



Rapport

 Helsedirektoratet

# Aktivitetsdata for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2016

Norsk pasientregister

IS-2608



Publikasjonens tittel: Aktivitetsdata for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2016

Utgitt: 03/2017

Bestillingsnummer: IS-2608

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

Tlf.: 810 20 050  
Faks: 24 16 30 01  
[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)

Heftet kan bestilles hos: Rapporten finnes kun i elektronisk form

Forfattere: Indergård, Per Jørgen  
Solbakken, Trude  
Urfjell, Bente

Illustrasjon: Indergård, Per Jørgen

# INNHold

<b>INNHold</b>	<b>2</b>
<b>INNLEDNING</b>	<b>4</b>
<b>SAMMENDRAG</b>	<b>6</b>
<b>1. AKTIVITETSDATA PSYKISK HELSEVERN FOR VOKSNE</b>	<b>8</b>
1.1 Aktivitetsnivå	8
1.2 Kjønn og aldersfordeling	10
1.3 Hovedtilstand	11
1.4 Henvisningsformalitet og rettslig grunnlag	13
1.5 Individuell plan	14
<b>2. TVERRFAGLIG SPESIALISERT RUSBEHANDLING</b>	<b>16</b>
2.1 Aktivitetsnivå	16
2.2 Kjønn og aldersfordeling	18
2.3 Hovedtilstand	19
2.4 Individuell plan	20
2.5 Situasjonsdata	21

<b>2.6</b>	<b>Bruk av data</b>	<b>22</b>
2.6.1.1	Mest brukte rusmiddel/medikament	22
2.6.1.2	Alder ved behandlingsstart og debutalder	22
<b>3.</b>	<b>KOMPLETTHET OG DATAKVALITET – PSYKISK HELSVERN FOR VOKSNE</b>	<b>25</b>
<b>3.1</b>	<b>Generelt om datamottaket for årsdata 2016</b>	<b>25</b>
<b>3.2</b>	<b>Mangler i komplettethet og kvalitet</b>	<b>25</b>
3.2.1	Ikke levert data eller data på avvikende format	26
3.2.2	Informasjon mangler på enkeltområder	26
3.2.3	Kvalitet og komplettethet oppsummert	30
3.2.4	Hva gjør NPR for å sikre god kvalitet på data fra psykisk helsevern?	30
<b>4.</b>	<b>KOMPLETTHET OG DATAKVALITET I TVERRFAGLIG SPESIALISERT RUSBEHANDLING</b>	<b>33</b>
<b>4.1</b>	<b>Kvalitet aktivitetsdata</b>	<b>33</b>
4.1.1	Rapportering av fødselsnummer og bosted	33
4.1.2	Manglende registrering av status for individuell plan	34
4.1.3	Uspesifisert angivelse av hovedtilstand	35
<b>4.2</b>	<b>Kvalitet i situasjon ved behandlingsstart</b>	<b>36</b>
<b>VEDLEGG</b>		<b>37</b>

# INNLEDNING

Denne rapporten tar for seg aktivitetsdata for 2016 rapportert til Norsk pasientregister (NPR) fra sykehus og institusjoner innen psykisk helsevern for voksne (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Rapporten inneholder også opplysninger om kartlegginger av pasientens situasjon ved behandlingsstart innen TSB (situasjonsdata). Formålene med rapporten er å vise hovedtall innen PHV og TSB i 2016 og å dokumentere kvalitet og kompletthet i datamaterialet.

Aktivitet hos private avtalespesialister (psykologer og psykiatere) omtales i en egen rapport og er ikke med her.

I kapittel 1 presenteres aktivitetsdata for psykisk helsevern for voksne. Vi presenterer data om behandlingsaktivitet og pasienter som fikk helsehjelp innen PHV i 2016 sammenliknet med 2015-tallene.

Kapittel 2 omhandler aktivitetsdata og situasjonsdata for TSB i 2016 med utvikling fra 2015.

I Kapittel 3 og kapittel 4 ser vi på kvaliteten og komplettheten i datamaterialet fra henholdsvis psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Rapporteringen til NPR er regulert av NPR-forskriften, og forskriften tydeliggjør rapporteringsplikten for behandlingssteder som gir helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. I dette ligger krav om bruk av gjeldende kodeverk, rapporteringsformat, rutiner, frister samt behandlingsstedenes ansvar for sikring av kvalitet og kompletthet før oversending til NPR.

Omtale av kvalitet og kompletthet i datamaterialet i rapporten er essensielt. Det er viktig å ha fokus på dette da datagrunnlaget fra PHV og TSB ikke er komplett på alle områder. Data som rapporteres til NPR brukes til en rekke formål, blant annet som grunnlag for styringsinformasjon til regionale og sentrale myndigheter. Opplysningene brukes også til forskningsformål, av media, til nasjonale kvalitetsindikatorer og til annen nasjonal og internasjonal statistikk.

Mange pasienter har samtidige rus- og psykiske lidelser (ROP-lidelser), og flere av enhetene som tilbyr rusbehandling er organisatorisk tilknyttet psykisk helsevern. Noen behandlingssteder tilbyr helsehjelp både til pasienter med rusproblemer og til pasienter med psykiske lidelser. Årsaker til at de to sektorene knyttes tettere sammen er faglige, organisatoriske og begrunnet i ressurser og tilgang på fagpersonell.

I rapporten er PHV og TSB sektordelt ut fra en inndeling som SSB har utarbeidet i samarbeid med de regionale helseforetakene. Dette er samme inndeling som f.eks. SAMDATA-rapportene er basert på (se vedlegg 3 og 4). På grunn av at denne inndelingen er basert på organisasjonsstruktur, samt at det er vanlig med pasienter med ROP-lidelser i begge sektorene, vil ikke alle pasienter som får helsehjelp for sitt rusmiddelproblem motta denne i TSB-sektoren.

Dette er illustrert i tabellen under, som viser at 32 prosent av døgnopphold og nesten 11,5 prosent av dagopphold/polikliniske konsultasjoner der pasientens hovedtilstand er rusrelatert, finner sted i PHV-sektoren. Dette er på omtrent det samme nivået som i 2015. I 2014/15 ble flere av de spesialiserte ruspoliklinikkene som var tilknyttet PHV-enheter definert inn i TSB-sektoren.

Rusrelaterte tilstandskoder fordelt på sektor. Prosent i 2016. Alle episoder.

Hovedtilstand	Døgnopphold			Dagopphold og polikliniske konsultasjoner		
	TSB-sektor % innen tilstands- gruppen	PHV- sektor % innen tilstands- gruppen	Antall episoder	TSB-sektor % innen tilstands- gruppen	PHV-sektor % innen tilstands- gruppen	Antall episoder
F10-F19 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer	68,0	32,0	21467	88,5	11,5	425 050
F630 Patologisk spillelidenskap	21,1	78,9	38	92,4	7,6	8 487
<b>SUM</b>	<b>67,9</b>	<b>32,1</b>	<b>21505</b>	<b>88,6</b>	<b>11,4</b>	<b>433 537</b>

# SAMMENDRAG

## Psykisk helsevern for voksne 2016:

Over 148 000 personer mottok behandling i psykisk helsevern for voksne (PHV) i 2016 basert på opplysninger rapportert til Norsk pasientregister. Dette var en økning på 3,2 prosent fra året før. Den største prosentvise økningen var i Helse Sør-Øst og i Helse Vest.

### Hovedtrekk:

- Antall pasienter fortsetter å øke
- Antall utskrivinger øker noe
- Antall oppholdsdøgn øker, etter en reduksjon de siste årene
- Dagbehandlingen øker etter en nedgang de siste årene, men bruken av dagbehandling varierer mye
- Poliklinisk behandling fortsetter å øke

## Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) 2016:

Over 31 000 personer mottok behandling innen TSB i 2016. Dette var en nedgang på 1,6 prosent fra året før. Nedgangen skyldes færre pasienter i Helse Sør-Øst.

### Hovedtrekk:

- En liten nedgang i antall pasienter sammenliknet med året før
- Fortsatt noe økning i antall utskrivinger
- Oppholdsdøgnene øker noe sammenliknet med året før
- Polikliniske konsultasjoner øker
- Dagbehandling reduseres også i 2016

## Kvalitet og kompletthet:

Det er ingen store endringer i datakvalitet og kompletthet i 2016 sammenliknet med fjoråret. For 2016 har vi fått data fra alle rapporteringspliktige enheter, og dette gir en god oversikt over den samlede behandlingsaktiviteten. Så godt som alle pasienter er rapport med fødselsnummer og dette gir en svært god oversikt over antall pasienter i PHV og TSB i Norge.

I rapporten gjøres det rede for manglende datakvalitet for viktige opplysninger – eksempelvis hovedtilstand, lovgrunnlag, henvisningsformalitet og status for individuell plan.

Innrapporterte data viser at enheter i psykisk helsevern i betydelig omfang gir behandlingstilbud til pasienter der rusmiddelavhengighet er hovedproblemet. Om lag 32 prosent av døgnbehandlingene og 10 prosent av polikliniske kontakter for pasienter med rusrelatert hovedtilstand skjedde ved enheter i psykisk helsevern.

For pasienter som er til behandling for rusmiddelproblematikk skal det foretas en kartlegging av pasientens situasjon ved behandlingsstart (situasjonsdata). Systemtekniske feil sammen med inkonsistente rutiner for registrering og rapportering gjør at det ble rapportert kartlegginger for kun halvparten av nyhenviste pasienter.



# 1. AKTIVITETSDATA PSYKISK HELSEVERN FOR VOKSNE

I denne delen blir data for psykisk helsevern for voksne gjennomgått. Vi presenterer data om behandlingsaktivitet og pasienter i 2015 og 2016, med omtale av alle omsorgsnivå.

## 1.1 Aktivitetsnivå

---

På nasjonalt nivå viser tabellen under følgende:

- Antall pasienter fortsetter å øke
- Antall utskrivinger øker noe
- Antall oppholdsdøgn øker, etter en reduksjon de siste årene
- Dagbehandlingen øker etter en nedgang de siste årene, men bruken av dagbehandling varierer mye
- Poliklinisk behandling fortsetter å øke

Tallene under viser at over 148 000 personer fikk helsehjelp innen psykisk helsevern for voksne i 2016. Antall pasienter økte i alle helseregionene med unntak av Helse Nord, og på landsbasis var veksten på 3,2 prosent. Den prosentvise tilveksten var størst i Helse Sør-Øst og i Helse Vest.

Tabell 1.1: Antall utskrivinger, oppholdsøgn, dagopphold, polikliniske kontakter og indirekte kontakter og antall pasienter per region. 2016 med prosent endring fra 2015.

	Helse Sør-Øst		Helse Vest		Helse Midt-Norge		Helse Nord		Landet	
	2016	Endring fra 2015 (%)	2016	Endring fra 2015 (%)	2016	Endring fra 2015 (%)	2016	Endring fra 2015 (%)	2016	Endring fra 2015 (%)
<b>Antall pasienter<sup>1</sup></b>	83 426	4,3	28 064	4,9	23 304	1,2	15 178	-2,3	148 356	3,2
<b>Utskrivninger døgn<sup>2</sup></b>	26 884	1,6	13 014	5,0	7 207	-5,2	6 028	-5,1	53 133	0,6
<b>Oppholdsøgn</b>	637 535	7,1	252 978	1,5	131 254	-0,9	104 395	-6,2	1 126 162	3,5
<b>Dagbehandling</b>	5 060	140,5	8 337	-2,4	3 474	-15,1	2 379	14,9	19 250	14,5
<b>Polikliniske kontakter</b>	1 075 216	7,9	336 552	4,6	283 007	-1,8	156 556	0,1	1 851 331	5,0
- Direkte, refusjonsberettiget	801 476	6,2	263 457	5,9	214 672	4,2	129 834	1,2	1 409 439	5,7
- Direkte, ikke refusjonsberettiget	78 391	12,7	29 508	5,3	25 373	-31,4	9 584	-1,2	142 856	-1,0
- Indirekte, refusjonsberettiget	220 843	12,3	59 887	-2,3	52 511	-3,6	25 238	-5,3	358 479	5,7
- Indirekte, ikke refusjonsberettiget	9 740	30,3	7 478	11,7	1 706	-42,1	891	10,4	19 815	10,6

<sup>1)</sup> En betydelig andel pasienter har mottatt behandling i flere regioner. Derfor stemmer ikke totaltallet for Landet med sum i regionene.

<sup>2)</sup> Utskrivninger fra institusjonsopphold er utskrivinger fra sammenhengende døgnopphold ved et behandlingssted (avdelingsoverføringer er slått sammen)

Det er en økning i antall utskrivinger fra institusjonsopphold på 0,6 prosent, og en økning på 3,5 prosent i antall oppholdsøgn fra 2015 til 2016 landet sett under ett. Dette indikerer at liggetiden øker noe.

For behandling på poliklinikk var det en økning i alle regioner, og på landsbasis økte antall polikliniske konsultasjoner med 5 prosent. Det er økning i både direkte og indirekte refusjonsberettigete kontakter, og en liten reduksjon i den direkte behandlingen som ikke er refusjonsberettiget. Den indirekte ikke-refusjonsberettigete behandlingen øker med over 10 prosent. Med indirekte kontakt menes en aktivitet der pasienten ikke er fysisk til stede (bl.a. telefonsamtale, e-post og videokonferanse, møte mellom fagpersoner). 4 av 5 av de indirekte kontaktene er telefonsamtaler.

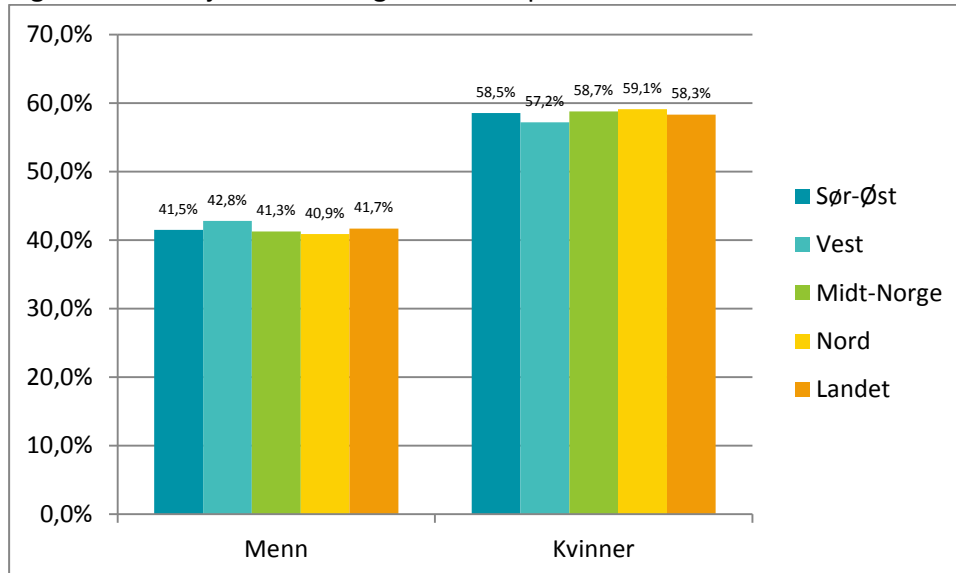
De siste årene har det vært en stor nedgang i dagbehandlingen, men tallene for 2016 viser at antall dagopphold øker på landsbasis i 2016. Ser vi på helseregionene har Helse Sør-Øst mer enn doblet antall dagbehandlinger siden året før. Det har lenge vært usikkerhet rundt registreringspraksis i dagbehandling kontra registrering av polikliniske kontakter, og som tallene viser varierer registreringspraksis mellom helseforetakene også i 2016.

NPR-melding har en inndeling i tre omsorgsnivå, døgnbehandling, dagbehandling og poliklinisk kontakt, og dette er den standarden som skal brukes ved rapportering til NPR. Den største systemleverandøren (DIPS) opererer med fire omsorgsnivå: døgn, dag, poliklinikk og poliklinisk dagbehandling. Poliklinisk dagbehandling blir rapportert som dagbehandling ved uttrekk til NPR. Den polikliniske behandlingen (som ofte er refusjonsberettiget) skal skilles fra dagbehandlingen (som i større grad er et aktiviseringsstilbud) dersom dette skjer på samme dag.

I vedleggstabell 1 presenteres aktivitetsnivået for hvert helseforetak.

## 1.2 Kjønn og aldersfordeling

Figur 1.1 Viser kjønnsfordelingen mellom pasientene.



Figur 1.1: Andel pasienter fordelt etter kjønn og bostedsregion. Prosent i 2016.

Fordelingen mellom kjønnene er omtrent lik i regionene og 6 av 10 pasienter innen PHV er kvinner. 299 pasienter har ukjent bosted. Disse presenteres ikke som egen gruppe, men er med i totaltallet for landet.

Tabellen nedenfor viser antall pasienter som fikk behandling i psykisk helsevern, og utvikling fra 2014 fordelt per bostedsregion.

Tabell 1.2: Antall og andel pasienter fordelt etter alder og bostedsregion i 2016 med prosentvis endring fra 2015.

Alders- grupper	Bostedsregion				Pasienter totalt		
	Sør-Øst %	Vest %	Midt- Norge %	Nord %	Antall pasienter	Andel av alle pasienter %	Endring fra 2015 %
0-17 år	0,7	1,5	0,3	1,1	1 255	0,8	7,1
18-29 år	30,7	33,4	34,3	33,7	47 544	32,0	5,6
30-39 år	22,5	21,9	21,1	20,3	32 557	21,9	3,0
40-49 år	19,9	17,1	16,8	18,2	27 781	18,7	0,3
50-59 år	13,4	12,1	11,6	12,3	18 928	12,8	2,4
60-69 år	6,1	6,8	7,1	7,1	9 596	6,5	-1,0
70-79 år	3,9	4,3	4,7	4,0	6 081	4,1	9,7
80 år og eldre	2,8	3,0	4,1	3,4	4 614	3,1	0,8
Total	82 285	27 768	22 739	15 265	148 356	100,0	3,2

Tabellen over viser pasienter i PHV fordelt på aldersgrupper og bostedsregion. I 2016 er det 3474 flere pasienter mellom 18 og 39 år sammenliknet med året før, og det er i denne aldersgruppen vi ser størst økning. Også for de eldste pasientene ser vi en økning i 2016 sammenliknet med året før. Det er 572 flere mennesker over 70 år som har fått behandling innen psykisk helsevern for voksne i 2016 målt mot 2015-tallene.

Pasienter under 18 år har sitt hovedtilbud i psykisk helsevern for barn og unge. Pasienter uten bostedsinformasjon (299) er ikke med i regionfordelingen, men er med i totalen for landet.

### 1.3 Hovedtilstand

Hovedtilstand og eventuelle bitilstander skal registreres for hver enkelt konsultasjon eller behandling (jf. journalforskriften). I tabellen under viser vi prosentvis fordeling av hovedtilstand for alle episoder og omsorgsnivå.

Kapittel V i ICD-10 dekker psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser (F00-F99). Imidlertid brukes også noen tilstandskoder utenfor kapittel V, da i hovedsak Z-koder (undersøkelse og utredning).

Retningslinjer for bruk av ICD-10 sier at Z-koder kun skal brukes når det er påvist at pasienten hverken har symptomer eller lidelser. Z-koder skal altså ikke brukes som tentative koder før man finner ut hva pasienten lider av. Under utredning kan man bruke symptomkoder (kap. R).

Tabellen viser at «F30-F39 Affektive lidelser – stemningslidelser» er den mest brukte hovedtilstandskoden, om lag 24 prosent av episodene er registrert med denne tilstandskoden. Også lidelser innen «F20-F29 Schizofreni» og «F40-F48 Nevrotiske lidelser» er utbredt. Det er ingen store endringer i koding av hovedtilstand fra året før.

Tabell 1.3: Hovedtilstand: Alle episoder fordelt på døgn og dag/poliklinikk. Prosent 2016.

Hovedtilstand	Helse Sør-Øst %		Helse Vest %		Helse Midt-Norge %		Helse Nord %		Landet %	
	Døgn	Dag/ poliklinikk	Døgn	Dag/ poliklinikk	Døgn	Dag/ poliklinikk	Døgn	Dag/ poliklinikk	Døgn	Dag/ poliklinikk
<b>Hovedtilst. ikke kodet (%)</b>	3,9	0,1	4,6	0,3	1,9	0,1	16,9	3,7	5,3	0,5
<b>Z-koder (%)</b>	3,9	16,8	1,4	17,7	6,0	19,1	4,7	37,7	3,6	19,1
<b>Antall episoder totalt</b>	<b>30174</b>	<b>1080276</b>	<b>15441</b>	<b>344889</b>	<b>7781</b>	<b>286481</b>	<b>6612</b>	<b>158935</b>	<b>60008</b>	<b>1870581</b>
<b>I beregningen av andelene videre i tabellen er episoder uten informasjon om hovedtilstand tatt ut av grunnlaget</b>										
<b>F00-F09 Organiske, inklusive symptomatiske, psykiske lidelser</b>	2,6	1,1	1,8	,6	2,3	1,6	1,4	1,1	2,2	1,1
<b>F10-F19 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer</b>	13,1	3,5	13,3	3,5	11,2	2,0	9,6	3,1	12,6	3,2
<b>F20-F29 Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser</b>	24,1	18,9	28,0	20,6	23,8	16,7	30,2	13,4	25,7	18,5
<b>F30-F39 Affektive lidelser - stemningslidelser</b>	23,4	25,8	29,1	31,8	26,4	26,3	23,6	29,8	25,4	27,3
<b>F40-F48 Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser</b>	18,8	26,6	12,6	24,3	15,0	26,1	17,9	31,9	16,5	26,4
<b>F50-F59 Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer</b>	2,4	3,8	1,0	4,1	2,2	4,4	2,2	3,8	2,0	3,9
<b>F60-F69 Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne</b>	10,1	10,0	9,7	7,1	11,5	10,2	9,6	7,4	10,1	9,3
<b>F70-F79 Psykisk utviklingshemning</b>	1,1	0,5	0,8	0,8	1,3	1,0	0,7	0,9	1,0	0,6
<b>F80-F89 Utviklingsforstyrrelser</b>	1,1	1,3	1,0	1,8	1,7	2,5	1,1	1,3	1,1	1,6
<b>F90-F98 Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyr. barn/ungd.alder</b>	1,3	3,7	0,7	3,7	1,4	6,0	1,5	5,2	1,2	4,1
<b>F99 Uspesifisert psykisk forstyrrelse eller lidelse</b>	0,5	3,7	0,2	0,5	0,9	0,4	0,2	0,2	0,5	2,4
<b>G00-G99 Sykdommer i sentralnervesystemet</b>	0,8	0,6	1,1	0,5	1,5	1,8	0,8	1,2	1,0	0,8
<b>Andre tilstander enn Fxx, Gxx og Zxx</b>	0,7	0,8	0,6	0,7	0,9	0,8	1,2	0,8	0,7	0,8

Bruken av tilstandskodene varierer mellom omsorgsnivåene (døgnbehandling, dagtilbud/poliklinikk). «F10-Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser» som skyldes bruk av psykoaktive stoffer» og «F20- Schizofreni» benyttes relativt sett mer ved døgnbehandling enn ved poliklinikk.

Hovedtilstandskode mangler for 5,3 prosent av døgnepisodene, tilsvarende andel for dagbehandling/poliklinikk var på 0,5 prosent. Helse Nord har en noe større andel episoder som ikke er kodet med en hovedtilstand, og Helse Midt-Norge har minst andel ikke-kodete hovedtilstander. Andelen opphold og kontakter som er registrert med hovedtilstand er omtrent på samme nivå som fjoråret. Koding av hovedtilstand har hatt en positiv utvikling de siste årene.

Z-koder (Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten) brukes i nesten 20 prosent av dagbehandlingene/polikliniske konsultasjonene landet sett under ett, men i mindre omfang ved døgnbehandling. Disse kodene brukes i større grad i Nord enn i resten av landet. De to Z-kodene som oftest rapporteres er Z004 – Generell psykiatrisk undersøkelse og Z032 – Observasjon ved mistanke om psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser.

## **1.4 Henvisningsformalitet og rettslig grunnlag**

---

Henvisningsformalitet og rettslig grunnlag for helsehjelpen er viktige opplysninger for å belyse omfanget av tvang i behandlingen. Henvisningsformalitet viser hvilken formalitet i Psykisk helsevernloven og annet lovverk pasienten henvises etter, og bestemmes av legen som har undersøkt og henviser pasienten.

Rettslig grunnlag for helsehjelpen (lovgrunnlag/spesialistvedtak) viser hvilken hjemmel i psykisk helsevernloven eller annet lovverk helsehjelpen er underlagt – altså lovgrunnlaget for behandlingen. Dette fastsettes av spesialist ved mottak av pasienten på behandlingsstedet, og kan endres utover i behandlingsforløpet. Se kapittel 3 for nærmere informasjon om kompletthet i rapporteringen.

Informasjon om henvisningsformalitet og rettslig grunnlag skal rapporteres også når pasienten samtykker til helsehjelpen (frivillig).

Tabellen under viser henvisningsformalitet for nye henvisninger i 2016 til psykisk helsevern voksne fordelt på region. Her inngår henvisninger som har ført til helsehjelp, henvisninger som ennå ikke har ført til helsehjelp (pasienten venter fortsatt) og henvisninger som er avsluttet uten at helsehjelp er satt i gang.

Tabell 1.4: Henvisningsformalitet på nye henvisninger i 2016. Prosent.

Helseregion	Helse Sør-Øst %	Helse Vest %	Helse Midt-Norge %	Helse Nord %	Landet %
<b>Mangler rapportering (%)</b>	13,5	14,3	50,5	18,9	18,8
<b>Totalt antall henvisninger</b>	88 437	28 193	18 949	13 534	149 113
<b>I beregningen av andelene videre i tabellen er henvisninger uten informasjon om henvisningsformalitet tatt ut av grunnlaget</b>					
<b>Frivillig</b>	91,9	86,7	89,7	91,0	90,6
<b>Tvungen observasjon</b>	5,7	8,9	8,0	5,5	6,5
<b>Tvungen psykisk helsevern</b>	2,3	4,1	1,9	3,4	2,7
<b>Dømt til tvungen behandling/omsorg</b>	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
<b>Barnevernloven</b>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Gjennomføring av straff i institusjon eller sykehus</b>	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
<b>Tvang med samtykke</b>	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
<b>Tilbakehold i institusjon på grunnlag av eget samtykke</b>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Tilbakehold i institusjon uten eget samtykke</b>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Tilbakeholdelse av gravid rusmiddelmissbruker</b>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Henvisningsformalitet er ikke komplett rapportert. På landsbasis mangler opplysningen for 18,8 prosent av nye henvisninger i 2016. Som siste år skiller Helse Midt-Norge seg ut med svært lav komplettethet i rapportering av henvisningsformalitet. Tallene er nær uendret fra året før.

På nasjonalt nivå er 90,6 prosent av de henvisningene der det er rapportert henvisningsformalitet, basert på samtykke (frivillig).

## 1.5 Individuell plan

Alle som har behov for langvarige og koordinerte sosial- og helsetjenester, har rett til å få utarbeidet en individuell plan dersom pasienten ønsker det. En individuell plan er et viktig verktøy for å sette sammen et helhetlig og sammenhengende tilbud ut fra gjeldende behov. Tabellen under viser status for registrering av individuell plan. Kun henvisningsperioder som er avsluttet i 2016 er inkludert.

Tabell 1.5: Status for individuell plan for siste episode i siste avsluttede henvisningsperiode for hver pasient. Prosent per helseregion og landet. 2016.

Status Individuell plan	Helse Sør-Øst %	Helse Vest %	Helse Midt-Norge %	Helse Nord %	Landet %
Mangler registrering	52,2	76,7	88,0	80,1	64,8
Pasient oppfyller ikke kriteriene	39,1	14,5	8,4	15,5	27,6
Pasienten er informert men avslag/samtykke foreligger ikke	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Ønsker ikke individuell plan eller har ikke gitt samtykke	1,8	1,2	1,6	0,6	1,6
Pasienten ønsker IP, samtykke foreligger. Ingen annen aksjon er utført	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1
Melding om behov for IP er sendt kommunen	0,5	0,3	0,0	0,4	0,4
Arbeid med individuell plan påbegynt	2,7	3,1	0,3	1,5	2,3
Individuell plan foreligger	2,9	3,9	0,7	1,3	2,6
IP er ikke vurdert	0,2	0,0	0,2	0,1	0,1
Ukjent med status for individuell plan	0,4	0,3	0,7	0,2	0,4
<b>Antall pasienter med avsluttede henvisningsperioder i 2016</b>	<b>49 892</b>	<b>16 868</b>	<b>13 290</b>	<b>8 697</b>	<b>88 050</b>

Som i tidligere år mangler opplysning på nasjonalt nivå om status for individuell plan for 2/3 av pasientene. Tabellen viser status for siste episode i siste avsluttede henvisningsperiode for hver pasient, altså på et tidspunkt da status for individuell plan bør være avklart. Det er derfor beklagelig å konstatere at data er svært mangelfulle, og like lite komplett som foregående år.

På nasjonalt nivå er det oppgitt at 'Arbeid med individuell plan påbegynt' eller at 'Individuell plan foreligger' for kun 5 prosent av pasientene. Men usikkerheten i tolkingen er selvsagt stor ettersom informasjon mangler for flertallet av pasientene.

Kommunene har hovedansvaret for individuell plan, og det er lenge sagt at andelen pasienter som får utarbeidet individuell plan skal øke. Det er derfor ikke tilfredsstillende at opplysningene er så mangelfulle. Vi må ta forbehold om at noe av manglene kan skyldes tekniske feil hos systemleverandørene som ennå ikke er rettet opp (se ellers kap. 3).



## 2. TVERRFAGLIG SPESIALISERT RUSBEHANDLING

Kapitlet viser hovedtrekk i data for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Enheter i TSB skal i tillegg til opplysninger om behandlingsaktivitet rapportere kartlegging av pasientens situasjon ved behandlingsstart (situasjonsdata).

### 2.1 Aktivitetsnivå

---

Tabellen under viser aktivitetstall for landet totalt og for de regionale helseforetakene. Hovedtrekkene er:

- En liten nedgang i antall pasienter sammenliknet med året før
- Fortsatt noe økning i antall utskrivinger
- Oppholdsdøgnene øker noe sammenliknet med året før
- Polikliniske konsultasjoner øker
- Dagbehandling reduseres også i 2016

I overkant av 31 000 personer mottok behandling innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i 2016. Dette er en nedgang på 1,6 prosent fra året før. Nedgangen skyldes færre pasienter i Helse Sør-Øst.

Tabell 2.1: Antall utskrivinger, oppholdsdøgn, dagopphold, polikliniske kontakter og indirekte kontakter og antall pasienter per region. 2016 med prosent endring fra 2015.

	Helse Sør-Øst		Helse Vest		Helse Midt-Norge		Helse Nord		Landet	
	2016	Endring fra 2015 (%)	2016	Endring fra 2015 (%)	2016	Endring fra 2015 (%)	2016	Endring fra 2015 (%)	2016	Endring fra 2015 (%)
<b>Antall pasienter<sup>1</sup></b>	20 045	-3,7	6 446	0,6	3 273	1,0	1 975	9,6	31 416	-1,6
<b>Utskrivinger døgn<sup>2</sup></b>	8 243	-0,3	2 313	-2,6	2 022	-0,7	1 219	0,5	13 797	-0,7
<b>Oppholdsdøgn</b>	402 988	3,2	108 086	-6,6	72 159	-2,2	50 977	2,6	634 210	0,8
<b>Dagbehandling</b>	1 757	-12,8	919	-21,0	2 039	5,2	235	121,7	4 950	-5,2
<b>Polikliniske kontakter</b>	260 908	-2,6	170 642	10,0	41 853	3,3	18 499	18,1	491 902	2,7
- Direkte, refusjonsberettiget	162 990	-6,0	98 931	-8,0	28 309	5,2	9 979	38,5	300 209	4,2
- Direkte, ikke refusjonsberettiget	25 105	7,1	35 552	238,0	3 575	-24,5	1 774	12,2	66 006	63,9
- Indirekte, refusjonsberettiget	79 810	2,4	34 548	7,3	14 065	9,7	8 347	0,4	136 770	4,2
- Indirekte, ikke refusjonsberettiget	4 805	-9,9	5 783	-37,1	524	-17,2	58	48,7	11 170	-26,5

<sup>1)</sup> En betydelig andel pasienter har mottatt behandling i flere regioner. Derfor stemmer ikke totaltallet for Landet med sum i regionene.

<sup>2)</sup> Utskrivinger fra institusjonsopphold er utskrivinger fra sammenhengende døgnopphold ved et behandlingssted (avdelingsoverføringer er slått sammen)

Antall pasienter innen TSB reduseres noe fra 2015 til 2016. Videre er det en liten nedgang i dagbehandlingen, og ellers på nasjonalt nivå er det en liten økning i måltallene. I kraft av sin størrelse innen TSB er aktivitetsutviklingen i Helse Sør-Øst avgjørende for landstallene.

Antall oppholdsdøgn reduseres noe i Helse Midt-Norge og Helse Vest, mens for de to andre helseregionene øker antall oppholdsdøgn noe.

Trenden fra tidligere år med økning i behandling i poliklinikk fortsetter også i 2016.

Mye av veksten i Helse Vest skyldes at Helse Bergen har overtatt utdeling av LAR-medikamenter fra kommunene og apotekene.

Den indirekte, ikke-refusjonsberettigete behandlingen reduseres, men her er omfanget ikke så stort. Med indirekte kontakt menes en aktivitet der pasienten ikke fysisk er til stede (bl.a. telefonsamtale, e-post og videokonferanse, møte mellom fagpersoner). Telefonsamtale er den kontakten som skjer oftest.

I Helse Nord ser vi en markant økning både i antall pasienter, døgnbehandling og poliklinisk aktivitet. Dette forklares i stor grad med at Nordlandssykehuset i 2015 slo sammen databasene og rapporteringen fra Vesterålen, Lofoten og Bodø. I den forbindelse blir det nå rapportert aktivitet fra en tverrgående rusavdeling, og all denne aktiviteten regnes som del av TSB-sektoren.

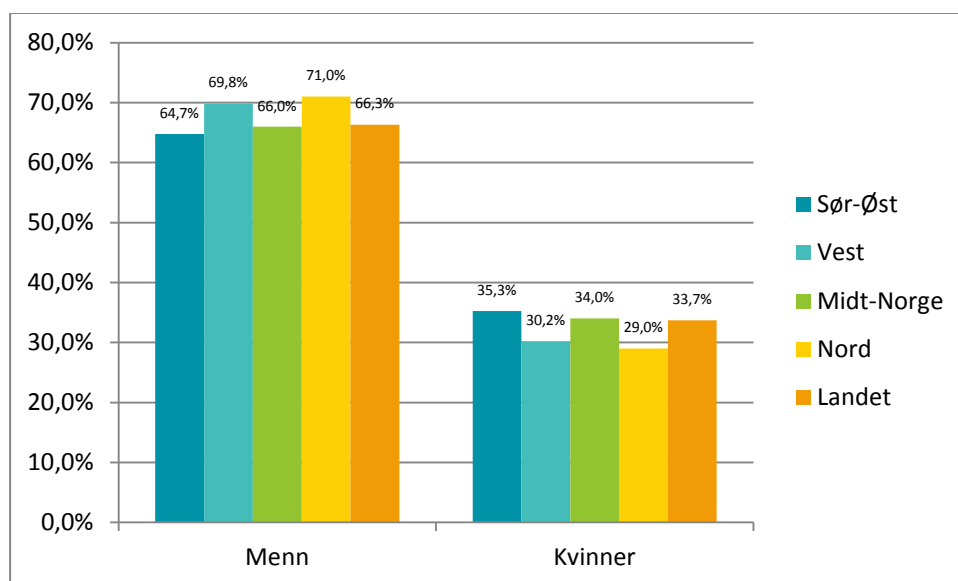
Omfanget av dagopphold innen TSB har variert mye siden 2010. De rapporterte tallene for dette omsorgsnivået reduseres også dette året - med 5 prosent fra 2015 til 2016. Registreringspraksis

varierer fra helseforetak til helseforetak, og tallene for dagbehandlingen viser at enkelte helseforetak knapt registrerer dette.

I vedleggstabell 2 presenteres aktivitetsnivået for hvert helseforetak.

## 2.2 Kjønn og aldersfordeling

I dette avsnittet omtales pasientenes kjønns- og aldersfordeling ut fra bosted.



Figur 2.1: Andel pasienter fordelt etter kjønn og bostedsregion. Prosent i 2016.

Fordelingen mellom kjønn følger samme mønster som året før. Det er ingen store endringer i fordelingen mellom kjønnene, der ca. 2/3 er menn. Regionforskjellene er som i 2015, og også i 2016 var andelen menn høyest i Nord og lavest i Sør-Øst.

Tabell 2.2: Antall og andel pasienter fordelt etter alder og bostedsregion i 2016 med prosentvis endring fra 2015

Alders-grupper	Bostedsregion					Pasienter totalt		
	Sør-Øst %	Vest %	Midt-Norge %	Nord %	Uten registrert bosted	Antall pasienter	Andel av alle pasienter	Endring fra 2015 %
0-17 år	0,7	0,6	0,6	0,0	0,0	197	0,6	0,5
18-22 år	6,5	6,9	7,6	6,4	8,6	2 092	6,7	-10,0
23-29 år	16,1	18,5	17,8	18,0	28,6	5 299	16,9	-2,9
30-39 år	23,3	26,2	22,5	25,3	14,3	7 523	23,9	-2,7
40-49 år	24,2	24,0	22,5	24,3	20,0	7 527	24,0	-2,5
50-59 år	20,1	16,7	18,4	17,1	11,4	5 977	19,0	1,2
60-69 år	7,6	6,2	8,8	8,0	14,3	2 348	7,5	4,8
70 og eldre	1,6	0,9	1,7	0,9	2,9	453	1,4	25,5
Total	19 759	6 385	233	2 004	35	31 416	100,0	-1,6

31 416 pasienter fikk behandling i TSB-sektoren i 2016. Aldersfordelingen er omtrent som foregående år. Hovedtyngden av pasientene er i alderen 30-49 år. Andelen pasienter under 22 år reduseres, og antallet pasienter over 70 år øker mye i 2016 sammenliknet med året før. 35 pasienter uten bostedsinformasjon er også med i regionfordelingen.

## 2.3 Hovedtilstand

Ved hver episode innen TSB skal det registreres en hovedtilstand (jf. journalforskriften). I tabellen under vises fordelingen på hovedtilstand for alle episoder.

Tabell 2.3: Hovedtilstand. Alle episoder pr omsorgsnivå. Prosent i kolonne. 2016.

Hovedtilstand	Helse Sør-Øst %		Helse Vest %		Helse Midt-Norge %		Helse Nord %		Landet %	
	Døgn	Dag/ poliklinikk	Døgn	Dag/ poliklinikk	Døgn	Dag/ poliklinikk	Døgn	Dag/ poliklinikk	Døgn	Dag/ poliklinikk
<b>Hovedtilst. ikke kodet (%)</b>	9,1	0,9	14,4	0,8	7,5	12,3	15,4	4,6	10,4	2,0
<b>Z-koder</b>	0,7	9,7	0,4	7,6	2,4	10,6	0,6	13,6	0,9	9,2
<b>Antall episoder totalt</b>	<b>10045</b>	<b>262665</b>	<b>3253</b>	<b>171561</b>	<b>2581</b>	<b>43892</b>	<b>1424</b>	<b>18734</b>	<b>17303</b>	<b>496852</b>
<b>I beregningen av andelene videre i tabellen er episoder uten informasjon om hovedtilstand tatt ut av grunnlaget</b>										
<b>F10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av alkohol</b>	38,2	27,0	31,6	10,8	51,5	26,2	49,0	17,8	39,8	20,8
<b>F11 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av opiat</b>	28,0	27,6	31,7	67,0	16,6	32,0	20,7	51,3	26,4	42,8
<b>F12 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av cannabinoider</b>	6,6	10,3	6,7	5,0	8,9	11,4	6,0	5,5	6,9	8,3
<b>F13 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av sedativa og hypnotika</b>	4,5	3,0	7,1	1,7	4,8	3,3	2,7	1,1	4,9	2,5
<b>F14 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av kokain</b>	0,6	0,7	0,3	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,4	0,4
<b>F15 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av andre stimulanter, inkl. kaffein</b>	7,1	4,8	9,0	3,1	8,5	7,5	7,4	2,5	7,7	4,3
<b>F19 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av flere stoffer</b>	9,8	6,9	8,7	5,1	4,4	4,2	9,7	6,4	8,8	6,0
<b>F630 Patologisk spillelidenskap</b>	0,0	2,3	0,1	0,8	0,0	2,4	0,0	1,5	0,1	1,8
<b>F99 Uspesifisert psykisk forstyrrelse eller lidelse</b>	0,0	1,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	2,5	0,0	0,7
<b>Øvrige F-koder</b>	4,0	16,1	4,6	6,2	5,1	12,7	4,0	8,3	4,3	12,0
<b>Andre diagnoser enn Fxx og Zxx</b>	1,0	0,2	0,2	0,2	0,0	0,1	0,5	2,9	0,7	0,3

Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av alkohol (F10) og opiat (F11) er de klart mest brukte tilstandskodene for alle omsorgsnivå. Helse Midt-Norge og Helse Nord har noe større andel adferdsforstyrrelser knyttet til alkohol på sine døgninnleggelser enn de andre helseregionene.

Når det gjelder adferdsforstyrrelser knyttet til opiat har Helse Vest og Helse Nord en noe større andel av disse i dagbehandling og poliklinikk.

Som tabellen over viser brukes også F15 og F19 en del som hovedtilstandskoder.

Det er en betydelig andel episoder der det ikke er rapportert informasjon om hovedtilstand, henholdsvis 10,4 og 2,0 prosent for døgn og dag/poliklinikk. Informasjon om hovedtilstand blir stadig bedre og var i 2016 mer komplett enn året før. Det er utarbeidet egen kvalitetsindikator for rapportering av hovedtilstand - se helsenorge.no

Z-koder (Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten) brukes i rundt 9 prosent av dagbehandlingene/polikliniske konsultasjonene landet sett under ett, men i mindre omfang ved døgnbehandling. Der vi ser god komplett i tilstandskoder ser vi større bruk av Z-koder, og det viser at høy komplett ikke nødvendigvis betyr høy andel spesifikke tilstandskoder. De to Z-kodene som oftest rapporteres er Z004 – Generell psykiatrisk undersøkelse og Z032 – Observasjon ved mistanke om psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser.

## 2.4 Individuell plan

Pasienter med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester har lovbestemt rett til å få utarbeidet en individuell plan – se tabell.

Tabell 2.4: Status for individuell plan for siste episode i siste avsluttede henvisningsperiode for hver pasient. Prosent per RHF og landet. Prosent i 2016.

Status Individuell plan	Helse Sør-Øst %	Helse Vest %	Helse Midt-Norge %	Helse Nord %	Landet %
Mangler registrering	42,3	36,1	40,3	71,4	42,8
Pasient oppfyller ikke kriteriene	33,5	19,5	8,6	11,4	26,6
Pasienten er informert men avslag/samtykke foreligger ikke	0,4	0,6	1,5	0,7	0,6
Ønsker ikke individuell plan eller har ikke gitt samtykke	3,4	3,3	5,7	5,0	3,7
Pasienten ønsker IP, samtykke foreligger. Ingen annen aksjon er utført	0,6	1,3	0,8	0,7	0,8
Melding om behov for IP er sendt kommunen	0,9	1,9	1,4	1,5	1,1
Arbeid med individuell plan påbegynt	8,2	5,8	3,2	4,6	6,9
Individuell plan foreligger	6,2	8,5	11,9	2,3	7,0
IP er ikke vurdert	0,6	1,7	6,4	0,5	1,5
Ukjent med status for individuell plan	3,9	21,3	20,4	1,9	9,0
<b>Antall pasienter med avsluttede henvisningsperioder i 2016</b>	<b>9233</b>	<b>2870</b>	<b>1714</b>	<b>1022</b>	<b>14729</b>

43 prosent av episodene mangler informasjon om status for individuell plan i siste avsluttede henvisningsperiode for TSB. På nasjonalt nivå er det oppgitt at for kun 14 prosent av pasientene

er arbeidet med individuell plan påbegynt, eller at IP foreligger. Individuell plan skal bidra til at pasienter får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Dette er også viktig for pasienter innen TSB. Usikkerheten i tolkingen er stor ettersom informasjon mangler for 43 prosent av pasientene. Se kapittel 4, tabell 4.1 for flere detaljer om rapportering av status for individuell plan.

## 2.5 Situasjonsdata

I tillegg til data om aktivitet, skal pasientens situasjon kartlegges ved oppstart av behandling for rusproblematikk. Dette samles inn som en egen NPR-melding og rapporteres uavhengig av aktivitetsdata. Kartleggingen omfatter blant annet rusmiddel- og medikamentbruk, fysisk og psykisk helse, boforhold, graviditet og antall barn under 18 år i samme boenhet. De innhentede opplysningene er basert på pasientens egenvurdering, og reliabiliteten avhenger av pasientens evne til å avgi korrekt informasjon.

Kartlegginger gjennomføres én til flere ganger per pasient og rapporteringsår, både under et behandlingsforløp og ved ulike behandlingssteder. De innrapporterte data inngår i rapporteringen til EUs overvåkingssenter for narkotika; EMCDDA<sup>1</sup>.

Den mangelfulle rapporteringen er i hovedsak knyttet til enheter innen TSB-sektoren som er samorganisert med psykisk helsevern.

Tabellen under gir en oversikt over antall nyhenviste pasienter og rapportering av situasjon ved behandlingsstart for disse. Tabellen viser at kartleggingen bare gjøres/rapporteres for halvparten av pasientene.

Tabell 2.5: Rapporteringsvolum aktivitets- og situasjonsdata. Antall. 2016 med prosentvis endring fra 2015.

Helseregion	Pasienter med nye henvisninger og som er tatt til behandling i året	Pasienter med rapporterte kartlegginger
<b>Helse Sør-Øst</b>	9 439	3 342
<i>Endring fra 2015 (%)</i>	-7	-5
<b>Helse Vest</b>	2 962	1 943
<i>Endring fra 2015 (%)</i>	-7	10
<b>Helse Midt-Norge</b>	1 722	1 773
<i>Endring fra 2015 (%)</i>	0	-4
<b>Helse Nord</b>	1 110	354
<i>Endring fra 2015 (%)</i>	13	-14
<b>Landet</b>	15 076	7 333
<i>Endring fra 2015 (%)</i>	-5	-2

Rapporteringsvolumet for situasjonsdata for 2016 er omtrent på samme nivå som for året før. Det er fortsatt for få enheter i TSB-sektoren som er organisert innen PHV som rapporterer NPR-melding TSB (situasjonsdata). De private behandlingsstedene innen TSB-sektoren rapporterer

<sup>1</sup> EMCDDA: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction

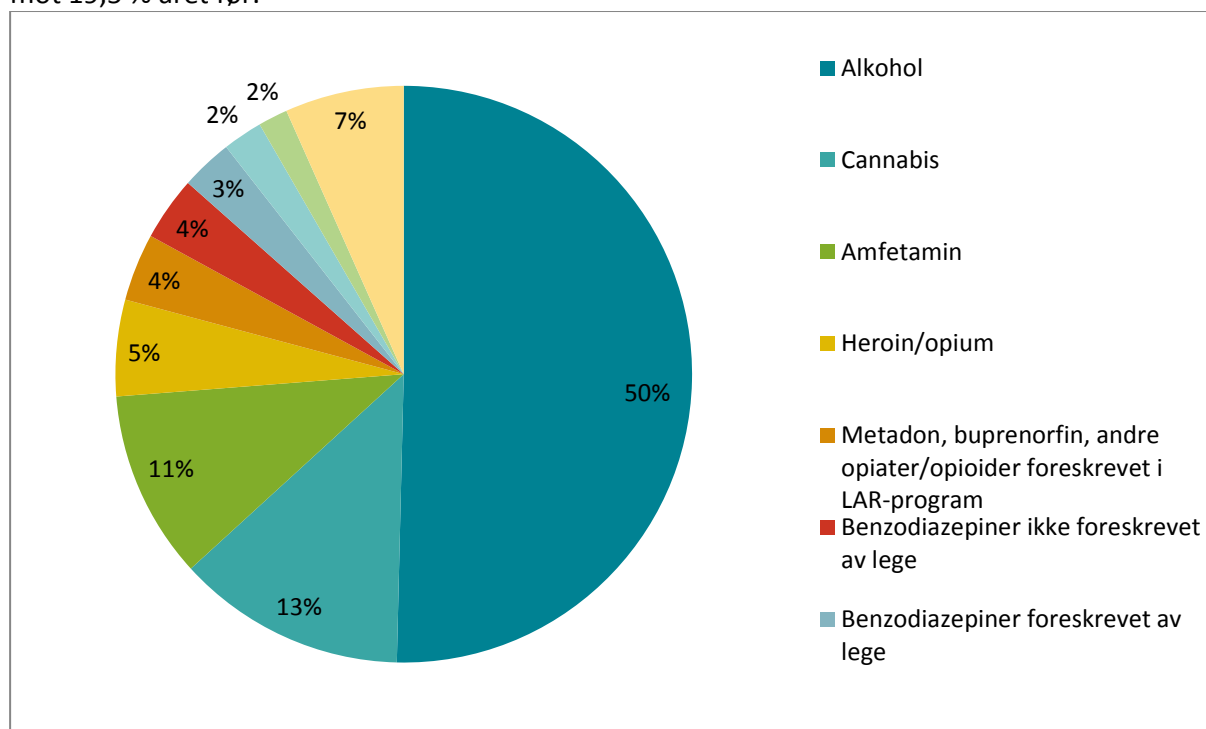
mere komplette tall enn offentlige behandlingssteder. Det er svikt i rutiner og systemtekniske feil som fører til at det blir rapportert kartlegging for færre pasienter enn det som forventes.

## 2.6 Bruk av data

Å benytte rapporterte situasjonsdata i nasjonale analyser innebærer stor usikkerhet. Innrapportering mangler er ikke komplett fra alle enheter innen psykisk helsevern for voksne. Fordelingene i de følgende avsnitt må derfor tolkes med henblikk på at disse opplysningene mangler for en stor andel av pasientene.

### 2.6.1.1 Mest brukte rusmiddel/medikament

Under kartleggingen bes pasienten rangere anvendte rusmidler og medikamenter de siste seks måneder før behandlingsstart, basert på lengst samlet tid i påvirket tilstand. Som vist i figuren under er alkohol oppgitt som mest brukte rusmiddel, etterfulgt av cannabis, amfetamin og heroin/opioider. Gruppen «annet» er her en samlekategori for rusmidler som ecstasy, kokain, LSD, GHB, GBL og andre sentralstimulerende og vanedannende medikamenter. 17,7 % av innrapporterte situasjonsdata manglet opplysninger om mest brukte rusmiddel/medikament, mot 19,5 % året før.



Figur 2.2: Mest brukte rusmiddel/medikament de siste 6 måneder før behandlingsstart<sup>1)</sup>. Prosent. 2016. N = 7333.

<sup>1)</sup> Manglende opplysninger om mest brukte rusmiddel/medikament i innrapporterte situasjonsdata er utelatt i figuren (17,7 prosent). Annet: se kodeverk Volven.no - Rusmiddel (OID=8717)

<https://volven.no/produkt.asp?id=288281&catID=3&subID=8>

### 2.6.1.2 Alder ved behandlingsstart og debutalder

Tabellen under gir en oversikt over debutalder og alder ved behandlingsstart for de fire mest brukte rusmidlene. Alder ved behandlingsstart er knyttet til den helsehjelp pasienten mottar ved gjeldende behandlingssted, og er ikke relatert til eventuelt tidligere behandlingsforløp.

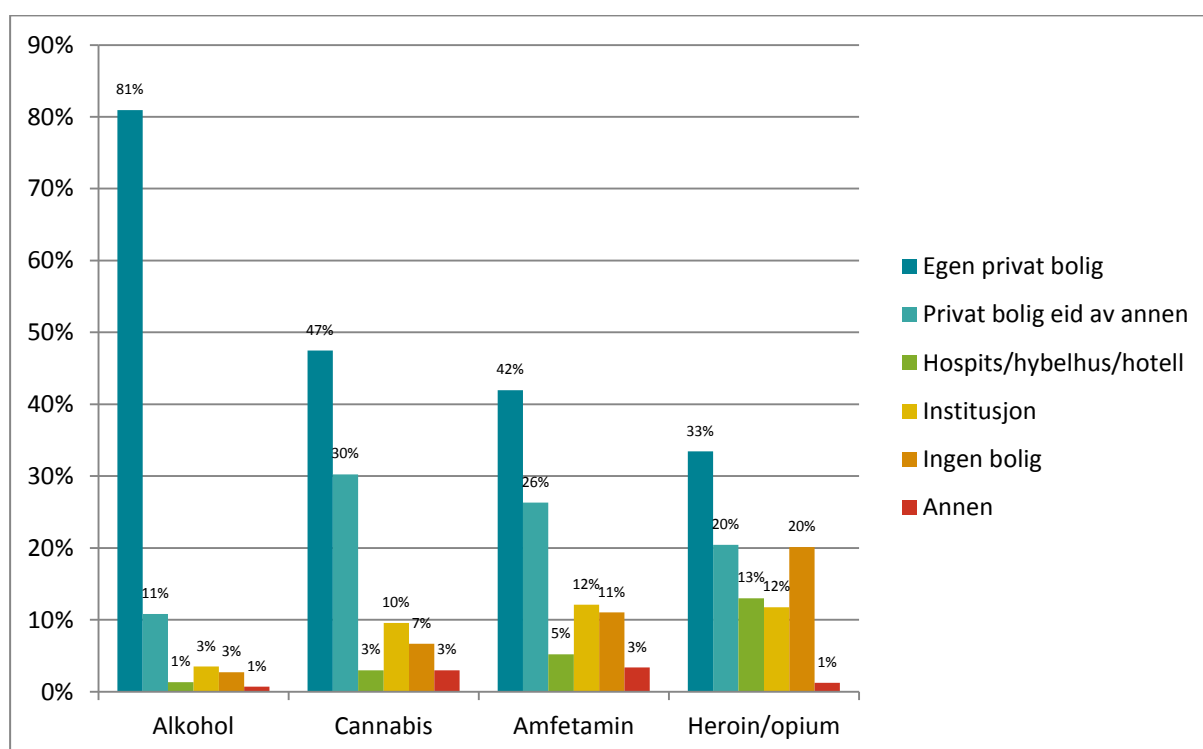
Tabell 2.6: Alder ved behandlingsstart ved gjeldende behandlingssted og debutalder. Gjennomsnitt i 2016.

Rusmiddel/ medikament	Alder ved behandlingsstart	Debutalder
<b>Alkohol</b>	47	17
<b>Cannabis</b>	30	<b>15</b>
<b>Amfetamin</b>	35	19
<b>Heroin/opioider</b>	36	<b>19</b>

Lav debutalder og lav alder ved behandlingsstart er karakteristisk for pasientgruppen som oppgir cannabis som mest brukte rusmiddel. Debutalder for alkohol er oppgitt å være 17 år, og debutalder for cannabis er 15 år.

### 2.6.1.3 Boforhold

Figuren nedenfor viser oppgitt boforhold de siste fire uker før behandlingsstart, eventuelt bosituasjon umiddelbart før behandlingsstart ved endringer av varig karakter i denne perioden, for de fire største rusmiddelgruppene.



Figur 2.3: Boforhold siste fire uker før behandlingsstart for pasientgrupper der alkohol, cannabis, amfetamin eller heroin/opium er oppgitt som mest brukte rusmiddel. Prosent. 2016.

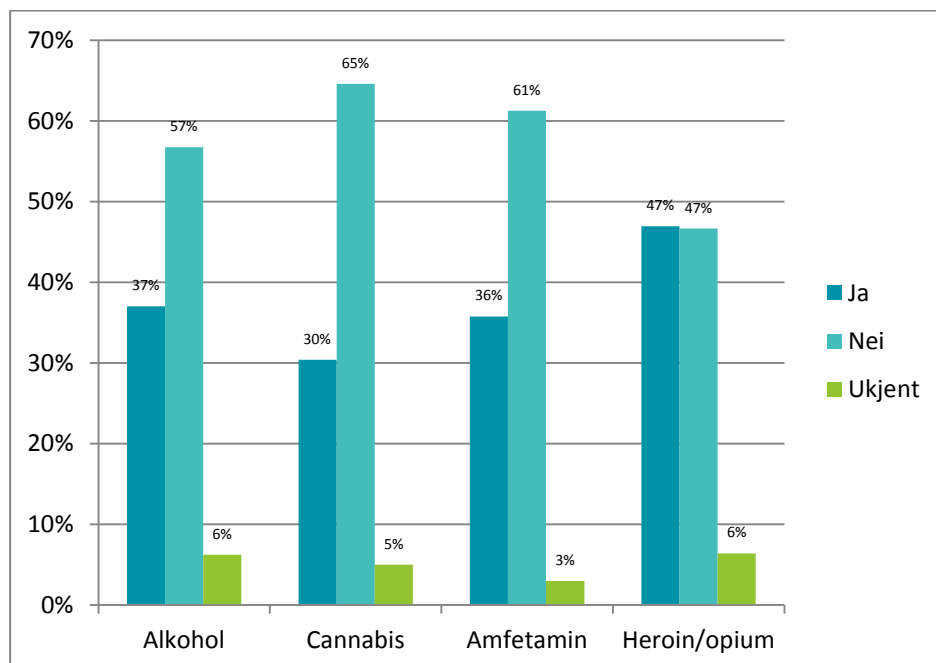
Pasienter som oppgir alkohol som mest brukte rusmiddel er i stor grad bosatt i egen privat bolig, mens de andre pasientgruppene har mer ustabile boforhold.



#### 2.6.1.4 Vedvarende sykdommer/skader

Kartleggingen omfatter også vedvarende somatiske sykdommer eller skader som kan påvirke livsførsel og livskvalitet for pasienter i rusmiddelbehandling, slik som astma, leddgikt, HIV/AIDS, hepatitt C og ulike funksjonshemminger som lammelser, syns- eller hørselshemming.

En oversikt over sykdomsbildet er gitt i figuren nedenfor, og en stor andel av pasientene oppgir å ha livspåvirkende lidelser eller skader.



Figur 2.4: Vedvarende somatiske sykdommer/skader i pasientgrupper der alkohol, cannabis, amfetamin eller heroin/opioider er oppgitt som mest brukte rusmiddel. Prosent. 2016.

## 3. KOMPLETTHET OG DATAKVALITET – PSYKISK HELSVERN FOR VOKSNE

I dette kapitlet gjør vi rede for kvalitet og komplettethet ved innrapporterte aktivitetsdata fra psykisk helsevern for voksne. NPR forvalter nasjonale aktivitets- og pasientdata, og er avhengig av komplett og korrekt rapportering fra alle behandlingsstedene.

### 3.1 Generelt om datamottaket for årsdata 2016

---

Etter mottak og kvalitetskontroll av data, sender NPR tilbakemelding til rapporteringsenhetene. Der vises forhold i de innrapporterte data som fremstår som feil eller mulige feil.

NPR har rutinemessige kontroller og gyldighetstester. Eksempler på dette kan være kommunenummer, datofelt, takster, avdelingskode, kjønn, fødselsår, innleggelsesmåte, sted pasienten er utskrevet til, tilstandskoder og prosedyrekoder. Innen PHV foretas det også kontroller av informasjon om frivillighet og tvang i behandlingen (henvisningsformalitet og lovgrunnlag). Kvalitet og komplettethet på informasjon om omsorg for barn og individuell plan sjekkes også.

Rapporteringsenhetene blir bedt om å korrigere/komplettere, og sende inn oppdaterte data. Institusjonene har i ulik grad rettet feil eller mangler før den nye innleveringen.

NPR har løpende dialog med rapporteringsenheter, helseforetak og helseregionenes IKT-leverandører i tillegg til enhetenes systemleverandører. Hos noen avdekker dette mangelfulle rutiner for registrering og svakheter i IT-systemene. Bildet er imidlertid sammensatt, og mange rapporterer relativt komplette data av god kvalitet. På den andre siden er det også noen enheter som har alvorlige mangler i rapporteringen. Det er variasjoner mellom helseforetakene, og også mellom enheter innen samme helseforetak.

### 3.2 Mangler i komplettethet og kvalitet

---

Det er to grunnleggende forutsetninger for et komplett datagrunnlag

- Alle behandlingssteder må levere data for all aktivitet i perioden
- Viktige deler av datagrunnlaget må være komplett

### 3.2.1 Ikke levert data eller data på avvikende format

Første forutsetning for et komplett datagrunnlag er at alle rapporteringspliktige enheter sender inn opplysninger om alle pasienter og all behandling. For årsdata 2016 har vi fått inn aktivitetsdata fra alle rapporteringsenheter vi forventer å få inn data fra.

For at dette skal være tilfellet også fremover vil NPR minne de regionale helseforetakene på viktigheten av komplett rapportering, og vil fortsatt be dem inkludere riktig rapportering som en del av kontraktsvilkåret ved avtaleinngåelse med private behandlingssteder. Dette er en forutsetning RHF-ene allerede har i avtalene med private spesialister. Rapporteringsplikten virker å være godt fundamentert på de fleste nivåer.

### 3.2.2 Informasjon mangler på enkeltområder

Den andre forutsetningen for at NPR skal inneholde data med tilfredsstillende kvalitet er komplett rapportering av de enkelte dataelementene. I rapporten fokuserer vi på noen av de mest sentrale parameterne; henvisningsformalitet, lovgrunnlag, individuell plan, hovedtilstander og fagområde.

NPR har vært et personidentifiserbart register siden 2008, og det er mulig å følge pasienter mellom institusjoner og over tid. Antall pasienter som har mottatt behandling i 2016 kan beregnes presist ettersom tilnærmet all behandling er innrapportert, samtidig som at NPR har fått informasjon om pasientens identitet i 99,7 prosent av behandlingsepisodene. Rapportert bostedskommune og bydelskode er sammenstilt med opplysninger fra Folkeregisteret for kvalitetssikring.

#### 3.2.2.1 Rettslig grunnlag for helsehjelpen

Det er fortsatt stort fokus i sektoren og i media på bruk av tvang innen psykisk helsevern. Det er et helsepolitisk mål å redusere og kvalitetssikre bruken av tvang i det psykiske helsevernet. For eksempel er bruk av tvangsmidler et svært inngripende virkemiddel som ikke kan benyttes i ordinær behandling, men kun i akutte situasjoner. Det er derfor viktig å følge med på bruken av dette. I 2017 kommer ny kvalitetsindikator for tvangsmiddelvedtak. Det skal vises tvangsmiddelvedtak og bruk av tvangsmidler nasjonalt og i de ulike helseregionene.

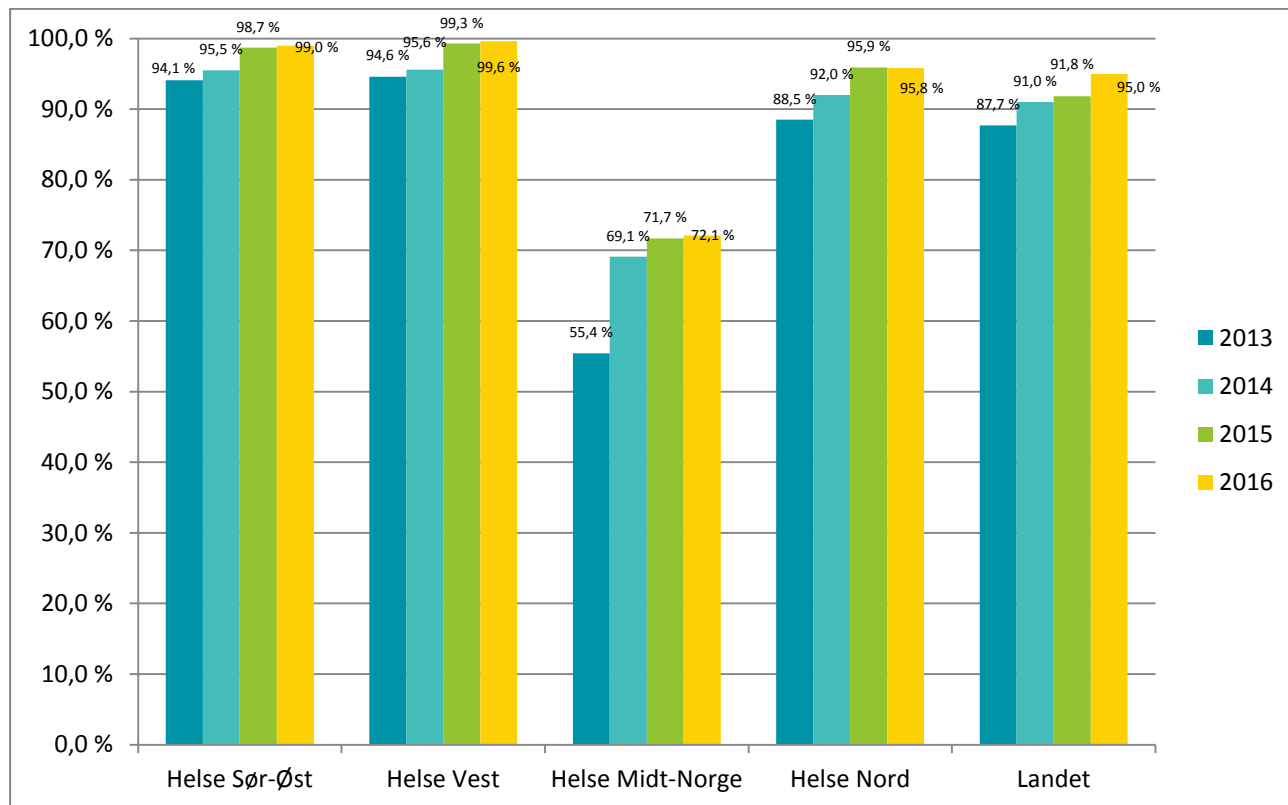
Helsedirektoratet publiserer to kvalitetsindikatorer som omhandler rettslig grunnlag for henvisning eller helsehjelp:

- Kompletthet i rapportering av henvisningsformalitet
- Tvangsinnleggelser i psykisk helsevern for voksne

Indikatorerne publiseres på [helsenorge.no](http://helsenorge.no), og det vil være mulig å følge kompletthet i rapportering og antall tvangsinnleggelser ved ulike helseforetak og behandlingssteder. <http://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/psykisk-helse-for-voksne>.

Data vi presenterer under viser at det fremdeles er mangler i datagrunnlaget og/eller rapporteringen.

Figuren under viser komplettheten i rapportering av rettslig grunnlag for innleggelses til døgntil behandling i PHV for 2013, 2014, 2015 og 2016.



Figur 3.1: Kompletthet i rapportering av rettslig grunnlag for innleggelses til døgntil behandling. 2013, 2014, 2015 og 2016. Prosent.

De siste årene har vi sett en bedring i rapporteringen av rettslig grunnlag for innleggelses, og denne trenden har fortsatt i 2016. Stort sett alle de regionale helseforetakene nærmer seg komplett rapportering. Utviklingen i Helse Midt-Norge er flat, og det er fortsatt noe igjen til vi har komplette tall fra denne landsdelen.

Bruk av tvang i psykisk helsevern og datakvalitet i data om feltet i Norsk pasientregister er nærmere beskrevet i Helsedirektoratets rapport «Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne 2014» (IS-2452) publisert i mars 2016.

### 3.2.2.2 Individuell plan

Individuell plan er i psykisk helsevern en pasientrettighet som skal bidra til å sikre god brukermedvirkning samt effektive og tilpassede hjelpetiltak. Tabellen under viser manglende rapportering av status for individuell plan.

Tabell 3.1: Manglende registrering av Individuell plan. Alle pasienter med avsluttede henvisningsperioder i 2016. Prosent.

Helseforetak	Manglende registrering Individuell plan %	Antall avsluttede henvisningsperioder
<b>Helse Sør-Øst</b>	<b>52</b>	<b>49 892</b>
Vestre Viken HF	17	6 701
Akershus univ.sykehus HF	40	6 887
Sykehuset Innlandet HF	52	6 642
Sykehuset Østfold HF	75	4 568
Sørlandet sykehus HF	84	5 001
Sykehuset Telemark HF	85	3 794
Sykehuset i Vestfold HF	91	4 012
Helse Sør-Øst RHF, Privat	40	9 059
Oslo universitetssykehus HF	27	4 726
<b>Helse Vest</b>	<b>77</b>	<b>16 868</b>
Helse Vest RHF, Privat	77	3 347
Helse Stavanger HF	81	5 153
Helse Fonna HF	71	2 591
Helse Bergen HF	72	4 667
Helse Førde HF	79	1 838
<b>Helse Midt-Norge</b>	<b>88</b>	<b>13 290</b>
Helse Midt RHF, Privat	0	128
St. Olavs Hospital HF	96	6 321
Helse Nord-Trøndelag HF	92	2 574
Helse Møre og Romsdal HF	76	4 431
<b>Helse Nord</b>	<b>80</b>	<b>8 697</b>
Helse Nord RHF, Privat	55	357
Finnmarkssykehuset HF	46	1 313
Univ. sykehuset i Nord-Norge HF	93	3 512
Nordlandssykehuset HF	89	2 255
Helgelandssykehuset HF	67	1 627
<b>Landet</b>	<b>65</b>	<b>88 050</b>

Nasjonalt mangler informasjon om individuell plan for 2/3 av pasientene. Det er store forskjeller mellom helseregionene, men også mellom ulike helseforetak i samme helseregion.

Bruken av individuell plan følges nasjonalt via kvalitetsindikatoren 'Individuell plan for pasienter med diagnose schizofreni i PHV'. Denne publiseres på helsenorge.no, og er basert på tall levert fra NPR.

### 3.2.2.3 Hovedtilstand

Uspesifikke tilstandskoder er et relevant mål på datakvalitet, da utstrakt bruk av disse gir lite informasjon om hvilke tilstander pasientene faktisk er behandlet for. Dette er vist i nedenstående tabell. Det er likevel klart at et visst omfang av uspesifikke koder vil forekomme, for eksempel knyttet til kortvarige behandlingsforløp.

Tabell 3.2: Bruk av F99, Z004 og Z032 eller hovedtilstand mangler. Avsluttede henvisningsperioder, siste episode. 2016. Prosent.

Helseforetak	Uspesifisert psykisk forstyrrelse: F99 %	Generell psykiatrisk undersøkelse: Z004 %	Obs ved mistanke om psykiske lidelser: Z032 %	Hoveddiagnose ikke angitt %	Antall
<b>Helse Sør-Øst</b>	<b>4</b>	<b>25</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>82 283</b>
Vestre Viken HF	16	5	0	2	9 475
Akershus univ.sykehus HF	1	37	2	0	10 489
Sykehuset Innlandet HF	3	4	2	0	9 698
Sykehuset Østfold HF	0	9	36	0	6 714
Sørlandet sykehus HF	0	38	1	0	11 036
Sykehuset Telemark HF	6	4	0	0	5 534
Sykehuset i Vestfold HF	1	13	1	1	5 272
Helse Sør-Øst RHF, Privat	1	52	0	0	18 220
Oslo universitetssykehus HF	10	2	1	0	5 845
<b>Helse Vest</b>	<b>0</b>	<b>14</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>25 277</b>
Helse Vest RHF, Privat	0	10	0	0	4 040
Helse Stavanger HF	0	17	0	1	8 090
Helse Fonna HF	1	23	0	5	4 345
Helse Bergen HF	0	10	1	0	6 458
Helse Førde HF	0	9	3	4	2 344
<b>Helse Midt-Norge</b>	<b>1</b>	<b>10</b>	<b>16</b>	<b>0</b>	<b>16 573</b>
Helse Midt RHF, Privat	0	1	0	7	129
St. Olavs Hospital HF	0	1	28	0	7 599
Helse Nord-Trøndelag HF	3	10	5	0	3 209
Helse Møre og Romsdal HF	1	23	5	0	5 636
<b>Helse Nord</b>	<b>0</b>	<b>24</b>	<b>4</b>	<b>9</b>	<b>11 898</b>
Helse Nord RHF, Privat	0	7	1	26	362
Finnmarkssykehuset HF	0	9	1	10	1 524
Univ.sykehuset i Nord-Norge HF	0	28	2	8	4 978
Nordlandssykehuset HF	0	14	11	11	2 910
Helgelandssykehuset HF	0	44	0	6	2 124
<b>Landet</b>	<b>2</b>	<b>21</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>136 031</b>

For psykisk helsevern for voksne brukes ICD-10 for å angi hovedtilstand og eventuelle bitilstander.

Tabellen omhandler bare avsluttede henvisningsperioder, altså der helsehjelpen er avsluttet. Bildet av tilstandskoding er omtrent likt som året før, og på nasjonalt nivå manglet hovedtilstandskode på en prosent av avsluttede henvisningsperioder. Kodingen er relativt komplett i alle regioner, men enkelte helseforetak har mangler og da primært i Helse Nord.

F99 – Uspesifisert psykisk forstyrrelse eller lidelse

På nasjonalt nivå var tilstandskoden brukt i to prosent i de avsluttede henvisningsperiodene. Koden anvendes nesten utelukkende i Helse Sør-Øst, og da primært i de store helseforetakene Vestre Viken og OUS.

Z004 – Generell psykiatrisk undersøkelse

Koden er registrert for 21 prosent på nasjonalt nivå, noe som er på samme nivå som i 2015. Mange helseforetak i alle de fire helseregionene har betydelige innslag av koden, mens andre ikke anvender koden overhodet.

Z032 – Observasjon ved mistanke om psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser

På nasjonalt nivå er koden angitt i fem prosent av tilfellene. Variasjonen mellom behandlingsstedene er stor også her. I Sykehuset Østfold HF er koden brukt vesentlig mer enn i de andre helseforetakene. Z032 er også mye brukt ved St. Olavs Hospital, og ved Nordlandssykehuset HF.

På helsenorge.no publiseres kvalitetsindikator for rapportering av hovedtilstandskode i psykisk helsevern voksne.

### 3.2.3 Kvalitet og kompletthet oppsummert

Vi har gjennom en del sentrale dataelementer vist kompletthet og kvalitet i data som rapporteres til NPR:

- Alle rapporteringspliktige enheter sender nå data til NPR.
- Enhetene rapporterer pasientidentifikasjon i 99,7 prosent av behandlingsepisodene. Dette gir et godt grunnlag for å telle antall pasienter og å følge pasientene over år og sektorer.
- Det er mangelfull rapportering på noen sentrale dataelementer: henvisningsformalitet, lovgrunnlag, individuell plan, hovedtilstand og om pasienten har omsorg for egne barn.
- Variasjonen i kompletthet er stor; på alle områdene er det noen som rapporterer korrekt og komplett mens andre har svært store mangler.
- Stor variasjon mellom enheter innen samme organisasjon tyder ulik registreringspraksis innen RHF og HF.

Konklusjonen er at det nasjonale datagrunnlaget NPR forvalter for psykisk helsevern for voksne har mangler på noen områder, men vi ser en gradvis forbedring bl.a. ved at alle enheter leverer data.

### 3.2.4 Hva gjør NPR for å sikre god kvalitet på data fra psykisk helsevern?

God kvalitet på data er essensielt for NPR. Selv om NPR ikke «fremstiller» data, følges de innrapporterte data opp både i det rutinemessige arbeidet og gjennom ulike ekstraordinære tiltak. Selv om NPR sjekker de mottatte data, er det viktig å være klar over at pasientregisteret har begrenset mulighet til å gjøre noe med manglene og svakhetene i det innsendte materialet. NPR arbeider gjennom revisjon og kvalitetssikring systematisk og kontinuerlig med sikte på å forbedre kvaliteten på datagrunnlaget.

Det er fortsatt stort fokus på å bedre datakvaliteten innen tvang. Dette er nødvendig for å sikre korrekt dokumentasjon av omfang og type tvang som er brukt på det enkelte behandlingssted, og for å kunne kvalitetssikre utviklingen på feltet. NPR har laget en ny rapporteringsstandard for tvang som følger EPJ-standard for registrering (EPJ- elektronisk pasientjournal). EPJ-standarden for tvang er en standard for registrering av vedtak om tvangsbruk som er fattet med hjemmel i psykisk helsevernloven. Den nye rapporteringsstandarden vil gjøre rapporteringen av tvang til NPR tydeligere, og vil være bedre integrert med hvordan arbeidsprosessene er ute i sektoren. Det nye rapporteringsformatet vil etter planen testes i 2017.

I 2016 har pasientregisteret utviklet og levert datagrunnlag til nasjonale kvalitetsindikatorer for tvangsinnleggelse og vedtak om bruk av tvangsmidler til nasjonalt kvalitetsindikatorsystem. Disse blir publisert på helsenorge.no og bidrar til økt fokus på rett registrering og på rett bruk av tvang.

I 2016 fikk helseforetakene i oppdrag fra HOD å rapportere kvalitetssikrede og oppdaterte tall for vedtak om tvangsmiddelbruk til NPR. Det er grunn til å tro at rapporteringen fortsatt ikke er komplett og dette vil følges opp videre.

Rapporteringsplikten til NPR er regulert gjennom NPR-forskriften, og det heter bl.a.: Avsender skal kontrollere at data som rapporteres er komplette og kvalitetssikret, og at dette skal inngå i virksomhetens internkontroll. Hvor god internkontroll institusjonene kan ha er usikkert, da innsending av data til NPR skjer tilnærmet automatisk fra helseregionenes IKT-enheter samt gjennom rapporteringsenhetenes systemleverandører.

Helsedirektoratet ønsker at RHF-ene i større grad skal bruke data fra NPR i oppfølging av virksomheten, på en slik måte at data fra NPR brukes både i rutinemessige styringsparametere og mer prosjektbasert utviklingsarbeid. Data fra NPR ønskes i den forstand brukt i større grad til kvalitetssikring av spesialisthelsetjenesten. NPR er midt inne i perioden for prosjektet Klinisk relevant tilbakemelding, der formålet er økt bruk og nytte av NPRs datagrunnlag i klinikken, og kvalitetsforbedring og kompletthet i data.

Prosjektet er ment å ferdigstille en webløsning som inneholder relevant statistikk for ulike fagområder – herunder psykisk helsevern og TSB. I løsningen skal behandlingsstedene kunne se grafiske fremstillinger, tabeller og ta ut rapportgeneratorer for å følge med sin virksomhet. Arbeidet i prosjektet er gjort i nært samarbeid med arbeids- og pilotgrupper for de ulike fagområdene (inkl. PHV og TSB).

Siden 2008 har veileder for registrering av aktivitetsdata i psykisk helsevern vært i bruk: [Veileder for rapportering av aktivitetsdata i psykisk-helsevern](#)

Denne er revidert og er døpt om til rapporteringsveileder. Fokuset vil vris mot begreper brukt i NPR-melding (se ellers vedlegg - begreper). Hvordan det skal registreres fysisk i de ulike pasientadministrative systemene fra de ulike systemleverandørene blir en sak mellom foretak og systemleverandør.

Hensikten med veilederen er å bidra til ensartet registrering av data som skal rapporteres i henhold til NPR-melding. NPR får mange spørsmål hele året om hvordan en skal rapportere og



registrere riktigere. NPR deltar i regionale og lokale møter for å informere om syklusen - rapportering, diverse kvalitetssjekker og tilbakemeldinger til sektoren.

# 4. KOMPLETTHET OG DATAKVALITET I TVERRFAGLIG SPESIALISERT RUSBEHANDLING

**I kapittel 4 gjøres det rede for komplettethet og kvalitet i datamaterialet som er rapportert til NPR fra enheter innen TSB-sektoren. Innen TSB er det både private og offentlige enheter som kun tilbyr rusbehandling, og det er enheter organisert sammen med psykisk helsevern for voksne.**

Alle enheter som kun tilbyr TSB har rapportert data om aktiviteten. I tillegg til data om selve aktiviteten på enheten, skal alle som gir et tilbud innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling rapportere opplysninger om pasientens situasjon ved behandlingsstart (NPR-melding TSB). Det er store mangler i rapporteringen av pasientens situasjon ved behandlingsstart, og manglene er størst hos de offentlige helseforetakene.

## 4.1 Kvalitet aktivitetsdata

---

Kvalitetsnivået på innrapporterte aktivitetsdata for 2016 er som året før, og det er fortsatt mye å hente på kvalitetsforbedringer både med tanke på registreringspraksis og systemtekniske utfordringer.

Pasientregisteret gjennomfører en rekke rutinemessige kontroller ved mottak av data. På grunnlag av kontrollene sendes en tilbakemelding til alle enheter som har rapportert. Tilbakemeldingen inneholder tabeller som gir oversikt over aktivitetsnivået og mulige logiske feil og mangler. NPR ber enhetene om å kontrollere at innrapporterte data gir et korrekt bilde av det faktiske aktivitetsnivået og å rette opp eventuelle feil og mangler.

### 4.1.1 Rapportering av fødselsnummer og bosted

NPR er et personidentifiserbart register, og dermed kan opphold knyttes til enkeltpasient, uavhengig av institusjon, sektor og kalenderår. NPR har fått informasjon om pasientens identitet

i 99,9 prosent av behandlingsepisodene i 2016. Dette gir et meget godt grunnlag for å kunne beregne antall pasienter med høy presisjonsgrad.

Rapportert bostedskommune og bydelkode er sammenstilt med opplysninger fra Folkeregisteret for kvalitetssikring.

#### 4.1.2 Manglende registrering av status for individuell plan

I kapittel 2 er status for individuell plan omtalt og det viser at registreringen var svært mangelfull. Nedenfor vises mangler i registrering av individuell plan per helseforetak.

Tabell 4.1: Manglende registrering av *Individuell plan*. Alle avsluttede henvisningsperioder i 2016.

Helseforetak	Manglende registrering av Individuell plan %	Antall avsluttede henvisningsperioder
<b>Helse Sør-Øst</b>	<b>42,3</b>	<b>9 233</b>
Vestre Viken HF	8,3	758
Akershus universitetssykehus HF	61,7	786
Sykehuset Innlandet HF	46,3	986
Sykehuset Østfold HF	70,1	880
Sørlandet sykehus HF	68,0	1 145
Sykehuset Telemark HF	84,3	102
Sykehuset i Vestfold HF	89,9	911
Helse Sør-Øst, private	19,3	2 906
Oslo universitetssykehus HF	20,8	1 591
<b>Helse Vest</b>	<b>36,1</b>	<b>2 870</b>
Helse Vest RHF, private	14,7	1 963
Helse Stavanger HF	71,4	423
Helse Fonna HF	62,3	167
Helse Bergen HF	75,7	589
Helse Førde HF	63,2	19
<b>Helse Midt-Norge</b>	<b>40,3</b>	<b>1 714</b>
Helse Midt-Norge, private	2,6	680
St. Olavs Hospital HF	68,3	691
Helse Nord-Trøndelag HF	92,2	257
Helse Møre og Romsdal HF	17,7	361
<b>Helse Nord</b>	<b>71,4</b>	<b>1 022</b>
Helse Nord, private	26,8	164
Finnmarkssykehuset HF	47,7	86
Univ. sykehuset i Nord-Norge HF	82,3	655
Nordlandssykehuset HF	89,7	87
Helgelandssykehuset HF	54,6	119
<b>Landet</b>	<b>42,8</b>	<b>14 729</b>

Da nesten 43 prosent av alle avsluttede henvisningsperioder i 2016 står uten angivelse av status for individuell plan, er det vanskelig å si noe sikkert om hvor mange pasienter som har individuell plan og hvor mange som burde hatt en. Det er stor variasjon mellom helseforetak og regioner når det gjelder rapportering av status for individuell plan.

Tabellen viser status for individuell plan på et tidspunkt da status for IP bør være utredet. Det er derfor betenkelig å se at data er svært mangelfulle. Flere pasienter med rusproblemer skulle hatt

en status for dette lovpålagte tiltaket for å sikre et individuelt tilrettelagt og helhetlig tjenestetilbud til mennesker ofte med behov for langvarige og koordinerte tjenester.

#### 4.1.3 Uspesifisert angivelse av hovedtilstand

Som påpekt i kap. 1.3 sier tetningslinjer for bruk av ICD-10 at Z-koder kun skal brukes når det er påvist at pasienten hverken har symptomer eller lidelser. Z-koder skal altså ikke brukes som tentative koder før man finner ut hva pasienten lider av. Under utredning kan man bruke symptomkoder (kap. R).

Det er ikke uvanlig å bruke uspesifikke tilstandskoder (F99, Z004, Z032) i starten av et behandlingsforløp. Det vil i et visst omfang også være brukt ved avsluttede henvisningsperioder (eksempelvis ved korte behandlingsforløp). Manglende og uspesifikke hovedtilstandskoder på siste episode i avsluttede henvisningsperioder er vist i tabell 4.2, men utbredelsen av de tre uspesifikke kodene er begrenset slik det også var året før. Noen behandlingsforløp er korte, eller de blir avbrutt før en spesifikk kode blir satt. Derfor er det naturlig at en viss andel blir stående med en generell tilstandskode selv om helsehjelpen er avsluttet.

På nasjonalt nivå mangler hovedtilstandskode på 2,9 prosent av avsluttede henvisningsperioder som er bedre enn fjoråret. Det er størst mangler i helse Førde, og for de private behandlingsstedene i Helse Midt-Norge, samt på Finnmarkssykehuset og innen Helgelandssykehuset.

##### *F99 – Uspesifisert psykisk forstyrrelse eller lidelse*

På nasjonalt nivå var tilstandskoden brukt i 1,2 prosent. Koden anvendes primært i ett helseforetak i Helse Sør-Øst, samt i Universitetssykehuset i Nord-Norge HF.

##### *Z004 – Generell psykiatrisk undersøkelse*

Koden er registrert for nesten 5 prosent på nasjonalt nivå. Noen helseforetak spredt over hele landet bruker koden mye, mens andre ikke benytter koden i de avsluttede henvisningsperiodene.

##### *Z032 – Observasjon ved mistanke om psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser*

På nasjonalt nivå er koden angitt i under én prosent av tilfellene. Koden er altså så og si ikke-eksisterende i avsluttede henvisningsperioder, men St. Olavs Hospital og Nordlandssykehuset bruker koden.

Tabell 4.2: Manglende hovedtilstand og bruk av uspesifikke koder. Avsluttede henvisningsperioder. 2016. Prosent.

Helseforetak	Uspesifisert psykisk forstyrrelse: F99 %	Generell psykiatrisk undersøkelse: Z004 %	Obs ved mistanke om psykiske lidelser: Z032 %	Hovedtilstand ikke angitt %	Antall avsluttede henvisningsperioder
<b>Helse Sør-Øst RHF</b>	<b>1,5</b>	<b>6,0</b>	<b>0,3</b>	<b>1,8</b>	<b>11 995</b>
Vestre Viken HF	13,9	2,8	0,4	0,5	818
Akershus universitetssykehus HF	0,0	18,2	0,0	2,8	898
Sykehuset Innlandet HF	2,5	7,0	1,6	0,2	1 187
Sykehuset Østfold HF	0,0	6,1	0,1	0,0	911
Sørlandet sykehus HF	0,1	6,8	0,0	0,2	1 316
Sykehuset Telemark HF	1,7	0,0	0,0	0,0	115
Sykehuset i Vestfold HF	0,2	21,2	0,6	3,7	1 009
Helse Sør-Øst, private	0,4	2,8	0,1	4,2	3 300
Oslo universitetssykehus HF	0,5	0,0	0,0	0,4	2 441
<b>Helse Vest RHF</b>	<b>0,1</b>	<b>2,8</b>	<b>0,1</b>	<b>3,1</b>	<b>3 637</b>
Helse Vest, private	0,0	0,0	0,0	3,9	2 351
Helse Stavanger HF	0,2	13,5	0,0	2,7	437
Helse Fonna HF	0,6	21,9	0,6	2,8	178
Helse Bergen HF	0,0	0,2	0,0	0,5	652
Helse Førde HF	0,0	15,8	0,0	10,5	19
<b>Helse Midt-Norge RHF</b>	<b>0,5</b>	<b>2,4</b>	<b>4,8</b>	<b>5,1</b>	<b>2 454</b>
Helse Midt-Norge, private	0,0	0,0	1,1	11,9	834
St. Olavs Hospital HF	0,1	0,0	12,7	3,1	814
Helse Nord-Trøndelag HF	3,8	18,9	1,9	0,3	318
Helse Møre og Romsdal HF	0,0	0,0	0,0	0,2	488
<b>Helse Nord RHF</b>	<b>3,5</b>	<b>5,4</b>	<b>0,5</b>	<b>8,3</b>	<b>1 308</b>
Helse Nord, private	0,0	0,0	0,0	2,3	175
Finnmarkssykehuset HF	0,0	3,3	1,1	26,4	91
Univ.sykehuset i Nord-Norge HF	5,8	4,4	0,0	6,2	794
Nordlandssykehuset HF	0,0	16,7	6,7	0,0	90
Helgelandssykehuset HF	0,0	10,8	0,0	19,6	158
<b>Landet</b>	<b>1,2</b>	<b>4,9</b>	<b>0,8</b>	<b>2,9</b>	<b>19 394</b>

## 4.2 Kvalitet i situasjon ved behandlingsstart

Enheter innen TSB-sektoren skal også rapportere en kartlegging av pasientens situasjon ved behandlingsstart (NPR-melding TSB – også kalt situasjonsdata). Store offentlige helseforetak som tilbyr TSB har lav kompletthet i rapportering av situasjon ved behandlingsstart. For de private behandlingsstedene er bildet motsatt. Nesten alle TSB-enheter som kun tilbyr rusbehandling rapporterer status for pasientens situasjon ved behandlingsstart. Dette er i all vesentlighet private avtaleinstitusjoner. For detaljer se kapittel 2.

NPR gjennomfører også kvalitetskontroller på mottatte data om pasientens situasjon ved behandlingsstart. På samme måte som for aktivitetsdata blir disse tilbakemeldt til enhetene. NPR kan på grunn av lav kompletthet i rapportering ikke presentere komplette situasjonsdata for 2016.

# VEDLEGG

**Vedlegg 1: Aktivitetstall i PHV-sektoren for alle helseforetak i 2016**

**Vedlegg 2: Aktivitetstall i TSB-sektoren for alle helseforetak i 2016**

**Vedlegg 3: Oversikt over enheter innen psykisk helsevern for voksne**

**Vedlegg 4: Oversikt over enheter innen TSB**

**Vedlegg 5: Begreper i rapporten**

## Vedlegg 1 - Aktivitetstall i PHV-sektoren for alle helseforetak i 2016

Helseregion	Utskrivninger fra institusjons-opphold (døgn)	Oppholds-døgn	Dag-opphold	Totalt	Poliklinisk kontakt				Antall pasienter
					Direkte, refusjonsberettigede	Direkte, ikke refusjonsberettigede	Indirekte, refusjonsberettigede	Indirekte, ikke refusjonsberettigede	
<b>Helse Sør-Øst</b>	<b>26 884</b>	<b>637 535</b>	<b>5 060</b>	<b>1 075 216</b>	<b>801 476</b>	<b>78 391</b>	<b>220 843</b>	<b>9 740</b>	<b>83 426</b>
Vestre Viken HF	3 631	83 207	189	127 072	102 006	2 356	22 617	93	11 452
Akershus universitetssykehus HF	3 657	62 191	0	150 278	109 699	5 089	34 075	1 415	10 797
Sykehuset Innlandet HF	3 992	90 131	103	126 658	99 773	4 283	21 579	1 023	11 032
Sykehuset Østfold HF	3 091	56 279	95	73 488	45 871	6 800	20 479	338	6 842
Sørlandet sykehus HF	3 542	54 429	3 893	120 741	92 602	5 912	22 215	12	8 261
Sykehuset Telemark HF	2 003	34 212	100	82 245	58 990	2 554	20 090	611	6 157
Sykehuset i Vestfold HF	1 523	30 951	53	91 047	65 739	1 458	20 447	3 403	6 750
Helse Sør-Øst RHF, Privat	3 651	152 622	133	193 541	143 903	9 003	39 057	1 578	17 501
Oslo universitetssykehus HF	1 794	73 513	494	110 146	81 025	7 697	20 160	1 264	8 468
<b>Helse Vest</b>	<b>13 014</b>	<b>252 978</b>	<b>8 337</b>	<b>336 552</b>	<b>263 457</b>	<b>29 508</b>	<b>59 887</b>	<b>7 478</b>	<b>28 064</b>
Helse Vest RHF, Privat	1 805	34 469	913	69 408	56 148	2 221	9 861	1 178	6 018
Helse Stavanger HF	3 603	77 817	2 229	100 429	71 210	3 796	20 183	5 240	7 989
Helse Fonna HF	2 492	39 614	357	44 837	29 861	4 171	9 996	809	4 325
Helse Bergen HF	2 492	74 491	3 473	93 070	78 252	2 310	12 405	103	7 758
Helse Førde HF	1 229	26 587	1 365	28 808	21 282	155	7 235	136	3 238
<b>Helse Midt-Norge</b>	<b>7 207</b>	<b>131 254</b>	<b>3 474</b>	<b>283 007</b>	<b>214 672</b>	<b>25 373</b>	<b>52 511</b>	<b>1 706</b>	<b>23 304</b>
Helse Midt RHF, Privat	0	0	2 933	0	0	0	0	0	200
St. Olavs Hospital HF	3 374	60 231	536	145 033	111 053	10 829	21 798	1 353	11 077
Helse Nord Trøndelag HF	1 257	24 016	1	52 411	38 095	846	13 412	58	4 607
Helse Møre og Romsdal HF	2 576	47 007	4	85 563	65 519	2 449	17 300	295	7 773
<b>Helse Nord</b>	<b>6 028</b>	<b>104 395</b>	<b>2 379</b>	<b>156 556</b>	<b>129 834</b>	<b>9 584</b>	<b>25 238</b>	<b>891</b>	<b>15 178</b>
Helse Nord RHF, Privat	283	22 646	0	1 328	1 272	56	0	0	246
Finnmarkssykehuset HF	100	3 744	1	24 507	18 857	132	5 291	227	213
Univ.sykehuset i Nord-Norge HF	646	20 154	210	63 468	52 193	704	10 414	157	1 143
Nordlandssykehuset HF	96	2 090	18	38 346	32 489	605	4 939	313	412
Helgelandssykehuset HF	94	2 343	6	28 907	23 938	339	4 439	191	210
<b>Landet</b>	<b>53 133</b>	<b>112 616 2</b>	<b>19 250</b>	<b>1 851 331</b>	<b>1 409 439</b>	<b>142 856</b>	<b>358 479</b>	<b>19 815</b>	<b>148 356</b>

## Vedlegg 2 - Aktivitetstall i TSB-sektoren for alle helseforetak i 2016

Helseregion	Utskrivninger fra institusjons-opphold (døgn)	Oppholds-døgn	Dag-opphold	Totalt	Poliklinisk kontakt				Antall pasienter
					Direkte, refusjonsberettigede	Direkte, ikke refusjonsberettigede	Indirekte, refusjonsberettigede	Indirekte, ikke refusjonsberettigede	
<b>Helse Sør-Øst</b>	<b>8 243</b>	<b>402 988</b>	<b>1 757</b>	<b>260 908</b>	<b>162 990</b>	<b>25 105</b>	<b>79 810</b>	<b>4 805</b>	<b>20 045</b>
Vestre Viken HF	502	16 197	128	22 326	16 695	297	5315	19	2 192
Akershus universitetssykehus HF	760	16 972	0	28 139	15 100	561	12 224	254	2 273
Sykehuset Innlandet HF	342	7 916	39	26 822	14 131	458	12 135	98	2 239
Sykehuset Østfold HF	392	10 557	0	27 927	18 669	432	8 798	28	2 171
Sørlandet sykehus HF	834	21 863	140	39 866	21 874	6 519	11 466	7	2 643
Sykehuset Telemark HF	104	331	0	121	62	2	57	0	116
Sykehuset i Vestfold HF	525	15 862	6	28 567	16 710	1 106	8 923	1 828	1 945
Helse Sør-Øst RHF, private	2 726	287 774	1 444	57 928	41 447	4 059	9 907	2 515	5 950
Oslo universitetssykehus HF	2 058	25 516	0	29 212	18 098	147	10 913	54	2 951
<b>Helse Vest</b>	<b>2 313</b>	<b>108 086</b>	<b>919</b>	<b>170 642</b>	<b>98 931</b>	<b>35 552</b>	<b>34 548</b>	<b>5 783</b>	<b>6 446</b>
Helse Vest RHF, Privat	1 952	79 712	700	34 638	21 999	3322	7 882	1 435	3 586
Helse Stavanger HF	65	10 025	123	30 863	17 520	634	9 389	3 320	1 328
Helse Fonna HF	0	0	13	9 669	4 531	281	3 936	921	639
Helse Bergen HF	296	108 086	83	95 421	54 603	27 444	13 286	88	2 102
Helse Førde HF	0	0	0	51	35	2	14	0	42
<b>Helse Midt-Norge</b>	<b>2 022</b>	<b>72 159</b>	<b>2 039</b>	<b>41 853</b>	<b>28 309</b>	<b>3 575</b>	<b>14 065</b>	<b>524</b>	<b>3 273</b>
Helse Midt-Norge RHF, Privat	864	40 746	832	10 964	6 823	369	3 413	359	1 161
St. Olavs Hospital HF	419	10 163	0	16 729	12 129	89	4 371	140	1 339
Helse Nord-Trøndelag HF	47	1 729	0	6 179	3 790	13	2 366	10	620
Helse Møre og Romsdal HF	692	19 521	1 207	7 981	3 919	336	3 711	15	833
<b>Helse Nord</b>	<b>1 219</b>	<b>50 977</b>	<b>235</b>	<b>18 499</b>	<b>9 979</b>	<b>1 774</b>	<b>8 347</b>	<b>58</b>	<b>1 975</b>
Helse Nord RHF, Privat	283	22 646	0	0	0	0	0	0	246
Finnmarkssykehuset HF	100	3 744	1	780	482	3	290	5	213
Univ.sykehuset i Nord-Norge HF	646	20 154	210	10 654	4 986	67	5 595	6	1 143
Nordlandssykehuset HF	96	2 090	18	4 692	3 275	59	1 324	34	412
Helgelandssykehuset HF	94	2 343	6	2 373	1 212	19	1 129	13	210
<b>Landet</b>	<b>13 797</b>	<b>634 210</b>	<b>4 950</b>	<b>491 902</b>	<b>300 209</b>	<b>66 006</b>	<b>136 770</b>	<b>11 170</b>	<b>31 416</b>



## Vedlegg 3 - Oversikt over enheter innen psykisk helsevern for voksne

### Helse Vest

#### Helseforetak som har rapportert årsdata 2016:

- Stavanger HF
- Bergen HF
- Fonna HF
- Førde HF

#### Private behandlingssteder som har rapportert årsdata 2016:

- Betanien DPS
- Jæren DPS
- Olaviken alderspsykiatriske sykehus
- Solli DPS
- Voss DPS, NKS Bjørkeli

### Helse Nord

#### Helseforetak som har rapportert årsdata 2016:

- Finnmarkssykehuset HF  
Felles rapportering (Midt-Finnmark DPS, Vest-Finnmark DPS og Øst-Finnmark DPS)
- Nordlandssykehuset HF  
Felles rapportering (Lofoten DPS, Vesterålen DPS og VOP Salten/Bodø)
- Helgelandssykehuset HF  
Felles rapportering (Mo i Rana, Mosjøen, Sandnessjøen)
- Universitetssykehuset i Nord-Norge HF

#### Private behandlingssteder som har rapportert årsdata 2016:

- Kløveråsen
- Viken senter for psykiatri og sjelesorg

## Helse Sør-Øst RHF

### Helseforetak som har rapportert årsdata 2016:

- Akershus universitetssykehus HF
- Oslo universitetssykehus HF
- Sykehuset Innlandet HF
- Sykehuset i Vestfold HF
- Sykehuset Telemark HF
- Sykehuset Østfold HF
- Sørlandet Sykehus HF
- Vestre Viken HF

### Private behandlingssteder som har rapportert årsdata 2016:

- Diakonhjemmet
- Lovisenberg
- Manifestsenteret
- Modum Bad
- Bergfløtt Behandlingssenter
- Furukollen psykiatriske senter
- Grefsenlia bo- og behandlingssenter
- Friskstiftelsen
- Oppfølgingsenheten Frisk
- Senter for Stress og traumepsykologi
- Skjelfoss psykiatriske senter
- Unicare Psykolog

## Helse Midt-Norge

### Helseforetak som har rapportert årsdata 2016:

- Helse Nord-Trøndelag HF
- Helse Møre og Romsdal HF
- St. Olavs Hospital HF

### Private behandlingssteder som har rapportert årsdata 2016:

- Betania Malvik

## Vedlegg 4 - Oversikt over enheter innen TSB

### Helse Nord

#### Helseforetak som har rapportert årsdata 2016:

- Finnmarkssykehuset HF
- Nordlandssykehuset HF
- Helgelandssykehuset HF
- Universitetssykehuset i Nord-Norge HF

#### Private behandlingssteder som har rapportert årsdata 2016:

- Sigma Nord
- Finnmarkskollektivet

### Helse Midt-Norge

#### Helseforetak som har rapportert årsdata 2016:

- St. Olavs Hospital HF
- Helse Møre og Romsdal HF
- Helse Nord-Trøndelag HF

#### Private behandlingssteder som har rapportert årsdata 2016:

- Lade behandlingssenter
- Kvamsgrindkollektivet

### Helse Vest

#### Helseforetak som har rapportert årsdata 2016:

- Bergen HF
- Fonna HF
- Førde HF
- Stavanger HF

#### Private behandlingssteder som har rapportert årsdata 2016:

- 12 trinnsklinikken
- Bergensklinikkene
- Frelsesarmeen Stavanger
- Haugaland A-senter
- Kalfaret behandlingssenter
- Karmsund ABR-senter
- Rogaland A-senter
- Kirkens sosialtjeneste TSB Stavanger

## Helse Sør-Øst

### Helseforetak som har rapportert årsdata 2016:

- Akershus universitetssykehus HF
- Oslo universitetssykehus HF
- Sykehuset i Vestfold HF
- Sykehuset Innlandet HF
- Sykehuset Telemark HF
- Sykehuset Østfold HF
- Sørlandet Sykehus HF
- Vestre Viken HF

### Private behandlingssteder som har rapportert årsdata 2016:

- A-senteret
- Blå Kors Eina
- Blå Kors senter
- Borgestadklinikken
- Fossumkollektivet
- Fredheim
- Frelsesarmeen Fetsund
- Incognito klinikk
- Kvinnekollektivet Arken
- Origosenteret
- Stiftelsen Phoenix
- Renåvangen
- Riisby
- Samtun
- Solliakollektivet
- Trasoppklinikken
- Tyrilistiftelsen
- Valdresklinikken
- Veslelien
- Blå Kors Slemdal

## Vedlegg 5 - Begreper i rapporten

- **NPR-melding (aktivitetsdata)**

Rapporteringsformat for data fra spesialisthelsetjenesten til Norsk pasientregister. I rapporten brukes en del begreper som er hentet fra dette rapporteringsformatet. Noen av disse begrepene er forklart nedenfor.

- **Situasjonsdata - NPR-melding**

Dette er en egen NPR-melding og rapporteres uavhengig av aktivitetsdata. Pasientens situasjon skal kartlegges ved oppstart av behandling for rusproblematikk. Kartleggingen omfatter blant annet rusmiddel- og medikamentbruk, fysisk og psykisk helse, boforhold, graviditet og antall barn under 18 år i samme boenhet. De innhentede opplysningene er basert på pasientens egenvurdering, og reliabiliteten avhenger av pasientens evne til å avgi korrekt informasjon.

- **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. Med indirekte kontakt menes en aktivitet der pasienten ikke er fysisk til stede (bl.a. telefonsamtale, e-post og videokonferanse, møte mellom fagpersoner). 4 av 5 av de indirekte kontaktene er telefonsamtaler.

- **Tilstand/diagnose**

Det som vanligvis kalles diagnose, heter i NPR-melding "tilstand". NPR skal ha innrapportert pasientens hovedtilstand og eventuelle bitilstander. Tilstand/diagnose rapporteres for hver enkelt episode.

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

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

[Veileder for rapportering i tverrfaglig spesialisert rusbehandling tsb](#)



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

**Telefon:** +47 810 20 050

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

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

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