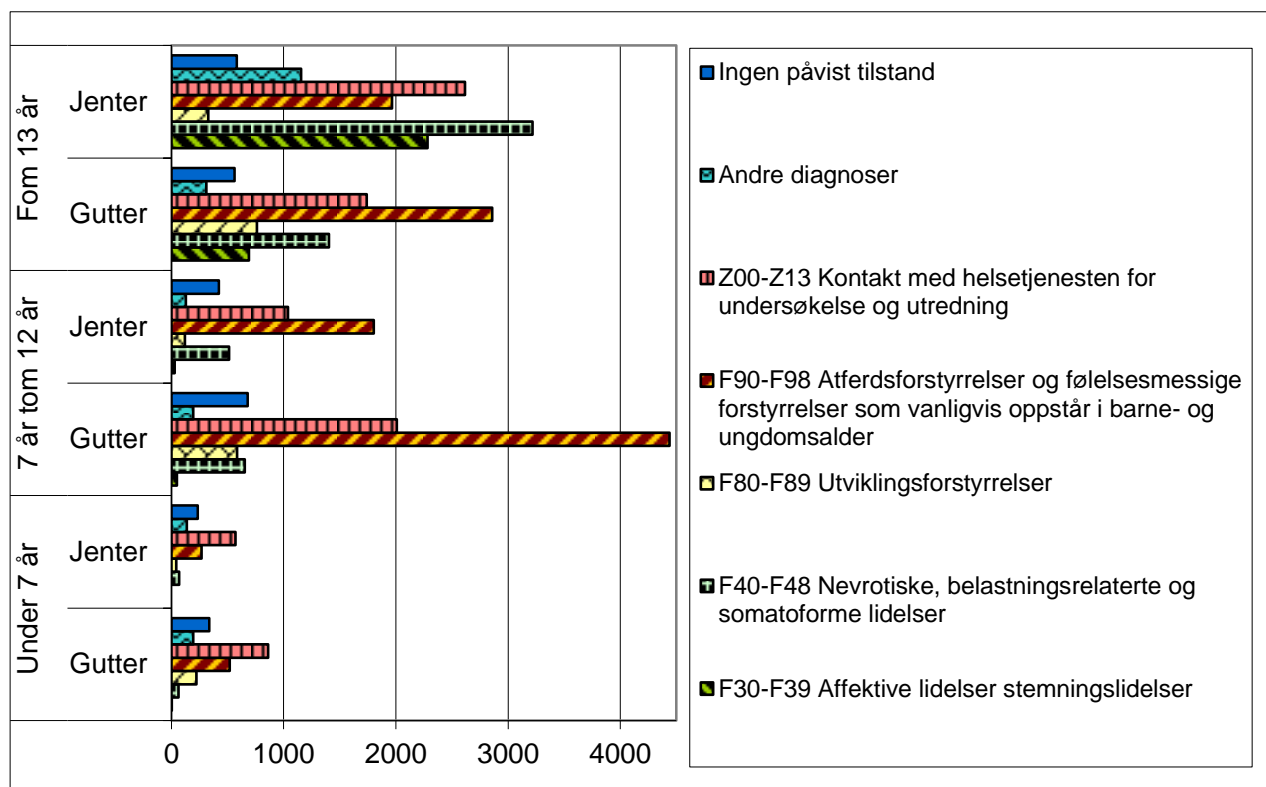
Figur 2.1: ICD-10 blokk for pasienter med hovedtilstand i Akse 1: Klinisk psykiatrisk syndrom. Prosent. N=33 883

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

Tabell 2.2: Hyppigst registrerte hovedtilstander innenfor akse 1 Klinisk psykiatrisk syndrom - utvalgte ICD-10 blokker

Blokk, ICD-10	Tilstander, ICD-10	Antall pasienter	Andel innenfor tilhørende ICD-10 blokk
<b>F30-F39 Affektive lidelser stemningslidelser</b>	F321 Moderat depressiv episode	1420	46 %
	F320 Mild depressiv episode	812	27 %
<b>F40-F48 Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser</b>	F432 Tilpasningsforstyrrelser	1654	28 %
	F431 Posttraumatisk stresslidelse [PTSD]	1028	17 %
	F401 Sosiale fobier	768	13 %
<b>F80-F89 Utviklingsforstyrrelser</b>	F845 Aspergers syndrom	1012	49 %
	F840 Barneautisme	544	26 %
<b>F90-F98 Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder</b>	F900 Forstyrrelser av aktivitet og oppmerksomhet	6235	53 %
	F939 Uspesifisert følelsesmessig forstyrrelse i barndommen	709	6 %
	F901 Hyperkinetisk atferdsforstyrrelse	512	4 %
	F938 Andre følelsesmessige forstyrrelser i barndommen	472	4 %
	F941 Reaktiv tilknytningsforstyrrelse i barndommen	467	4 %
	F952 Tourettes syndrom	457	4 %

I nedenstående figur presenteres diagnosekoding sett i relasjon til pasientenes kjønn og alder.

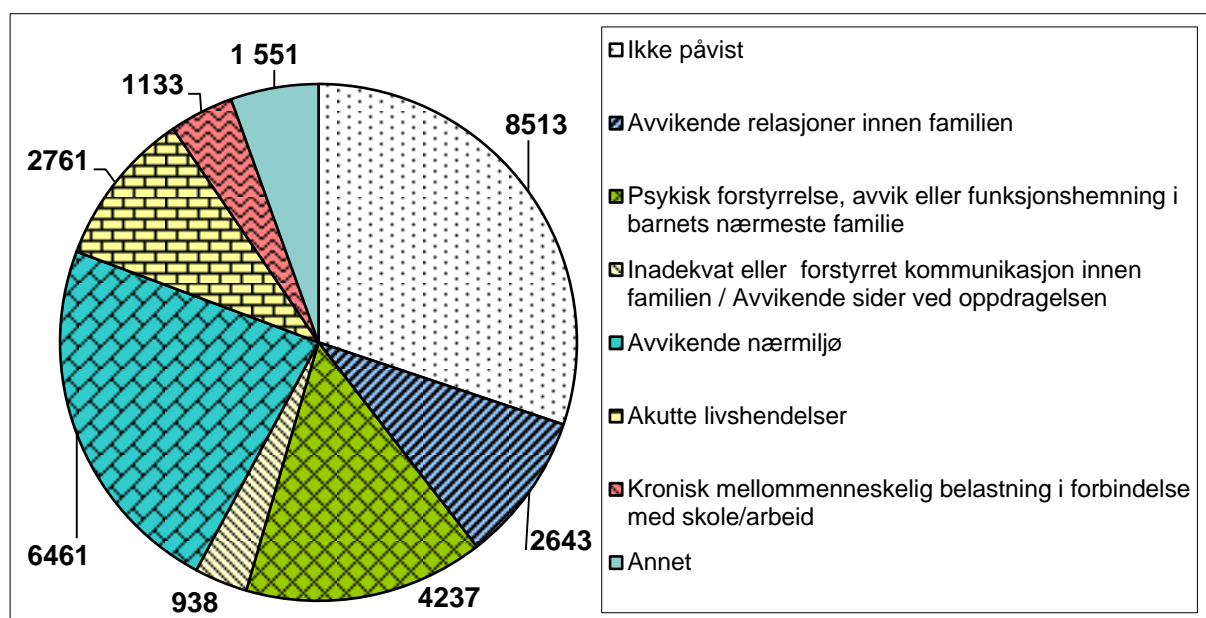


Figur 2.2: ICD-10 blokk for pasienter med diagnose i Akse 1: Klinisk psykiatrisk syndrom. Etter kjønn og aldersgruppe.

Pasienter diagnostisert innenfor F90-F98 *Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser* (11 853 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 F90-F98 *Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser* sammen med F40-F48 *Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser* var de mest brukte diagnoser for jenter eldre enn 13 år.

## 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 psykiatrisk risikofaktor for et vesentlig antall barn<sup>4</sup>. På tross av at kun 63 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.



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

Figuren viser at en stor del av disse pasientene (8 513 pasienter) ikke hadde påvist noen problemstillinger innenfor akse 5. Gruppen *Avvikende nærmiljø* var den største, men også

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



kategoriene *Avvikende relasjoner innen familien* omfattet mange pasienter, og det samme gjelder *Psykisk sykdom, avvik eller funksjonshemming i barnets nærmeste familie*.

## 2.3 Registreringspraksis innenfor øvrige tilstandsakser

---

Akse 2 *Spesifikke utviklingsforstyrrelser* registreres med ICD-10 kodeverk (kode F80-F89). Det manglet data for 28 prosent av pasientene og regionvis varierte manglene i datagrunnlaget mellom 19 og 37 prosent (Helse Midt-Norge hadde høyest registreringsandel og Helse Vest hadde lavest registreringsandel). Diagnosekode F81 *Spesifikke utviklingsforstyrrelser av skoleferdigheter, lærevansker* var den hyppigst registrerte hovedtilstanden, mens 28 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 18 og 36 prosent (Helse Midt-Norge hadde høyest registreringsandel og Helse Vest hadde lavest registreringsandel).

Registrering innenfor Akse 4 *Somatiske lidelser* manglet for 32 prosent av pasientene, og regionvis varierte manglene i datagrunnlaget mellom 21 og 41 prosent (Helse Midt-Norge hadde høyest registreringsandel og Helse Vest 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 registreringsveilederen lagt vekt på at formalitet alltid skal registreres. Tabellen nedenfor viser at det var registrert henvisningsformalitet for 94 prosent av nyhenvisningene innenfor omsorgsnivåene *Dagbehandling* og *Døgnopphold*, tilsvarende andel i 2013 var 92 prosent.

Tabell 3.1: Henvisningsformalitet 2014. Dag- og døgnbehandling. N=491

Henvisningsformalitet	Antall henvisninger	Prosent	Prosent av registrerte
Frivillig	405	82	87
Tvungen observasjon § 3.2	45	9	10
Tvungent psykisk helsevern § 3.3	13	3	3
Ikke registrert	26	5	
<b>Totalt</b>	<b>489</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

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

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

Av de 465 nyhenvisningene som hadde registrert henvisningsformalitet var 405 pasienter henvist til frivillig psykisk helsevern, mens 45 pasienter var henvist til tvungen observasjon og 13 pasienter var henvist til tvungent psykisk helsevern.

### 3.2 Første spesialistvedtak / angivelse av lovhjemmel

I Veileder for registrering 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 2014. Tabellen viser at 320 av de nyhenviste pasientene ble behandlet frivillig i psykisk helsevern. Det var til sammen 53 pasienter som fikk vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern med døgn. 113 pasienter innenfor ovennevnte omsorgsnivå manglet registrering av lovhjemmel/spesialistvedtak. Av disse hadde 103 pasienter henvisningsformalitet Frivillig.

Tabell 3.2: Første spesialistvedtak / lovhjemmel.

Lovgrunnlag/Første spesialistvedtak	Antall pasienter
<b>Frivillig (jf. § 2-1)</b>	320
<b>Tvungen observasjon med døgn (jf. § 3-2 jf. § 3-5)</b>	14
<b>Tvungent psykisk helsevern m døgn (jf. § 3-3 jf. § 3-5)</b>	39
<b>Ikke registrert</b>	113
<b>Total</b>	<b>491</b>

Utvalg: omsorgsnivå: dagbehandling eller døgnopphold

<sup>7</sup> Veileder for registrering av aktivitetsdata i psykisk helsevern  
<https://helsedirektoratet.no/Sider/Veileder-for-registrering-av-aktivitetsdata-i-psykisk-helsevern.aspx>

## 4. HENVISNINGSGRUNNER OG INDIVIDUELL PLAN

Data fra henvisningsskjemaet er et viktig grunnlag for henvisningsopplysninger. 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 2014 (27 590 nyhenvisninger). Tabellen under viser andel manglende rapportering av viktig informasjon for nyhenvisninger i perioden 2011-2014.

Tabell 4.1: Manglende koding innenfor henvisningsgrunn barnet, omsorgssituasjon og individuell plan 2011-2014. Prosent.

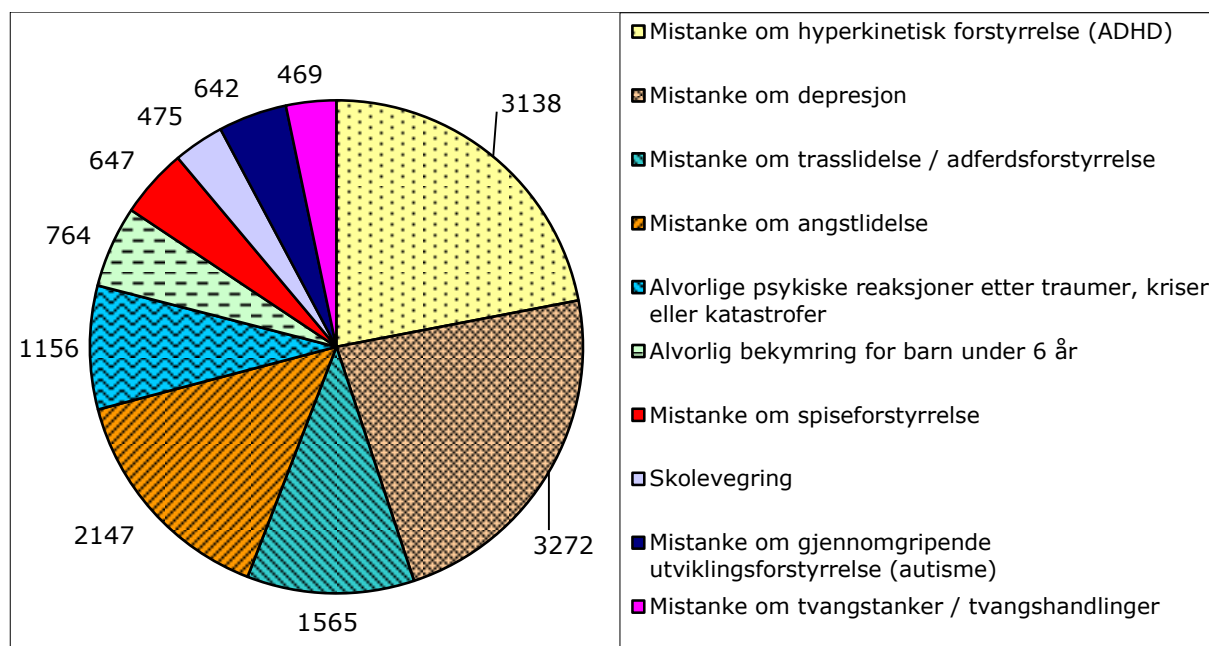
Henvisningsinformasjon	2011	2012	2013	2014
Henvisningsgrunn <i>Barnet</i>	11	16	18	21
Omsorgssituasjon	23	34	34	44
Individuell plan	67	71	71	71

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. Dette er beklagelig da vi mener at en grundig utfylt henvisning vil bidra til en konstruktiv og målrettet behandling ut fra en felles forståelse av hensikten med henvisningen. Tabeller som viser datakvaliteten pr helseforetak er presentert i vedlegg.

### 4.1 Henvisningsgrunner - barnet

For 79 prosent av pasientene som var nyhenvist i 2014 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 2014 var mistanke om følgende forhold: hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD), depresjon, trasslidelse/atferdsforstyrrelse og angstlidelse. De fire henvisningsgrunnene utgjør til sammen over 71 prosent av nyhenvisningene.



Figur 4.1: Ti hyppigst registrerte henvisningsgrunner Barnet. Nyhenvisninger 2014 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

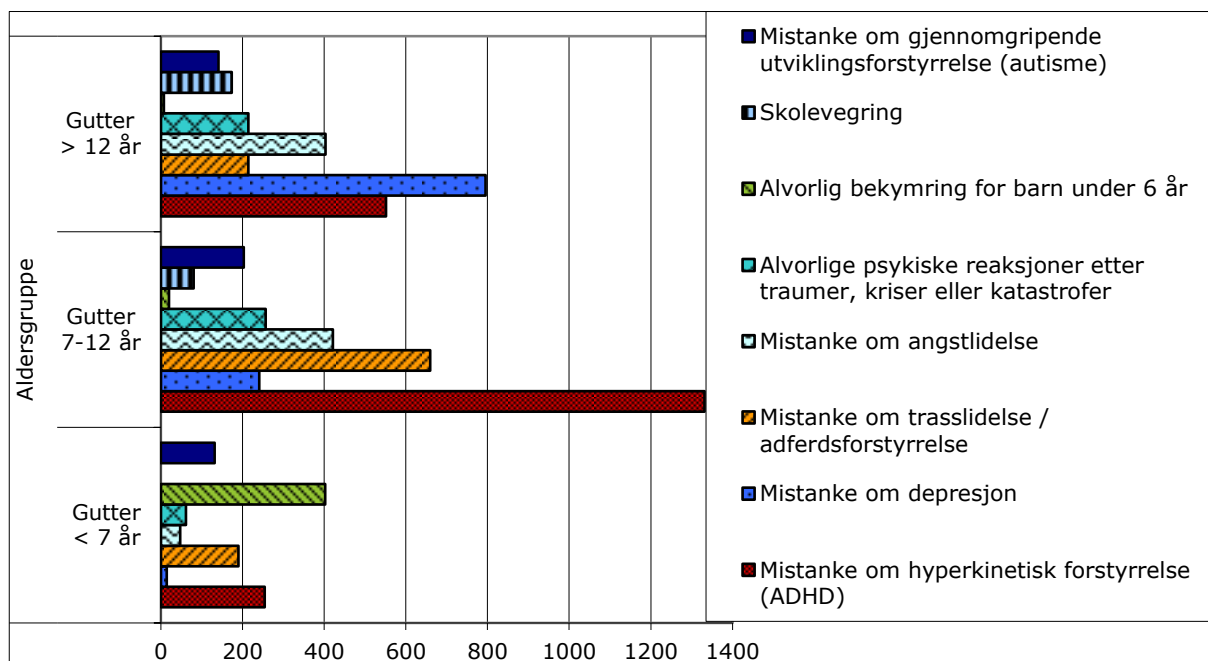
Tilstander, ICD-10	Mistanke om hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD)	Mistanke om depresjon
<b>F320 Mild depressiv episode</b>	9	128
<b>F321 Moderat depressiv episode</b>	8	260
<b>F322 Alvorlig depressiv episode uten psykotiske symptomer</b>		32
<b>F401 Sosiale fobier</b>		57
<b>F412 Blandet angstlidelse og depressiv lidelse</b>	< 5	31
<b>F431 Posttraumatisk stresslidelse [PTSD]</b>	8	54
<b>F432 Tilpasningsforstyrrelser</b>	< 5	44
<b>F4321 Vedvarende depressiv reaksjon</b>		46
<b>F4322 Blandet angstreaksjon og depressiv reaksjon</b>	< 5	30

<b>F900 Forstyrrelser av aktivitet og oppmerksomhet</b>	675	66
<b>F901 Hyperkinetisk atferdsforstyrrelse</b>	30	< 5
<b>F908 Andre spesifiserte hyperkinetiske forstyrrelser</b>	27	7
<b>F988 Andre atferds/følelsesforstyrrelser, barne- og ungdomsalder</b>	27	< 5
<b>Z004 Generell psykiatrisk undersøkelse IKAS</b>	362	367
<b>Z032 Obs. ved mistanke om psykiske lidelser og atferdsforst.</b>	382	409
<b>Z133 Målr. u.s. med henblikk på psyk. lidelser og atferdsforst.</b>	22	17
<b>1000 Ingen påvist tilstand på akse 1</b>	181	142
<b>1999 Mangelfull informasjon for å kode på akse 1</b>	270	249
<b>9999 Ikke registrert tilstand</b>	945	892

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.

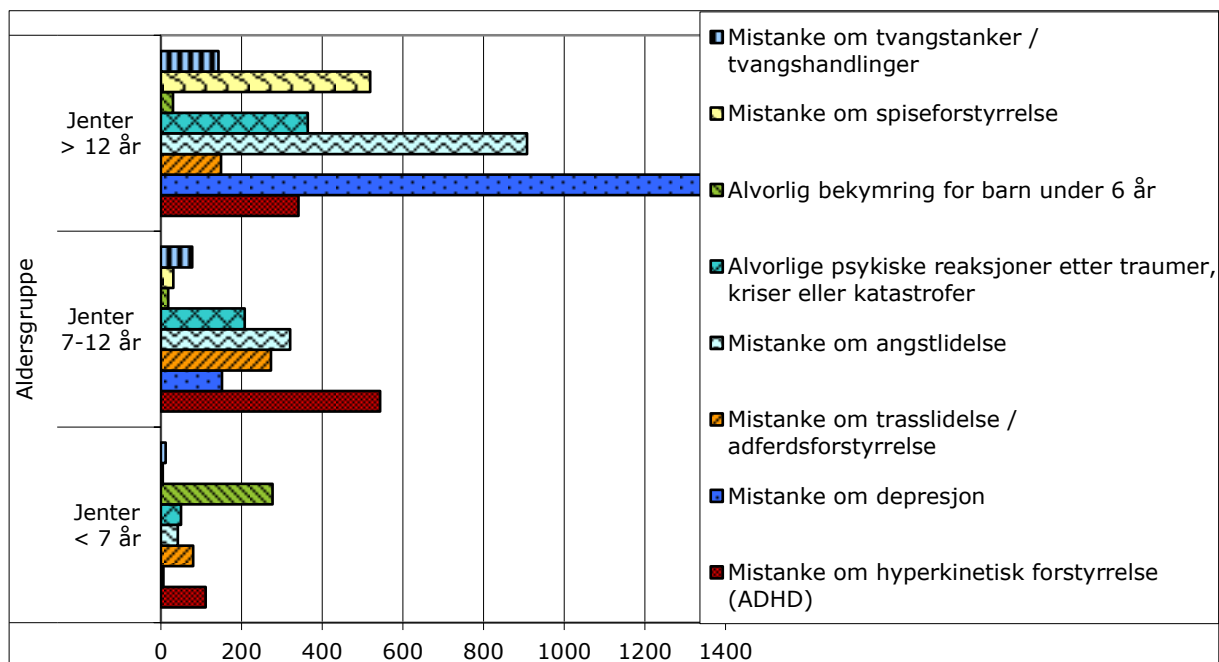
Når det gjelder gutter 7 til og med 12 år ser vi at *Mistanke om hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD)* er dominerende henvisningsgrunn, i tillegg til *Mistanke om trasslidelse/atferdsforstyrrelse*. For de eldste guttene (13 år og eldre) var *Mistanke om depresjon* en sterkt dominerende henvisningsgrunn. 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.



Figur 4.2: Åtte hyppigst registrerte henvisningsgrunner Barnet. Gutter - aldersgruppert. Antall nyhenvisninger i 2014, registrert med nytt kodeverk.

Av neste figur 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 2014.

Når det gjelder jenter i aldersgruppen 7 til og med 12 år ser vi at *Mistanke om ADHD* også er gjeldende i denne aldersgruppen. Mer enn dobbelt 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 29 prosent av de nyhenviste pasientene i 2014.

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 å bidra til forbedring av denne og øvrig registreringspraksis gjennomfører NPR blant annet følgende tiltak overfor aktørene i sektoren:

- revidering av tilbakemeldingene som sendes til rapporteringsenhetene,
- deltakelse i regionale møter, og undervisning i forhold til anbefalt registreringspraksis,
- Initiativ til møter og dialog med pasientsystemleverandør.

For 3789 nyhenviste pasienter ble det rapportert at pasienten ikke oppfyller kriteriene, mens det for 413 pasienter ble rapportert at Individuell plan er under arbeid i spesialisthelsetjenesten. For 357 pasienter var status at pasienten allerede hadde individuell plan, mens det for 2881 pasienter ble rapportert at pasienten ikke hadde individuell plan (dvs ukjent status). 133 pasienter hadde avslått tilbud om individuell plan.



## 5. DATAGRUNNLAG OG KVALITET

### 5.1 Datagrunnlag og rapportering

---

Datagrunnlaget som er benyttet i denne rapporten er aktivitetsdata for 2014. Behandlingsaktivitet innenfor psykisk helsevern barn og unge i regi av private avtalespesialister inngår ikke i datagrunnlaget for denne rapporten. Alle episoder med rapporterte kontakter inngår i datagrunnlaget – det vil si alle direkte og indirekte kontakter.

BUP-enheter som i løpet av 2014 har tatt i bruk DIPS som pasientadministrativt datasystem:

- Oslo universitetssykehus HF

Som følge av overgang til annet pasientdatasystem ser vi at det er en betydelig nedgang med hensyn til rapportering av ikke-refusjonsberettiget aktivitet. Tilbakemeldinger fra de aktuelle enhetene bekrefter at nedgangen i aktivitetsnivået ikke er reell, men skyldes registreringstekniske forhold samt feil i forbindelse med konvertering av pasientdata over fra gammelt pasientdatasystem.

#### **Endring i definisjon av utvalgskriterier for datagrunnlaget for 2014**

I årsdata 2013 ble det kun tatt med aktivitet som hadde fagområde (episodeFag) kode 310 eller kode 233 *samt* avdelings-/tjenesteenhetskode 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-/tjenesteenhetKoder 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 for 2014 (inngår som tidligere i datagrunnlaget for psykisk helsevern for voksne):

- Avdelings-/tjenesteenhetskode 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 Helsedirektoratets *”Veileder for registrering av aktivitetsdata i psykisk helsevern”* IS-1541 (oktober 2013), 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 ettervernkontakter der. Andre foretar for- og ettervernkontakter 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.

*Jamfør ”Veileder for registrering av aktivitetsdata i psykisk helsevern”, kapittel 3.4.1.*

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 behandlingsvirksomheten. 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 registreringsveileder 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 brukerdialog i registreringsskjernbilder.
- Helse- og omsorgsdepartementet/øvrige avdelinger i Helsedirektoratet:
  - Dialog om utforming av registreringsveileder
  - 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, registreringsveileder 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

### ➤ *Antall kontakter totalt i rapporteringsperioden*

Sum antall kontakter direkte + indirekte pasientarbeid

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

<https://helsedirektoratet.no/Sider/Veileder-for-registrering-av-aktivitetsdata-i-psykisk-helsevern.aspx>

## Vedlegg 2 - Antall pasienter og antall kontakter, pr helseforetak og omsorgsnivå. Endring fra 2013.

RHF/helseforetak		Kontaktkategorier									
		Antall pasienter totalt		Direkte kontakter, ref.berettiget		Direkte kontakter, ikke ref.berettiget		Indirekte kontakter, ref.berettiget		Indirekte kontakter, ikke ref.berettiget	
		2014	% endr.	2014	% endr.	2014	% endr.	2014	% endr.	2014	% endr.
<b>Helse Sør-Øst RHF</b>	Vestre Viken HF	4675	1,0	53039	3,1	3828	10,5	13105	4,9	6951	16,5
	Lovisenberg Diakonale sykehus	1363	4,2	14866	5,0	364	13,4	4953	17,8	278	16,3
	Diakonhjemmet sykehus	532	7,9	8658	10,1	528	33,7	1124	0,1	163	-6,9
	Akershus Univ. sykehus HF	4895	-2,7	69958	1,9	16686	4,5	12795	-0,8	7063	-12,3
	SH Innlandet HF	4584	1,1	46352	0,7	18148	5,1	8229	-0,4	18675	16,2
	Sykehuset Østfold HF	2816	-10,8	30380	2,4	176	-88,3	10944	59,4	12	-99,8
	Sørlandet Sykehus HF	3368	-5,1	33147	20,4	1659	4,3	13584	-51,7	2883	-80,4
	Sykehuset i Vestfold HF	2773	-4,0	32949	4,5	969	-21,2	16785	-1,2	3861	4,0
	Sykehuset Telemark HF	2021	-11,4	20149	-8,6	1750	-15,1	5842	-16,8	3118	-42,1
	Oslo Univ.sykehus	3395	-3,6	39925	-1,0	3745	-56,6	6707	-27,3	8533	-55,9
	Privat Sør-Øst	167	29,5	-	-	2608	-13,3	-	-	3019	19,9
<b>Helse Vest RHF</b>	Helse Stavanger HF	3445	5,6	36578	9,2	1482	0,3	6889	4,5	2796	37,1
	Helse Fonna HF	1669	0,7	15806	9,3	1997	-4,7	3212	30,7	1282	-3,2
	Helse Bergen HF	4343	9,8	44812	10,1	1373	-	12137	9,1	1225	-
	Helse Førde HF	1526	7,9	12105	7,5	64	-56,8	5381	0,9	350	19,9
	Privat Vest	598	6,2	5808	10,0	143	-	2522	-1,6	146	-
<b>Helse Midt-Norge RHF</b>	St. Olavs Hospital HF	3498	2,9	51666	8,4	14456	6,5	5892	1,9	2420	-5,4
	Helse Nord Trøndelag HF	1838	9,4	14763	17,3	1308	46,3	5007	-2,4	374	-28,1
	Helse Møre og Romsdal HF	2835	1,6	38275	13,9	1723	-17,8	7472	12,2	3765	-19,8
<b>Helse Nord RHF</b>	Helse Finnmark HF	1189	-0,2	10997	2,2	538	-12,9	2595	-3,1	1560	43,0
	Universitetssykehuset Nord-Norge HF	2076	-6,9	19702	1,4	1216	-6,7	3534	8,7	482	4,3
	Nordlandssykehuset HF	1892	-2,3	20479	-4,1	590	-1,0	1345	-26,9	275	21,1
	Helgelandssykehuset HF	1061	9,0	11226	16,3	235	14,1	2143	9,3	1	-75,0
<b>Landet</b>		<b>55263</b>	<b>-0,1</b>	<b>631640</b>	<b>5,4</b>	<b>75586</b>	<b>-3,8</b>	<b>152197</b>	<b>-6,4</b>	<b>69232</b>	<b>-28,0</b>

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

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

Helseregion/helseforetak		Tilstand 1, Akse 1			Tilstand 1, Akse 5		
		Manglende registrering			Manglende registrering		
		2012	2013	2014	2012	2013	2014
<b>Helse Sør-Øst</b>	Vestre Viken HF	8	3	1	55	45	34
	Lovisenberg Diakonale SH	14	15	20	22	18	25
	Diakonhjemmet sykehus AS	1	1	0	33	18	15
	Akershus Univ.sykehus HF	16	17	15	30	28	25
	SH Innlandet HF	14	15	12	27	21	15
	Sykehuset Østfold HF	15	1	0	31	33	36
	Sørlandet Sykehus HF	37	3	5	53	29	41
	Sykehuset i Vestfold HF	15	1	10	17	42	10
	Sykehuset Telemark HF	29	10	2	43	11	48
	Oslo Universitetssykehus	13	13	9	22	22	22
	Privat Sør-Øst	17	20	35	22	56	67
	Total	17	9	8	35	28	27
<b>Helse Vest RHF</b>	Helse Stavanger HF	0	0	12	40	26	34
	Helse Fonna HF	41	32	24	64	40	30
	Helse Bergen HF	1	1	3	60	50	45
	Helse Førde HF	3	1	1	51	45	38
	Privat Vest	1	0	1	41	34	43
	Total	7	5	9	52	39	38
<b>Helse Midt-Norge RHF</b>	St. Olavs Hospital HF	13	9	8	26	18	17
	Helse Nord Trøndelag HF	18	20	19	33	32	28
	Helse Møre og Romsdal HF	32	27	19	48	35	23
	Total	21	18	14	35	27	21
<b>Helse Nord RHF</b>	Helse Finnmark HF	14	18	17	35	35	30
	Univ.sykehuset Nord-Norge HF	12	7	9	56	45	32
	Nordlandssykehuset HF	25	27	15	48	44	23
	Helgelandssykehuset HF	7	3	1	50	46	37
	Total	16	14,0	11	49	43	29

\*) Utvalget er pasienter som har minst 6 kontakter i rapporteringsåret og/eller har avsluttet henvisningsperiode i løpet av rapporteringsåret.  
2012: N=40 005, 2013: N=40 041, 2014: N=43 297



**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		
		2012	2013	2014	2012	2013	2014
<b>Helse Sør-Øst</b>	Vestre Viken HF	41	42	28	96	95	88
	Lovisenberg Diakonale SH	10	5	4	52	41	47
	Diakonhjemmet sykehus AS	21	24	27	56	38	48
	Akershus Univ.sykehus HF	6	6	6	52	56	58
	SH Innlandet HF	1	0	2	64	58	63
	Sykehuset Østfold HF	1	32	32	6	81	88
	Sørlandet Sykehus HF	7	13	48	100	98	98
	Sykehuset i Vestfold HF	15	41	7	90	93	90
	Sykehuset Telemark HF	24	12	48	73	87	87
	Oslo Universitetssykehus	2	1	6	53	46	29
	Privat Sør-Øst	19	7	38	45	31	6
	Total	11	16	20	65	72	72
<b>Helse Vest RHF</b>	Helse Stavanger HF	41	36	32	93	92	92
	Helse Fonna HF	36	38	34	92	85	86
	Helse Bergen HF	27	25	35	78	68	71
	Helse Førde HF	37	32	27	91	92	94
	Privat Vest	9	2	3	88	62	59
	Total	34	31	32	87	82	82
<b>Helse Midt-Norge RHF</b>	St. Olavs Hospital HF	1	1	2	41	39	33
	Helse Nord Trøndelag HF	0	1	0	99	9	4
	Helse Møre og Romsdal HF	6	6	8	63	72	70
	Total	3	3	4	61	46	41
<b>Helse Nord RHF</b>	Helse Finnmark HF	18	12	21	82	54	69
	Univ.sykehuset Nord-Norge HF	28	31	37	92	95	95
	Nordlandssykehuset HF	30	27	27	90	92	93
	Helgelandssykehuset HF	31	38	42	79	82	90
	Total	27	28	33	88	85	89

\*) Utvalget er antall nye henvisninger i løpet av rapporteringsåret.  
2012: N=26 972, 2013: N=27 027, 2014: N=27 845

## Oversikt over manglende registrering av henvisningsformalit t og omsorgssituasjon. Prosent\*

Helseregion/helseforetak		Henvisningsformalit�t			Omsorgssituasjon		
		Manglende registrering			Manglende registrering		
		2012	2013	2014	2012	2013	2014
<b>Helse Sør-�st</b>	Vestre Viken HF	4	3	3	57	45	59
	Lovisenberg Diakonale SH	0	0	0	25	13	18
	Diakonhjemmet sykehus AS	1	2	0	31	13	26
	Akershus Univ.sykehus HF	0	0	0	10	12	13
	SH Innlandet HF	0	0	0	18	18	22
	Sykehuset Østfold HF	0	5	2	8	29	48
	Sørlandet Sykehus HF	2	0	33	30	33	78
	Sykehuset i Vestfold HF	0	0	0	52	45	29
	Sykehuset Telemark HF	11	31	45	31	49	63
	Oslo Universitetssykehus	1	1	7	8	7	41
	Privat Sør-�st	9	5	3	62	49	34
	Total	2	3	9	26	26	41
<b>Helse Vest RHF</b>	Helse Stavanger HF	0	0	1	70	58	70
	Helse Fonna HF	24	29	15	59	41	55
	Helse Bergen HF	5	3	8	55	47	62
	Helse Førde HF	4	2	1	65	44	51
	Privat Vest	9	1	2	16	11	15
	Total	7	7	6	60	48	61
<b>Helse Midt-Norge RHF</b>	St. Olavs Hospital HF	1	0	0	35	33	38
	Helse Nord Trøndelag HF	0	0	0	15	16	23
	Helse Møre og Romsdal HF	0	0	0	21	23	29
	Total	0	0	0	25	26	31
<b>Helse Nord RHF</b>	Helse Finnmark HF	1	1	0	29	20	36
	Univ.sykehuset Nord-Norge HF	7	22	24	48	44	57
	Nordlandssykehuset HF	21	34	31	37	30	30
	Helgelandssykehuset HF	22	26	21	35	32	39
	Total	13	23	21	40	34	43

\*) Utvalget er antall nye henvisninger i løpet av rapporteringsåret.

2012: N=26 972, 2013: N=27 027, 2014: N=27 845

Vedlegg 4 - Døgnopphold og oppholdsdøgn inkl. opphold som er åpne ved rapporteringsperiodens slutt – fordelt på rapporteringsenhetsnivå

Helseregion/helseforetak/rapporteringsenhet			Antall døgnopphold	Sum oppholdsdøgn
<b>Helse Sør-Øst RHF</b>	Vestre Viken HF	Vestre Viken HF BUP	125	3 575
	Akershus Univ.sykehus HF	Lillestrømklinikken Bråten psyk. beh hjem	13	3 142
		Lillestrømklinikken Ungd psyk klinikk	185	3 609
	SH Innlandet HF	Hagen beh hjem	12	1 023
		Innlandet Enh for utredning og behandl.	40	2 099
		Kringsjåtunet Ungd psyk beh enhet	36	3 096
		Innlandet Enhet for akutt	223	2 119
		Innlandet HF BUP døgn Familieenh	7	171
	Sykehuset Østfold HF	Sykehuset Østfold HF BUPA	234	3 039
	Sørlandet Sykehus HF	Sørlandet ABUP	102	1 326
	Sykehuset i Vestfold HF	Psyk i Vestfold Barne- og ungd psyk avd	100	1 953
	Sykehuset Telemark HF	Sykehuset Telemark HF BUPA	54	2 367
	Oslo Universitetssykehus	Oslo Univ.sykehus HF BUPA	141	6 144
	Privat Sør-Øst	Larkollen ungd psyke beh hjem	26	4 869
		Østbytunet behandlingssenter	42	6 528
		Capio Anoreksi Senter	41	5 388
<b>Helse Vest RHF</b>	Helse Stavanger HF	Stavanger Univ.sykehus BUP avd	270	7 831
	Helse Fonna HF	Helse Fonna BUP	98	1 672
	Helse Bergen HF	Helse Bergen BUPA	374	9 822
	Helse Førde HF	Helse Førde BUP	65	1 300
<b>Helse Midt-Norge RHF</b>	St. Olavs Hospital HF	St. Olavs Hospital Barne- og ungd psyk klinikk	226	3 455
	Helse Nord Trøndelag HF	SH Namsos BUP polikl	19	201
		SH Levanger BUP avd	119	1 870
	Helse Møre og Romsdal HF	Molde Sjukehus BUP avd	26	608
		Ålesund sjukehus Ungd psyk avd	140	1 422
<b>Helse Nord RHF</b>	Finnmarkssykehuset HF	BUP Helse Finnmark	66	2 296
	Univ.sykehuset Nord-Norge HF	BUP Univ.sykehuset i Nord Norge	217	2 838
	Nordlandssykehuset HF	BUP Nordlandssykehuset	112	3 030
	Helgelandssykehuset HF	BUP Helgelandssykehuset	35	2 229



**Helsedirektoratet**

**Postadresse:** Pb. 7000,  
St. Olavs plass, 0130 Oslo  
**Telefon:** +47 810 20 050  
**Faks:** +47 24 16 30 01  
**E-post:** postmottak@helsedir.no

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