

Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2017

Norsk pasientregister



Publikasjonens tittel: Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2017

Utgitt: 03/2018

Bestillingsnummer: IS-2708

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

Tlf.: 810 20 050

www.helsedirektoratet.no

Rapporten kan lastes ned elektronisk fra www.helsedirektoratet.no

Forfatter(e): Frank Krogh
Per Jørgen Indergård

Illustrasjon: Johnér Bildbyrå AB

INNHold

INNHold	II
INNLEDNING	I
SAMMENDRAG	II
1. AKTIVITET – ANTALL PASIENTER OG KONTAKTER	1
1.1 Antall pasienter	1
1.2 Aktivitetsnivå – Pasienter og kontakter	3
2. HOVEDTILSTANDER INNENFOR MULTIAKSIAL KODING	5
2.1 Akse 1: Klinisk psykiatrisk syndrom	6
2.2 Akse 5: Avvikende psykososiale forhold	8
2.3 Registreringspraksis innenfor øvrige tilstandsakser	9
3. HENVISNING TIL FRIVILLIG OG TVUNGENT PSYKISK HELSEVERN	10
3.1 Henvisningsformalitet	10
4. HENVISNINGSGRUNNER OG INDIVIDUELL PLAN	12

4.1	Henvisningsgrunner - barnet	12
4.2	Individuell plan (IP)	16
5.	DATAGRUNNLAG OG KVALITET	18
5.1	Datagrunnlag og rapportering	18
5.2	Registreringspraksis	18
5.3	Informasjon om organisatoriske endringer	19
5.4	Rapporteringsplikt og kvalitetskontroll	20
5.5	Manglende informasjon om sentrale deler av datagrunnlaget	21
	VEDLEGG 1 - BEGREPER BENYTTET I RAPPORTEN	22
	VEDLEGG 2 - ANTALL PASIENTER OG ANTALL KONTAKTER, PR HELSEFORETAK OG OMSORGSNIVÅ. ENDRING FRA 2017	23
	VEDLEGG 3 - OVERSIKT OVER MANGLENDE RAPPORTERING PÅ NOEN SENTRALE OMRÅDER. PER HELSEREGION OG HELSEFORETAK. PERIODEN 2013-2017. PROSENT	24
	VEDLEGG 4 - DØGNOPPHOLD OG OPPHOLDSDØGN INKL. OPPHOLD SOM ER ÅPNE VED RAPPORTERINGSPERIODENS SLUTT – FORDELT PÅ RAPPORTERINGSENHETSNIVÅ. 2017.	27

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 2017. 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 nettsider¹.

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.

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

SAMMENDRAG

I overkant av 57 000 pasienter ble behandlet i psykisk helsevern for barn og unge i 2017, og for landet sett under ett var det en økning på 3,1 prosent sammenlignet med 2016. 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 5,1 prosent av befolkningen under 18 år mottok helsehjelp i 2017, og andelen er uendret fra året før.

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

Innenfor omsorgsnivåene *Døgnopphold* og *Dagbehandling* var det registrert henvisningsformalitet for om lag 93 prosent av de nyhenviste pasientene (524 pasienter). 85 prosent er henvist frivillig. 34 pasienter var henvist til tvungen observasjon og 5 pasienter 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 2017. Videre vises tabeller for antall kontakter, opphold og oppholdsøgn.

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 2017 etter behandlende helseregion. Endringstall i prosent.

Region	Antall pasienter i PHBU		Endring i prosent
	2017	2016-2017	
Helse Sør-Øst RHF	29 858		2,8
Helse Vest RHF	12 903		5,7
Helse Midt-Norge RHF	8 897		2,6
Helse Nord RHF	5 891		0,1
Landet	57 252		3,1

¹⁾ 297 pasienter ble behandlet ved mer enn én helseregion i 2017, summering av RHF-tallene gir derfor resultatet 57 549.

I overkant av 57 000 pasienter ble behandlet i psykisk helsevern for barn og unge i 2017, og for landet sett under ett var det en økning på 3,1 prosent sammenlignet med 2016. Dette gjelder alle helseregionene, men økningen var minst i Helse Nord og størst i Helse Vest.

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. 2016-2017.

Bostedsregion	Antall pasienter		Andel av befolkningen (prosent) ²	
	2016	2017	2016	2017
Helse Sør-Øst	28 770	29 531	4,6	4,7
Helse Vest	12 175	12 901	4,8	5,1
Helse Midt-Norge	8 629	8 862	5,6	5,8
Helse Nord	5 882	5 925	5,9	6,0
Landet 1)	55 527	57 252	5,1	5,1

¹⁾ Det er 33 pasienter med "Annen bostedsregion", disse inngår i landstallet.

²⁾ Befolkning under 18 år per 1. januar 2017 og 1. januar 2018 fra Statistisk sentralbyrå. Ratetallene er ikke korrigert for pasienter som hadde «Annen bostedsregion». Det samme gjelder pasienter som er eldre enn 17 år.

5,1 prosent av befolkningen under 18 år ble behandlet i psykisk helsevern for barn og unge i 2017, andelen var noe lavere i Helse Sør-Øst og høyest i Helse Nord med 6 prosent.

Tabell 1.3: Kjønn- og aldersfordeling per helseregion 2017. Antall og prosenter.

Helseregion	Antall pasienter ¹	Kjønn ¹		Aldersgruppe		
		Gutter	Jenter	Under 7 år	7-12 år	13 år og eldre
Helse Sør-Øst RHF	29 858	52,3	47,7	11,5	34,2	54,3
Helse Vest RHF	12 903	55,0	45,0	10,7	38,5	50,9
Helse Midt-Norge RHF	8 897	51,9	47,7	8,7	36,6	54,7
Helse Nord RHF	5 891	52,9	47,1	7,7	34,2	58,1
Landet	57 252	53,0	47,0	10,5	35,6	53,9

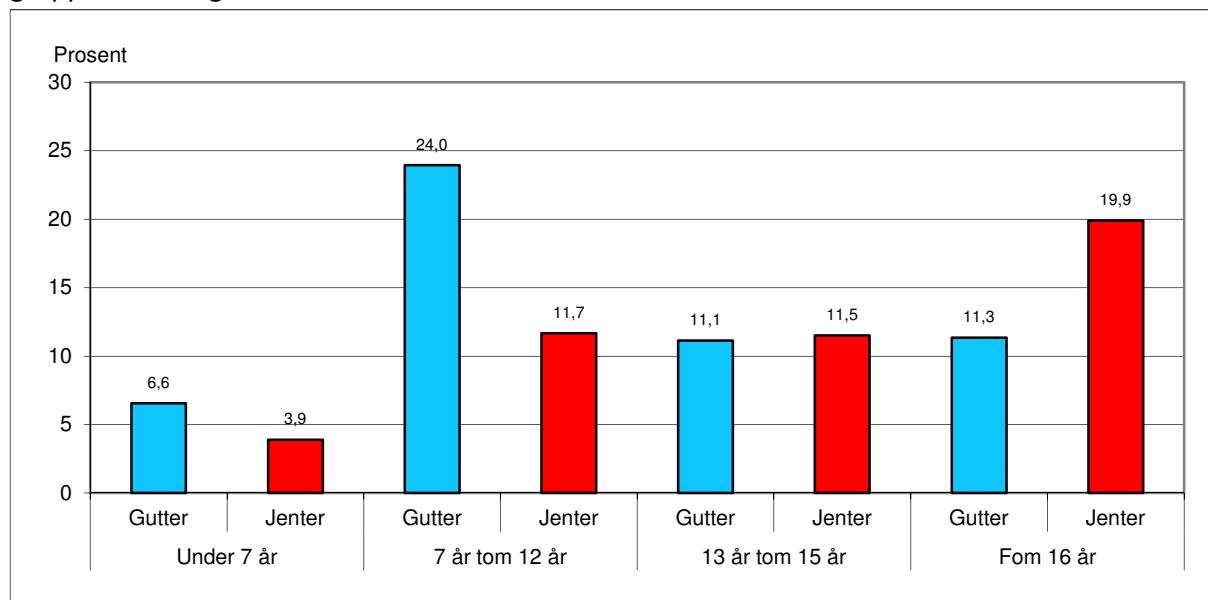
¹⁾ Det er ikke rapportert informasjon om kjønn for 44 pasienter som derfor ikke inngår i tallgrunnlaget til oversikten over kjønnsfordeling

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

53,9 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 24 og ca. 20 prosent av pasientgrunnlaget. Videre ser vi at

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



Figur 1.1: Pasienter i 2017. Etter kjønn og alder.

1.2 Aktivitetsnivå – Pasienter og kontakter

Tabell 1.4: Antall pasienter, døgnopphold¹, oppholdsdøgn² og direkte og indirekte polikliniske kontakter etter behandlende helseregion. 2017, endringstall fra 2016 i prosent.

	Helse Sør-Øst		Helse Vest		Helse Midt-Norge		Helse Nord		Landet	
	2017	endr. %	2017	endr. %	2017	endr. %	2017	endr. %	2017	endr. %
Antall pasienter	29 858	2,8	12 903	5,7	8 897	2,6	5 891	0,1	57 252	3,1
Døgnopphold¹	1 491	6,7	941	18,1	497	-5,7	467	2,2	3 399	6,9
Oppholdsdøgn²	57 258	4,8	13 457	7,3	6 789	2,8	10 600	5,7	88 414	5,5
Polikliniske kontakter	499 444	-2,7	185 930	4,8	149 831	0,4	83 559	6,2	918 764	-0,1
-direkte	354 128	-2,8	134 275	2,7	122 051	0,8	62 132	-1,7	672 586	-1,0
-indirekte	145 316	-2,5	51 655	10,7	27 780	-5,1	21 427	38,3	246 178	2,4

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

² 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 3 399 døgnopphold i 2017 som er nesten 7 prosent mere enn i 2016. Tallene varierer i de ulike regionale helseforetakene og er høyest i Helse Vest.

Når det gjelder antall oppholdsdøgn er det rapportert en økning på 5,5 prosent. Også her har Helse Vest størst økning, men alle de andre helseregionene øker sammenliknet med året før.

Når det gjelder polikliniske kontakter er det en reduksjon på 2,7 prosent i Helse Sør-Øst. Det er forskjeller mellom regionene, og i de tre andre helseregionene øker den polikliniske behandlingen. Over halvparten av de direkte polikliniske kontaktene i landet skjer innen Helse Sør-Øst og der reduseres den direkte behandlingen på poliklinikk med i underkant av 3 prosent. Direkte polikliniske behandling øker mest i Helse Vest.

Når det gjelder de indirekte polikliniske kontaktene reduseres de med 2,5 prosent i helse Sør-øst, og med 5 prosents reduksjon i Helse Midt-Norge. De indirekte kontaktene øker med over 10 prosent i Helse Vest og med nesten 40 prosent i Helse Nord. gang for Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge.

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.

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 akser². Pasientjournalen³ 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	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Akse 1 Klinisk psykiatrisk syndrom	23	16	10	9	6	6	1
Akse 2 Spesifikke utviklingsforstyrrelser	37	39	31	28	28	29	29
Akse 3 Psykisk utviklingshemming	37	39	31	28	27	29	29
Akse 4 Somatiske tilstander	44	46	37	32	31	32	32
Akse 5 Avvikende psykososiale forhold	41	40	32	29	28	30	30
Akse 6 Global vurdering av funksjonsnivå	44	41	32	28	26	27	26

¹) 2011 N= 39 896, 2012 N= 40 005, 2013 = 40 041, 2014 = 43 297, 2015 = 43 970, 2016 = 43 473, 2017 = 45 122

² Multiaksial klassifikasjon i psykisk helsevern for barn og unge

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

³ Forskrift om pasientjournal - www.lovdata.no/cgi-wift/ldes?doc=/sf/sf/sf-20001221-1385.html

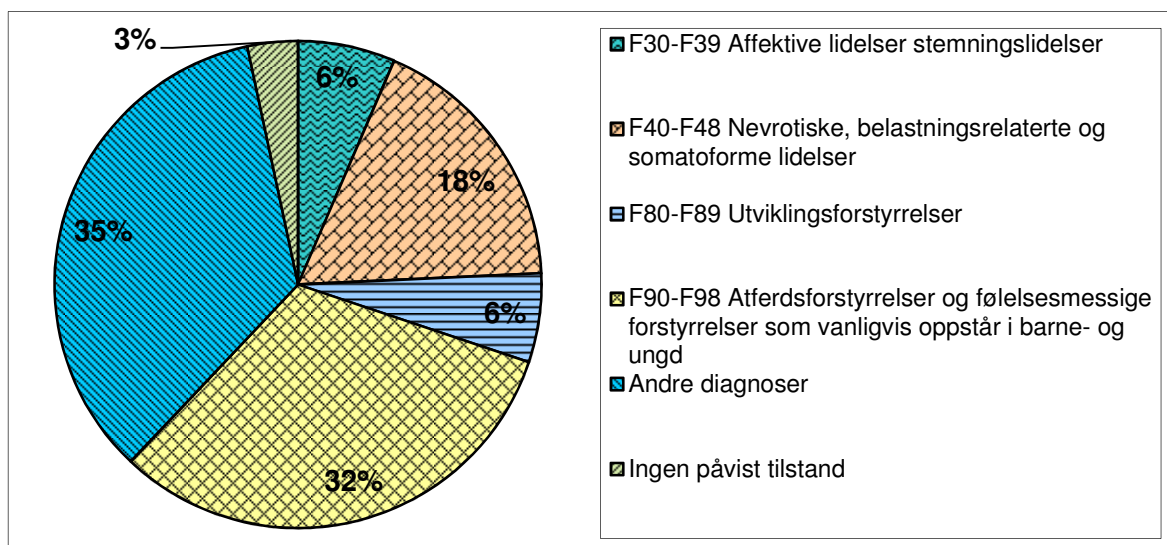
Tabellen viser at det fortsatt er mangelfull tilstandsregistrering i innrapporterte data, men utviklingen er særlig innenfor akse 1 positiv og registreringen på alle aksene har bedret seg noe sammenlignet med tidligere år. Ved innføring av innsatsstyrt finansiering (ISF) for poliklinikk er kravet om 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 hele 30 prosent mangler koding. Tabeller som viser datakvaliteten pr helseforetak er presentert i vedlegg.

2.1 Akse 1: Klinisk psykiatrisk syndrom

Diagnostisering innen aksene er avgjørende for å kunne yte riktig behandling. Av totalt 45 122 episoder i utvalget var det 1177 episoder som enten manglet registrering av hovedtilstand, akse 1, eller hadde mangelfull informasjon for å kode, mens 822 episoder hadde registrert Z-koder.



Figur 2.1: ICD-10 blokk for pasienter med hovedtilstand, akse 1. Z-koder er ekskludert. Prosent. N=43 123

Figur 2.1 ovenfor viser fordeling av 43 123 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 35 prosent (14 917 episoder) og 32 prosent (13 758 episoder) av pasientene. Jamfør også forekomst av Z-diagnoser i tabell 4.2 i kapittel 4.

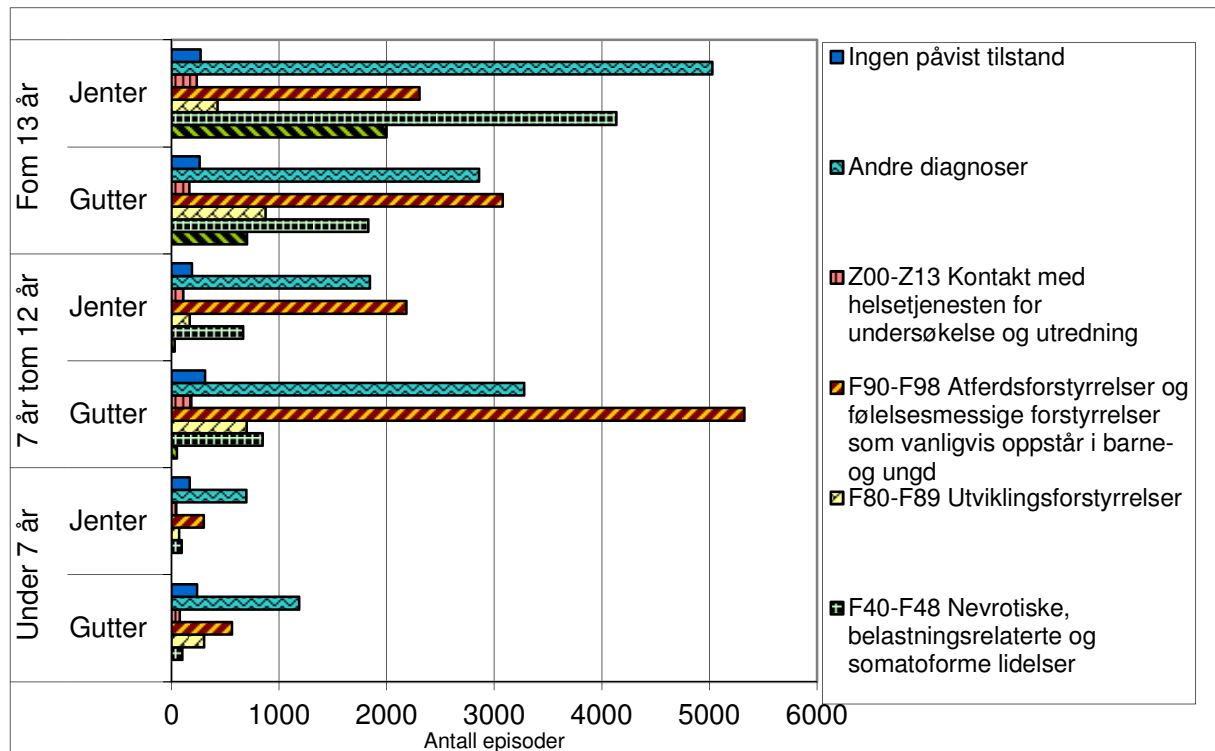
Tabellen nedenfor viser de hyppigst registrerte hovedtilstander innenfor akse 1 på utvalgte ICD-10 blokker.

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

ICD-10 blokk med hyppigst registrerte tilstander	Antall episoder	Andel
F30-F39 Affektive lidelser stemningslidelser		
F321 Moderat depressiv episode	1518	6 %
F320 Mild depressiv episode	561	2 %
F40-F48 Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser		
F432 Tilpasningsforstyrrelser	1675	6 %
F431 Posttraumatisk stresslidelse [PTSD]	1554	6 %
F401 Sosiale fobier	1030	4 %
F80-F89 Utviklingsforstyrrelser		
F845 Aspergers syndrom	1180	4 %
F840 Barneautisme	689	3 %
F90-F98 Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder		
F900 Forstyrrelser av aktivitet og oppmerksomhet	7539	28 %
F939 Uspesifisert følelsesmessig forstyrrelse i barndommen	1004	4 %
F952 Tourettes syndrom	587	2 %
F941 Reaktiv tilknytningsforstyrrelse i barndommen	464	2 %
F938 Andre følelsesmessige forstyrrelser i barndommen	491	2 %
F901 Hyperkinetisk atferdsforstyrrelse	536	2 %
Øvrige tilstandskoder	7930	30 %
Antall episoder i utvalget	26758	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* (13 758 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.

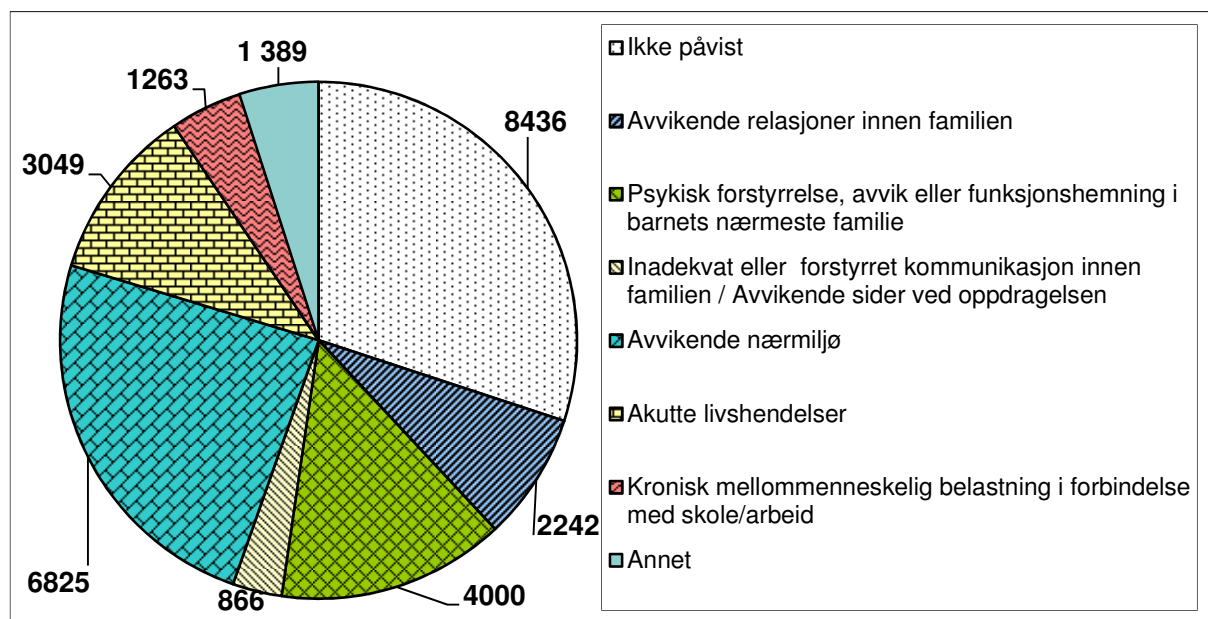


Figur 2.2: ICD-10 blokk for pasienter med diagnose i Akse 1: Klinisk psykiatrisk syndrom. Etter kjønn og aldersgruppe.

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 helse⁴. 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.

⁴ Kodebok for BUP, NFBUI 1999



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

Figuren viser at en stor del av disse pasientene (8 436 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 29 prosent av pasientene. Diagnosekode F81 *Spesifikke utviklingsforstyrrelser av skoleferdigheter, lærevansker* var den hyppigst registrerte hovedtilstanden, mens 23,7 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 mangler i alle helseregioner, og regionvis varierte manglene i datagrunnlaget mellom 26 og 32 prosent.

Registrering innenfor Akse 4 *Somatiske lidelser* manglet for 32 prosent av pasientene, og regionvis varierte manglene i datagrunnlaget mellom 28 og 34 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*⁵ med tilhørende forskrift⁶. 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 93 prosent av nyhenvisningene innenfor omsorgsnivåene *Dagbehandling* og *Døgnopphold*, tilsvarende andel i 2016 var 91 prosent.

Tabell 3.1: Henvisningsformalitet 2017. Dag- og døgnbehandling. N=524

Henvisningsformalitet	Antall henvisninger	Prosent	Prosent av registrerte
Frivillig	447	85	92
Tvungen observasjon § 3.2	34	6	7
Barnevernloven	1	0	0
Tvungent psykisk helsevern § 3.3	5	1	1
Ikke registrert	37	7	
Totalt	524	100	100

⁵ Psykisk helsevernloven - www.lovdatab.no/all/hl-19990702-062.html

⁶ Psykisk helsevern forskriften - www.lovdatab.no/for/sf/ho/xo-20111216-1258.html

Av de 524 nyhenvisningene som hadde registrert henvisningsformalitet var 447 pasienter henvist til frivillig psykisk helsevern, mens 34 pasienter var henvist til tvungen observasjon og 5 pasienter var henvist til tvungent psykisk helsevern.

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 2017 (30 300 nyhenvisninger). Tabellen under viser andel manglende rapportering av viktig informasjon for nyhenvisninger i perioden 2011-2017.

Tabell 4.1: Manglende koding innenfor henvisningsgrunn barnet, omsorgssituasjon og individuell plan 2011-2017. Prosent.

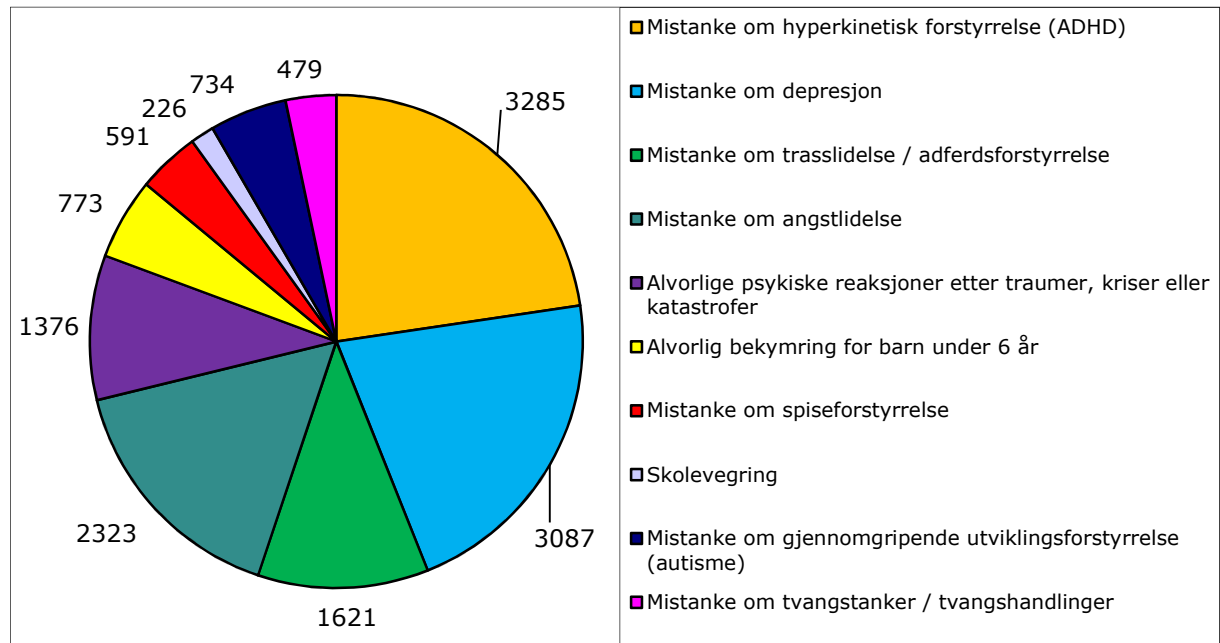
Henvisningsinformasjon	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Henvisningsgrunn <i>Barnet</i>	11	16	18	21	24	26	30
Omsorgssituasjon	23	34	34	44	38	43	47
Individuell plan	67	71	71	71	77	76	76

Tabellen viser at det fortsatt er mangelfull registrering av informasjon om både *henvisningsgrunn*, *omsorgssituasjon* og *individuell plan*. Økningen i manglende koding av *Henvisningsgrunn barnet* tror vi har sammenheng med at færre benytter BUP-sektorens henvisningsskjema når de henviser. Komplette henvisningsdokumentasjon er viktig fordi det kan bidra til en konstruktiv og målrettet behandling ut fra en felles forståelse av pasientens situasjon og hensikten med henvisningen. 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 70 prosent av pasientene som var nyhenvist i 2017 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 nesten 81 prosent av nyhenvisningene.



Figur 4.1: Ti hyppigst registrerte henvisningsgrunner Barnet. Nyhenvisninger 2017.

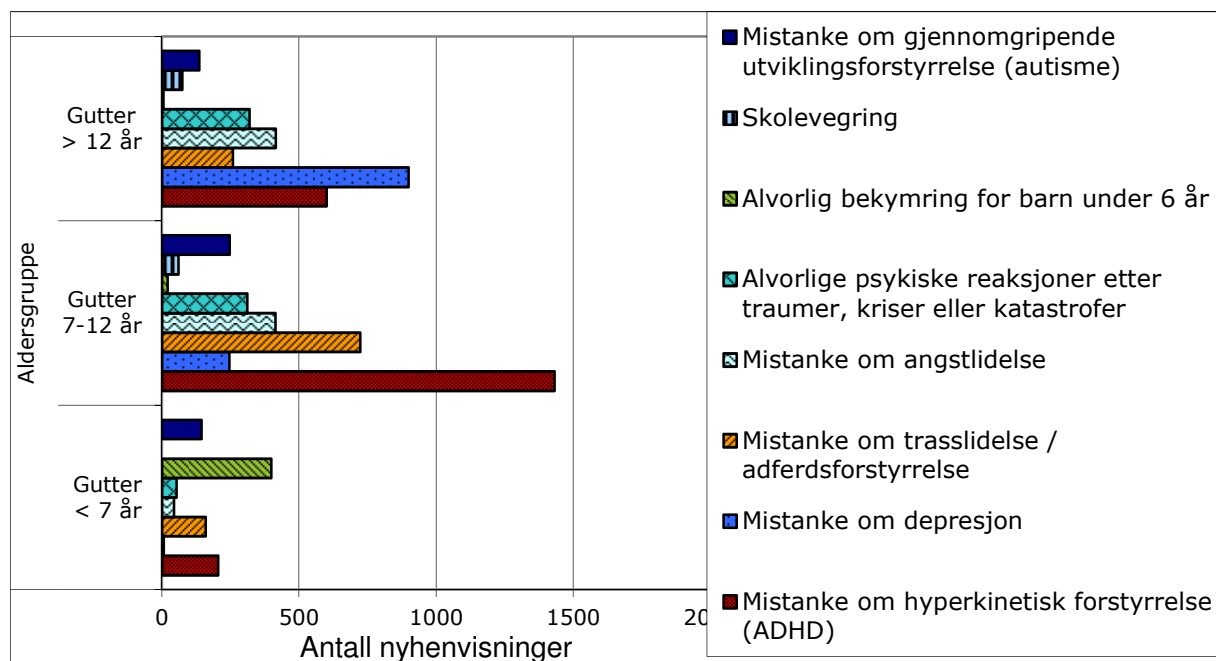
I tabellen nedenfor vises koding av hovedtilstander innenfor de hyppigst benyttede henvisningsgrunnene.

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	< 5	97
F321 Moderat depressiv episode	5	255
F322 Alvorlig depressiv episode uten psykotiske symptomer		22
F401 Sosiale fobier	5	55
F412 Blandet angstlidelse og depressiv lidelse	< 5	56
F431 Posttraumatisk stresslidelse [PTSD]	5	57
F432 Tilpasningsforstyrrelser	7	60
F4321 Vedvarende depressiv reaksjon	7	60
F4322 Blandet angstreaksjon og depressiv reaksjon	7	60
F900 Forstyrrelser av aktivitet og oppmerksomhet	1 059	81
F901 Hyperkinetisk atferdsforstyrrelse	50	7
F908 Andre spesifiserte hyperkinetiske forstyrrelser	41	10
F988 Andre atferds/følelsesforstyrrelser, barne- og ungdomsalder	31	8
Z004 Generell psykiatrisk undersøkelse IKAS	7	6
Z032 Obs. ved mistanke om psykiske lidelser og atferdsforst.	56	20
Z133 Målrettet undersøkelse med henblikk på psyk. lidelser og atferdsforstyrrelser	< 5	
1000 Ingen påvist tilstand på akse 1	95	50
1999 Mangelfull informasjon for å kode på akse 1	27	25
9999 Ikke registrert tilstand	70	74

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.

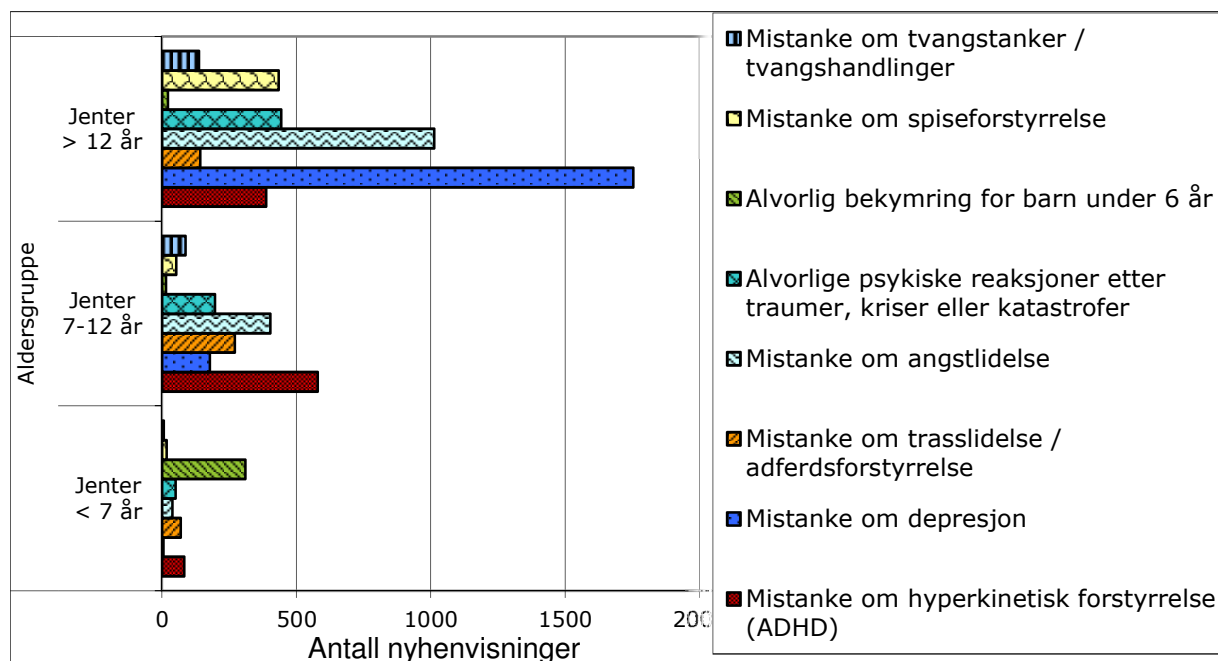
Når det gjelder gutter 7 til og med 12 år ser vi at *Mistanke om hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD)* er dominerende henvisningsgrunn, i tillegg til *Mistanke om trasslidelse/atferdsforstyrrelse*. 2 ½ ganger så mange gutter i denne aldersgruppen har henvisningsgrunn *Mistanke om hyperkinetisk forstyrrelse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



Figur 4.2: De åtte hyppigst registrerte henvisningsgrunner Barnet. Gutter - aldersgruppert. Antall nyhenvisninger i 2017, 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 *Alvorlige psykiske reaksjoner etter traumer, kriser eller katastrofer* i denne aldersgruppen. For de yngste guttene var *Alvorlig bekymring for barn under 6 år* viktigste henvisningsgrunn.

Av neste figur 4.2 fremgår det at for de eldste jentene (13 år og eldre) var *Mistanke om depresjon* en sterkt dominerende henvisningsgrunn. Også *Mistanke om angstlidelse* var også hyppig henvisningsgrunn. *Mistanke om spiseforstyrrelse* og *Alvorlige psykiske reaksjoner etter traumer, kriser eller katastrofer* var også mye brukt på jenter innenfor denne aldersgruppen.



Figur 4.2: De åtte hyppigst registrerte henvisningsgrunner Barnet. Jenter - aldersgruppert. Antall nyhenvisninger i 2017.

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 ADHD* også er gjeldende i denne aldersgruppen. 2 ½ ganger så mange gutter som jenter var henvist med denne henvisningsgrunnen.

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

4.2 Individuell plan (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 24 prosent av de nyhenviste pasientene i 2017.

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 brukerdialog i pasientadministrativt system.

For 4 147 nyhenviste pasienter ble det rapportert at pasienten ikke oppfyller kriteriene, mens det for 573 pasienter ble rapportert at pasienten har en IP eller at IP er under arbeid. For 69 pasienter var status at pasienten ønsker ikke individuell plan, eller har ikke gitt samtykke. Det var videre for 2 032 pasienter ble 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 2017. 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, BUP Østensjø, BUP Søndre Nordstrand, m.fl.).

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 oppholdsøgn 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. Enhetene oppfordres til å ta i bruk Helsedirektoratets [Veileder for rapportering av aktivitetsdata i psykisk-helsevern \(IS-1541\)](#), for å få lik registreringspraksis og mest mulig sammenlignbare data.

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

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

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

Det er også ulik 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.

Denne praksisen er endret ihht gjeldende avtaler med de regionale helseforetakene. Det kan fortsatt være pårørende som registreres som egne pasienter, men registreringen ser ut til å bli mer korrekt..

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 BUP-enhetene generelt rapporterer data av god kvalitet. Se vedleggstabellene.

Av *Norsk pasientregisterforskriften* fremgår det klart at avsender av pasientdata har ansvar for å rapportere korrekt og komplett i § 2-3. *Avsenders plikter til kvalitetskontroll:*
«Avsender skal kontrollere at data som rapporteres er komplette og kvalitetssikret i henhold til gjeldende krav til rapportering.» Denne plikten er utdypet i merknader til forskriften, der det heter at nødvendig kvalitetskontroll skal inngå i virksomhetens internkontroll.

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

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

- Rapporteringsenheter i spesialisthelsetjenesten:
 - Utsending av tilbakemeldingsdokument etter gjennomført kvalitetskontroll
 - Nøkkeltall for periodeaktivitet evt. ventelistetall, tabeller/utvalg av rapportert aktivitet med antatt mangelfull eller feil koding av variable
 - Utsending av rapporteringsveileder og bistand til kurs for nøkkelpersonell
- Pasientsystemleverandører:
 - Utsending av dokumentasjon på oppdateringer i NPR sitt rapporteringsformat *NPR-melding*.
 - Tilbakemelding på testdata om feil og mangler i meldingsuttrekk i forbindelse med oppdatering av pasientdatasystem.
 - Tilbakemelding på feil i mappingtabeller (kodeoversetting mellom pasientdatasystem og rapporteringsformat).
 - Kommunikasjon om forbedret brukerdiallog i registrerings skjermbilder.
- Helse- og omsorgsdepartementet/øvrige avdelinger i Helsedirektoratet/ 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 syvårsperiode.

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

➤ *Episode*

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

➤ *Kontakt*

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

➤ *Antall kontakter totalt i rapporteringsperioden*

Sum antall kontakter direkte + indirekte pasientarbeid

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

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

Vedlegg 2 - Antall pasienter og antall kontakter, pr helseforetak og omsorgsnivå. Endring fra 2017

RHF/helseforetak	Polikliniske kontakter								
	Antall pasienter totalt		Totalt		Direkte		Indirekte		
	2017	% endr.	2017	% endr.	2017	% endr.	2017	% endr.	
Helse Sør-Øst RHF									
Vestre Viken HF	4543	1,6	88166	-2,8	56735	-14,0	31431	27,0	
Lovisenberg Diakonale sykehus	1602	8,2	22627	-1,8	18084	3,2	4543	-17,8	
Diakonhjemmet sykehus	750	26,1	12889	5,3	11384	7,5	1505	-8,9	
Akershus Univ. S.hus HF	5013	6,3	85494	6,2	57662	2,7	27832	14,2	
SH Innlandet HF	3875	-2,6	53403	-0,7	45957	-1,6	7446	5,3	
Sykehuset Østfold HF	2995	-1,3	42140	-3,7	30508	-6,2	11632	3,2	
Sørlandet Sykehus HF	3498	7,9	51676	-2,1	35332	0,4	16344	-7,2	
Sykehuset i Vestfold HF	2500	-7,2	49470	-14,7	36202	9,9	13268	-47,0	
Sykehuset Telemark HF	1765	-3,8	29244	-6,9	20164	-5,9	9080	-9,2	
Oslo Univ.sykehus	4055	11,5	57774	-4,8	38498	-8,3	19276	3,1	
Privat Sør-Øst	126	-24,1	6561	0,7	3602	2,9	2959	-1,9	
Helse Vest RHF									
Helse Stavanger HF	4324	8,6	60607	10,5	45183	4,1	15424	34,5	
Helse Fonna HF	1860	4,7	26253	12,9	20204	7,1	6049	38,3	
Helse Bergen HF	4623	4,9	72968	0,6	50476	0,8	22492	0,1	
Helse Førde HF	1687	5,2	17953	-1,5	12932	-1,0	5021	-2,8	
Privat Vest	563	-2,6	8149	-4,1	5480	3,4	2669	-16,5	
Helse Midt-Norge RHF									
St. Olavs Hospital HF	3858	3,3	79066	1,8	69180	1,7	9886	2,6	
Helse Nord Trøndelag HF	2086	1,1	22622	-0,1	16403	2,9	6219	-7,3	
Helse Møre og Romsdal HF	3022	2,2	48143	-3,9	36468	-1,8	11675	-9,7	
Helse Nord RHF									
Finnmarkssykehuset HF	1120	-1,7	15803	-1,9	9026	-0,4	6777	-3,8	
Univ.sykehuset Nord-Norge HF	2206	5,1	30180	15,8	23352	6,6	6828	64,4	
Nordlandssykehuset HF	1701	-6,9	24701	2,5	18858	-13,9	5843	166,2	
Helgelandssykehuset HF	1049	5,9	12875	3,7	10896	5,6	1979	-5,8	
Landet	57252	3,1	918764	-0,1	672586	-1,0	246178	2,4	

Vedlegg 3 - Oversikt over manglende rapportering på noen sentrale områder. Per helseregion og helseforetak. Perioden 2013-2017. Prosent

Oversikt over manglende tilstandsregistrering, multiaksial klassifikasjon. Prosent*

Helseregion/helseforetak		Tilstand 1, Akse 1					Tilstand 1, Akse 5				
		Manglende registrering					Manglende registrering				
		2013	2014	2015	2016	2017	2013	2014	2015	2016	2017
Helse Sør-Øst	Vestre Viken HF	3	1	1	1	0	45	34	31	28	27
	Lovisenberg Diakonale SH	15	20	19	17	0	18	25	23	22	14
	Diakonhjemmet sykehus AS	1	0	0	0	0	18	15	25	23	29
	Akershus Univ.sykehus HF	17	15	1	4	2	28	25	19	48	43
	SH Innlandet HF	15	12	2	3	0	21	15	19	33	26
	Sykehuset Østfold HF	1	0	0	5	0	33	36	29	26	22
	Sørlandet Sykehus HF	3	5	2	2	0	29	41	46	38	38
	Sykehuset i Vestfold HF	1	10	9	0	0	42	10	10	13	34
	Sykehuset Telemark HF	10	2	1	1	0	11	48	45	38	40
	Oslo Universitetssykehus	13	9	1	0	1	22	22	38	36	27
	Privat Sør-Øst	20	35	30	14	33	56	67	57	58	64
Total	9	8	3	3	1	28	27	28	32	31	
Helse Vest RHF	Helse Stavanger HF	0	12	0	0	0	26	34	26	22	18
	Helse Fonna HF	32	24	33	18	0	40	30	38	23	9
	Helse Bergen HF	1	3	0	0	0	50	45	36	33	41
	Helse Førde HF	1	1	2	1	1	45	38	39	35	42
	Privat Vest	0	1	1	0	0	34	43	41	43	44
	Total	5	9	5	3	0	39	38	34	28	28
Helse Midt-Norge RHF	St. Olavs Hospital HF	9	8	8	5	1	18	17	18	16	24
	Helse Nord Trøndelag HF	20	19	28	31	9	32	28	40	41	51
	Helse Møre og Romsdal HF	27	19	21	20	4	35	23	23	23	28
	Total	18	14	17	15	3	27	21	24	23	31
Helse Nord RHF	Finnmarkssykehuset HF	18	17	27	23	1	35	30	38	36	33
	Univ.sykehuset Nord-Norge HF	7	9	10	8	2	45	32	24	27	22
	Nordlandssykehuset HF	27	15	11	14	1	44	23	18	20	19
	Helgelandssykehuset HF	3	1	1	1	0	46	37	33	43	41
Total	14,0	11	12	11	1	43	29	26	29	26	

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

2013: N=40 041, 2014: N=43 297, 2015: N=43 970: 2016: N=43 473: 2017=45 122

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				
		2013	2014	2015	2016	2017	2013	2014	2015	2016	2017
Helse Sør-Øst	Vestre Viken HF	42	28	26	27	32	93	85	80	83	87
	Lovisenberg Diakonale SH	5	4	6	7	6	81	62	56	62	66
	Diakonhjemmet sykehus AS	24	27	42	46	53	80	67	86	87	85
	Akershus Univ.sykehus HF	6	6	24	31	33	78	21	69	85	87
	SH Innlandet HF	0	2	18	28	39	63	20	67	81	83
	Sykehuset Østfold HF	32	32	37	47	59	84	83	76	79	85
	Sørlandet Sykehus HF	13	48	42	29	31	5	87	81	69	64
	Sykehuset i Vestfold HF	41	7	3	13	12	8	7	31	38	27
	Sykehuset Telemark HF	12	48	38	49	45	24	79	83	84	88
	Oslo Universitetssykehus	1	6	12	9	17	13	60	76	67	72
	Privat Sør-Øst	7	38	12	25	41	71	39	43	48	50
Total	16	20	24	27	32	84	54	70	74	76	
Helse Vest RHF	Helse Stavanger HF	36	32	37	39	43	81	93	95	97	96
	Helse Fonna HF	38	34	27	26	26	77	82	82	81	82
	Helse Bergen HF	25	35	31	33	33	80	84	80	82	85
	Helse Førde HF	32	27	34	37	31	83	75	76	82	83
	Privat Vest	2	3	5	4	6	60	67	82	74	82
	Total	31	32	32	33	34	66	85	85	87	88
Helse Midt-Norge RHF	St. Olavs Hospital HF	1	2	4	4	3	22	6	9	11	12
	Helse Nord Trøndelag HF	1	0	4	5	5	14	5	7	16	34
	Helse Møre og Romsdal HF	6	8	7	7	6	75	29	24	22	21
	Total	3	4	5	5	4	66	15	15	16	20
Helse Nord RHF	Finnmarkssykehuset HF	12	21	26	24	35	47	68	72	76	77
	Univ.sykehuset Nord-Norge HF	31	37	45	43	46	75	88	89	90	85
	Nordlandssykehuset HF	27	27	28	30	28	20	80	83	81	82
	Helgelandssykehuset HF	38	42	37	47	47	25	76	76	81	78
Total	28	33	35	37	40	47	80	83	83	81	

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

2013: N=27 027, 2014: N=27 845, 2015: N=28 133, 2016: N=28 405, 2017: N=30 297

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

Helseregion/helseforetak		Henvisningsformalitet					Status for individuell plan				
		Manglende registrering					Manglende registrering				
		2013	2014	2015	2016	2017	2013	2014	2015	2016	2017
Helse Sør-Øst	Vestre Viken HF	3	3	2	7	8	95	88	85	89	88
	Lovisenberg Diakonale SH	0	0	0	8	17	41	47	51	51	51
	Diakonhjemmet sykehus AS	2	0	0	0	0	38	48	55	59	69
	Akershus Univ.sykehus HF	0	0	1	39	46	56	58	92	87	90
	SH Innlandet HF	0	0	3	85	70	58	63	79	72	73
	Sykehuset Østfold HF	5	2	2	2	3	81	88	88	89	90
	Sørlandet Sykehus HF	0	33	25	20	23	98	98	98	99	99
	Sykehuset i Vestfold HF	0	0	0	15	1	93	90	97	90	98
	Sykehuset Telemark HF	31	45	29	34	27	87	87	87	89	88
	Oslo Universitetssykehus	1	7	15	4	3	46	29	39	42	31
	Privat Sør-Øst	5	3	0	3	0	31	6	7	16	43
Total	3	9	8	24	23	72	72	80	79	79	
Helse Vest RHF	Helse Stavanger HF	0	1	3	9	0	92	92	95	95	94
	Helse Fonna HF	29	15	2	2	1	85	86	81	80	81
	Helse Bergen HF	3	8	18	10	1	68	71	69	71	73
	Helse Førde HF	2	1	0	1	0	92	94	94	96	96
	Privat Vest	1	2	1	1	0	62	59	59	54	57
	Total	7	6	7	7	1	82	82	83	83	84
Helse Midt-Norge RHF	St. Olavs Hospital HF	0	0	0	0	0	39	33	46	43	40
	Helse Nord Trøndelag HF	0	0	0	0	0	9	4	9	16	17
	Helse Møre og Romsdal HF	0	0	0	0	0	72	70	64	65	64
	Total	0	0	0	0	0	46	41	44	45	44
Helse Nord RHF	Finnmarkssykehuset HF	1	0	5	2	2	54	69	68	71	80
	Univ.sykehuset Nord-Norge HF	22	24	29	27	30	95	95	92	94	92
	Nordlandssykehuset HF	34	31	38	33	26	92	93	95	93	93
	Helgelandssykehuset HF	26	21	16	11	6	82	90	88	89	93
Total	23	21	25	21	20	85	89	88	89	91	

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

2013: N=27 027, 2014: N=27 845, 2015: N=28 133 , 2016: N=28 405, 2017: N=30 297

Vedlegg 4 - Døgnopphold og oppholdsøgn inkl. opphold som er åpne ved rapporteringsperiodens slutt – fordelt på rapporteringsenhetnivå. 2017.

Helseregion/helseforetak/rapporteringsenhet			Antall døgnopphold ¹	Sum oppholdsøgn ²
Helse Sør-Øst RHF	Vestre Viken HF	BUP Vestre Viken	174	5136
	Akershus univ.sykehus HF	BUP Akershus Univ.sykehus	126	7681
	Sykehuset Innlandet HF	BUP Sykehuset Innlandet	298	8108
	Sykehuset Østfold HF	BUP Sykehuset Østfold	262	3478
	Sørlandet Sykehus HF	BUP Sørlandet Sykehus	152	1655
	Sykehuset i Vestfold HF	Psyk. i Vestfold BUP-avd	66	1289
	Sykehuset Telemark HF	BUP Sykehuset Telemark	93	2085
	Oslo Universitetssykehus	BUP Oslo universitetssykehus	193	8376
		Larkollen ungd psyk. behandl. hjem	33	6051
		Privat Sør-Øst	Østbyttet behandlingssenter	46
	Capio Anoreksi Senter	48	6613	
Helse Vest RHF	Helse Stavanger HF	BUP Stavanger universitetssykehus	298	4136
	Helse Fonna HF	BIÅ Helse Fonna	121	2617
	Helse Bergen HF	BUP Helse Bergen	432	5566
	Helse Førde HF	BUP Helse Førde	90	1138
	St. Olavs Hospital HF	St. Olavs Hospital BUP-klinikk	160	2275
Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord Trøndelag HF	Sykehuset Namsos BUP polikl	18	169
		Sykehuset Levanger BUP avd	121	1471
	Helse Møre og Romsdal HF	Molde Sjukehus BUP avd	26	1041
		Ålesund sjukehus Ungd psyk avd	172	1833
Helse Nord RHF	Finnmarkssykehuset HF	BUP Helse Finnmark	65	2329
	Univ.sykehuset Nord-Norge HF	BUP Univ.sykehuset i Nord Norge	223	3237
	Nordlandssykehuset HF	BUP Nordlandssykehuset	143	3040
	Helgelandssykehuset HF	BUP Helgelandssykehuset	36	1994

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

² 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 korrigeret 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.



Helsedirektoratet

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

Telefon: +47 810 20 050

E-post: postmottak@helsedir.no

www.helsedirektoratet.no