



Aktivitetsdata for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2017

Norsk pasientregister



Publikasjonens tittel: Aktivitetsdata for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2017

Utgitt: 03/2018

Bestillingsnummer: IS-2709

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

Forfattere: Indergård, Per Jørgen
Urfjell, Bente

Illustrasjon: Indergård, Per Jørgen

INNHold

INNHold	2
INNLEDNING	4
SAMMENDRAG	6
1. AKTIVITETSDATA PSYKISK HELSEVERN FOR VOKSNE	8
1.1 Aktivitetsnivå	8
1.2 Kjønn og aldersfordeling	10
1.3 Hovedtilstand	11
1.4 Henvisningsformalitet	13
1.5 Individuell plan	15
2. TVERRFAGLIG SPESIALISERT RUSBEHANDLING	16
2.1 Aktivitetsnivå	16
2.2 Kjønn og aldersfordeling	18
2.3 Hovedtilstand	19
2.4 Individuell plan	20
2.5 Situasjonsdata	22

2.6	Bruk av data	23
2.6.1.1	Mest brukte rusmiddel/medikament	23
2.6.1.2	Alder ved behandlingsstart og debutalder	24
3.	KOMPLETTHET OG DATAKVALITET – PSYKISK HELSVERN FOR VOKSNE	26
3.1	Generelt om datamottaket for årsdata 2017	26
3.2	Mangler i komplettethet og kvalitet	26
3.2.1	Ikke levert data eller data på avvikende format	27
3.2.2	Informasjon mangler på enkeltområder	27
3.2.3	Kvalitet og komplettethet oppsummert	31
3.2.4	Hva gjør NPR for å sikre god kvalitet på data fra psykisk helsevern?	31
4.	KOMPLETTHET OG DATAKVALITET I TVERRFAGLIG SPESIALISERT RUSBEHANDLING	33
4.1	Kvalitet aktivitetsdata	33
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	36
4.2	Kvalitet i pasientens situasjon ved behandlingsstart	37
VEDLEGG		38

INNLEDNING

Denne rapporten tar for seg aktivitetsdata for 2017 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 2017 og å dokumentere kvalitet og kompletthet i datamaterialet.

Behandlingsaktivitet innenfor psykisk helsevern for voksne i regi av private avtalespesialister inngår ikke i datagrunnlaget for denne rapporten. Denne aktiviteten hos de private avtalespesialistene (psykologer og psykiatere) omtales i en egen rapport.

I kapittel 1 presenteres aktivitetsdata for psykisk helsevern for voksne. Vi presenterer data om behandlingsaktivitet og pasienter som fikk helsehjelp innen psykisk helsevern for voksne i 2017 sammenliknet med 2016-tallene.

Kapittel 2 omhandler aktivitetsdata og situasjonsdata for TSB i 2017 med utvikling fra 2016.

Kapitlene 3 og 4 inneholder dokumentasjon av 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, særlig fordi datagrunnlaget på flere sentrale områder er mangelfullt. Data som rapporteres til NPR brukes til en rekke formål, blant annet for styringsinformasjon hos 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 både faglige og organisatoriske.

I rapporten er psykisk helsevern voksne 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 28,5 prosent av døgnopphold og 7,2 prosent av dagopphold/polikliniske konsultasjoner der pasientens hovedtilstand er rusrelatert, finner sted i PHV-sektoren. 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 2017. 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	71,6	28,4	22 428	91,1	8,9	428 880
F630 Patologisk spillelidenskap	28,9	71,1	38	93,6	6,4	10 944
Z50.30 Oppmøte for utdeling av LAR-medikament			0	100,0	0,0	97 635
SUM	71,5	28,5	22 466	92,8	7,2	537 459

SAMMENDRAG

Psykisk helsevern for voksne 2017:

Over 150 000 personer mottok behandling i psykisk helsevern for voksne (PHV) basert på opplysninger rapportert til Norsk pasientregister. Dette var en økning på 1,4 prosent fra året før. Selv om flere pasienter får helsehjelp, er det en nedgang i både oppholdsdøgn og polikliniske kontakter.

Hovedtrekk:

- Antall pasienter fortsetter å øke
- Antall utskrivinger øker
- Antall oppholdsdøgn reduseres
- Dagbehandlingen øker, men bruken av dagbehandling varierer mye
- Poliklinisk behandling reduseres noe

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) 2017:

Over 33 000 personer mottok behandling innen TSB. Dette var en økning på 5,7 prosent fra året før. Økningen skjer i alle helseregionene.

Hovedtrekk:

- Antall pasienter øker sammenliknet med året før
- Antall utskrivinger øker
- Oppholdsdøgnene øker noe
- Polikliniske konsultasjoner øker
- Dagbehandling øker

Kvalitet og kompletthet:

Det er ingen store endringer i datakvalitet og kompletthet i 2017 sammenliknet med fjoråret. Alle rapporteringspliktige enheter har sendt inn sine data, noe som gir god oversikt over den samlede behandlingsaktiviteten. Så godt som alle pasienter er rapportert med fødselsnummer som gir svært god oversikt over antall pasienter.

I rapporten gjøres det rede for 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.

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 2016 og 2017, med omtale av alle omsorgsnivå.

1.1 Aktivitetsnivå

På nasjonalt nivå viser tabellen under følgende:

- Antall pasienter fortsetter å øke
- Antall utskrivinger øker
- Antall oppholdsdøgn reduseres
- Dagbehandlingen øker, men bruken av dagbehandling varierer mye
- Poliklinisk behandling reduseres noe

Tallene under viser at over 150 000 personer fikk helsehjelp innen psykisk helsevern for voksne i 2017. Antall pasienter økte i alle helseregionene med unntak av Helse Sør-Øst, og på landsbasis var veksten på 1,4 prosent.

Det er videre en økning i antall utskrivinger fra institusjonsopphold på 1,6 prosent, og en reduksjon på 5,6 prosent i antall oppholdsdøgn fra 2016 til 2017 landet sett under ett. Selv om det er flere pasienter som får helsehjelp, ser vi en nedgang i både oppholdsdøgn og polikliniske kontakter.

Tabell 1.1: Antall utskrivinger, oppholdsdøgn, dagopphold, polikliniske kontakter og indirekte kontakter og antall pasienter per region. 2017 med prosent endring fra 2016.

	Helse Sør-Øst		Helse Vest		Helse Midt-Norge		Helse Nord		Kun FBV		Landet	
	2017	Endr. fra 2016 (%)	2017	Endr. fra 2016 (%)	2017	Endr. fra 2016 (%)	2017	Endr. fra 2016 (%)	2017	Endr. fra 2016 (%)	2017	Endr. fra 2016 (%)
Antall pasienter¹	83 133	-0,3	29 433	4,9	24 085	3,4	15 383	1,4	60		150 440	1,4
Utskrivninger²	27 951	3,8	12 279	-5,6	7 471	3,7	6 349	4,9	20		54 070	1,6
Oppholdsdøgn	578 489	-9,3	236 221	-6,6	127 992	-2,5	110 392	5,7	10 327		1 063 421	-5,6
Dagbehandling	6 500	28,5	10 673	28,0	4 009	15,4	1 310	-44,9			22 492	16,8
Polikliniske kontakter	1 050 555	-2,3	345 454	2,6	283 759	0,2	157 835	0,8			1 837 603	-0,7
- Direkte	831 874	-1,5	276 289	2,5	230 075	0,5	128 597	-1,5			1 466 835	-0,5
- Indirekte	218 681	-5,1	69 165	3,0	53 684	-1,0	29 238	12,6			370 768	-1,9

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

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

FBV=Fritt behandlingsvalg: Dette er enheter som ikke har avtale om leveranse av helsehjelp med noe regionalt helseforetak, men som er leverandør i godkjenningsordningen Fritt behandlingsvalg. All aktivitet fra enheter som både har avtale med regionalt helseforetak og er med i godkjenningsordningen Fritt behandlingsvalg ligger i respektive regioner. Det betyr at kolonnen «Kun FBV» ikke beskriver all aktivitet i godkjenningsordningen FBV.

For behandling på poliklinikk var det en på landsbasis en reduksjon i alle regioner, både i de direkte og de indirekte polikliniske kontaktene. Ser en på helseregionene varierer det noe da Helse Vest rapporterer en økning i både direkte og indirekte polikliniske kontakter, mens Helse Midt-Norge har en økning på over 12 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.

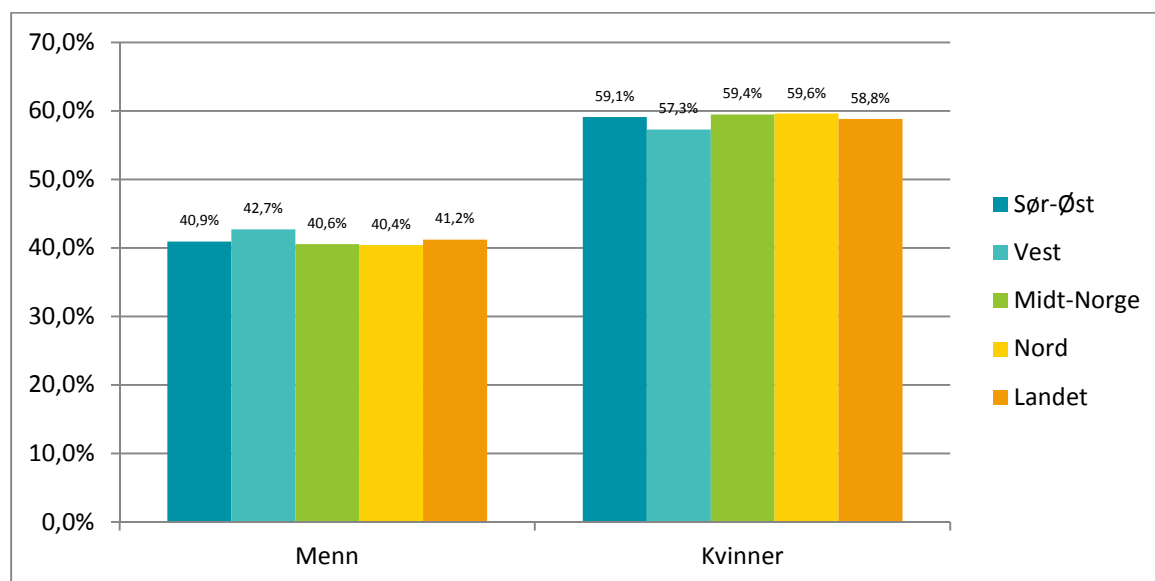
Den rapporterte dagbehandlingen varierer mye år for år, og mellom helseregionene. Tallene for 2017 viser at antall dagopphold øker på landsbasis. Det har lenge vært usikkerhet rundt registreringspraksis i dagbehandling kontra registrering av polikliniske kontakter, og som tallene viser varierer registreringspraksis mellom helseforetakene også i 2017. Det er økning i alle helseregionene bortsett fra for helse Midt-Norge som nesten har en halvering sammenliknet med året før.

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 aktiviseringstilbud) 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 2017.

Fordelingen mellom kjønnene er omtrent lik i regionene og 6 av 10 pasienter innen psykisk helsevern for voksne er kvinner. 280 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 2016 fordelt per bostedsregion.

Tabell 1.2: Antall og andel pasienter fordelt etter alder og bostedsregion i 2017 med prosentvis endring fra 2016.

Alders- grupper	Bostedsregion					Pasienter totalt		
	Sør-Øst %	Vest %	Midt- Norge %	Nord %	Uten registrert bosted %	Antall pasienter	Andel av alle pasienter %	Endring fra 2016 %
0-17 år	0,5	1,4	0,2	1,6	1,4	1 149	0,8	-8,4
18-29 år	31,8	34,5	35,1	34,1	24,3	49 725	33,1	4,6
30-39 år	22,7	22,0	21,1	19,7	32,1	33 159	22,0	1,9
40-49 år	19,0	16,7	16,6	17,5	20,4	27 170	18,1	-2,2
50-59 år	13,1	11,7	11,4	12,2	13,9	18 738	12,5	-1,0
60-69 år	6,0	6,5	6,9	7,1	6,4	9 586	6,4	-0,1
70-79 år	4,1	4,2	4,8	4,2	1,4	6 351	4,2	4,5
80 år og eldre	2,7	2,9	3,9	3,7	0,0	4 562	3,0	-1,1
Total	82 343	28 950	23 370	15 497	280	150 440	100,0	1,4

Tabellen viser pasienter i psykisk helsevern for voksne fordelt på aldersgrupper og bostedsregion. Vi ser størst økning i aldersgruppene mellom 18-29 år og 70-79 år. Pasienter under 18 år har sitt hovedtilbud i psykisk helsevern for barn og unge, og antall pasienter under 18 som har mottatt behandling innen psykisk helsevern for voksne reduseres med over 8 prosent sammenliknet med tall fra 2016. Pasienter uten bostedsinformasjon (280) 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 Har samme utbredelse.

Tabell 1.3: Hovedtilstand: Alle episoder fordelt på døgn og dag/poliklinikk. Prosent 2017. Tall fra enheter som kun leverer til FBV er med i landstallene.

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
Hovedtilst. ikke kodet (%)	7,1	0,1	2,7	,1	2,0	,0	7,5	0,1	5,4	0,1
Z-koder (%)	1,2	1,2	0,4	,6	1,4	3,0	3,1	0,3	1,2	1,3
Antall episoder totalt	30248	1057055	14613	356127	8098	287768	6810	159145	59830	1860095
I beregningen av andelene videre i tabellen er episoder uten informasjon om hovedtilstand tatt ut av grunnlaget										
F00-F09 Organiske, inklusive symptomatiske, psykiske lidelser	2,5	1,0	1,9	0,5	2,2	1,2	1,7	0,7	2,2	0,9
F10-F19 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer	11,6	1,8	12,0	3,1	10,8	1,7	9,3	2,2	11,4	2,1
F20-F29 Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser	24,2	16,3	28,2	18,0	23,8	14,5	29,1	10,8	25,7	15,9
F30-F39 Affektive lidelser - stemningslidelser	24,1	23,8	29,7	28,4	23,7	21,4	23,2	23,5	25,3	24,3
F40-F48 Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser	18,8	25,3	12,5	22,8	15,1	22,0	19,4	24,4	16,8	24,3
F50-F59 Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer	2,7	3,4	1,3	3,2	2,4	4,4	1,9	2,9	2,2	3,4
F60-F69 Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne	8,8	9,0	9,8	6,6	10,9	8,4	9,1	6,1	9,4	8,2
F70-F79 Psykisk utviklingshemning	1,1	0,4	0,9	0,7	1,1	1,1	1,0	0,5	1,1	0,6
F80-F89 Utviklingsforstyrrelser	1,2	1,1	0,9	1,8	2,0	2,1	1,0	1,5	1,2	1,4
F90-F98 Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyr. barn/ungd.alder	1,4	3,5	0,8	3,4	1,5	5,2	1,1	3,6	1,3	3,7
F99 Uspesifisert psykisk forstyrrelse eller lidelse	0,3	0,1	0,2	0,5	0,7	0,2	0,1	0,2	0,3	0,2
G00-G99 Sykdommer i sentralnervesystemet	0,8	0,5	1,0	0,4	1,8	1,5	1,0	0,9	1,0	0,7
R00-R99 Symptomer, tegn, unormale kliniske funn, ikke klassifisert annet sted	1,9	13,7	0,5	10,4	3,6	15,8	1,3	22,5	1,7	14,1
Andre tilstander enn Fxx, Gxx, Rxx og Zxx	0,5	0,2	0,3	0,2	0,6	0,5	0,7	0,1	0,5	0,2

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 5,4 prosent av døgnepisodene, tilsvarende andel for dagbehandling/poliklinikk var på 0,1 prosent. Helse Nord og Helse Sør-Øst har en noe større andel episoder som ikke er kodet med en hovedtilstand for sine døgnopphold. Koding av hovedtilstand har hatt en positiv utvikling de siste årene.

Innsatsstyrt finansiering (ISF) ble innført for poliklinisk aktivitet for psykisk helsevern voksne for 2017. For at en poliklinisk kontakt skal bli inkludert i grunnlaget for beregning i finansieringsordningen må det være rapportert en meningsbærende tilstandskode for kontakter. Sammen med innføringen av ISF ble det presisert at de aller fleste Z-koder kun skal brukes hvis symptomer og lidelser er utelukket. Hvis man ikke har påvist en lidelse, men ser symptomer, skal koder i kapittel R i ICD-10 brukes. Vi ser en økt kompletthet i rapporteringen av hovedtilstandskode etter dette. Vi ser også en avtagende bruk av Z-koder og en økning i bruk av R-koder.

1.4 Henvisningsformalitet

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 2017 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 2017. Prosent.

Helseregion	Helse Sør-Øst %	Helse Vest %	Helse Midt-Norge %	Helse Nord %	Landet %
Mangler rapportering (%)	13,3	10,6	42,1	20,5	17,3
Totalt antall henvisninger	101 257	32 226	22 731	15 931	172 145
	I beregningen av andelene videre i tabellen er henvisninger uten informasjon om henvisningsformalitet tatt ut av grunnlaget				
Frivillig	93,2	89,6	92,1	91,9	92,3
Tvungen observasjon	5,0	7,1	6,2	5,0	5,5
Dømt til tvungen behandling/omsorg	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1
Barnevernloven	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Gjennomføring av straff i institusjon eller sykehus	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Tvang med samtykke	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
Tvungen psykisk helsevern	1,7	3,0	1,3	3,0	2,1
Fylkesnemndsvedtak om tilbakehold av rusmiddelavhengig i institusjon uten eget samtykke	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0

Henvisningsformalitet er ikke komplett rapportert. På landsbasis mangler opplysningen for 17,3 prosent av nye henvisninger i 2017. Som siste år skiller Helse Midt-Norge seg ut med svært lav komplettethet i rapportering av henvisningsformalitet, men vi ser en bedring i komplettetheten.

På nasjonalt nivå er 92,3 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 2017 er inkludert.

Tabell 1.5: Status for individuell plan for siste episode i siste avsluttede henvisningsperiode for hver pasient. Prosent per helseregion og landet. 2017. Tall fra enheter som kun leverer til FBV er med i landstallene.

Status Individuell plan	Helse Sør-Øst %	Helse Vest %	Helse Midt-Norge %	Helse Nord %	Landet %
Mangler registrering	51,8	74,9	87,2	81,7	64,3
Pasient oppfyller ikke kriteriene	39,9	16,3	8,4	13,2	28,2
Pasienten er informert men avslag/samtykke foreligger ikke	0,1	0,0	0,0	0,2	0,1
Ønsker ikke individuell plan eller har ikke gitt samtykke	1,6	1,1	1,9	0,8	1,5
Pasienten ønsker IP, samtykke foreligger. Ingen annen aksjon er utført	0,1	0,1	0,0	0,2	0,1
Melding om behov for IP er sendt kommunen	0,5	0,5	0,0	0,4	0,4
Arbeid med individuell plan påbegynt	2,6	2,9	0,3	1,6	2,2
Individuell plan foreligger	2,8	3,7	0,8	1,5	2,5
IP er ikke vurdert	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0
Ukjent med status for individuell plan	0,6	0,6	1,5	0,4	0,7
Antall pasienter med avsluttede henvisningsperioder i 2017	51 945	17 906	13 953	8 629	91 629

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 i underkant av 5 prosent av pasientene. Men usikkerheten i tolkingen er 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:

- Antall pasienter øker sammenliknet med året før
- antall utskrivinger øker
- Oppholdsøgnene øker noe
- Polikliniske konsultasjoner øker
- Dagbehandling øker

I overkant av 33 000 personer mottok behandling innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i 2017. Dette tilsvarer en økning på 5,7 prosent fra året før. Økningen i antall pasienter skjer i alle helseregionene.

Tabell 2.1: Antall utskrivinger, oppholdsdøgn, dagopphold, polikliniske kontakter og indirekte kontakter og antall pasienter per region. 2017 med prosent endring fra 2016.

	Helse Sør-Øst		Helse Vest		Helse Midt-Norge		Helse Nord		Kun FBV		Landet	
	2017	Endr. fra 2016 (%)	2017	Endr. fra 2016 (%)	2017	Endr. fra 2016 (%)	2017	Endr. fra 2016 (%)	2017	Endr. fra 2016 (%) ³⁾	2017	Endr. fra 2016 (%)
Antall pasienter¹	21 489	7,3	6 610	3,0	3 321	1,5	2 065	4,6	176	64,5	33 191	5,7
Utskrivinger²	8 504	3,0	2 699	21,2	1 971	-2,5	1 206	-1,3	142	61,4	14 522	5,1
Oppholdsdøgn	390 158	-3,2	114 101	13,9	68 801	-4,7	7 936	1,4	16959	113,7	641 718	1,2
Dagbehandling	1 410	-19,7	2 980	224,3	2 430	19,2	215	-8,5			7 035	42,1
Polikliniske kontakter	329 872	26,4	194 409	13,9	43 299	3,4	20 159	9,0			587 739	19,5
- Direkte	232 083	31,6	147 797	13,4	27 267	-0,8	11 054	9,4			418 201	21,5
- Indirekte	97 789	15,7	46 612	15,7	16 032	11,4	9 105	8,4			169 538	14,9

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

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

³⁾ Endring fra 2016 skyldes 12-trinnsklinikken i Helse Vest som rapporterte FBV-tall i 2016.

FBV=Fritt behandlingsvalg: Dette er enheter som ikke har avtale om leveranse av helsehjelp med noe regionalt helseforetak, men som er leverandør i godkjenningsordningen Fritt behandlingsvalg. All aktivitet fra enheter som både har avtale med regionalt helseforetak og er med i godkjenningsordningen Fritt behandlingsvalg ligger i respektive regioner. Det betyr at kolonnen «Kun FBV» ikke beskriver all aktivitet i godkjenningsordningen FBV.

Både antall polikliniske konsultasjoner og antall døgnbehandlinger økte innen TSB. Mye av økningen skyldes at flere sykehus nå deler ut LAR-medikamenter i egen poliklinikk i stedet for via apotek. Det er en økning i antall utskrivinger fra institusjonsopphold på 5,1 prosent, og en økning på 1,2 prosent i antall oppholdsdøgn i 2017 landet sett under ett. Når det er mindre økning i liggetid enn i antall utskrivinger vil hvert opphold være kortere.

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

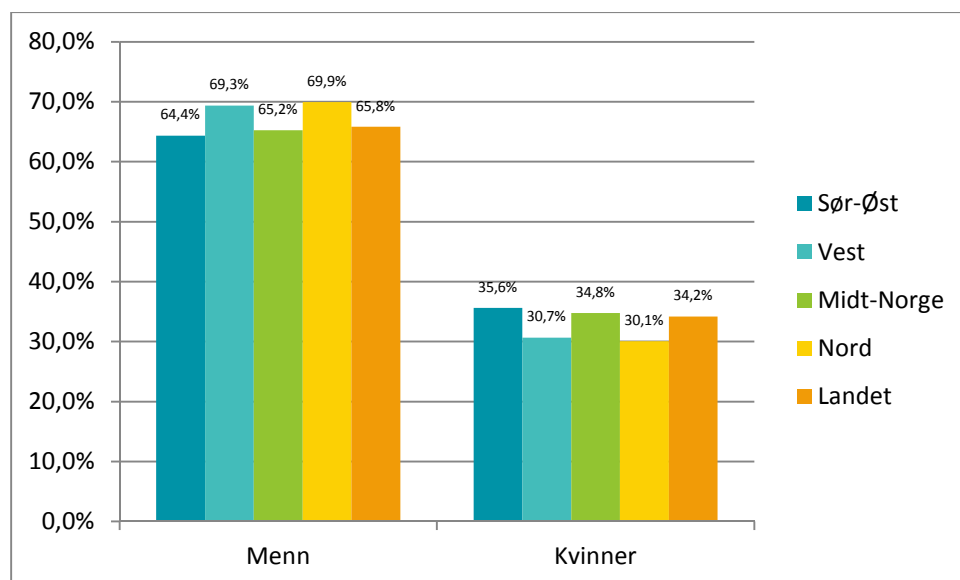
Med indirekte kontakt menes en aktivitet der pasienten ikke fysisk er til stede (bl.a. telefonsamtale, e-post og videokonferanse, møte mellom fagpersoner). Telefonsamtale er den kontakten som skjer oftest.

Omfanget av dagopphold innen TSB har variert mye siden 2010. 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 2017.

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 2016, og også i 2017 var andelen menn høyest i Nord og lavest i Sør-Øst.

Tabell 2.2: Antall og andel pasienter fordelt etter alder og bostedsregion i 2017 med prosentvis endring fra 2016

Alders-grupper	Bostedsregion					Pasienter totalt		
	Sør-Øst %	Vest %	Midt-Norge %	Nord %	Uten registrert bosted %	Antall pasienter	Andel av alle pasienter %	Endring fra 2016 %
0-17 år	0,6	0,6	0,5	0,1	2,9	195	0,6	-1,0
18-22 år	6,3	6,6	7,5	6,7	0,0	2 167	6,5	3,8
23-29 år	16,2	17,9	17,3	17,5	8,6	5 560	16,8	5,0
30-39 år	24,0	26,3	23,2	26,1	37,1	8 136	24,5	8,2
40-49 år	23,5	23,5	23,0	22,7	17,1	7 762	23,4	3,1
50-59 år	19,9	17,4	18,1	17,8	22,9	6 331	19,1	5,9
60-69 år	7,7	6,7	8,5	8,2	11,4	2 529	7,6	7,7
70 og eldre	1,7	0,9	2,0	0,9	0,0	511	1,5	12,8
Total	21 158	6 590	3 313	2 095	35	33 191	100,0	5,7

33 191 pasienter fikk behandling i TSB-sektoren i 2017. Aldersfordelingen er omtrent som foregående år. Andelen av pasientene mellom 30-39 år mest. Det er relativt sett flere eldre over 70 år som får behandling sammenliknet med 2016, men denne aldersgruppen er liten. 35 pasienter uten bostedsinformasjon er også med i regionfordelingen. Pasienter under 18 år har sitt hovedtilbud i psykisk helsevern for barn og unge.

2.3 Hovedtilstand

Ved hver episode innen TSB skal det rapporteres 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. 2017. . Tall fra enheter som kun leverer til FBV er med i landstallene.

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
Hovedtilst. ikke kodet (%)	7,1	0,3	10,7	0,1	2,3	0,2	15,3	0,9	7,7	0,2
Z-koder	0,3	1,5	0,2	1,1	0,4	3,7	1,2	0,1	0,3	1,5
Antall episoder totalt	10593	331282	3605	197389	2507	45729	1377	20374	18286	594774
I beregningen av andelene videre i tabellen er episoder uten informasjon om hovedtilstand tatt ut av grunnlaget										
F10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av alkohol	38,4	21,3	33,0	10,6	51,4	27,9	51,6	15,8	40,3	18,0
F11 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av opiater	29,3	25,3	27,6	38,3	14,7	27,3	18,3	45,7	25,9	30,5
F12 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av cannabinoider	6,9	8,1	7,1	5,0	9,5	10,2	5,7	4,7	7,2	7,1
F13 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av sedativa og hypnotika	5,1	2,4	10,0	1,6	5,9	3,3	2,2	1,6	5,9	2,2
F14 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av kokain	0,8	0,5	0,3	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,5	0,3
F15 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av andre stimulanter, inkl. kaffein	7,0	3,8	8,0	2,8	9,0	6,4	7,2	2,7	7,5	3,7
F19 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av flere stoffer	7,7	4,6	10,1	4,0	5,7	10,7	9,9	6,8	8,2	5,0
F630 Patologisk spillelidenskap	0,0	2,1	0,0	0,9	0,0	2,8	0,2	1,8	0,1	1,8
F99 Uspesifisert psykisk forstyrrelse eller lidelse	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Øvrige F-koder	4,3	16,9	3,6	6,1	3,6	8,3	3,6	11,0	4,0	12,4
R00-R99 Symptomer, tegn, unormale kliniske funn, ikke klassifisert annet sted	0,1	2,5	0,0	0,8	0,1	3,0	0,3	9,5	0,1	2,2
Z50.30 Oppmøte for utdeling av LAR-medikament	0,0	12,3	0,0	29,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	16,7
Andre diagnoser enn Fxx, Gxx, Rxx og Zxx	0,5	0,0	0,3	0,1	0,1	0,0	1,2	0,3	0,5	0,1

Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av alkohol (F10) og opiater (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 døgninnleggelse enn de andre helseregionene.

Når det gjelder adferdsforstyrrelser knyttet til opiater 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.

Videre viser Z50.30 - Oppmøte for utdeling av LAR-medikament – innslag av denne koden i Helse Sør-Øst og i Helse Vest og da henholdsvis i Helse Bergen, Sykehuset Østfold og i Helse Fonna.

Det er fortsatt en stor andel episoder i døgnbehandling der det ikke er rapportert informasjon om hovedtilstand (7,7 prosent). For poliklinikk/dagbehandling er det nært komplett rapportering av hovedtilstandskode. Det er utarbeidet egen kvalitetsindikator for rapportering av hovedtilstand - se helsenorge.no

Innsatsstyrt finansiering (ISF) ble innført for poliklinisk aktivitet for psykisk helsevern voksne for 2017. For at en poliklinisk kontakt skal bli inkludert i grunnlaget for beregning i finansieringsordningen må det være rapportert en meningsbærende tilstandskode for kontakter. Sammen med innføringen av ISF ble det presisert at de aller fleste Z-koder kun skal brukes hvis symptomer og lidelser er utelukket. Hvis man ikke har påvist en lidelse, men ser symptomer, skal koder i kapittel R i ICD-10 brukes. Vi ser en økt kompletthet i rapporteringen av hovedtilstandskode etter dette. Vi ser også en avtagende bruk av Z-koder og en økning i bruk av R-koder.

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 2017. Tall fra enheter som kun leverer til FBV er med i landstallene.

Status Individuell plan	Helse Sør-Øst %	Helse Vest %	Helse Midt-Norge %	Helse Nord %	Landet %
Mangler registrering	44,2	33,6	36,4	63,5	42,7
Pasient oppfyller ikke kriteriene	32,8	24,7	8,4	17,4	27,6
Pasienten er informert men avslag/samtykke foreligger ikke	0,3	0,9	2,8	0,4	0,7
Ønsker ikke individuell plan eller har ikke gitt samtykke	3,0	4,2	6,0	5,7	3,7
Pasienten ønsker IP, samtykke foreligger. Ingen annen aksjon er utført	0,6	1,7	0,8	1,2	0,9
Melding om behov for IP er sendt kommunen	0,9	2,1	1,3	0,7	1,2
Arbeid med individuell plan påbegynt	7,7	5,9	3,1	4,8	6,6
Individuell plan foreligger	6,0	8,6	9,5	2,5	6,6
IP er ikke vurdert	0,5	1,5	7,5	0,1	1,4
Ukjent med status for individuell plan	4,0	16,7	24,1	3,6	8,5
Antall pasienter med avsluttede henvisningsperioder i 2017	10 025	2 978	1 728	949	15 618

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 13,2 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 overvåkingscenter for narkotika; EMCDDA.

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

Den mangelfulle rapporteringen er i hovedsak knyttet til offentlige enheter innen TSB-sektoren.

Tabell 2.5: Rapporteringsvolum aktivitets- og situasjonsdata. Antall. 2017 med prosentvis endring fra 2016

Helseregion	Pasienter med nye henvisninger og som er tatt til behandling i året	Pasienter med rapporterte kartlegginger
Helse Sør-Øst	9 605	3 225
<i>Endring fra 2016 (%)</i>	1,9	-3,5
Helse Vest	2 860	1 913
<i>Endring fra 2016 (%)</i>	-1,9	-1,5
Helse Midt-Norge	1 713	1 681
<i>Endring fra 2016 (%)</i>	-0,5	-5,2
Helse Nord	1 049	417
<i>Endring fra 2016 (%)</i>	-5,5	17,8
Kun FBV-avtale	137	27
Landet	15 137	7 166
<i>Endring fra 2016 (%)</i>	0,5	-2,3

FBV=Fritt behandlingsvalg: Dette er enheter som ikke har avtale om leveranse av helsehjelp med noe regionalt helseforetak, men som er leverandør i godkjenningsordningen Fritt behandlingsvalg. Alle kartlegginger på enheter som både har avtale med regionalt helseforetak og er med i godkjenningsordningen Fritt behandlingsvalg ligger i respektive regioner. Det betyr at kolonnen «Kun FBV» ikke beskriver alle kartlegginger i godkjenningsordningen FBV.

Rapporteringsvolumet for situasjonsdata for 2017 svakt avtagende. Dette er en trend vi har sett over noen år.

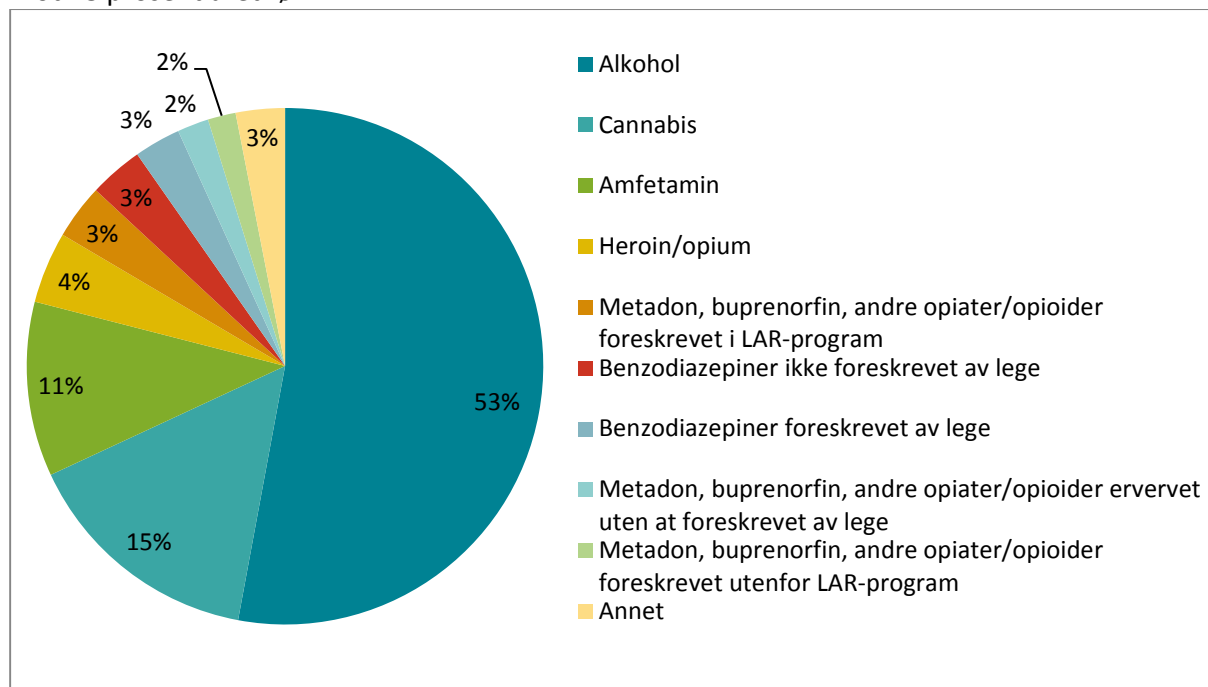
De private behandlingsstedene innen TSB-sektoren rapporterer mer komplette tall enn offentlige behandlingssteder. Det er svikt i rutiner og systemtekniske feil som fører til at det blir rapportert kartlegging for færre pasienter enn det som forventes.

2.6 Bruk av data

Å benytte rapporterte situasjonsdata i nasjonale analyser innebærer stor usikkerhet. Innrapporteringen er ikke komplett, og dette gjelder særlig offentlige helseforetak. 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. 19,4 prosent av innrapporterte situasjonsdata manglet opplysninger om mest brukte rusmiddel/medikament, mot 18 prosent året før.



Figur 2.2: Mest brukte rusmiddel/medikament de siste 6 måneder før behandlingsstart¹⁾. Prosent. 2017. N = 7 166.

¹⁾ Manglende opplysninger om mest brukte rusmiddel/medikament i innrapporterte situasjonsdata er utelatt i figuren (19,4 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.

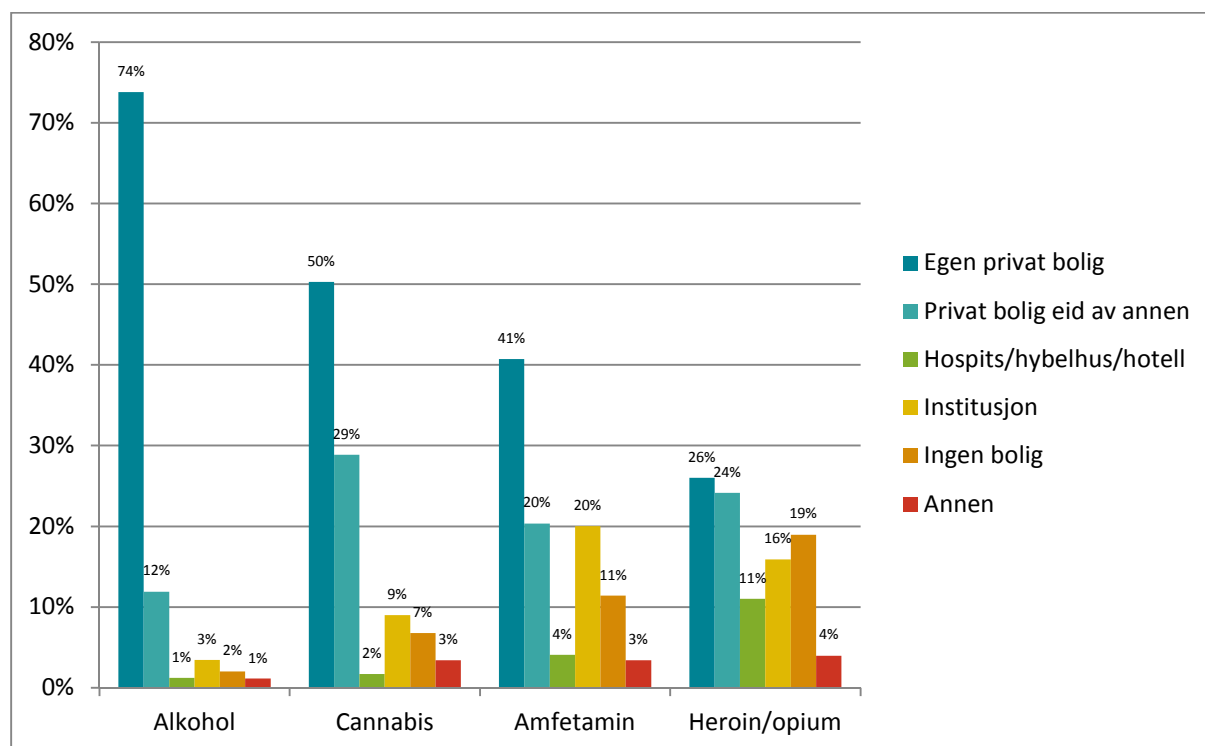
Tabell 2.6: Alder ved behandlingsstart ved gjeldende behandlingssted og debutalder. Gjennomsnitt i 2017.

Rusmiddel/ medikament	Alder ved behandlingsstart	Debutalder
Alkohol	47	16
Cannabis	30	15
Amfetamin	35	18
Heroin/opioider	37	21

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 16 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.



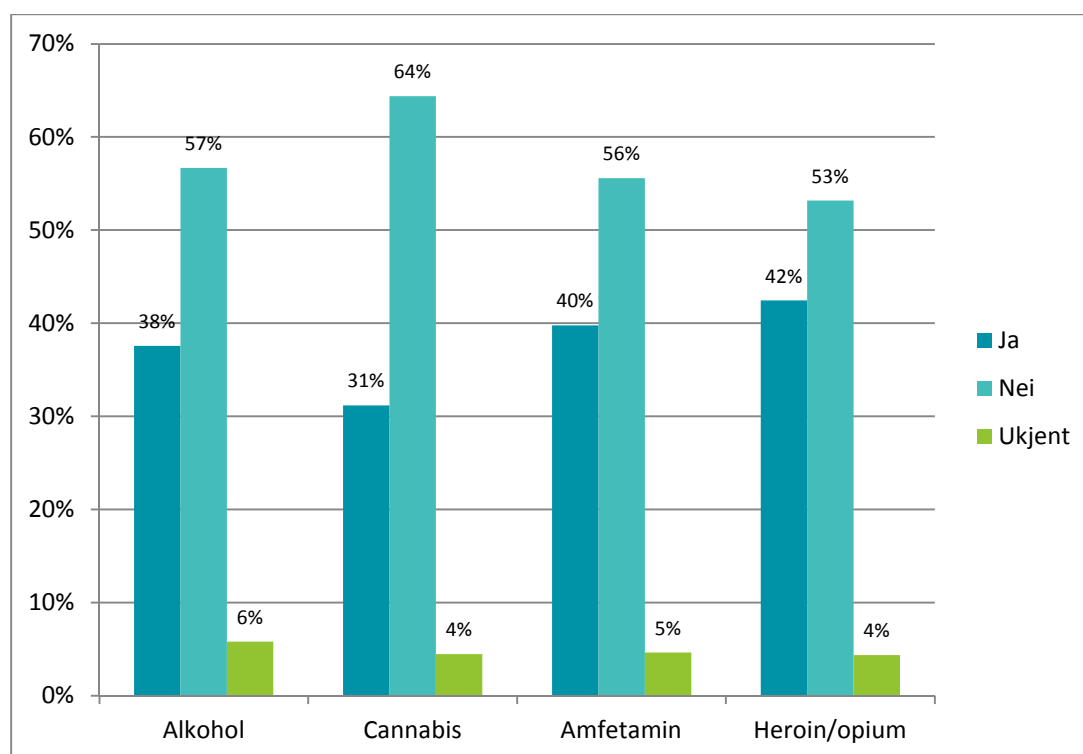
Figur 2.3: Boforhold siste fire uker før behandlingsstart for pasientgrupper der alkohol, cannabis, amfetamin eller heroin/opium er oppgitt som mest brukte rusmiddel. Prosent. 2017.

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. 2017.

3. KOMPLETTHET OG DATAKVALITET – PSYKISK HELSEVERN FOR VOKSNE

I dette kapitlet gjør vi rede for kvalitet og kompletthet 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 2017

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 psykisk helsevern for voksne foretas det også kontroller av informasjon om frivillighet og tvang i behandlingen (henvisningsformalitet og lovgrunnlag). Kvalitet og kompletthet 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. Ikke alle sender heller inn en andre fil.

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 mangler i rapporteringen. Det er variasjoner mellom helseforetakene, og også mellom enheter innen samme helseforetak.

3.2 Mangler i kompletthet 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 2017 mangler vi 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 kontraktvilkåret 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 2017 kan beregnes presist ettersom tilnærmet all behandling er innrapportert, samtidig som at NPR har fått informasjon om pasientens identitet i 99,8 prosent av behandlingsepisodene. Rapportert bostedskommune og bydelskode er sammenstilt med opplysninger fra Folkeregisteret for kvalitetssikring.

3.2.2.1 Tvunget psykisk helsevern

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 kom ny kvalitetsindikator for tvangsmiddelvedtak. Der vises tvangsmiddelvedtak og bruk av tvangsmidler nasjonalt og i de ulike helseregionene.

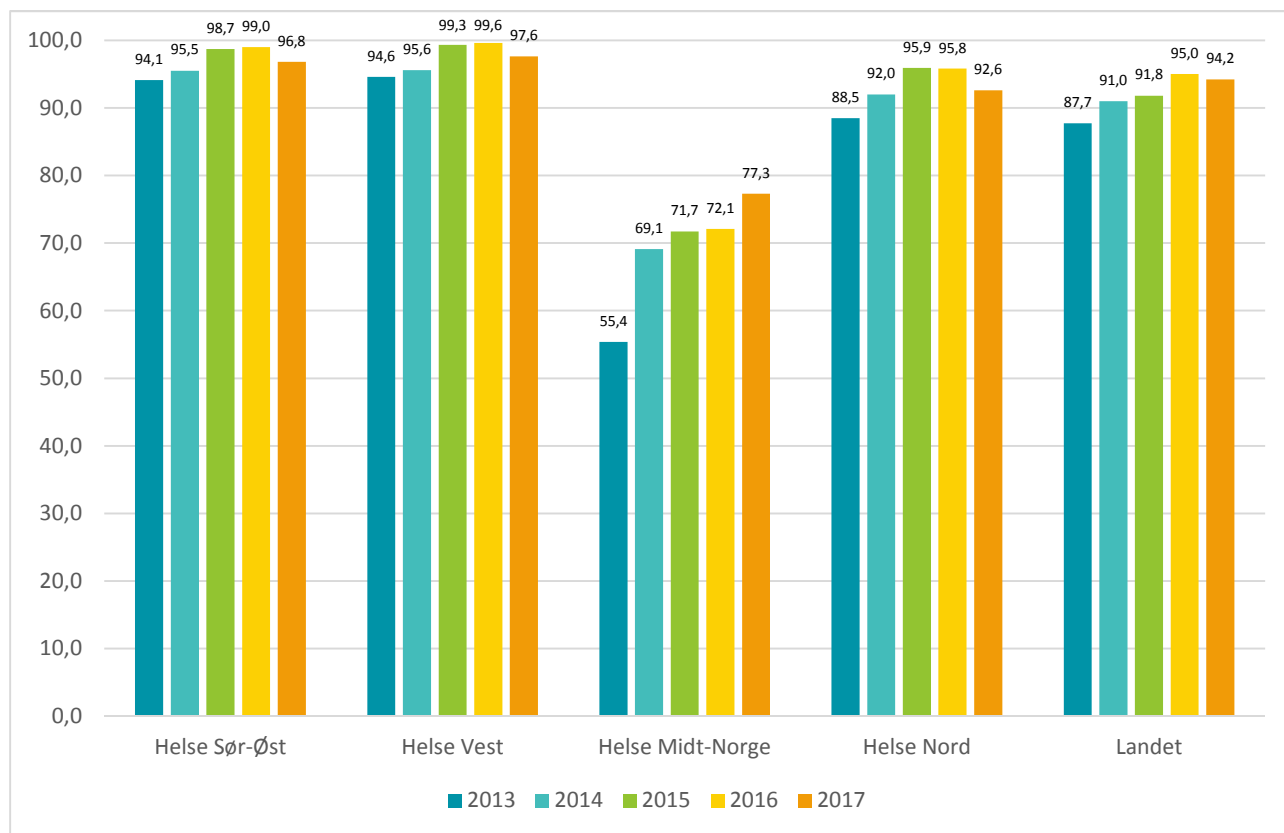
Helsedirektoratet publiserer tre kvalitetsindikatorer som omhandler rettslig grunnlag for henvisning eller helsehjelp:

- Kompletthet i rapportering av henvisningsformalitet
- Tvangsinnleggelse i psykisk helsevern for voksne
- Vedtak om bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern for voksne

Indikatorene publiseres <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 innleggelse til døgnbehandling i PHV fra 2013 til 2017.



Figur 3.1: Kompletthet i rapportering av rettslig grunnlag for innleggelse til døgnbehandling. 2013, 2014, 2015, 2016 og 2017. Prosent.

De siste årene har vi sett en bedring i rapporteringen av rettslig grunnlag for innleggelse, men den går noe ned i alle helseregionene bortsett fra for Helse Midt-Norge. Vi har fått tilbakemelding fra sykehusene i Helse Midt-Norge på at de innleggelsene som nå mangler informasjon om rettslig grunnlag er på avdelinger som kun gir frivillig helsehjelp.

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 2017. Prosent.

Helseforetak	Manglende registrering Individuell plan %	Ukjent med status for individuell plan %	Antall pasienter med avsluttede henvisningsperioder
Helse Sør-Øst	52	1	51 945
Vestre Viken HF	14	1	6 746
Lovisenberg	13	0	4 882
Diakonhjemmet	81	0	3 818
Akershus univ.sykehus HF	44	0	7 658
Sykehuset Innlandet HF	49	1	6 730
Sykehuset Østfold HF	77	0	4 852
Sørlandet sykehus HF	85	1	5 022
Sykehuset i Vestfold HF	89	1	4 224
Sykehuset Telemark HF	83	0	3 553
Oslo universitetssykehus HF	25	0	4 804
Helse Sør-Øst RHF, Privat	31	4	1 631
Helse Vest	75	1	17 906
Helse Stavanger HF	73	1	5 203
Helse Fonna HF	70	2	2 733
Helse Bergen HF	75	0	5 348
Helse Førde HF	79	1	1 763
Helse Vest RHF, Privat	76	0	3 617
Helse Midt-Norge	87	2	13 953
St. Olavs Hospital HF	96	1	7 063
Helse Nord-Trøndelag HF	91	2	2 524
Helse Møre og Romsdal HF	73	1	4 321
Helse Midt RHF, Privat	0	39	204
Helse Nord	82	0	8 629
Finnmarkssykehuset HF	56	1	1 243
Univ. sykehuset i Nord- Norge HF	92	0	3 609
Nordlandssykehuset HF	88	0	2 117
Helgelandssykehuset HF	71	0	1 643
Helse Nord RHF, Privat	56	2	357
Kun FBV-avtale			
Private	25	50	4
Landet	64,3	0,7	91 629

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. Slik den midterste kolonnen viser skiller private i Helse Midt-Norge seg ut sammen med behandlingsteder som kun har FBV-avtale.

Bruken av individuell plan følges nasjonalt via kvalitetsindikatoren 'Individuell plan for pasienter med diagnose schizofreni i PHV' 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 lite bruk av disse kodene etter innføring av ISF (innsatsstyrt finansiering) og en presisering om at Z-koder kun skal brukes når det ikke er påvist lidelse eller symptom.

Tabell 3.2: Bruk av F99, Z004 og Z032 eller hovedtilstand mangler. Avsluttede henvisningsperioder, siste episode. 2017. Prosent.

Helseforetak	Uspesifisert psykisk forstyrrelse: F99 %	Generell psykiatrisk undersøkelse: Z004 %	Obs ved mistanke om psykiske lidelser: Z032 %	Hoveddiagnose ikke angitt %	Antall avsluttede henvisningsperioder
Helse Sør-Øst	0,4	0,5	0,3	1,0	84 986
Vestre Viken HF	1,4	1,0	0,2	2,1	9 310
Lovisenberg diakonale sykehus	0,1	0,0	0,1	0,0	6 498
Diakonhjemmet sykehus	0,8	2,3	0,3	0,0	10 128
Akershus univ.sykehus HF	0,1	0,3	0,7	1,5	12 139
Sykehuset Innlandet HF	0,3	0,1	0,2	4,1	9 567
Sykehuset Østfold HF	0,1	0,1	0,5	0,3	7 589
Sørlandet sykehus HF	0,1	0,0	0,1	0,0	11 769
Sykehuset i Vestfold HF	0,1	0,0	0,0	0,2	5 476
Sykehuset Telemark HF	0,4	0,7	0,4	0,1	4 921
Oslo universitetssykehus HF	0,0	0,0	0,0	0,0	5 918
Helse Sør-Øst RHF, Privat	0,5	0,0	0,1	0,2	1 671
Helse Vest	0,5	0,6	0,5	0,4	26 320
Helse Stavanger HF	0,2	0,8	0,6	0,1	8 127
Helse Fonna HF	2,0	1,4	0,1	0,1	4 598
Helse Bergen HF	0,3	0,2	0,5	0,2	7 177
Helse Førde HF	0,1	0,0	0,5	1,5	2 116
Helse Vest RHF, Privat	0,1	0,2	0,5	0,9	4 302
Helse Midt-Norge	0,3	4,2	1,0	0,2	17 360
St. Olavs Hospital HF	0,2	0,1	0,1	0,0	8 747
Helse Nord-Trøndelag HF	0,0	0,4	3,4	0,0	2 911
Helse Møre og Romsdal HF	0,6	12,8	1,1	0,1	5 495
Helse Midt RHF, Privat	0,0	0,0	1,0	17,4	207
Helse Nord	0,2	0,4	1,0	1,4	11 925
Finnmarkssykehuset HF	0,4	0,2	0,9	1,0	1 381
Univ.sykehuset i Nord-Norge HF	0,2	0,1	1,0	1,1	5 272
Nordlandssykehuset HF	0,1	0,2	1,7	1,1	2 873
Helgelandssykehuset HF	0,0	1,0	0,0	1,4	2 033
Helse Nord RHF, Privat	0,3	3,6	0,3	7,7	366
Kun FBV-avtale					
Private	0,0	0,0	0,0	0,0	4
Landet	0,4	1,0	0,5	0,8	140 595

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

tilstander.

Tabellen omhandler bare avsluttede henvisningsperioder, altså der helsehjelpen er avsluttet.

F99 – Uspesifisert psykisk forstyrrelse eller lidelse

På nasjonalt nivå var tilstandskoden brukt i 0,4 prosent i de avsluttede henvisningsperiodene.

Koden anvendes mye mindre i 2017 sammenliknet med foregående år.

Z004 – Generell psykiatrisk undersøkelse

Koden er registrert for 1 prosent på nasjonalt nivå, noe som er mye mindre sammenliknet med 2016. Noen helseforetak et noe høyere 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 0,5, også for denne koden er reduksjonen betydelig sammenliknet med året før. Det er heller ingen store variasjoner mellom behandlingsstedene.

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 99,8 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 og individuell plan.
- 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.

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.

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. I 2017 har de regionale helseforetakene startet med å få rutinemessig leveranse av data til styringsformål for psykisk helsevern 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 2017 er endret for tilstandskoder, men ellers mye likt som året før. 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 2017. Dette gir et meget godt grunnlag for å kunne beregne antall pasienter med høy presisjonsgrad.

Rapportert bostedskommune og bydelskode 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 2017.

Helseforetak	Manglende registrering Individuell plan %	Ukjent med status for individuell plan %	Antall pasienter med avsluttede henvisningsperioder
Helse Sør-Øst	44,2	4,0	10 025
Vestre Viken HF	6,9	2,5	974
Lovisenberg	13,4	0,0	299
Diakonhjemmet	86,0	0,0	349
Akershus univ.sykehus HF	60,1	0,4	1 012
Sykehuset Innlandet HF	46,1	1,5	974
Sykehuset Østfold HF	71,5	0,1	940
Sørlandet sykehus HF	73,8	1,6	1 144
Sykehuset i Vestfold HF	84,6	1,6	937
Sykehuset Telemark HF	87,5	0,3	393
Oslo universitetssykehus HF	22,0	0,7	1 535
Helse Sør-Øst RHF, Privat	13,0	16,5	2 464
Helse Vest	33,6	16,7	2 978
Helse Stavanger HF	62,8	2,1	336
Helse Fonna HF	69,8	1,5	265
Helse Bergen HF	72,4	0,2	519
Helse Førde HF	68,4	2,6	114
Helse Vest RHF, Privat	12,6	26,6	2 014
Helse Midt-Norge	36,4	24,1	1 728
St. Olavs Hospital HF	63,0	4,7	684
Helse Nord-Trøndelag HF	92,7	2,1	234
Helse Møre og Romsdal HF	16,3	13,2	410
Helse Midt RHF, Privat	1,5	62,4	671
Helse Nord	63,5	3,6	949
Finnmarkssykehuset HF	56,8	0,0	81
Univ. sykehuset i Nord- Norge HF	68,9	2,0	589
Nordlandssykehuset HF	94,3	0,8	122
Helgelandssykehuset HF	55,2	0,0	87
Helse Nord RHF, Privat	20,6	20,6	131
Kun FBV-avtale			
Private	95,4	2,3	87
Landet	42,7	8,5	15 618

Da over 44 prosent av alle avsluttede henvisningsperioder i 2017 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.

Den midterste kolonnen viser en oversikt over om hvorvidt man er ukjent med status for individuell plan. Det er store forskjeller mellom RHF-ene og også mellom HF innenfor samme regionale helseforetak.

4.1.3 Uspesifisert angivelse av hovedtilstand

Innføring av ISF (innsatsstyrt finansiering) for poliklinikk i 2017 har ført til en endring i rapportering av hovedtilstandskode. Tabellen under viser at det er lite rapportering på kode for uspesifikk psykisk forstyrrelse og ulike Z-koder som tidligere har vært rapportert når en spesifikk lidelse ennå ikke er påvist. Rapporteringen for 2017 viser en økt bruk av R-koder (symptomer), og det er nå rapportert hovedtilstandskode for de aller fleste polikliniske kontaktene.

Tabell 4.2: Manglende hovedtilstand og bruk av uspesifikke koder. Avsluttede henvisningsperioder. 2017. Prosent.

Helseforetak	Uspesifisert psykisk forstyrrelse: F99 %	Generell psykiatrisk undersøkelse: Z004 %	Obs ved mistanke om psykiske lidelser: Z032 %	Hoveddiagnose ikke angitt %	Antall avsluttede henvisningsperioder
Helse Sør-Øst	0,1	0,1	0,0	1,1	13 088
Vestre Viken HF	0,2	1,0	0,0	0,0	1 064
Lovisenberg diakonale sykehus	0,0	0,0	0,0	0,0	301
Diakonhjemmet sykehus	0,0	0,0	0,3	0,0	357
Akershus univ.sykehus HF	0,0	0,0	0,0	0,9	1 288
Sykehuset Innlandet HF	0,0	0,0	0,1	0,3	1 154
Sykehuset Østfold HF	0,1	0,0	0,2	0,0	986
Sørlandet sykehus HF	0,0	0,0	0,0	0,1	1 320
Sykehuset i Vestfold HF	0,2	0,0	0,0	0,7	1 024
Sykehuset Telemark HF	0,2	0,7	0,0	1,4	439
Oslo universitetssykehus HF	0,0	0,0	0,0	0,0	2 405
Helse Sør-Øst RHF, Privat	0,3	0,1	0,0	4,0	2 750
Helse Vest	0,1	0,0	0,0	0,6	3 756
Helse Stavanger HF	0,0	0,0	0,0	0,0	347
Helse Fonna HF	1,0	0,3	0,0	0,0	287
Helse Bergen HF	0,0	0,0	0,0	0,0	569
Helse Førde HF	0,0	0,0	0,0	0,0	154
Helse Vest RHF, Privat	0,0	0,0	0,0	0,9	2 399
Helse Midt-Norge	0,0	0,3	0,2	0,9	2 429
St. Olavs Hospital HF	0,0	0,0	0,1	0,2	811
Helse Nord-Trøndelag HF	0,0	3,1	1,1	0,0	262
Helse Møre og Romsdal HF	0,0	0,0	0,0	0,2	551
Helse Midt RHF, Privat	0,0	0,0	0,0	2,4	805
Helse Nord	0,0	0,1	0,1	5,1	1 145
Finnmarkssykehuset HF	0,0	0,0	1,2	3,6	83
Univ.sykehuset i Nord-Norge HF	0,0	0,0	0,0	0,4	688
Nordlandssykehuset HF	0,0	0,0	0,0	3,2	126
Helgelandssykehuset HF	0,0	0,9	0,0	40,9	115
Helse Nord RHF, Privat	0,0	0,0	0,0	0,8	133
Kun FBV-avtale					
Private	0,0	0,0	0,0	0,0	91
Landet	0,1	0,1	0,0	1,2	20 509

4.2 Kvalitet i pasientens situasjon ved behandlingsstart

Enheter innen TSB-sektoren skal rapportere 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 komplettheten langt bedre. Nesten alle TSB-enheter som kun tilbyr rusbehandling rapporterer status for pasientens situasjon ved behandlingsstart. Dette er i all vesentlighet private avtaleinstitusjoner.

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 2017.

VEDLEGG

Vedlegg 1: Aktivitetstall i PHV-sektoren for alle helseforetak i 2017

Vedlegg 2: Aktivitetstall i TSB-sektoren for alle helseforetak i 2017

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 2017

Helseregion	Utskrivninger fra institusjons-opphold (døgn)	Oppholds-døgn	Dag-opphold	Totalt	Direkte polikliniske kontakter	Indirekte polikliniske kontakter	Antall pasienter
Helse Sør-Øst							
Vestre Viken HF	3 776	76 446	677	122 138	103 132	19 006	11 494
Lovisenberg diakonale sykehus	1 313	28 007	6	105 051	84 964	20 087	7 454
Diakonhjemmets sykehus	726	11 456	36	58 374	39 774	18 600	5 113
Akershus universitetssykehus HF	3 821	63 791	11	157 288	117 486	39 802	11 356
Sykehuset Innlandet HF	3 886	78 654	170	120 200	98 782	21 418	11 089
Sykehuset Østfold HF	3 627	55 196	249	77 403	55 282	22 121	7 109
Sørlandet sykehus HF	3 579	52 551	4 191	123 428	100 387	23 041	8 251
Sykehuset i Vestfold HF	1 799	31 449	0	84 696	65 806	18 890	6 684
Sykehuset Telemark HF	1 861	30 573	73	58 347	46 055	12 292	5 356
Oslo universitetssykehus HF	1 853	72 577	915	107 921	86 470	21 451	7 683
Helse Sør-Øst RHF, private	1 710	77 789	172	35 709	33 736	1 973	5 817
Helse Vest							
Helse Stavanger HF	3 583	78 412	2 917	99 463	74 158	25 305	8 265
Helse Fonna HF	2 399	36 125	1 402	47 418	36 089	11 329	4 530
Helse Bergen HF	3 585	70 080	3 796	95 346	82 592	12 754	8 452
Helse Førde HF	962	17 691	1 285	29 179	21 747	7 432	3 167
Helse Vest RHF, Privat	1 750	33 913	1 273	74 048	61 703	12 345	6 316
Helse Midt-Norge							
St. Olavs Hospital HF	3 653	61 714	553	151 144	126 690	24 454	11 735
Helse Nord-Trøndelag HF	1 344	23 013	0	49 992	38 422	11 570	4 637
Helse Møre og Romsdal HF	2 474	43 265	1	82 623	64 963	17 660	7 829
Helse Midt-Norge RHF, Privat	0	0	3 455	0	0	0	246
Helse Nord							
Finnmarkssykehuset HF	615	9 119	19	23 724	18 006	5 718	2 545
Univ.sykehuset i Nord-Norge HF	3 322	46 301	237	65 013	52 204	12 809	6 058
Nordlandssykehuset HF	1 537	35 759	914	37 031	30 951	6 080	3 910
Helgelandssykehuset HF	340	4 398	126	30 581	25 950	4 631	2 784
Helse Nord RHF, Privat	535	14 815	14	1 486	1 486	0	823
Kun FBV-avtale							
Private	20	10 327	0	0	0	0	60

Vedlegg 2 - Aktivitetstall i TSB-sektoren for alle helseforetak i 2017

Helseregion	Utskrivninger fra institusjons-opphold (døgn)	Oppholds-døgn	Dag-opphold	Totalt	Direkte polikliniske kontakter	Indirekte polikliniske kontakter	Antall paseinter
Helse Sør-Øst							
Vestre Viken HF	579	15 914	178	34 506	26 391	8 115	3 009
Lovisenberg diakonale sykehus	0	0	0	9 302	7 519	1 783	687
Diakonhjemmets sykehus	0	0	0	7 694	5 256	2 438	585
Akershus universitetssykehus HF	885	18 914	1	30 878	16 729	14 149	2 482
Sykehuset Innlandet HF	389	13 827	0	26 323	14 756	11 567	2 324
Sykehuset Østfold HF	416	9 842	0	33 587	22 396	11 191	2 216
Sørlandet sykehus HF	836	20 755	100	37 729	26 336	11 393	2 491
Sykehuset i Vestfold HF	509	15 806	0	57 325	48 208	9 117	1 829
Sykehuset Telemark HF	99	267	5	15 076	7 912	7 164	985
Oslo universitetssykehus HF	2 124	24 521	0	38 155	25 060	13 095	2 968
Helse Sør-Øst RHF, private	2 667	270 312	1126	39 297	31 520	7 777	4 778
Helse Vest							
Helse Stavanger HF	62	9 524	219	41 878	28 010	13 868	1 277
Helse Fonna HF	113	3 255	147	19 830	14 533	5 297	760
Helse Bergen HF	299	18 728	1	97 011	77 877	19 134	2 059
Helse Førde HF	194	6 777	0	1 227	802	425	253
Helse Vest RHF, Privat	2 031	75 817	2613	34 463	26 575	7 888	3 416
Helse Midt-Norge							
St. Olavs Hospital HF	484	11 142	27	19 179	11 907	7 272	1 414
Helse Nord-Trøndelag HF	36	1 364	0	6 720	4 108	2 612	625
Helse Møre og Romsdal HF	676	18 199	2279	8 448	5 137	3 311	867
Helse Midt-Norge RHF, Privat	775	38 096	124	8 952	6 115	2 837	1 032
Helse Nord							
Finnmarkssykehuset HF	86	3 351	0	1 249	892	357	215
Univ.sykehuset i Nord-Norge HF	670	20 319	183	10 771	6 284	4 487	1 125
Nordlandssykehuset HF	88	2 104	17	5 063	2 468	2 595	450
Helgelandssykehuset HF	87	2 400	15	3 076	1 410	1 666	237
Helse Nord RHF, Privat	275	23 525	0	0	0	0	234
Kun FBV-avtale							
Private	142	16 959	0	0	0	0	176

Vedlegg 3 - Oversikt over enheter innen psykisk helsevern for voksne

Helse Vest

Helseforetak som har rapportert årsdata 2017:

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

Private behandlingssteder som har rapportert årsdata 2017:

- Betanien Bergen
- NKS Jæren DPS
- NKS Olaviken
- NKS Bjørkeli
- Solli

Helse Nord

Helseforetak som har rapportert årsdata 2017:

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

Private behandlingssteder som har rapportert årsdata 2017:

- Kløveråsen
- Viken senter for psykiatri og sjelesorg

Helse Sør-Øst RHF

Helseforetak som har rapportert årsdata 2017:

- 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 2017:

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

Helse Midt-Norge

Helseforetak som har rapportert årsdata 2017:

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

Private behandlingssteder som har rapportert årsdata 2017:

- Betania Malvik

Kun godkjent innen Fritt behandlingsvalgordningen

Institusjoner som har rapportert årsdata 2017:

- Vitalis Helse Kragerø

Vedlegg 4 - Oversikt over enheter innen TSB

Helse Nord

Helseforetak som har rapportert årsdata 2017:

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

Private behandlingssteder som har rapportert årsdata 2017:

- Sigma Nord
- Finnmarkskollektivet
- KOA psykisk helse

Helse Midt-Norge

Helseforetak som har rapportert årsdata 2017:

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

Private behandlingssteder som har rapportert årsdata 2017:

- Lade behandlingssenter
- Kvamsgrindkollektivet
- Tyrilikkollektivet

Helse Vest

Helseforetak som har rapportert årsdata 2017:

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

Private behandlingssteder som har rapportert årsdata 2017:

- Bergensklinikkene
- Frelsesarmeen Stavanger
- Haugaland A-senter
- CRUX Kalfaret behandlingssenter
- Karmsund ABR-senter
- Rogaland A-senter
- CRUX TSB Stavanger

Helse Sør-Øst

Helseforetak som har rapportert årsdata 2017:

- 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 2017:

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

Kun godkjent innen Fritt behandlingsvalgordningen

Institusjoner som har rapportert årsdata 2017:

- Vitalis Helse Kragerø
- 12 trinnsklinikken
- Incita
- KOA

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](#)



Helsedirektoratet

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

Telefon: +47 810 20 050

E-post: postmottak@helsedir.no

www.helsedirektoratet.no