



# Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2019

Norsk pasientregister

Publikasjonens tittel: Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2019

Utgitt: 03/2020

Bestillingsnummer: IS-2892

Utgitt av: Helsedirektoratet  
Kontakt: avdeling helseregistre  
Postadresse: Pb. 6173 Torgarden, 7435 Trondheim  
Besøksadresse: Holtermanns veg 70, 7031 Trondheim

Tlf.: 47 47 20 20

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

Rapporten kan lastes ned elektronisk fra [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)

Forfatter(e): Per Jørgen Indergård  
Frank Krogh

Illustrasjon: Per Jørgen Indergård

# 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>5</b>
2.1 Akse 1: Klinisk psykiatrisk syndrom	6
2.2 Akse 5: Avvikende psykososiale forhold	9
2.3 Registreringspraksis innenfor øvrige tilstandsakser	10
<b>3. HENVISNING TIL FRIVILLIG OG TVUNGENT PSYKISK HELSEVERN</b>	<b>11</b>
3.1 Henvisningsformalitet	11
<b>4. HENVISNINGSGRUNNER OG INDIVIDUELL PLAN</b>	<b>13</b>

4.1	Henvisningsgrunner - barnet	13
4.2	Individuell plan (IP)	17
5.	DATAGRUNNLAG OG KVALITET	19
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>23</b>
	<b>VEDLEGG 2 - ANTALL PASIENTER OG ANTALL KONTAKTER, PR HELSEFORETAK OG OMSORGSNIVÅ. ENDRING FRA 2018</b>	<b>24</b>
	<b>VEDLEGG 3 - OVERSIKT OVER MANGLENDE RAPPORTERING PÅ NOEN SENTRALE OMRÅDER. PER HELSEREGION OG HELSEFORETAK. PERIODEN 2014-2019. PROSENT</b>	<b>25</b>
	<b>VEDLEGG 4 - DØGNOPPHOLD OG OPPHOLDSDØGN INKL. OPPHOLD SOM ER ÅPNE VED RAPPORTERINGSPERIODENS SLUTT – FORDELT PÅ RAPPORTERINGSENHETS NIVÅ. 2019.</b>	<b>28</b>



# INNLEDNING

Norsk pasientregister (NPR) inneholder informasjon om pasienter, behandling og ventelister fra spesialisthelsetjenesten. I denne rapporten formidles hovedtall for psykisk helsevern for barn og unge i 2019. 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.

Norsk pasientregister er avhengig av å få rapportert virksomhetsdata med god kvalitet for å kunne publisere og utlevere pålitelige opplysninger. For videre informasjon om det nasjonale datamaterialet NPR forvalter, se våre nettsider: [www.helsedir.no](http://www.helsedir.no).

---

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

# SAMMENDRAG

Over 56 000 pasienter ble behandlet i psykisk helsevern for barn og unge i 2019, dette tilsvarer 5 prosent av befolkningen under 18 år. For landet sett under ett var det en nedgang på 0,5 prosent sammenlignet med året før. På nasjonalt nivå var 52,6 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.

En stor andel av guttene henvises i barneskolealder, og vanlig henvisningsgrunn er *Mistanke om hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD)*. For jenter er hovedvekten av pasientene henvist i ungdomsskolealder med henvisningsgrunner *Mistanke om depresjon* eller *Mistanke om angstlidelse*.

Innenfor omsorgsnivåene *Døgnopphold* og *Dagbehandling* var det registrert henvisningsformalitet for om lag 92 prosent av de nyhenviste pasientene (537 pasienter). 70 prosent er henvist frivillig. 5 prosent av pasientene var henvist til tvungen observasjon og 1 prosent til tvungent psykisk helsevern.

I eget kapittel gjør vi rede for kvalitet i datagrunnlaget - kvalitet, komplettethet 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 2019. 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 2019 etter behandlende helseregion. Endringstall i prosent.

Region	Antall pasienter i PHBU		Endring i prosent
	2019	2018-2019	
Helse Sør-Øst RHF	29 785		0,1
Helse Vest RHF	13 006		0,9
Helse Midt-Norge RHF	7 872		-5,5
Helse Nord RHF	5 988		0,1
<b>Landet</b>	<b>56 357</b>		<b>-0,5</b>

<sup>1)</sup> 294 pasienter ble behandlet ved mer enn én helseregion i 2019, summering av RHF-tallene gir derfor resultatet 56 651.

Over 56 000 pasienter ble behandlet i psykisk helsevern for barn og unge i 2019, og for landet sett under ett var det en nedgang på 0,5 prosent sammenlignet med 2018. Helse Vest har en økning på nesten 1 prosent, og nedgangen var størst i Helse Midt-Norge.



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. 2018-2019.

Bostedsregion	Antall pasienter		Andel av befolkningen (prosent) <sup>2</sup>	
	2018	2019	2018	2019
Helse Sør-Øst	29 742	29 468	4,8	4,7
Helse Vest	12 892	12 975	5,1	5,2
Helse Midt-Norge	8 330	7 864	5,4	5,1
Helse Nord	5 981	6 018	6,1	6,2
<b>Landet 1)</b>	<b>56 658</b>	<b>56 357</b>	<b>5,0</b>	<b>5,0</b>

<sup>1)</sup> Det er 32 pasienter med "Annen bostedsregion", disse inngår i landstallet.

<sup>2)</sup> Befolkning under 18 år per 1. januar 2018 og 1. januar 2019 fra Statistisk sentralbyrå. Ratetallene er ikke korrigert for pasienter som hadde «Annen bostedsregion». Det samme gjelder pasienter som er eldre enn 17 år.

5,0 prosent av befolkningen under 18 år ble behandlet i psykisk helsevern for barn og unge i 2019, andelen var noe lavere i Helse Sør-Øst og høyest i Helse Nord med 6,2 prosent.

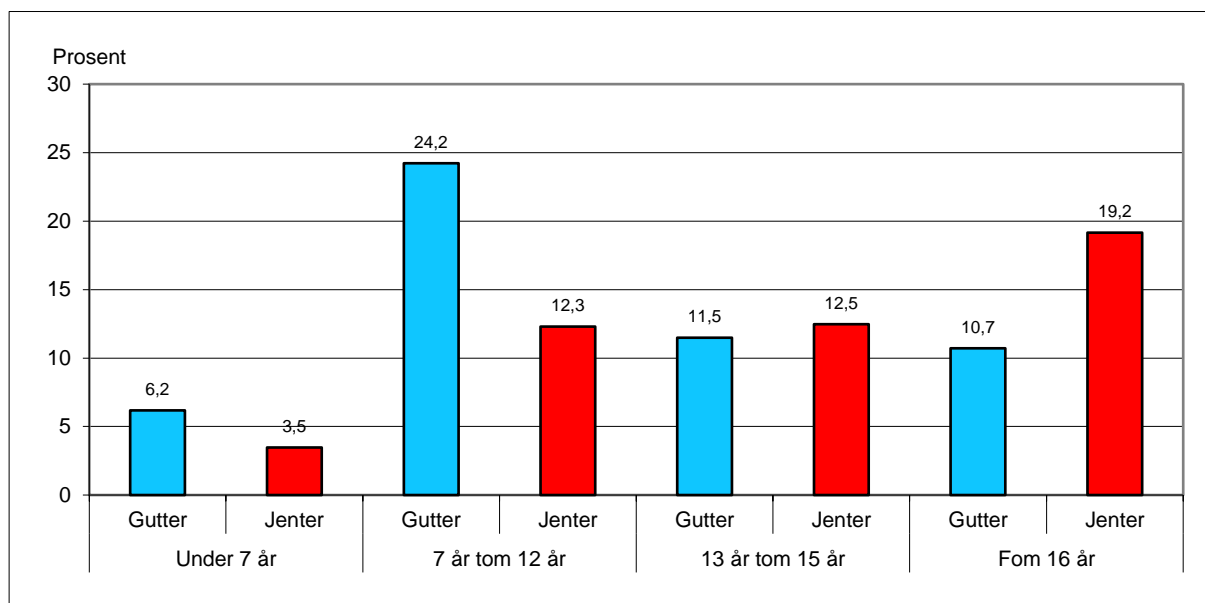
Tabell 1.3: Kjønn- og aldersfordeling per helseregion 2019. Antall og prosent.

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	29 785	51,7	48,3	10,6	35,6	53,7
Helse Vest RHF	13 006	55,4	44,6	10,0	39,2	50,9
Helse Midt-Norge RHF	7 872	52,0	48,0	6,8	36,7	56,5
Helse Nord RHF	5 988	51,6	48,4	7,5	34,5	58,0
<b>Landet</b>	<b>56 357</b>	<b>52,6</b>	<b>47,4</b>	<b>9,6</b>	<b>36,5</b>	<b>53,8</b>

Flere gutter enn jenter behandles i psykisk helsevern for barn og unge. På nasjonalt nivå var 52,6 prosent av pasientene gutter. Det var relativt liten forskjell mellom regionene, og kjønnsfordelingen er stabil over tid.

53,8 prosent av pasientene var 13 år eller eldre. Med unntak av Helse Nord som har en noe 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 24,2 og 19,2 prosent av pasientgrunnetallet. 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 2019. Etter kjønn og alder.

## 1.2 Aktivitetsnivå – Pasienter og kontakter

Tabell 1.4: Antall pasienter, døgnopphold<sup>1</sup>, oppholdsøgn<sup>2</sup> og direkte og indirekte polikliniske kontakter etter behandlende helseregion. 2019, endringstall fra 2018 i prosent.

	Helse Sør-Øst		Helse Vest		Helse Midt-Norge		Helse Nord		Landet	
	2019	endr. %	2019	endr. %	2019	endr. %	2019	endr. %	2019	endr. %
<b>Antall pasienter</b>	29 785	0,1	13 006	0,9	7 872	-5,5	5 988	0,1	56 357	-0,5
<b>Døgnopphold<sup>1</sup></b>	1 421	-0,5	826	-5,9	493	-11,0	423	-1,6	3 173	-3,8
<b>Oppholdsøgn<sup>2</sup></b>	49 141	-7,0	12 673	-3,5	6 560	-35,9	10 683	-4,1	80 222	-9,3
<b>Polikliniske kontakter</b>	475 168	3,6	182 694	2,0	93 703	-9,8	82 614	-0,8	834 179	1,1
-direkte	332 478	4,6	126 851	2,6	67 897	-16,8	62 441	2,0	589 667	0,9
-indirekte	142 690	1,3	55 843	0,6	25 806	15,7	20 173	-8,5	244 512	1,6

<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 3 173 døgnopphold i 2019 som er 3,8 prosent mindre enn året før. Tallene varierer i de ulike regionale helseforetakene.

Når det gjelder antall oppholdsdøgn er det rapportert nesten 10 prosent færre enn i 2018. Det er store prosentvise variasjoner mellom helseregionene, men også store volumforskjeller som dermed slår ut i sammenlikningen.

For polikliniske kontakter er det en økning på 1,1 prosent landet sett under ett. Også her er det forskjeller mellom regionene, men Helse Sør-Øst dominere landstallene i kraft av sitt volum.

Over halvparten av de direkte polikliniske kontaktene i landet skjer innen Helse Sør-Øst, og der øker den direkte behandlingen på poliklinikk med nesten 5 prosent. For landet reduseres de direkte polikliniske kontaktene med i underkant av 1 prosent.

De indirekte polikliniske kontaktene øker også for landet sammenliknet med fjoråret, men her har Helse Nord en reduksjon av sin indirekte polikliniske aktivitet.

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.

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

Når det gjelder tallene fra Helse Midt-Norge er det varslet at på et overordnet nivå er en systemomlegging i Helse Midt-Norge hovedforklaringen på utslagene for Helse Midt-Norges del. Helseforetakene har utfaset BUPdata som mange opplevde var skreddersydd for sektoren. Det er derfor grunn til å tro at rene registreringspraktiske forhold spiller inn. Det er også påpekt at overgang til ISF-finansiering av poliklinisk aktivitet samt tilpasning av arbeidsprosesser ved innføring av pakkeforløp gjør at tallene fra Helse Midt-Norge må tolkes med forsiktighet. En reduksjon av aktiviteten på bakgrunn av det ovennevnte gjør at tallene også for landet som helhet må tolkes forsiktig. Helse Midt-Norges tekniske endringer påvirker tallene i PHBU landet sett under ett.

## 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 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. Prosent.

Betegnelse på akse	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Akse 1 Klinisk psykiatrisk syndrom	16	10	9	6	6	1	1	0,4
Akse 2 Spesifikke utviklingsforstyrrelser	39	31	28	28	29	29	29	27
Akse 3 Psykisk utviklingshemming	39	31	28	27	29	29	29	27
Akse 4 Somatiske tilstander	46	37	32	31	32	32	32	30
Akse 5 Avvikende psykososiale forhold	40	32	29	28	30	30	32	27
Akse 6 Global vurdering av funksjonsnivå	41	32	28	26	27	26	33	22

<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.lovdatab.no/cgi-wift/ldes?doc=/sf/sf-20001221-1385.html](http://www.lovdatab.no/cgi-wift/ldes?doc=/sf/sf-20001221-1385.html)

<sup>1)</sup> 2012 N= 40 005, 2013 = 40 041, 2014 = 43 297, 2015 = 43 970,  
2016 = 43 473, 2017 = 45 122, 2018 = 41 731, 2019 = 43 102

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. Ved innføring av innsatsstyrt finansiering (ISF) for poliklinikk er kravet om rapportering av meningsbærende kode i en av de fire første aksene presisert. Dette ser ut til å ha mest innvirkning på akse 1.

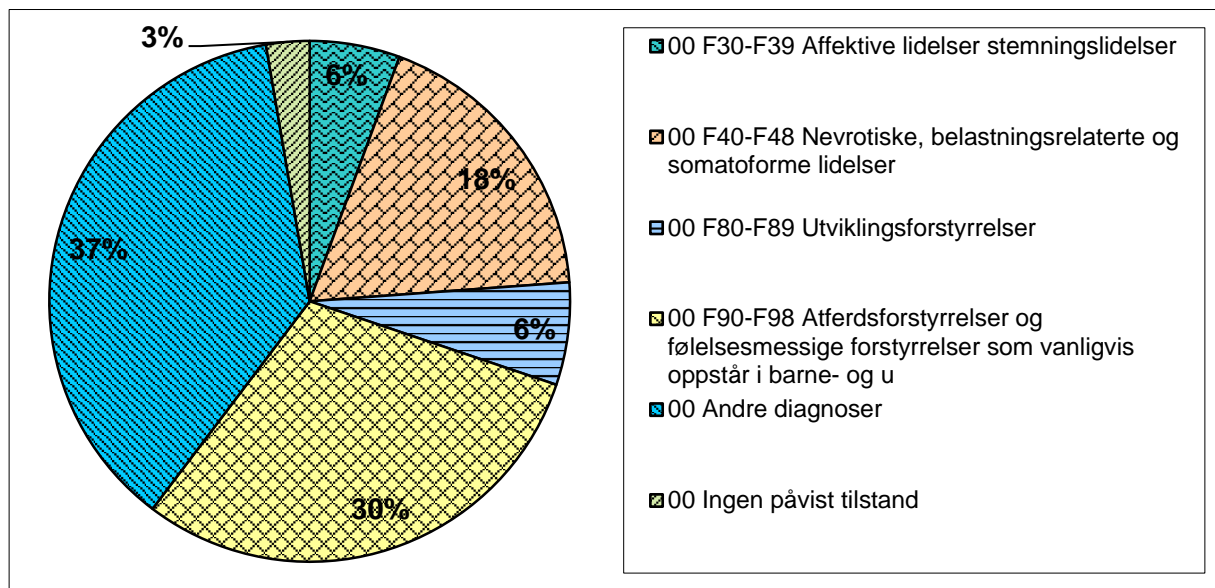
Det er viktig at rapporteringsenhetene allerede ved oppstart av utredningen registrerer multiaksial klassifikasjon *på alle seks tilstandsakser* ved å benytte kodealternativene «*Ingen påvist tilstand*» eller «*Mangelfull informasjon til å kode*» på akse 1-5 inntil kunnskapsgrunnlaget for mer presis tilstandskoding er etablert. Jamfør flytskjema for kodingsprinsipper i retningslinjene for multiaksial klassifikasjon. Datagrunnlaget blir mindre anvendelige til en del formål når disse opplysningene 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 27 prosent mangler koding. Tabeller som viser datakvaliteten pr helseforetak er presentert i vedlegg.

## **2.1 Akse 1: Klinisk psykiatrisk syndrom**

---

Diagnostisering innen aksen er avgjørende for å kunne yte riktig behandling. Av totalt 43 102 episoder i utvalget var det 660 episoder som enten manglet registrering av hovedtilstand, akse 1, eller hadde mangelfull informasjon for å kode, mens 389 episoder hadde registrert Z-koder.



Figur 2.1: ICD-10 blokk for pasienter med hovedtilstand, akse 1. Z-koder er ekskludert. Prosent. N=42 442

Figur 2.1 ovenfor viser fordeling av 42 442 episoder med registrert tilstandskode innenfor akse 1. Det fremgår av figuren at *Andre diagnoser* og hovedtilstander innenfor F90-98 *Atferdsforstyrrelser/følelsesmessige forstyrrelser* var hyppigst forekommende, og omfattet henholdsvis 37 prosent (15 556 episoder) og 30 prosent (12 668 episoder) av pasientene.

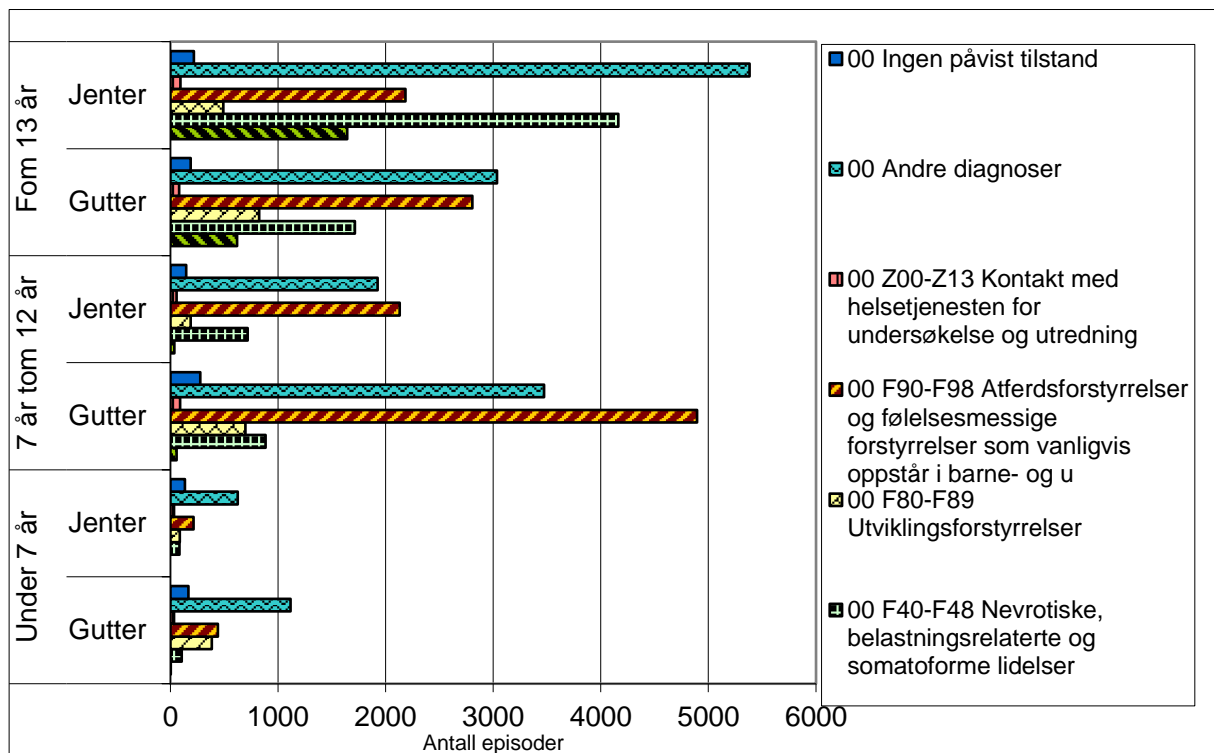
Tabellen nedenfor viser de hyppigst registrerte hovedtilstander innenfor akse 1 på utvalgte ICD-10 blokker.

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	1405	5 %
F320 Mild depressiv episode	356	1 %
F40-F48 Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser		
F432 Tilpasningsforstyrrelser	1425	6 %
F431 Posttraumatisk stresslidelse [PTSD]	1456	6 %
F401 Sosiale fobier	1009	4 %
F80-F89 Utviklingsforstyrrelser		
F845 Aspergers syndrom	1232	5 %
F840 Barneautisme	847	3 %
F90-F98 Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder		
F900 Forstyrrelser av aktivitet og oppmerksomhet	7256	28 %
F939 Uspesifisert følelsesmessig forstyrrelse i barndommen	893	3 %
F952 Tourettes syndrom	579	2 %
F941 Reaktiv tilknytningsforstyrrelse i barndommen	343	1 %
F938 Andre følelsesmessige forstyrrelser i barndommen	513	2 %
F901 Hyperkinetisk atferdsforstyrrelse	437	2 %
Øvrige tilstandskoder	7834	31 %
Antall episoder i utvalget	25585	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* (12 668 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 mye brukte diagnoser for jenter eldre enn 13 år.



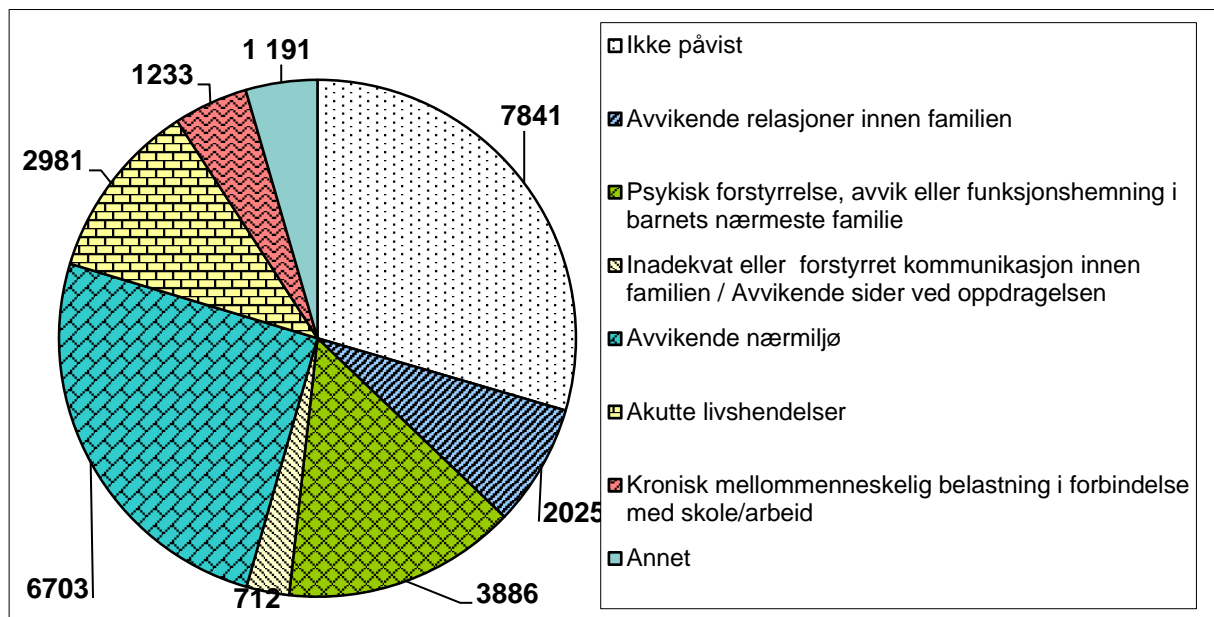
Figur 2.2: ICD-10 blokk for pasienter med diagnose i Akse 1: Klinisk psykiatrisk syndrom. Etter kjønn og aldersgruppe.

## 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 62 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 (7 841 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 tilstandsakser

Akse 2 *Spesifikke utviklingsforstyrrelser* registreres med ICD-10 kodeverk (kode F80-F89). Det manglet data for 27 prosent av pasientene. Diagnosekode F81 *Spesifikke utviklingsforstyrrelser av skoleferdigheter, lærevansker* var den hyppigst registrerte hovedtilstanden, mens 22,3 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). I helseregionene var det mangler i datagrunnlaget i Helse Sør-Øst, Helse Vest og i Helse Nord.

Registrering innenfor Akse 4 *Somatiske lidelser* manglet for 30 prosent av pasientene, og regionvis varierte manglene mye med opptil 35 prosent. Det har derfor begrenset verdi å foreta ytterligere analyser av hvilke tilstander som er registrert.

## 3. HENVISNING TIL 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>. 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

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 formalitet skal alltid registreres. Tabellen nedenfor viser at det var registrert henvisningsformalitet for 76 prosent av de nyhenviste pasientene innenfor omsorgsnivåene *Dagbehandling* og *Døgnopphold*, tilsvarende andel i 2018 var 85 prosent.

Tabell 3.1: Henvisningsformalitet 2019. Dag- og døgnbehandling. N=537

Henvisningsformalitet	Antall henvisninger	Prosent	Prosent av registrerte
<b>Frivillig</b>	375	70	92
<b>Tvungen observasjon § 3.2</b>	26	5	7
<b>Tvang med samtykke (§2.2)</b>	1	0	0
<b>Tvungent psykisk helsevern § 3.3</b>	5	1	1
<b>Ikke registrert</b>	130	24	
<b>Totalt</b>	<b>537</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 537 nyhenvisningene som hadde registrert henvisningsformalitet var 375 pasienter henvist til frivillig psykisk helsevern, mens 26 pasienter var henvist til tvungen observasjon.

## 4. HENVISNINGSGRUNNER OG INDIVIDUELL PLAN

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

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 2019 (29 384 nyhenvisninger). Tabellen under viser andel manglende rapportering av viktig informasjon for nyhenvisninger i perioden 2012-2019.

Tabell 4.1: Manglende koding innenfor henvisningsgrunn barnet, omsorgssituasjon og individuell plan 2012-2019. Prosent.

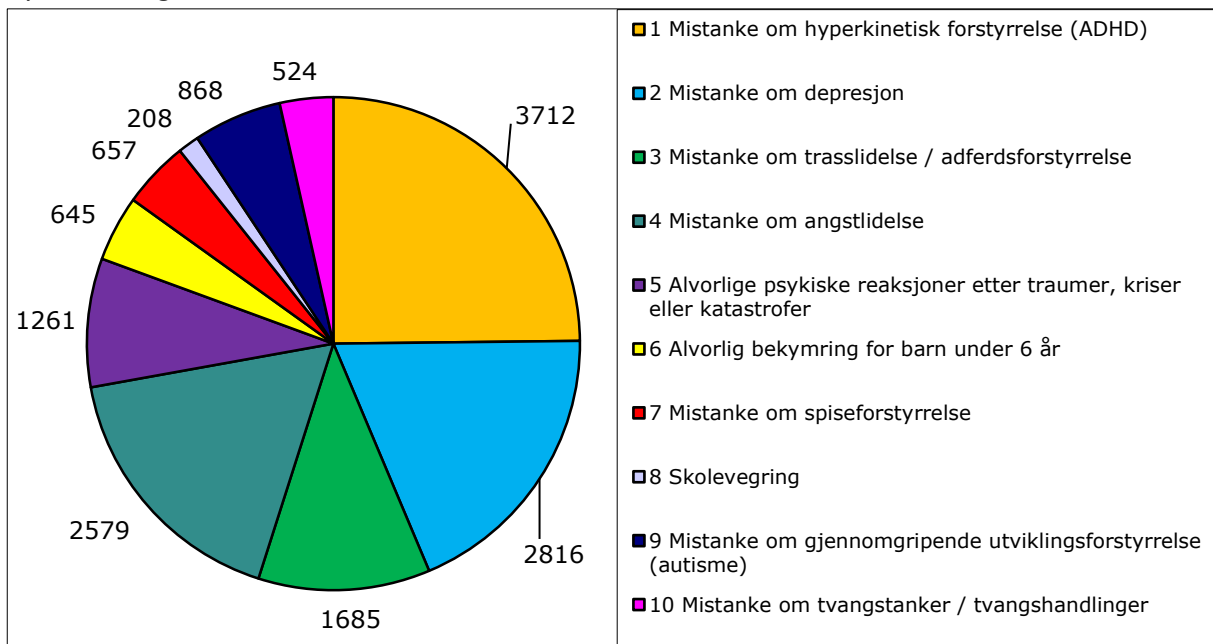
Henvisningsinformasjon	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Henvisningsgrunn <i>Barnet</i>	16	18	21	24	26	30	29	31
Omsorgssituasjon	34	34	44	38	43	47	47	49
Individuell plan	71	71	71	77	76	76	79	82

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. Komplet 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. Som tabellen viser går utviklingen i litt feil retning når det gjelder rapportering av henvisningsgrunner. Tabeller som viser datakvaliteten pr helseforetak er presentert i vedlegg.

### 4.1 Henvisningsgrunner - barnet

For 69 prosent av pasientene som var nyhenvist i 2019 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.

De ti vanligste henvisningsgrunnene *Barnet* er vist i figuren under. De hyppigste henvisningsgrunnene var mistanke om følgende forhold: hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD), depresjon, trasslidelse/atferdsforstyrrelse, angstlidelse og Alvorlige psykiske reaksjoner etter traumer, kriser eller katastrofer. De fem vanligste henvisningsgrunnene utgjør til sammen 80,6 prosent av nyhenvisningene.



Figur 4.1: Ti hyppigst registrerte henvisningsgrunner Barnet. Nyhenvisninger 2019.

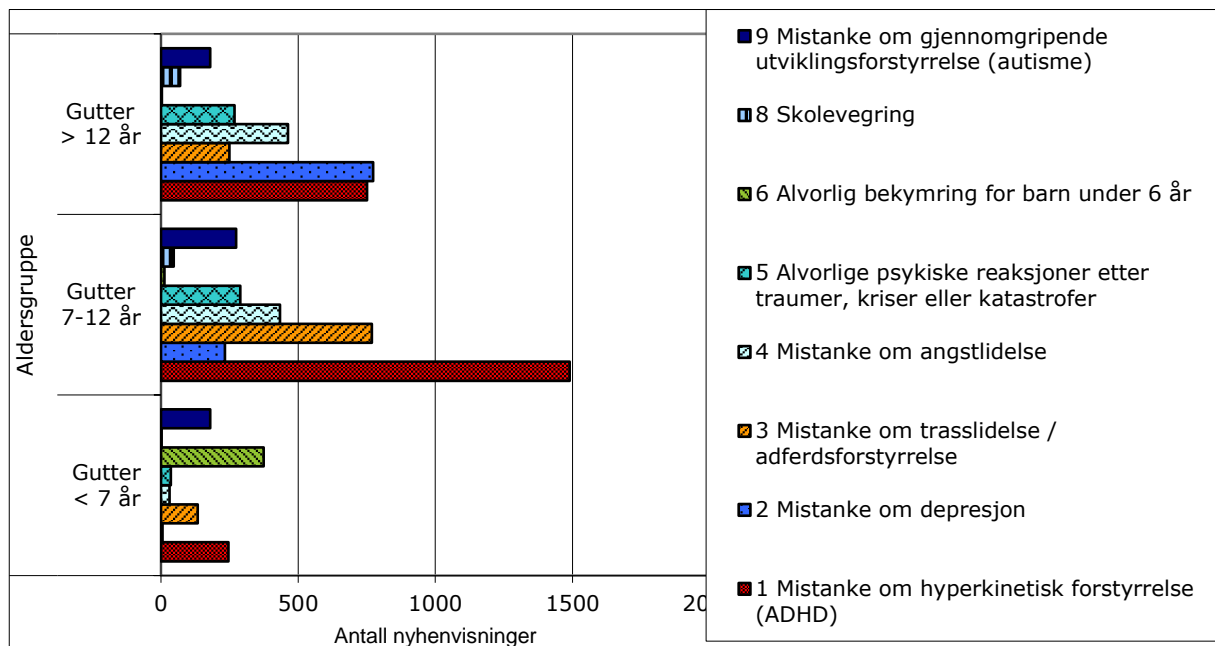
I tabellen nedenfor vises koding av hovedtilstander innenfor de hyppigst benyttede henvisningsgrunnene.

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
F320 Mild depressiv episode		93
F321 Moderat depressiv episode	9	285
F322 Alvorlig depressiv episode uten psykotiske symptomer		20
F401 Sosiale fobier	10	53
F412 Blandet angstlidelse og depressiv lidelse	7	42
F431 Posttraumatisk stresslidelse [PTSD]	6	60
F432 Tilpasningsforstyrrelser	5	43
F4321 Vedvarende depressiv reaksjon	5	43
F4322 Blandet angstreaksjon og depressiv reaksjon	5	43
F900 Forstyrrelser av aktivitet og oppmerksomhet		101
F901 Hyperkinetisk atferdsforstyrrelse	52	< 5
F908 Andre spesifiserte hyperkinetiske forstyrrelser	37	< 5
F988 Andre atferds/følelsesforstyrrelser, barne- og ungdomsalder	36	12
Z004 Generell psykiatrisk undersøkelse IKAS	< 5	< 5
Z032 Obs. ved mistanke om psykiske lidelser og atferdsforst.	33	16
Z133 Målrettet undersøkelse med henblikk på psyk. lidelser og atferdsforstyrrelser	< 5	
1000 Ingen påvist tilstand på akse 1	107	48
1999 Mangelfull informasjon for å kode på akse 1	27	37
9999 Ikke registrert tilstand	22	14

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.

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*. Over dobbelt så mange gutter i denne aldersgruppen har henvisningsgrunn *Mistanke om hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD)* sammenlignet med jenter i samme aldersgruppe.

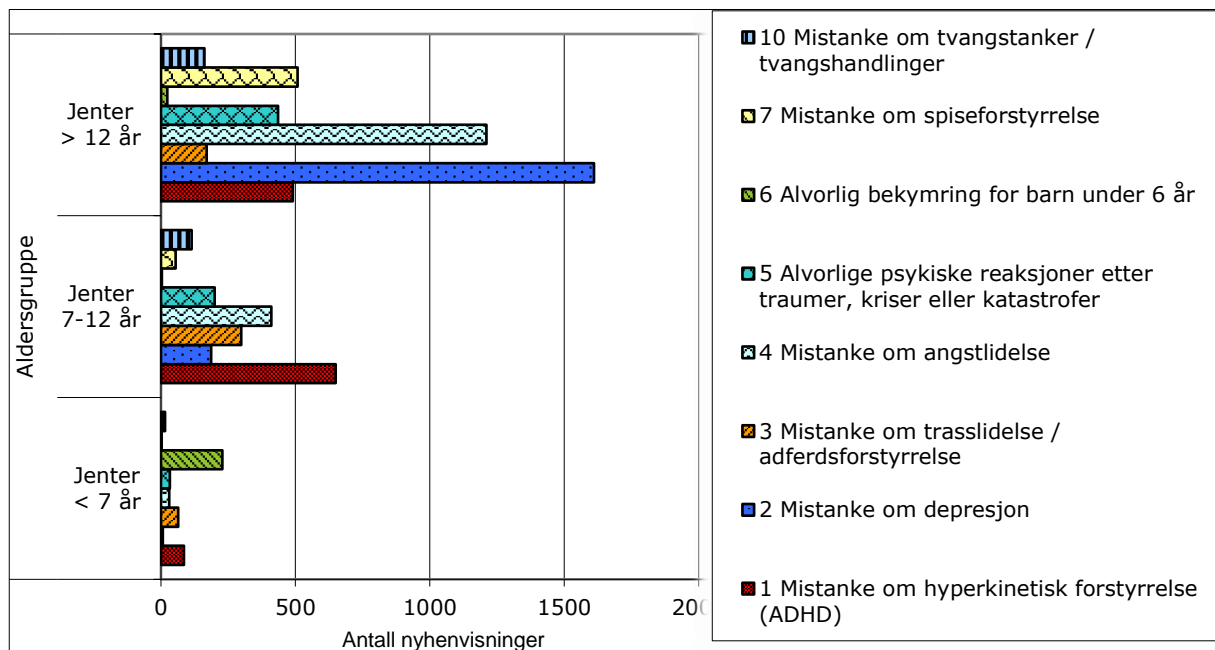


Figur 4.2: De åtte hyppigst registrerte henvisningsgrunner Barnet. Gutter - aldersgruppert. Antall nyhenvvisninger i 2019, registrert med nytt kodeverk.

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 angstlidelser* i denne aldersgruppen. For de yngste guttene var *Alvorlig bekymring for barn under 6 år* viktigste henvisningsgrunn. Men også *Mistanke om hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD)* er mye brukt på de yngste guttene.

Av neste figur 4.2 fremgår det at for de eldste jentene (13 år og eldre) var *Mistanke om depresjon* en sterkt dominerende henvisningsgrunn. Også *Mistanke om angstlidelse* var også hyppig henvisningsgrunn. *Mistanke om spiseforstyrrelse* var også mye brukt på jenter innenfor denne aldersgruppen. For gruppen av jenter mellom 7 og 12 år var *Mistanke om hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD)* den mest utbredte henvisningsgrunnen.

For de yngste jentene var det som for de yngste guttene *Alvorlig bekymring for barn under 6 år* som var viktigste henvisningsgrunn. Henvisningsgrunn *Mistanke om gjennomgripende utviklingsforstyrrelse (autisme)* utgjør derimot en vesentlig mindre andel av henvisningsvolumet for jenter enn for gutter.



Figur 4.2: De åtte hyppigst registrerte henvisningsgrunner Barnet. Jenter - aldersgruppert. Antall nyhenvisninger i 2019.

Det er nesten 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 hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD)* er gjeldende i denne aldersgruppen. Men altså bare godt under halvparten så mange som for gutter i denne aldersgruppen.

## 4.2 Individuell plan (IP)

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 18 prosent av de nyhenviste pasientene i 2019.

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 3 896 nyhenviste pasienter ble det rapportert at pasienten ikke oppfyller kriteriene, mens det for 1 211 pasienter ble rapportert at pasienten har en IP eller at IP er under arbeid. For 60 pasienter var status at pasienten ikke ønsker individuell plan, eller ikke har gitt samtykke. Det var videre for 94 pasienter rapportert at det er ukjent med status for individuell plan eller at IP ikke er vurdert.

# 5. DATAGRUNNLAG OG KVALITET

## 5.1 Datagrunnlag og rapportering

---

Datagrunnlaget for denne rapporten er aktivitetsdata for 2019. 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.

OUS HF rapporterer kun på BUP-*seksjonsnivået* (BUP Oslo Syd, BUP Oslo Nord osv.). Dette innebærer at det ikke er mulig å identifisere BUP-enhetene i rapporterte aktivitetsdata (f.eks. BUP Bjerke, BUP Nordre Aker, BUP Sagene, BUP Nordstrand, m.fl.).

Rapporteringsenhetene i PHBU-sektoren i Helse Midt-Norge har skiftet datasystem, og rapporterer nå under tilhørende helseforetak. Det er fra RHF-et varslet at på et overordnet nivå er en systemomlegging i Helse Midt-Norge hovedforklaringen på utslagene for Helse Midt-Norges del. BUPdata som tidligere ble brukt ble av sektoren opplevd som skreddersydd for formålet. Det er derfor grunn til å tro at rene registreringspraktiske forhold spiller inn for Helse Midt-Norges del. Det er også påpekt at overgang til ISF-finansiering av poliklinisk aktivitet samt tilpasning av arbeidsprosesser ved innføring av pakkeforløp gjør at tallene fra Helse Midt-Norge må tolkes med forsiktighet.

En reduksjon av aktiviteten på bakgrunn av det ovennevnte gjør at tallene også for landet som helhet må tolkes forsiktig. Helse Midt-Norges tekniske endringer påvirker tallene i PHBU landet sett under ett.

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

Tallene som presenteres i denne rapporten kan til dels være forskjellig fra tallene som presenteres av 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 utslag i tallene.

## 5.2 Registreringspraksis

---

I forbindelse med mottaks- og kontrollarbeidet har NPR fått informasjon om ulike registreringspraksis på flere områder. Gode sammenlignbare data på tvers av HF og RHF betinger mest mulig lik registreringspraksis. Ulik organisering av virksomheten fører til at noen enheter har godkjente poliklinikker knyttet til dag- og døgnhetene 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 døgnhet flere ganger i en henvisningsperiode kan derfor ha flere polikliniske episoder og flere døgnepisoder i samme henvisningsperiode.

Det er også ulike registreringspraksis ved behandlingsstedene når det gjelder registrering av pasienten og pasientens familie. Enkelte enheter har registrert egne henvisningsperioder på familiemedlemmer selv om disse ikke er henvist.

Når det gjelder registrering av pasienten og pasientens familie, så er denne praksisen endret i henhold til gjeldende avtaler med de regionale helseforetakene. Det kan imidlertid fortsatt være pårørende som registreres som egne pasienter.

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. Dette gjøres i ulik grad.

### 5.4 Rapporteringsplikt og kvalitetskontroll

---

For å kunne etablere komplette nasjonale registerdata er avdeling helseregistre avhengig av korrekt og komplett rapportering fra BUP-sektoren. Rapporten viser at det på flere sentrale områder er mangler i registreringer, mer om dette i kapittel 5.5. Men det er samtidig viktig å understreke at PHBU-sektoren 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, 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
  - NPR har deltatt på seminarer og kurs i riktig registrering og rapportering av data innen avtalespesialister, psykisk helsevern, rus og ventelistedata.
- 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 registreringsskjermbilder.

- Helse- og omsorgsdepartementet/øvrige avdelinger i Helsedirektoratet/  
Direktoratet for e-helse:
  - 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.

## 5.5 Manglende informasjon om sentrale deler av datagrunnlaget

---

Som vist i flere tabeller er rapporteringen til Norsk pasientregister mangelfull på flere sentrale områder. Ytterligere detaljer er vist i vedlegg 3:

- Multiaksial klassifikasjon; akse 1 og akse 5
- Viktigste henvisningsgrunn barnet
- Omsorgssituasjon
- Henvisningsformalitet
- Status vedr registrering av Individuell plan

Tabellene 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 åtteårsperiode.

For akse 1 i multiaksial klassifikasjon ser vi nær komplett rapportering. Dette kan ha en sammenheng med innføring av ISF (innsatsstyrt finansiering) for poliklinikk i psykisk helsevern for barn og unge i 2017. For at en kontakt skal inngå i grunnlag for denne finansieringsordningen må det være rapportert meningsbærende kode i minst en av aksene 1 til 4.

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 utredning, behandling og kontroll i spesialisthelsetjenesten. Henvisningsperioden gir informasjon om behandling og aktiviteter i denne tidsperioden.

Hver henvisningsperioden skal gjelde ett syketilfelle, og pasienter med flere syketilfeller vil ha flere henvisningsperioder. Henvisningsperioden gir ikke informasjon om aktivitet i kommunale helsetjenester.

### ➤ *Episode*

En episode er en tidsperiode der pasienten får helsehjelp ved én og samme helseinstitusjon for ett og samme helseproblem.

Dette kan være en poliklinisk kontakt (poliklinisk episode), et dagopphold (dagepisode) eller et avdelingsopphold ved en døgnavdeling (døgnepisode). Det kan være flere slike episoder i en henvisningsperiode.

For polikliniske episoder skiller vi mellom direkte og indirekte kontakter. Direkte kontakt er utredning, observasjon eller behandling (terapi/samtale) der pasient deltar. Indirekte kontakt er en aktivitet der pasienten ikke er fysisk til stede. Dette kan for eksempel være telefonsamtaler eller møte mellom fagpersoner.

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 2018

RHF/helseforetak	Polikliniske kontakter								
	Antall pasienter totalt		Totalt		Direkte		Indirekte		
	2019	% endr.	2019	% endr.	2019	% endr.	2019	% endr.	
<b>Helse Sør-Øst RHF</b>									
Vestre Viken HF	4441	-1,6	79586	9,2	52892	10,3	26694	7,1	
Lovisenberg Diakonale sykehus	1369	-7,0	21570	-1,0	16185	-4,8	5385	12,3	
Diakonhjemmet sykehus	936	10,2	10729	-7,3	8683	-11,3	2046	14,9	
Akershus Univ. S.hus HF	5268	5,4	89700	8,1	63029	9,7	26671	4,6	
SH Innlandet HF	3565	-3,6	49353	-6,6	33482	-6,0	15871	-7,9	
Sykehuset Østfold HF	3197	2,5	42898	1,5	31470	4,6	11428	-6,3	
Sørlandet Sykehus HF	3296	-3,2	47158	-1,3	34225	3,6	12933	-12,1	
Sykehuset i Vestfold HF	2849	4,4	50673	7,6	37682	8,2	12991	5,7	
Sykehuset Telemark HF	1864	-1,8	29639	5,3	21887	13,1	7752	-11,8	
Oslo Univ.sykehus	3917	3,3	53831	5,3	32913	1,1	20918	12,6	
Privat Sør-Øst	85	-1,2	31	-44,6	30	-45,5	1	0,0	
<b>Helse Vest RHF</b>									
Helse Stavanger HF	4393	1,4	61161	5,1	43480	3,8	17681	8,4	
Helse Fonna HF	1832	-2,2	25027	-2,1	19132	-0,1	5895	-7,9	
Helse Bergen HF	4662	0,6	69497	-0,4	46511	1,1	22986	-3,2	
Helse Førde HF	1700	2,8	17850	3,3	11881	3,8	5969	2,3	
Privat Vest	576	5,3	9159	9,4	5847	13,2	3312	3,4	
<b>Helse Midt-Norge RHF</b>									
St. Olavs Hospital HF	3301	-5,9	42673	-13,2	31634	-20,9	11039	20,2	
Helse Nord Trøndelag HF	1844	-9,0	17280	-8,0	10922	-16,1	6358	10,1	
Helse Møre og Romsdal HF	2771	-2,7	33750	-6,1	25341	-11,5	8409	14,7	
<b>Helse Nord RHF</b>									
Finnmarkssykehuset HF	1012	-6,0	11999	-6,8	9179	4,3	2820	-30,6	
Univ.sykehuset Nord-Norge HF	2507	9,0	31556	-0,5	22201	0,6	9355	-3,0	
Nordlandssykehuset HF	1545	-8,1	24428	-2,7	19581	0,9	4847	-15,0	
Helgelandssykehuset HF	1088	-0,1	14631	7,9	11480	5,0	3151	19,9	
<b>Landet</b>	56658	-0,5	834179	1,1	589667	0,9	244512	1,6	

## Vedlegg 3 - Oversikt over manglende rapportering på noen sentrale områder. Per helseregion og helseforetak. Perioden 2014-2019. Prosent

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

Helseregion/helseforetak		Tilstand 1, Akse 1						Tilstand 1, Akse 5					
		Manglende registrering						Manglende registrering					
		2014	2015	2016	2017	2018	2019	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Helse Sør-Øst	Vestre Viken HF	1	1	1	0	0	0	34	31	28	27	32	33
	Lovisenberg Diakonale SH	20	19	17	0	1	1	25	23	22	14	16	17
	Diakonhjemmet sykehus AS	0	0	0	0	0	0	15	25	23	29	29	36
	Akershus Univ.sykehus HF	15	1	4	2	1	1	25	19	48	43	38	34
	SH Innlandet HF	12	2	3	0	0	1	15	19	33	26	29	30
	Sykehuset Østfold HF	0	0	5	0	0	0	36	29	26	22	27	30
	Sørlandet Sykehus HF	5	2	2	0	0	0	41	46	38	38	37	33
	Sykehuset i Vestfold HF	10	9	0	0	0	1	10	10	13	34	41	36
	Sykehuset Telemark HF	2	1	1	0	0	0	48	45	38	40	43	42
	Oslo Universitetssykehus	9	1	0	1	1	1	22	38	36	27	31	28
	Privat Sør-Øst	35	30	14	33	0	0	67	57	58	64	0	0
Total	8	3	3	1	1	1	27	28	32	31	33	32	
Helse Vest RHF	Helse Stavanger HF	12	0	0	0	0	0	34	26	22	18	23	23
	Helse Fonna HF	24	33	18	0	0	0	30	38	23	9	10	6
	Helse Bergen HF	3	0	0	0	0	0	45	36	33	41	41	39
	Helse Førde HF	1	2	1	1	2	1	38	39	35	42	41	40
	Privat Vest	1	1	0	0	0	0	43	41	43	44	51	46
	Total	9	5	3	0	0	0	38	34	28	28	30	29
Helse Midt-Norge RHF	St. Olavs Hospital HF	8	8	5	1	0	0	17	18	16	24	28	0
	Helse Nord Trøndelag HF	19	28	31	9	1	0	28	40	41	51	28	0
	Helse Møre og Romsdal HF	19	21	20	4	0	0	23	23	23	28	35	0
	Total	14	17	15	3	0	0	21	24	23	31	31	0
Helse Nord RHF	Finmarkssykehuset HF	17	27	23	1	1	1	30	38	36	33	30	38
	Univ.sykehuset Nord-Norge HF	9	10	8	2	1	1	32	24	27	22	23	24
	Nordlandssykehuset HF	15	11	14	1	1	0	23	18	20	19	22	20
	Helgelandssykehuset HF	1	1	1	0	0	0	37	33	43	41	36	36
	Total	11	12	11	1	1	1	29	26	29	26	27	28

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

2014: N=43 297, 2015: N=43 970, 2016: N=43 473, 2017=45 122, 2018=41 731, 2019=43 102



**Oversikt over manglende registrering av henvisningsdokumentasjon for nye henvisningsperioder i rapporteringsåret. Prosent\***

Helseregion/helseforetak		Viktigste henv.grunn barnet						Viktigste henv.grunn barnets miljø					
		Manglende registrering						Manglende registrering					
		2014	2015	2016	2017	2018	2019	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Helse Sør-Øst	Vestre Viken HF	28	26	27	32	29	25	85	80	83	87	89	89
	Lovisenberg Diakonale SH	4	6	7	6	8	8	62	56	62	66	69	72
	Diakonhjemmet sykehus AS	27	42	46	53	59	68	67	86	87	85	86	84
	Akershus Univ.sykehus HF	6	24	31	33	21	14	21	69	85	87	88	85
	SH Innlandet HF	2	18	28	39	38	44	20	67	81	83	88	91
	Sykehuset Østfold HF	32	37	47	59	59	60	83	76	79	85	84	85
	Sørlandet Sykehus HF	48	42	29	31	25	21	87	81	69	64	56	60
	Sykehuset i Vestfold HF	7	3	13	12	9	8	7	31	38	27	35	38
	Sykehuset Telemark HF	48	38	49	45	44	34	79	83	84	88	85	77
	Oslo Universitetssykehus	6	12	9	17	12	11	60	76	67	72	65	70
	Privat Sør-Øst	38	12	25	41	31	60	39	43	48	50	85	83
Total	20	24	27	32	29	27	54	70	74	76	75	76	
Helse Vest RHF	Helse Stavanger HF	32	37	39	43	44	36	93	95	97	96	95	95
	Helse Fonna HF	34	27	26	26	27	27	82	82	81	82	85	85
	Helse Bergen HF	35	31	33	33	36	38	84	80	82	85	87	88
	Helse Førde HF	27	34	37	31	24	38	75	76	82	83	81	86
	Privat Vest	3	5	4	6	4	0	67	82	74	82	83	91
	Total	32	32	33	34	35	34	85	85	87	88	89	90
Helse Midt-Norge RHF	St. Olavs Hospital HF	2	4	4	3	3	11	6	9	11	12	71	76
	Helse Nord Trøndelag HF	0	4	5	5	8	13	5	7	16	34	74	81
	Helse Møre og Romsdal HF	8	7	7	6	42	42	29	24	22	21	83	91
	Total	4	5	5	4	19	25	15	15	16	20	76	84ve
Helse Nord RHF	Finnmarkssykehuset HF	21	26	24	35	21	32	68	72	76	77	65	72
	Univ.sykeh. Nord-Norge HF	37	45	43	46	49	71	88	89	90	85	90	93
	Nordlandssykehuset HF	27	28	30	28	39	38	80	83	81	82	84	86
	Helgelandssykehuset HF	42	37	47	47	51	63	76	76	81	78	79	83
Total	33	35	37	40	43	56	80	83	83	81	83	86	

\*) Utvalget er antall nye henvisninger i løpet av rapporteringsåret.  
2018: N=30 297, 2019=29 379

**Oversikt over manglende registrering av henvisningsdokumentasjon for nye henvisningsperioder i rapporteringsåret. Prosent\***

Helseregion/helseforetak		Henvisningsformalitet						Status for individuell plan					
		Manglende registrering						Manglende registrering					
		2014	2015	2016	2017	2018	2019	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Helse Sør-Øst	Vestre Viken HF	3	2	7	8	9	11	88	85	89	88	91	94
	Lovisenberg Diakonale SH	0	0	8	17	21	24	47	51	51	51	56	58
	Diakonhjemmet sykehus AS	0	0	0	0	1	1	48	55	59	69	70	64
	Akershus Univ.sykehus HF	0	1	39	46	31	3	58	92	87	90	90	85
	SH Innlandet HF	0	3	85	70	33	19	63	79	72	73	75	78
	Sykehuset Østfold HF	2	2	2	3	0	0	88	88	89	90	91	93
	Sørlandet Sykehus HF	33	25	20	23	18	16	98	98	99	99	99	99
	Sykehuset i Vestfold HF	0	0	15	1	1	1	90	97	90	98	98	98
	Sykehuset Telemark HF	45	29	34	27	29	29	87	87	89	88	87	88
	Oslo Universitetssykehus	7	15	4	3	3	2	29	39	42	31	26	28
	Privat Sør-Øst	3	0	3	0	0	0	6	7	16	43	0	0
Total	9	8	24	23	15	8	72	80	79	79	79	80	
Helse Vest RHF	Helse Stavanger HF	1	3	9	0	0	1	92	95	95	94	93	95
	Helse Fonna HF	15	2	2	1	4	9	86	81	80	81	76	63
	Helse Bergen HF	8	18	10	1	12	9	71	69	71	73	72	76
	Helse Førde HF	1	0	1	0	0	0	94	94	96	96	97	96
	Privat Vest	2	1	1	0	0	1	59	59	54	57	52	60
	Total	6	7	7	1	5	5	82	83	83	84	82	82
Helse Midt-Norge RHF	St. Olavs Hospital HF	0	0	0	0	63	13	33	46	43	40	86	96
	Helse Nord Trøndelag HF	0	0	0	0	73	21	4	9	16	17	91	93
	Helse Møre og Romsdal HF	0	0	0	0	64	28	70	64	65	64	51	63
	Total	0	0	0	0	65	21	41	44	45	44	73	81
Helse Nord RHF	Finmarkssykehuset HF	0	5	2	2	4	2	69	68	71	80	83	88
	Univ.sykeh.Nord-Norge HF	24	29	27	30	33	31	95	92	94	92	93	95
	Nordlandssykehuset HF	31	38	33	26	32	28	93	95	93	93	89	90
	Helgelandssykehuset HF	21	16	11	6	15	15	90	88	89	93	94	94
Total	21	25	21	20	25	23	89	88	89	91	91	92	

\*) Utvalget er antall nye henvisninger i løpet av rapporteringsåret.  
2018: N=30 297, 2019=29 379

Vedlegg 4 - Døgnopphold og oppholdsdøgn inkl. opphold som er åpne ved rapporteringsperiodens slutt – fordelt på rapporteringsenhetnivå. 2019.

Helseregion/helseforetak/rapporteringsenhet			Antall døgnopphold <sup>1</sup>	Sum oppholdsdøgn <sup>2</sup>	
<b>Helse Sør-Øst RHF</b>	Vestre Viken HF	BUP Vestre Viken	177	4 292	
	Akershus univ.sykehus HF	BUP Akershus Univ.sykehus	137	8 645	
	Sykehuset Innlandet HF	BUP Sykehuset Innlandet	221	5 128	
	Sykehuset Østfold HF	BUP Sykehuset Østfold	275	3 500	
	Sørlandet Sykehus HF	BUP Sørlandet Sykehus	90	1 203	
	Sykehuset i Vestfold HF	Psyk. i Vestfold BUP-avd	80	1 158	
	Sykehuset Telemark HF	BUP Sykehuset Telemark	116	2 089	
	Oslo Universitetssykehus	BUP Oslo universitetssykehus	242	10 048	
	Privat Sør-Øst	Larkollen ungd psyk. behandl. hjem		33	5 796
		Capio Anoreksi Senter		50	7 282
<b>Helse Vest RHF</b>	Helse Stavanger HF	BUP Stavanger universitetssykehus	217	3 109	
	Helse Fonna HF	BIÅ Helse Fonna	116	1 933	
	Helse Bergen HF	BUP Helse Bergen	423	6 267	
	Helse Førde HF	BUP Helse Førde	70	1 364	
<b>Helse Midt-Norge RHF</b>	St. Olavs Hospital HF	St. Olavs Hospital BUP-klinikker	136	2 015	
	Helse Nord Trøndelag HF	Helse Nord Trøndelag BUP	102	1 381	
	Helse Møre og Romsdal HF	Molde		79	1 665
Ålesund			176	1 499	
<b>Helse Nord RHF</b>	Finnmarkssykehuset HF	BUP Helse Finnmark	64	2 385	
	Univ.sykehuset Nord-Norge HF	BUP Univ.sykehuset i Nord Norge	171	3 310	
	Nordlandssykehuset HF	BUP Nordlandssykehuset	145	3 190	
	Helgelandssykehuset HF	BUP Helgelandssykehuset	43	1 798	

<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.



**Postadresse:** Pb. 6173,  
7435 Trondheim

**Telefon:** +47 47 20 20

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

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