



# Aktivitetsdata for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2018

Norsk pasientregister

Publikasjonens tittel: Aktivitetsdata for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2018

Utgitt: 03/2019

Bestillingsnummer: IS-2819

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

Tlf.: 47 47 20 20  
[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)

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

Forfattere: Indergård, Per Jørgen  
Fuglset, Anne Seim  
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	13
1.5 Individuell plan	15
<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	22

<b>2.6</b>	<b>Bruk av data</b>	<b>22</b>
2.6.1.1	Mest brukte rusmiddel/medikament	23
2.6.1.2	Alder ved behandlingsstart og debutalder	24
<b>3.</b>	<b>KOMPLETTHET OG DATAKVALITET – PSYKISK HELSVERN FOR VOKSNE</b>	<b>26</b>
<b>3.1</b>	<b>Generelt om datamottaket for årsdata 2018</b>	<b>26</b>
<b>3.2</b>	<b>Mangler i komplettethet og kvalitet</b>	<b>26</b>
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
<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	36
<b>4.2</b>	<b>Kvalitet i pasientens situasjon ved behandlingsstart</b>	<b>37</b>
<b>VEDLEGG</b>		<b>38</b>

# INNLEDNING

Denne rapporten ser på aktivitetsdata for 2018 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 2018 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 2018 sammenliknet med året før.

Kapittel 2 omhandler aktivitetsdata og situasjonsdata for TSB i 2018 med utvikling fra 2017.

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 29,3 prosent av døgnopphold og 6,6 prosent av dagopphold/polikliniske konsultasjoner der pasientens hovedtilstand er rusrelatert, finner sted innen psykisk helsevern for voksne. For noen år siden ble flere av de spesialiserte ruspoliklinikkene som var tilknyttet PHV-enheter definert inn i TSB-sektoren.

Rusrelaterte tilstandskoder fordelt på sektor. Prosent i 2018. Alle episoder.

Hovedtilstand	Døgnopphold			Dagopphold og polikliniske konsultasjoner		
	TSB-sektor % innen tilstandsgruppen	PHV-sektor % innen tilstandsgruppen	Antall episoder	TSB-sektor % innen tilstandsgruppen	PHV-sektor % innen tilstandsgruppen	Antall episoder
F10-F19 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer	70,8	29,2	22 975	91,8	8,2	420 337
F630 Patologisk spillelidenskap	27,9	72,1	43	92,6	7,4	11 538
Z50.30 Oppmøte for utdeling av LAR-medikament	0,0	0,0	0	100,0	0,0	103 084
<b>SUM</b>	<b>70,7</b>	<b>29,3</b>	<b>23 018</b>	<b>93,4</b>	<b>6,6</b>	<b>534 959</b>

# SAMMENDRAG

## **Psykisk helsevern for voksne 2018:**

Nesten 151 000 personer mottok behandling i psykisk helsevern for voksne (PHV) basert på opplysninger rapportert til Norsk pasientregister. Dette var en økning på 0,2 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 noe
- Dagbehandlingen reduseres, men bruken av dagbehandling varierer mye
- Poliklinisk behandling reduseres

## **Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) 2018:**

Nesten 33 000 personer mottok behandling innen TSB. Dette var en nedgang på 0,7 prosent fra året før.

### Hovedtrekk:

- Antall pasienter reduseres sammenliknet med året før
- antall utskrivinger øker
- Nedgang i oppholdsdøgn
- Polikliniske konsultasjoner øker noe
- Dagbehandling reduseres

## **Kvalitet og kompletthet:**

Det er ingen store endringer i datakvalitet og kompletthet i 2018 sammenliknet med fjoråret. Alle rapporteringspliktige enheter har sendt inn 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 i underkant av 40 prosent 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 2017 og 2018, 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 noe
- Dagbehandlingen reduseres, men bruken av dagbehandling varierer mye
- Poliklinisk behandling reduseres

Tallene under viser at nesten 151 000 personer fikk helsehjelp innen psykisk helsevern for voksne i 2018. Antall pasienter økte i alle helseregionene med unntak av Helse Sør-Øst, og på landsbasis var veksten på 0,2 prosent.

Det er videre en økning i antall utskrivinger fra institusjonsopphold på 1,8 prosent, og en reduksjon på 0,6 prosent i antall oppholdsdøgn fra 2017 til 2018 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. 2018 med prosent endring fra 2017.

	Helse Sør-Øst		Helse Vest		Helse Midt-Norge		Helse Nord		Kun FBV		Landet	
	2018	Endr. fra 2017 (%)	2018	Endr. fra 2017 (%)	2018	Endr. fra 2017 (%)	2018	Endr. fra 2017 (%)	2018	Endr. fra 2017 (%)	2018	Endr. fra 2017 (%)
<b>Antall pasienter<sup>1</sup></b>	82 750	-0,4	30 350	3,1	24 135	0,2	15 439	0,4	90		150 731	0,2
<b>Utskrivinger<sup>2</sup></b>	29 092	4,0	12 409	1,0	7 394	-2,4	6 199	-2,4	54		55 148	1,8
<b>Oppholdsdøgn</b>	575 755	-0,5	235 623	-0,3	123 879	-3,2	107 944	-2,2	13 996		1 057 197	-0,6
<b>Dagbehandling</b>	6 441	-0,9	9 130	-14,5	354	-91,2	478	-63,5			16 403	-27,1
<b>Polikliniske kontakter</b>	1 025 950	-2,3	346 037	0,2	269 341	-5,1	154 703	-2,0			1 796 031	-2,3
- Direkte	803 262	-3,4	276 519	0,1	220 227	-4,3	126 603	-1,6			1 426 611	-2,7
- Indirekte	222 688	1,8	69 518	0,5	49 114	-8,5	28 100	-3,9			369 420	-0,4

<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)

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. 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. Ser en på helseregionene varierer det noe da Helse Vest rapporterer en liten økning i direkte polikliniske kontakter. Variasjonen er større for de indirekte polikliniske kontaktene, der både Helse Sør-Øst og Helse Vest har en økning, mens Helse Midt-Norge og Helse Nord har en nedgang.

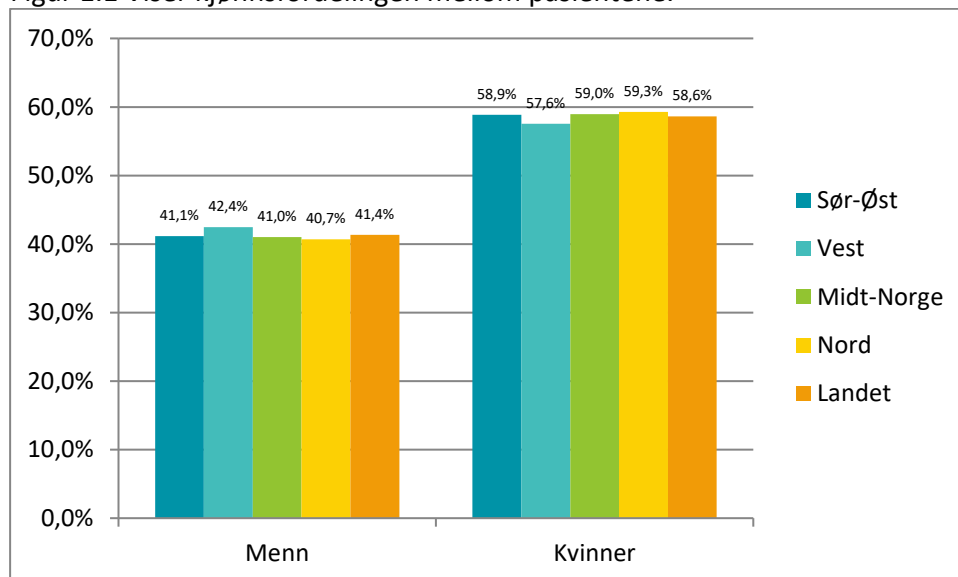
Den rapporterte dagbehandlingen varierer mye år for år, og mellom helseregionene. Tallene for 2018 viser at antall dagopphold reduseres på landsbasis. Det har lenge vært usikkerhet rundt registreringspraksis i dagbehandling kontra registrering av polikliniske kontakter, og som tallene viser varierer registreringspraksis mellom helseforetakene også i 2018.

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 2018.

Fordelingen mellom kjønnene er omtrent lik i regionene og 6 av 10 pasienter innen psykisk helsevern for voksne er kvinner. 271 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 2017 fordelt per bostedsregion.

Tabell 1.2: Antall og andel pasienter fordelt etter alder og bostedsregion i 2018 med prosentvis endring fra 2017.

Alders- grupper	Bostedsregion					Pasienter totalt		
	Sør-Øst %	Vest %	Midt- Norge %	Nord %	Uten registrert bosted %	Antall pasienter	Andel av alle pasienter %	Endring fra 2017 %
0-17 år	0,4	1,6	0,2	1,5	0,7	1 124	,7	-2,2
18-29 år	32,8	35,3	35,9	34,3	31,7	51 120	33,9	2,8
30-39 år	23,0	22,0	21,6	20,8	27,7	33 671	22,3	1,6
40-49 år	18,1	16,0	15,8	16,6	20,3	25 916	17,2	-4,6
50-59 år	12,9	11,3	11,1	12,4	10,7	18 493	12,3	-1,3
60-69 år	6,0	6,8	6,6	6,7	6,3	9 536	6,3	-0,5
70-79 år	4,2	4,1	4,9	4,3	0,7	6 467	4,3	1,8
80 år og eldre	2,6	2,8	3,8	3,5	1,8	4 404	2,9	-3,5
Total	82 001	29 496	23 418	15 545	271	150 731	100,0	0,2

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. Det er størst nedgang i aldersgruppen 40-49 år og for pasientene over 80 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 2,2 prosent sammenliknet med tall fra året før. Pasienter uten bostedsinformasjon (271) 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).

Tabellen viser at «F40-F48 Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser» er de mest brukte hovedtilstandskodene med en rapporteringsprosent på omtrent 24. i tillegg er 23 prosent av episodene registrert med «F30-F39 Affektive lidelser – stemningslidelser» som hovedtilstand.

Tabell 1.3: Hovedtilstand: Alle episoder fordelt på døgn og dag/poliklinikk. Prosent 2018. 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	Hovedtilstand	Døgn	Dag/ poliklinikk	Døgn	Dag/ poliklinikk
<b>Hovedtilst. ikke kodet (%)</b>	4,4	0,1	3,5	0,1	1,7	0,0	6,0	0,0	4,0	0,1
<b>Z-koder (%)</b>	0,6	0,4	0,4	0,3	1,4	2,5	4,1	0,2	1,0	0,6
<b>Antall episoder totalt</b>	<b>31603</b>	<b>1032391</b>	<b>14707</b>	<b>355167</b>	<b>7893</b>	<b>269695</b>	<b>6690</b>	<b>155181</b>	<b>60983</b>	<b>1812434</b>
<b>I beregningen av andelen videre i tabellen er episoder uten informasjon om hovedtilstand tatt ut av grunnlaget</b>										
<b>F00-F09 Organiske, inklusive symptomatiske, psykiske lidelser</b>	2,3	0,8	2,1	0,6	3,0	0,8	1,6	0,8	2,2	0,7
<b>F10-F19 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer</b>	12,7	1,6	10,8	3,0	9,8	1,7	9,5	1,6	11,6	1,9
<b>F20-F29 Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser</b>	23,7	15,3	29,9	17,5	23,2	13,8	28,0	10,2	25,6	15,1
<b>F30-F39 Affektive lidelser - stemningslidelser</b>	23,5	23,1	29,3	26,5	26,0	20,6	22,1	22,1	25,1	23,3
<b>F40-F48 Nevrotiske, belastningsrelaterede og somatoforme lidelser</b>	18,6	25,0	13,5	24,6	15,5	21,6	21,8	24,5	17,3	24,4
<b>F50-F59 Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer</b>	3,4	3,2	1,1	3,1	2,4	3,7	2,1	2,6	2,6	3,2
<b>F60-F69 Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne</b>	8,8	9,3	8,2	6,7	8,7	8,4	8,8	6,7	8,6	8,4
<b>F70-F79 Psykisk utviklingshemning</b>	1,2	0,3	1,2	0,9	1,5	1,1	0,7	0,4	1,2	0,5
<b>F80-F89 Utviklingsforstyrrelser</b>	1,4	1,1	1,3	1,9	1,9	2,1	0,6	1,2	1,4	1,4
<b>F90-F98 Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser barn/ungd.alder</b>	1,1	4,0	0,8	3,3	1,4	5,6	1,4	4,0	1,1	4,1
<b>F99 Uspesifisert psykisk forstyrrelse eller lidelse</b>	0,3	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1
<b>G00-G99 Sykdommer i sentralnervesystemet</b>	0,8	0,4	0,8	0,5	1,4	1,5	0,9	1,0	0,9	0,7
<b>R00-R99 Symptomer, tegn, unormale kliniske funn, ikke klassifisert annet sted</b>	2,0	15,7	0,6	11,0	4,5	18,5	1,6	24,8	1,9	16,0
<b>Andre tilstander enn Fxx, Gxx, Rxx og Zxx</b>	0,3	0,1	0,3	0,3	0,6	0,4	0,6	0,1	0,4	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 4 prosent av døgnepisodene, tilsvarende andel for dagbehandling/poliklinikk var på 0,1 prosent. Helse Nord 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. 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). 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 2018 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 2018. Prosent.

Helseregion	Helse Sør-Øst %	Helse Vest %	Helse Midt- Norge %	Helse Nord %	Private	Landet %
<b>Mangler rapportering (%)</b>	10,1	10,7	70,4	19,5	0,4	18,6
<b>Totalt antall henvisninger</b>	104 033	32 555	22 424	16 776	1 307	177 095
	I beregningen av andelen videre i tabellen er henvisninger uten informasjon om henvisningsformalitet tatt ut av grunnlaget					
Frivillig	93,0	89,5	89,4	93,2	100,0	92,2
Tvungen observasjon (§3-2)	5,2	7,2	8,4	4,3	0,0	5,6
Dømt til tvungen behandling/omsorg (§39, §39a)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Barnevernloven	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Gjennomføring av straff i institusjon eller sykehus (§12, §13)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Utgått kode: Tv obs og tv ps hv (fra 2007)	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Tvang med samtykke (§2-2)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tilbakehold i institusjon på grunnlag av eget samtykke (§6-3)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tvungen psykisk helsevern (§3-3)	1,7	3,1	1,9	2,3	0,0	2,0
Tilbakehold i institusjon uten eget samtykke (§6-2)	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0
Tilbakeholdelse av gravide rusmiddelmissbrukere (§6-2a)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Midlertidig vedtak av kommunen om tilbakehold av rusmiddelavhengig	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Dom på øverføring til tvungent psykisk helsevern - UTGÅR	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Dom på overføring til tvungent psykisk helsevern	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Dom på tvungen omsorg	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Annen lovhjemmel/annet grunnlag	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Rettsbestemt varetekt med plassering i psykisk helsevern	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Henvisningsformalitet er ikke komplett rapportert. På landsbasis mangler opplysningen for 18,6 prosent av nye henvisninger i 2018. Som siste år skiller Helse Midt-Norge seg ut med svært lav kompletthet i rapportering av henvisningsformalitet. Helse Midt-Norge melder at det har vært problemer rundt disse registreringene også i 2018. Det er gjort endringer gjennom hele 2018 i måten dette har blitt rapportert på, men tilbakemeldingen fra helseregionen er at dette nå skal være i orden.

På nasjonalt nivå er 92,2 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 2018 er inkludert.

Tabell 1.5: Status for individuell plan for siste episode i siste avsluttede henvisningsperiode for hver pasient. Prosent per helseregion og landet. 2018. 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	53,3	72,6	86,1	80,6	64,2
Pasient oppfyller ikke kriteriene	39,1	18,5	0,0	14,2	27,3
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	1,3	1,0	0,0	0,8	1,0
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	0,4	0,6	0,0	0,4	0,4
Arbeid med individuell plan påbegynt	2,5	2,9	0,0	1,7	2,1
Individuell plan foreligger	2,6	3,6	13,9	1,2	4,3
IP er ikke vurdert	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Ukjent med status for individuell plan	0,7	0,6	0,0	0,6	0,6
<b>Antall pasienter med avsluttede henvisningsperioder i 2018</b>	<b>53 973</b>	<b>18 513</b>	<b>13 569</b>	<b>8 828</b>	<b>94 092</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 i overkant av 6 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 reduseres sammenliknet med året før
- antall utskrivinger øker
- Nedgang i oppholdsdøgn
- Polikliniske konsultasjoner øker noe
- Dagbehandling reduseres

Nesten 33 000 personer mottok behandling innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i 2018. Dette tilsvarer en nedgang på 0,7 prosent fra året før. Nedgangen skjer i Helse Sør-Øst og i Helse Vest, mens de to andre helseregionene opplever en økning.

Tabell 2.1: Antall utskrivinger, oppholdsdøgn, dagopphold, polikliniske kontakter og indirekte kontakter og antall pasienter per region. 2018 med prosent endring fra 2017.

	Helse Sør-Øst		Helse Vest		Helse Midt-Norge		Helse Nord		Kun FBV		Landet	
	2018	Endr. fra 2017 (%)	2018	Endr. fra 2017 (%)	2018	Endr. fra 2017 (%)	2018	Endr. fra 2017 (%)	2018	Endr. fra 2017 (%)	2018	Endr. fra 2017 (%)
<b>Antall pasienter<sup>1</sup></b>	21 131	-1,7	6 596	-0,2	3 331	0,3	2 200	6,5	253		32 948	-0,7
<b>Utskrivinger<sup>2</sup></b>	8 197	-3,7	2 802	3,8	2 130	8,1	1 329	10,2	352		14 810	1,9
<b>Oppholdsdøgn</b>	369 838	-5,2	109 811	-3,8	66 800	-2,9	49 868	-3,5	27 086		623 403	-2,9
<b>Dagbehandling</b>	1 391	-1,3	2 535	-14,9	1 485	-38,9	37	-82,8			5 448	-22,6
<b>Polikliniske kontakter</b>	322 126	-2,4	200 321	3,0	46 216	6,7	22 180	10,0			590 843	0,5
- Direkte	224 523	-3,3	149 551	1,2	27 816	2,0	12 650	14,4			414 540	-0,9
- Indirekte	97 603	-0,2	50 770	8,9	18 400	14,8	9 530	4,7			176 303	4,0

<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)

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.

Antall døgnbehandlinger ble redusert i 2018, og nedgangen skjer i alle helseregionene. Polikliniske konsultasjoner økte noe i rapporteringsåret, men Helse Sør-Øst har en nedgang i sin polikliniske aktivitet.

Det er en økning i antall utskrivinger fra institusjonsopphold på 1,9 prosent, men også her har Helse Sør-Øst en nedgang i antall utskrivinger sammenliknet med de tre andre helseregionene.

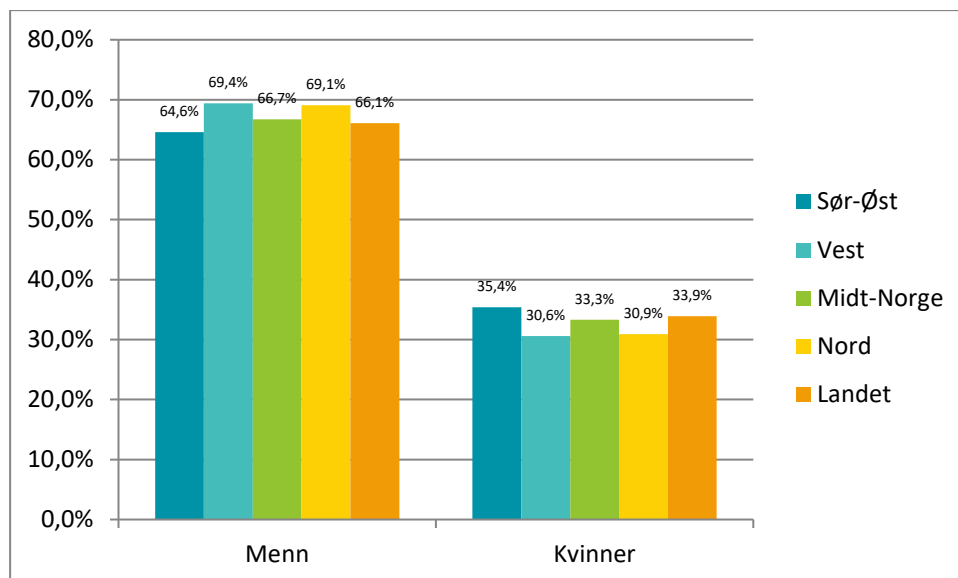
Poliklinisk behandling økte noe i 2018, men de direkte polikliniske kontaktene ble redusert sammenliknet med året før. Dette skyldes en nedgang i Helse Sør-Øst. De indirekte polikliniske kontaktene økte på landsbasis. Med indirekte kontakt menes en aktivitet der pasienten ikke fysisk er til stede (bl.a. 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 2018.

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 2017, og også i 2018 var andelen menn høyest i Nord og lavest i Sør-Øst.

Tabell 2.2: Antall og andel pasienter fordelt etter alder og bostedsregion i 2018 med prosentvis endring fra 2017

Alders-grupper	Bostedsregion					Uten registrert bosted %	Antall pasienter	Pasienter totalt	
	Sør-Øst %	Vest %	Midt-Norge %	Nord %	Andel av alle pasienter %			Endring fra 2016 %	
0-17 år	0,6	1,0	0,7	0,0	1,4	209	0,6	7,2	
18-22 år	6,4	6,6	7,4	5,8	2,9	2 153	6,5	-0,6	
23-29 år	15,7	17,6	17,6	17,7	21,7	5 401	16,4	-2,8	
30-39 år	24,2	26,6	23,7	25,5	26,1	8 159	24,8	0,3	
40-49 år	22,9	23,5	23,0	22,5	13,0	7 581	23,0	-2,3	
50-59 år	20,0	16,6	18,0	18,5	17,4	6 254	19,0	-1,2	
60-69 år	8,4	7,1	8,0	8,8	14,5	2 670	8,1	5,6	
70 og eldre	1,8	1,0	1,7	1,0	2,9	521	1,6	2,0	
Total	20 796	6 586	3 253	2 244	69	32 948	100,0	-0,7	

32 948 pasienter fikk behandling i TSB-sektoren i 2018. Aldersfordelingen er omtrent som foregående år. Det er størst andel av pasientgruppen 30-39 år. Det er relativt sett flere eldre mellom 60 og 69 år som får behandling sammenliknet med 2017. Også de eldste pasientene 35 pasienter uten bostedsinformasjon er også med i regionfordelingen. Pasienter under 18 år har sitt hovedtilbud i psykisk helsevern for barn og unge. Det er flere pasienter under 18 år sammenliknet med tall fra året før.

## 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. 2018. 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
<b>Hovedtilst. ikke kodet (%)</b>	4,9	0,2	11,8	0,0	4,4	0,3	6,2	0,1	6,2	0,1
<b>Z-koder</b>	0,2	1,5	0,3	1,2	0,3	2,4	0,1	0,1	0,2	1,4
<b>Antall episoder totalt</b>	<b>10 045</b>	<b>323 517</b>	<b>3 550</b>	<b>202 856</b>	<b>2 614</b>	<b>47 701</b>	<b>1 521</b>	<b>22 217</b>	<b>18 169</b>	<b>596 291</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>	39,1	20,9	33,4	9,8	47,1	29,6	48,6	15,0	40,2	17,6
<b>F11 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av opiater</b>	28,1	24,9	30,1	39,9	15,7	25,7	19,9	45,0	25,5	30,8
<b>F12 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av cannabinoider</b>	6,5	8,2	5,9	4,9	11,6	10,5	5,8	3,1	7,0	7,1
<b>F13 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av sedativa og hypnotika</b>	5,0	2,4	9,5	1,6	6,0	2,7	2,9	2,0	5,8	2,1
<b>F14 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av kokain</b>	1,3	0,7	0,1	0,2	0,3	0,1	0,1	0,1	0,8	0,5
<b>F15 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av andre stimulanter, inkl. kaffein</b>	6,4	3,2	9,0	2,8	10,1	6,5	7,1	2,0	7,5	3,3
<b>F19 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av flere stoffer</b>	8,5	4,1	9,0	3,7	5,4	9,0	10,4	4,5	8,8	4,4
<b>F630 Patologisk spillelidenskap</b>	0,0	2,2	0,0	0,9	0,1	3,2	0,3	2,1	0,1	1,8
<b>F99 Uspesifisert psykisk forstyrrelse eller lidelse</b>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
<b>Øvrige F-koder</b>	4,5	16,9	2,8	4,8	3,3	8,4	3,4	12,3	3,8	11,9
<b>R00-R99 Symptomer, tegn, unormale kliniske funn, ikke klassifisert annet sted</b>	0,1	2,9	0,0	1,2	0,0	4,1	0,1	13,6	0,1	2,8
<b>Z50.30 Oppmøte for utdeling av LAR-medikament</b>	0,0	13,6	0,0	29,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	17,6
<b>Andre diagnoser enn Fxx, Gxx, Rxx og Zxx</b>	0,4	0,1	0,3	0,5	0,1	0,1	1,3	0,2	0,4	0,2

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 - Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av andre stimulanter, inkl. kaffein og F19 - Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av flere stoffer, noe som hovedtilstandskoder. Videre viser Z50.30 - Oppmøte for utdeling av LAR-medikament – innslag av denne koden innen Helse Sør-Øst og i Helse Vest.

Det er fortsatt en stor andel episoder i døgnbehandling der det ikke er rapportert informasjon om hovedtilstand (6,2 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 i 2017. For at en poliklinisk kontakt skal bli inkludert i grunnlaget for beregning i ISF 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.

Tabell 2.4: Status for individuell plan for siste episode i siste avsluttede henvisningsperiode for hver pasient. Prosent per RHF og landet. Prosent i 2018. 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	45,0	46,6	50,3	57,0	46,7
Pasient oppfyller ikke kriteriene	33,7	22,2	6,0	17,9	27,5
Pasienten er informert men avslag/samtykke foreligger ikke	0,3	1,0	1,4	0,4	0,5
Ønsker ikke individuell plan eller har ikke gitt samtykke	2,7	2,5	3,4	6,6	3,1
Pasienten ønsker IP, samtykke foreligger. Ingen annen aksjon er utført	0,5	0,7	0,4	1,5	0,6
Melding om behov for IP er sendt kommunen	1,0	1,8	1,2	1,4	1,2
Arbeid med individuell plan påbegynt	7,3	6,6	1,6	6,1	6,4
Individuell plan foreligger	5,6	7,2	17,2	3,1	7,0
IP er ikke vurdert	0,6	0,5	5,6	1,1	1,2
Ukjent med status for individuell plan	3,3	10,9	12,8	4,9	5,9
<b>Antall pasienter med avsluttede henvisningsperioder i 2018</b>	9 908	2961	1 709	1 038	15 526

47 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 13,4 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 47 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 i underkant av 40 prosent av pasientene.

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

Tabell 2.5: Rapporteringsvolum aktivitets- og situasjonsdata. Antall. 2018 med prosentvis endring fra 2017

Helseregion	Pasienter med nye henvisninger og som er tatt til behandling i året	Pasienter med rapporterte kartlegginger
<b>Helse Sør-Øst</b>	9 646	2 657
<i>Endring fra 2017 (%)</i>	0	-18
<b>Helse Vest</b>	2 835	1 284
<i>Endring fra 2017 (%)</i>	-1	-33
<b>Helse Midt-Norge</b>	2 387	1 612
<i>Endring fra 2017 (%)</i>	39	-4
<b>Helse Nord</b>	1 069	390
<i>Endring fra 2017 (%)</i>	2	1
<b>Landet</b>	15 852	5 964
<i>Endring fra 2017 (%)</i>	5	-17

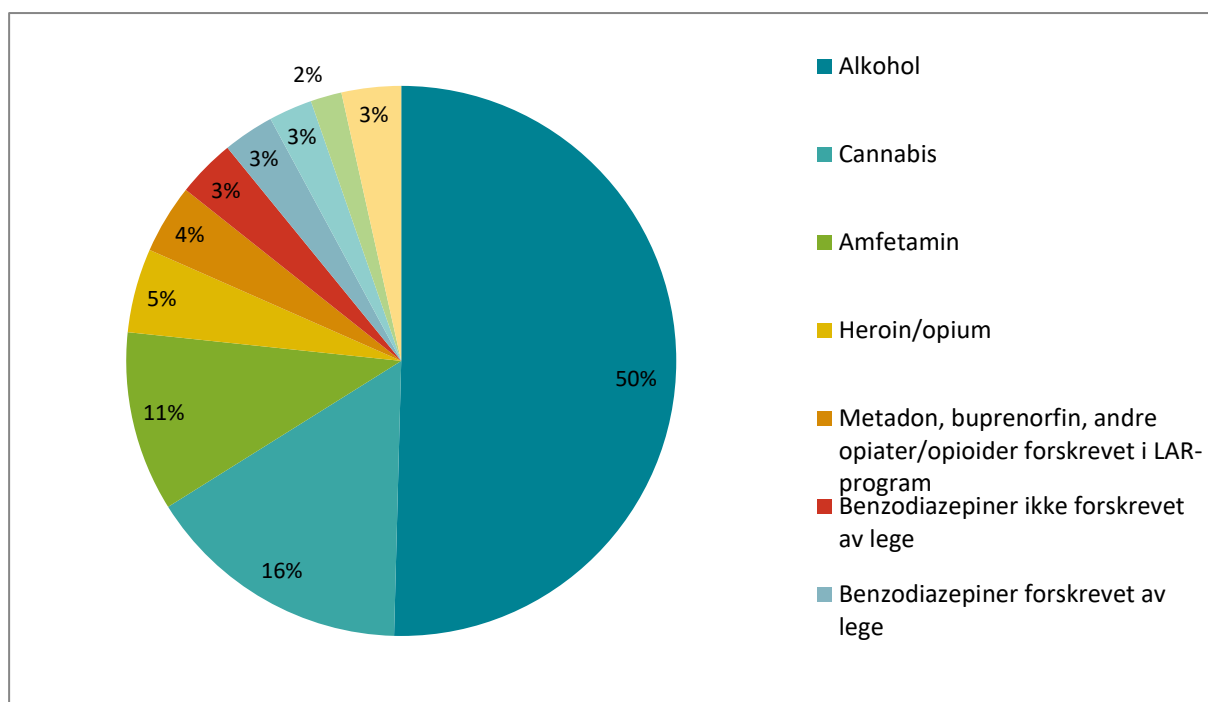
Rapporteringsvolumet for situasjonsdata for 2018 er avtagende. Dette er en trend vi dessverre har sett over noen år. De private behandlingsstedene innen TSB-sektoren rapporterer mer komplette tall enn offentlige behandlingssteder. Det er svikt i rutiner og systemtekniske feil som fører til at det blir 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. 21,3 prosent av innrapporterte situasjonsdata manglet opplysninger om mest brukte rusmiddel/medikament, mot 19,4 prosent året før.



Figur 2.2: Mest brukte rusmiddel/medikament de siste 6 måneder før behandlingsstart<sup>1)</sup>. Prosent. 2018. N = 5 964.

<sup>1)</sup> Manglende opplysninger om mest brukte rusmiddel/medikament i innrapporterte situasjonsdata er utelatt i figuren (21,3 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.

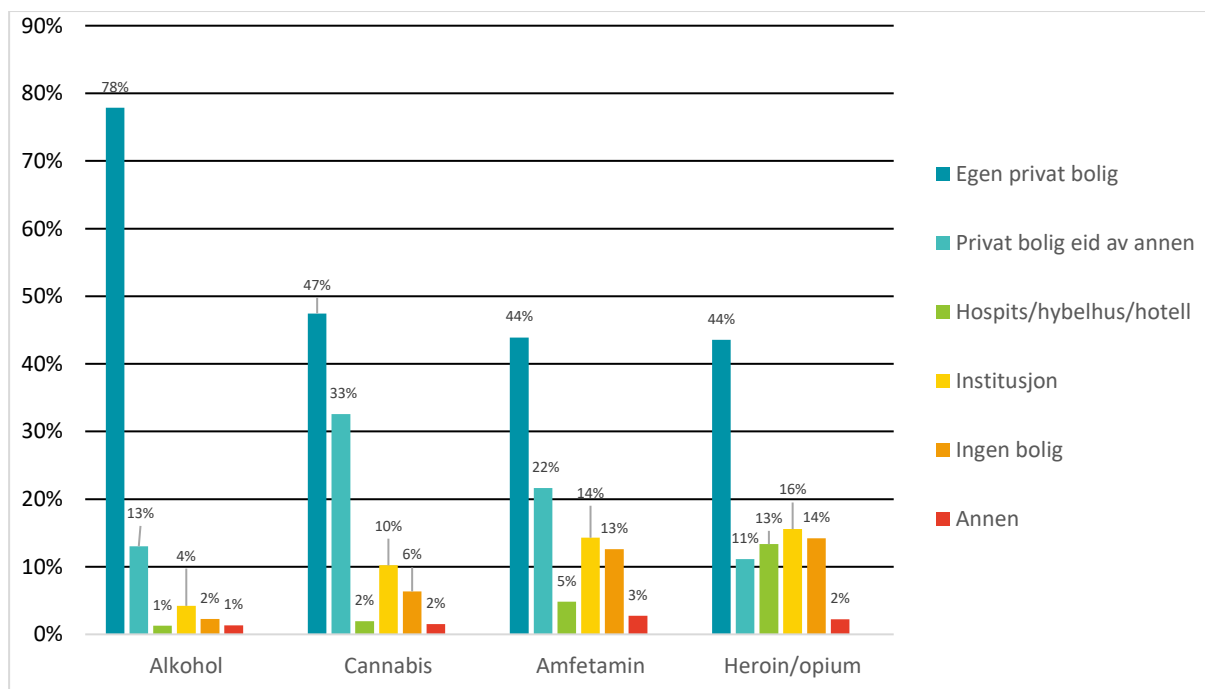
Tabell 2.6: Alder ved behandlingsstart ved gjeldende behandlingssted og debutalder. Gjennomsnitt i 2018.

Rusmiddel/ medikament	Alder ved behandlingsstart	Debutalder
<b>Alkohol</b>	47	16
<b>Cannabis</b>	30	15
<b>Amfetamin</b>	34	18
<b>Heroin/opioider</b>	38	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.



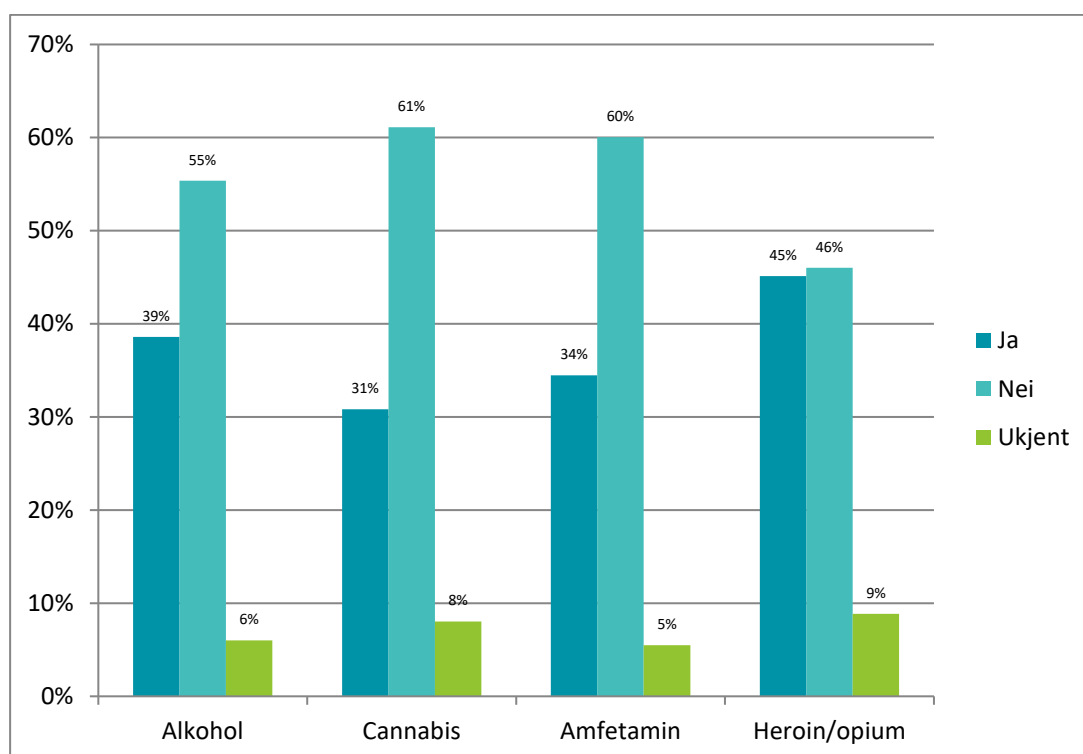
Figur 2.3: Boforhold siste fire uker før behandlingsstart for pasientgrupper der alkohol, cannabis, amfetamin eller heroin/opium er oppgitt som mest brukte rusmiddel. Prosent. 2018.

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. 2018.

## 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 2018

---

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 inn en andre fil (fil2) heller.

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 2018 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 2018 kan beregnes presist ettersom tilnærmet all behandling er innrapportert, samtidig som at NPR har fått informasjon om pasientens identitet i 99,9 prosent av behandlingsepisodene. Rapportert bostedskommune og bydelskode er sammenstilt med opplysninger fra Folkeregisteret for kvalitetssikring.

#### 3.2.2.1 Tvunget psykisk helsevern

Det er 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 ulike kvalitetsindikatorer som omhandler rettslig grunnlag for henvisning eller helsehjelp:

- Kompletthet i rapportering av henvisningsformalitet
- Tvangsinnleggelse i psykisk helsevern for voksne
- Tvangsmiddelbruk i psykisk helsevern for voksne

Disse og andre indikatorer publiseres her: <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 innleggelser til døgntil behandling i PHV fra 2013 til 2018.



Figur 3.1: Kompletthet i rapportering av rettslig grunnlag for innleggelser til døgntil behandling. 2013, 2014, 2015, 2016, 2017 og 2018. Prosent.

De siste årene har vi sett en bedring i rapporteringen av rettslig grunnlag for innleggelser, og i 2018 går den litt opp i alle helseregionene. 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 2018. Prosent.

Helseforetak	Manglende registrering Individuell plan %	Ukjent med status for individuell plan %	Antall pasienter med avsluttede henvisningsperioder
<b>Helse Sør-Øst</b>	<b>53</b>	<b>1</b>	<b>53 973</b>
Vestre Viken HF	13	2	7 026
Lovisenberg	9	0	4 882
Diakonhjemmet	82	0	3 558
Akershus univ.sykehus HF	48	0	8 062
Sykehuset Innlandet HF	50	1	7 001
Sykehuset Østfold HF	79	0	5 285
Sørlandet sykehus HF	85	0	5 001
Sykehuset i Vestfold HF	92	1	5 162
Sykehuset Telemark HF	84	0	3 468
Oslo univ.sykehus HF	30	1	5 228
Helse Sør-Øst RHF, Privat	31	8	1 393
<b>Helse Vest</b>	<b>73</b>	<b>1</b>	<b>18 513</b>
Helse Stavanger HF	70	1	5 454
Helse Fonna HF	69	2	2 790
Helse Bergen HF	73	0	5 464
Helse Førde HF	84	1	1 793
Helse Vest RHF, Privat	70	0	3 835
<b>Helse Midt-Norge</b>	<b>86</b>	<b>0</b>	<b>13 569</b>
St. Olavs Hospital HF	95	0	6 921
Helse Nord-Trøndelag HF	90	0	2 494
Helse Møre og Romsdal HF	68	0	4 301
<b>Helse Nord</b>	<b>81</b>	<b>1</b>	<b>8 828</b>
Finnmarkssykehuset HF	50	1	1 308
Univ. sykehuset i Nord-Norge HF	91	1	3 688
Nordlandssykehuset HF	88	0	2 201
Helgelandssykehuset HF	72	0	1 647
Helse Nord RHF, Privat	56	6	352
<b>Landet</b>	<b>64,2</b>	<b>0,6</b>	<b>94 092</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. Slik den midterste kolonnen viser skiller private i Helse Sør-Øst seg ut.

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. 2018. 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</b>	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>	<b>0,8</b>	<b>85 991</b>
Vestre Viken HF	0,2	0,9	0,2	4,1	9 814
Lovisenberg diakonale sykehus	0,0	0,0	0,0	0,0	6 720
Diakonhjemmet sykehus	0,9	0,7	0,8	0,1	7 612
Akershus univ.sykehus HF	0,1	0,1	0,1	1,2	13 011
Sykehuset Innlandet HF	0,0	0,1	0,1	0,2	10 720
Sykehuset Østfold HF	0,0	0,0	0,0	0,4	8 110
Sørlandet sykehus HF	0,1	0,1	0,1	0,1	10 914
Sykehuset i Vestfold HF	0,0	0,0	0,0	0,1	6 781
Sykehuset Telemark HF	0,1	0,1	0,2	0,0	4 527
Oslo universitetssykehus HF	0,0	0,4	0,8	0,0	6 351
Helse Sør-Øst RHF, Privat	0,2	0,0	0,1	1,7	1 431
<b>Helse Vest</b>	<b>0,1</b>	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>	<b>0,6</b>	<b>26 999</b>
Helse Stavanger HF	0,2	0,5	0,2	0,7	8 550
Helse Fonna HF	0,0	0,1	0,1	0,1	4 496
Helse Bergen HF	0,1	0,1	0,5	0,4	7 296
Helse Førde HF	0,1	0,0	0,1	1,7	2 129
Helse Vest RHF, Privat	0,0	0,0	0,2	0,8	4 528
<b>Helse Midt-Norge</b>	<b>0,2</b>	<b>3,6</b>	<b>1,2</b>	<b>0,0</b>	<b>16 586</b>
St. Olavs Hospital HF	0,1	0,0	0,0	0,0	8 285
Helse Nord-Trøndelag HF	0,1	0,2	5,2	0,1	2 831
Helse Møre og Romsdal HF	0,3	10,6	0,9	0,0	5 470
<b>Helse Nord</b>	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>	<b>1,0</b>	<b>1,3</b>	<b>12 338</b>
Finnmarkssykehuset HF	0,5	0,6	0,9	0,5	1 551
Univ.sykehuset i Nord-Norge HF	0,2	0,1	1,7	0,4	5 335
Nordlandssykehuset HF	0,1	0,2	0,5	3,9	3 017
Helgelandssykehuset HF	0,0	0,0	0,2	0,1	2 072
Helse Nord RHF, Privat	0,0	1,7	0,0	1,7	363
<b>Kun FBV-avtale</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>3</b>
<b>Landet</b>	<b>0,2</b>	<b>0,6</b>	<b>0,3</b>	<b>0,6</b>	<b>141 917</b>

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 0,2 prosent i de avsluttede henvisningsperiodene. Koden anvendes mye mindre i 2018 sammenliknet med tidligere år.

Z004 – Generell psykiatrisk undersøkelse

Koden er registrert for 0,6 prosent på nasjonalt nivå, noe som er mye mindre sammenliknet med 2016 og årene før. 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 for 0,3 prosent. Også for denne koden er reduksjonen betydelig sammenliknet med årene 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 99,9 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 (Vedtaksmeldingen) for tvang som følger EPJ-standard for registrering (EPJ- elektronisk pasientjournal). EPJ-standard for tvang er en standard for registrering av vedtak om



tvangsbruk som er fattet med hjemmel i psykisk helsevernloven. Den nye rapporteringsstandard 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.

Vi er i gang med test- og valideringstjeneste som er under oppbygging. "Systemleverandører og andre med tilsvarende behov kan få validert NPR-meldinger som de har under utvikling. NPR har satt opp en egen tjeneste som mottar meldinger i systemer som er identisk med produksjon. Løsningen produserer en tilbakemelding i XML-format. Tilbakemeldingen inneholder informasjon om mangler og feil og sendes på epost til kontaktperson oppgitt i meldingen.

<https://helsedirektoratet.no/norsk-pasientregister-npr/registrere-og-rapportere-data-til-npr#validering-av-npr-melding>

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. De regionale helseforetakene får 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](#)

Det er viktig med korrekt registrering og rapportering av de ulike dataelementene (se ellers vedlegg - begreper). Ensartet registrering av data som skal rapporteres i henhold til NPR-melding er viktig. Hvordan det skal registreres fysisk i de ulike pasientadministrative systemene fra de ulike systemleverandørene, blir imidlertid en sak mellom foretak og systemleverandør.

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 2018 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 2018. 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 2018.

Helseforetak	Manglende registrering Individuell plan %	Ukjent med status for individuell plan %	Antall pasienter med avsluttede henvisningsperioder
<b>Helse Sør-Øst</b>	<b>45,0</b>	<b>3,3</b>	<b>9 908</b>
Vestre Viken HF	7,5	2,4	1 165
Lovisenberg	7,2	0,0	235
Diakonhjemmet	84,4	0,0	276
Akershus univ.sykehus HF	65,0	0,3	1 048
Sykehuset Innlandet HF	47,8	1,2	1 100
Sykehuset Østfold HF	74,2	0,1	1 008
Sørlandet sykehus HF	75,0	0,1	967
Sykehuset i Vestfold HF	86,7	1,2	833
Sykehuset Telemark HF	91,0	0,0	322
Oslo universitetssykehus HF	26,6	0,9	1 509
Helse Sør-Øst RHF, Privat	13,7	15,2	2 369
<b>Helse Vest</b>	<b>46,6</b>	<b>10,9</b>	<b>2 961</b>
Helse Stavanger HF	61,1	2,5	355
Helse Fonna HF	68,5	1,3	238
Helse Bergen HF	75,1	0,2	563
Helse Førde HF	68,6	2,5	118
Helse Vest RHF, Privat	30,8	17,7	1 940
<b>Helse Midt-Norge</b>	<b>50,3</b>	<b>12,8</b>	<b>1 709</b>
St. Olavs Hospital HF	70,5	0,5	762
Helse Nord-Trøndelag HF	91,2	0,0	216
Helse Møre og Romsdal HF	27,0	9,9	455
Helse Midt RHF, Privat	25,5	44,2	530
<b>Helse Nord</b>	<b>57,0</b>	<b>4,9</b>	<b>1 038</b>
Finnmarkssykehuset HF	60,8	3,8	79
Univ. sykehuset i Nord-Norge HF	59,2	5,1	603
Nordlandssykehuset HF	82,6	0,6	161
Helgelandssykehuset HF	49,6	0,8	119
Helse Nord RHF, Privat	20,9	14,1	163
<b>Kun FBV-avtale</b>			
Private	50,0	10,0	100
<b>Landet</b>	<b>46,7</b>	<b>5,9</b>	<b>15 526</b>

Da nesten 47 prosent av alle avsluttede henvisningsperioder i 2018 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 2018 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. 2018. Prosent.

Helseforetak	Uspesifisert psykisk forstyrrelse: F99 %	Generell psykiatrisk undersøkelse: Z004 %	Obs ved mistanke om psykiske lidelser: Z032 %	Hoveddiagnose ikke angitt %	Antall avsluttede henvisningsperioder
<b>Helse Sør-Øst</b>	<b>0,1</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>1,1</b>	<b>12 724</b>
Vestre Viken HF	0,1	0,2	0,0	0,1	1 279
Lovisenberg diakonale sykehus	0,0	0,0	0,0	0,0	238
Diakonhjemmet sykehus	0,0	0,0	0,0	0,7	286
Akershus univ.sykehus HF	0,1	0,0	0,0	1,9	1 304
Sykehuset Innlandet HF	0,1	0,0	0,2	0,0	1 427
Sykehuset Østfold HF	0,1	0,0	0,2	0,2	1 056
Sørlandet sykehus HF	0,0	0,0	0,0	0,1	1 133
Sykehuset i Vestfold HF	0,0	0,0	0,0	0,0	932
Sykehuset Telemark HF	0,0	0,0	0,0	0,3	346
Oslo universitetssykehus HF	0,0	0,0	0,0	0,0	2 139
Helse Sør-Øst RHF, Privat	0,1	0,2	0,0	4,3	2 584
<b>Helse Vest</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,2</b>	<b>3 788</b>
Helse Stavanger HF	0,0	0,0	0,0	0,0	366
Helse Fonna HF	0,0	0,0	0,0	0,0	264
Helse Bergen HF	0,0	0,0	0,0	0,0	648
Helse Førde HF	0,0	0,0	0,0	0,0	149
Helse Vest RHF, Privat	0,0	0,0	0,0	0,3	2 361
<b>Helse Midt-Norge</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>0,4</b>	<b>1,2</b>	<b>2 458</b>
St. Olavs Hospital HF	0,0	0,0	0,4	0,1	907
Helse Nord-Trøndelag HF	0,0	0,9	2,6	0,0	234
Helse Møre og Romsdal HF	0,5	0,0	0,0	2,6	661
Helse Midt RHF, Privat	0,0	0,0	0,0	1,7	656
<b>Helse Nord</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>1,6</b>	<b>1 332</b>
Finnmarkssykehuset HF	0,0	0,0	0,0	6,1	82
Univ.sykehuset i Nord-Norge HF	0,0	0,0	0,0	0,0	753
Nordlandssykehuset HF	0,0	0,0	0,0	1,2	163
Helgelandssykehuset HF	0,0	0,0	0,0	1,3	160
Helse Nord RHF, Privat	0,0	0,0	0,0	6,9	174
<b>Kun FBV-avtale</b>					
Private	0,0	0,0	0,0	0,0	103
<b>Landet</b>	<b>0,1</b>	<b>0,0</b>	<b>0,1</b>	<b>1,0</b>	<b>20 405</b>

## 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 2018.

# VEDLEGG

**Vedlegg 1: Aktivitetstall i PHV-sektoren for alle helseforetak i 2018**

**Vedlegg 2: Aktivitetstall i TSB-sektoren for alle helseforetak i 2018**

**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 psykisk helsevern voksne - 2018

Helseregion	Utskrivninger fra institusjons-opphold (døgn)	Oppholds-døgn	Dag-opphold	Totalt	Direkte polikliniske kontakter	Indirekte polikliniske kontakter	Antall paseinter
<b>Helse Sør-Øst</b>							
Vestre Viken HF	3 699	65 863	1 265	125 089	108 083	17 006	11 909
Lovisenberg diakonale sykehus	1 378	29 043	5	104 087	83 396	20 691	7 527
Diakonhjemmets sykehus	742	12 053	13	57 316	41 189	16 127	5 049
Akershus universitetssykehus HF	3 981	63 494	0	154 555	116 677	37 878	11 846
Sykehuset Innlandet HF	3 953	77 184	61	125 443	100 744	24 699	11 382
Sykehuset Østfold HF	3 606	56 448	630	73 655	52 489	21 166	7 402
Sørlandet sykehus HF	3 538	54 600	4 278	120 393	95 970	24 423	8 201
Sykehuset i Vestfold HF	2 195	33 448	0	90 720	66 631	24 089	7 496
Sykehuset Telemark HF	2 237	35 761	34	57 452	44 815	12 637	5 385
Oslo universitetssykehus HF	2 005	69 851	28	101 022	79 916	21 106	7 905
Helse Sør-Øst RHF, private	1 758	78 010	127	16 218	13 352	2 866	2 669
<b>Helse Vest</b>							
Helse Stavanger HF	3 866	76 932	3 217	96 585	71 421	25 164	8 211
Helse Fonna HF	2 160	32 970	1 324	46 919	35 809	11 110	4 545
Helse Bergen HF	3 665	73 309	2 916	100 777	85 830	14 947	9 380
Helse Førde HF	933	18 213	744	27 298	20 435	6 863	3 179
Helse Vest RHF, Privat	1 785	34 199	929	74 458	63 024	11 434	6 510
<b>Helse Midt-Norge</b>							
St. Olavs Hospital HF	3 640	60 324	348	142 060	119 525	22 535	12 094
Helse Nord-Trøndelag HF	1 134	20 343	0	43 671	34 691	8 980	4 539
Helse Møre og Romsdal HF	2 620	43 212	6	83 610	66 011	17 599	7 838
<b>Helse Nord</b>							
Finnmarkssykehuset HF	696	8 562	1	22 267	18 109	4 158	2 565
Univ.sykehuset i Nord-Norge HF	3 086	45 495	29	63 769	51 037	12 732	6 098
Nordlandssykehuset HF	1 517	34 737	385	37 563	31 256	6 307	3 998
Helgelandssykehuset HF	346	4 535	60	29 679	24 776	4 903	2 706
Helse Nord RHF, Privat	554	14 615	3	1 425	1 425	0	822
<b>Kun FBV-avtale</b>							
Private	54	13 996	0	0	0	0	90



## Vedlegg 2 - Aktivitetstall tverrfaglig spesialisert rusbehandling – 2018

Helseregion	Utskrivninger fra institusjons-opphold (døgn)	Oppholds-døgn	Dag-opphold	Totalt	Direkte polikliniske kontakter	Indirekte polikliniske kontakter	Antall paseinter
<b>Helse Sør-Øst</b>							
Vestre Viken HF	768	16 381	131	35 885	26 391	9 494	3 031
Lovisenberg diakonale sykehus	0	0	0	8 598	6 804	1 794	703
Diakonhjemmets sykehus	0	0	0	6 669	4 945	1 724	540
Akershus universitetssykehus HF	923	18 353	0	28 642	15 495	13 147	2 450
Sykehuset Innlandet HF	423	13 140	8	30 137	16 084	14 053	2 424
Sykehuset Østfold HF	477	9 436	7	38 078	25 904	12 174	2 297
Sørlandet sykehus HF	808	20 816	51	29 162	20 174	8 988	2 381
Sykehuset i Vestfold HF	506	15 118	0	57 322	47 947	9 375	1 665
Sykehuset Telemark HF	21	40	7	14 150	7 213	6 937	884
Oslo universitetssykehus HF	2 005	25 298	0	39 182	26 124	13 058	2 978
Helse Sør-Øst RHF, private	2 266	251 256	1 187	34 301	27 442	6 859	4 512
<b>Helse Vest</b>							
Helse Stavanger HF	56	10 878	286	45 063	27 232	17 831	1 323
Helse Fonna HF	135	2 938	76	19 134	14 099	5 035	723
Helse Bergen HF	401	18 047	3	102 811	82 381	20 430	2 115
Helse Førde HF	190	6 775	0	1 437	819	618	261
Helse Vest RHF, Privat	2 020	71 173	2 170	31 876	25 020	6 856	3 232
<b>Helse Midt-Norge</b>							
St. Olavs Hospital HF	582	10 851	294	21 851	12 974	8 877	1 516
Helse Nord-Trøndelag HF	38	1 489	0	6 249	3 722	2 527	609
Helse Møre og Romsdal HF	784	18 331	1 191	9 223	5 936	3 287	873
Helse Midt-Norge RHF, Privat	726	36 129	0	8 893	5 184	3 709	924
<b>Helse Nord</b>							
Finnmarkssykehuset HF	82	3 604	1	928	824	104	209
Univ.sykehuset i Nord-Norge HF	663	20 246	0	13 000	6 914	6 086	1 197
Nordlandssykehuset HF	103	2 337	26	4 966	2 726	2 240	523
Helgelandssykehuset HF	101	2 226	10	3 286	2 186	1 100	233
Helse Nord RHF, Privat	380	21 455	0	0	0	0	268
<b>Kun FBV-avtale</b>							
Private	352	27 086	0	0	0	0	253

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

### **Helse Vest**

#### **Helseforetak som har rapportert årsdata 2018:**

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

#### **Private behandlingssteder som har rapportert årsdata 2018:**

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

### **Helse Nord**

#### **Helseforetak som har rapportert årsdata 2018:**

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

#### **Private behandlingssteder som har rapportert årsdata 2018:**

- Kløveråsen
- Viken senter for psykiatri og sjelesorg

## Helse Sør-Øst RHF

### Helseforetak som har rapportert årsdata 2018:

- 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 2018:

- Diakonhjemmet
- Lovisenberg
- Manifestsenteret
- Modum Bad
- CRUX Bergfløtt behandlingssenter
- Furukollen psykiatriske senter
- Grefsenlia bo- og behandlingssenter
- Friskstiftelsen
- Skjelfoss psykiatriske senter
- Fekjær psykiatriske senter

## Helse Midt-Norge

### Helseforetak som har rapportert årsdata 2018:

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

## Kun godkjent innen Fritt behandlingsvalgordningen

### Institusjoner som har rapportert årsdata 2018:

- Vitalis Helse Kragerø

## Vedlegg 4 - Oversikt over enheter innen TSB

### Helse Nord

#### Helseforetak som har rapportert årsdata 2018:

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

#### Private behandlingssteder som har rapportert årsdata 2018:

- Sigma Nord
- Finnmarkskollektivet
- KOA psykisk helse

### Helse Midt-Norge

#### Helseforetak som har rapportert årsdata 2018:

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

#### Private behandlingssteder som har rapportert årsdata 2018:

- Lade behandlingssenter
- Kvamsgrindkollektivet
- Tyrilikkollektivet

### Helse Vest

#### Helseforetak som har rapportert årsdata 2018:

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

#### Private behandlingssteder som har rapportert årsdata 2018:

- 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 2018:

- 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 2018:

- A-senteret
- Blå Kors Eina
- Blå Kors Loland behandlingssenter
- Blå Kors poliklinikk Oslo
- 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 2018:

- 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](#)





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

**Telefon:** +47 47 20 20

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

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