

## Veileder for rapportering av aktivitetsdata i psykisk helsevern

*Innrapportering til Norsk pasientregister (NPR)*

*Desember 2016*

Heftets tittel:           Veileder for rapportering av aktivitetsdata i psykisk helsevern.  
Innrapportering til Norsk pasientregister (NPR)

Utgitt:                    Først utgitt 02/2008  
Revidert versjon utgitt desember 2016

Utgitt av:                Helsedirektoratet  
Kontakt:                 Norsk pasientregister  
Postadresse:             Postboks 6173, Sluppen, 7435 Trondheim  
Besøksadresse:         Sluppenveien 12C, 7037 Trondheim

Tlf.: 810 20 050  
Faks: 932 70 500  
[www.helsedir.no](http://www.helsedir.no)

Veilederen finnes kun elektronisk, og er tilgjengelig på Helsedirektoratets nettsider:  
<http://helsedirektoratet.no>

# Forord

Helsedirektoratet ved Norsk pasientregister (NPR) presenterer en revidert versjon av *Veileder for registrering av aktivitetsdata innen psykisk helsevern*. Ordet «registrering» er nå erstattet med «rapportering». Rapporteringsveilederen peker dermed tydeligere til krav mot rapportering i henhold til NPR – melding (versjon 53.1.1) Dette for å presisere at rapporteringsveilederen skal vise hva som skal rapporteres til NPR – ikke hvordan dette detaljert skal administreres i de ulike pasientadministrative systemene. Denne veilederen dokumenter derfor ikke hvordan registreringen skjer i de ulike pasientadministrative systemene.

Hovedformålet med veilederen er å gi retningslinjer som skal bidra til ensartet praksis ved rapportering av aktivitetsdata. Veilederens utgangspunkt er data som skal rapporteres til Norsk pasientregister.

Vi ønsker også at språkbruk og begrepsforståelse knyttet til aktivitet i ulike behandlingsløp blir felles. Både for de som jobber med registrering og rapportering, de som jobber med pasienter, de som har bruk for å forstå tallene i lokale fora og for de som er interessert i å lese nasjonale rapporter.

Mange av begrepene som omtales i veilederen er sentrale i andre sammenhenger – deriblant øvrige veiledere og retningslinjer som utgis av Helsedirektoratet. Det er til enhver tid nødvendig med oppdateringer og ajourhold av innholdet i denne veilederen. Slike oppdateringer er også nødvendige på grunnlag av endringer i lovverk og sentrale forskrifter.

Fra 2017 innføres ISF for polikliniske tjenester innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. For informasjon om dette vises det til Helsedirektoratets sider om Innsatsstyrt finansiering (ISF) <https://helsedirektoratet.no/finansieringsordninger/innsatsstyrt-finansiering-isf-og-drg-systemet>. Denne omleggingen medfører blant annet at finansieringen baseres på innrapporterte data til NPR.

For regelverk og veiledning knyttet til kliniske kodeverk vises til Direktoratet for e-helse sine nettsider <https://ehelse.no/standarder-kodeverk-og-referansekatalog/helsefaglige-kodeverk/kodeveiledning-icd-10-ncsp-ncmp-og-ncrp>

Vi benytter anledningen til å takke alle som har bidratt i arbeidet med veilederen. Tilbakemelding på denne veilederen kan sendes til [npr@helsedir.no](mailto:npr@helsedir.no)

# Revisjonsoversikt

2010	2.4 2.4.1 2.4.2	Henvisningsperioder har fått to nye underkapittel: Tidligere behandling for samme tilstand er avsluttet Nytt behandlingsopplegg	Underkapitlene dreier seg om situasjoner der det er naturlig å opprette nye henvisningsperioder
2010	2.4.4	Tvungent psykisk helsevern	Nytt underkapittel til Kap.2.4
2010	2.5	Endret kapitteloverskrift til "Episodebegrepet"	Flyttet teksten om direkte og indirekte kontakt til kapittel 2.5.1
2010	2.7	Behandlingsutsettelse og fristbrudd	Nytt kapittel.
2010	2.8	Epikrisetid	Nytt kapittel
2010	2.9	Utskrivningsklar dato	Nytt kapittel
2010	2.10	NCMP-Norsk klassifikasjon av medisinske prosedyrer	Nytt kapittel
2010	3.1	Henvisningsformalitet og type formalitet	Nytt kapittel,
2010	4	Registreringsforløpet i en henvisningsperiode: alt om ventelisteføring er plassert først i kapittelet.	Mindre endringer. Noe tekst er tilpasset NPR-melding.
2010	4.5	Spesialistvedtak, tvang og klage	Nytt kapittel
2010	4.7.1	Ulike databaser	Nytt kapittel
2010	4.7.2	Overføring mellom ulike virksomheter	Nytt kapittel. Behandler overføringer mellom PHV og PHB, PHV og TSB.
2010	2.4.6	Parallelle henvisningsperioder	Slettet, kapittelet er innlemmet i kapittel 2.4.5.
2011	3.1	Henvisningsformalitet og type formalitet	Lagt inn mer tekst under pkt. om type formalitet.
2011	4.1	Ansiennitetsdato	Lagt til mer tekst.
2013	2.4.1	Sekundær- vs. Primærhenvisning	Nytt kapittel
2012	2.8	Epikrise	Endring i tekst da epikrisetid for tiden ikke er en kvalitetsindikator.
2012	3.3.7	Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold	Endring i tekst blant annet pga. nytt kodeverk fra 2012.
2012	2.11	Individuell plan	Nytt Kapittel
2012	2.5.3.1	5-døgnsavdeling	Nytt kapittel
2013	2.2.6	Postopphold	Nytt kapittel
2013	3.5	Tilstander (diagnose og funksjonsscore)	Endring i tekst
2016		Forord Innsatsstyrt finansiering (ISF) innen PHV og TSB	Ny tekst
2016	1.3	Hva brukes datamaterialet til?	Endret tekst
2016	1.4	Presisering av forholdet til andre regelverk	Nytt kapittel
2016	2.1.2	Dagbehandling	Endret tekst

2016	2.1.3 Poliklinisk behandling	Endring i tekst
2016	2.1.4 Andre spesifikke rapporterings- og kodingsregler knyttet til polikliniske tjenester	Nytt kapittel
2016	2.2 Rapporteringsenhet og behandlingssted	Endring i tekst
2016	2.2.2 Behandlingssted	Endring i tekst
2016	2.2.4 Avdeling	Endring i tekst og benevning
2016	2.3 Hva er en henvisningsperiode og når opprettes en ny?	Endring i tekst samt lagt til mere tekst
2016	2.3.1 Ekstern - og internhenvisning	Ny tittel og endring i tekst
2016	2.3.2 Avsluttede henvisningsperioder og ny henvisning for samme tilstand	Endring i tekst og lagt til mere tekst
2016	2.3.4 Midlertidig behandlingstilbud	Endring i tekst
2016	2.3.6 Når kan en pasient ha flere henvisningsperioder?	Endring i tekst + ROP-lidelser
2016	2.4.1.2 Telefon	Endring i tekst ISF
2016	2.4.1.3 E-post	Endring i tekst
2016	2.4.2.2 Ressursinnsats - utførende helsepersonell	Endring i tekst ISF
2016	2.4.6.2 Gruppeterapi/ -behandling	Endring i tekst ISF
2016	2.5 Ventetid	Endring i tekst – nytt rundskriv
2016	2.5.1 Når er ventetiden slutt og når starter helsehjelp?	Endring i tekst
	2.5.1.1 Vurdering av henvisningen og av rett til helsehjelp	Endring i tekst – ny henvisningsveileder
2016	2.5.1.2 Forholdet mellom utredning og behandling	Endring i tekst
2016	2.5.1.3 Forsvarlighet gjennom behandlingsforløpet	Redusert og endret tekst
2016	2.5.1.4 Midlertidig behandling i påvente av helsehjelp	Endring i tekst
2016	2.5.2 Ventelisteføring ved midlertidig helsehjelpstilbud og ulike datasystem	Endring i tekst
2016	2.6 Utsettelse av oppstart helsehjelp og fristbrudd	Endring i tekst
2016	2.6.1 Fristbrudd	Endring i tekst
2016	2.7 Epikrise	Endring i tekst - epikrisetid
2016	2.8 Utskrivningsklar dato (ikke vedtatt ennå – ute på høring)	Endring i tekst
2016	2.9 NCMP-Norsk klassifikasjon av medisinske prosedyrer	Endring i tekst
2016	3.1 Henvisningsformalitet	Endring i tekst
2016	3.2 Type formalitet (Spesialistvedtak)	Nytt kapittel. Endring i tekst
2016	3.2.1 Endring av omsorgsnivå	Nytt kapittel (flyttet) endring i tekst.
2016	3.2.2 Endring av formalia	Nytt kapittel (flyttet) endring i tekst.
2016	3.2.3 Innleggelse etter eget ønske underveis i poliklinisk behandling med tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold	Nytt kapittel (flyttet) endring i tekst.
2016	3.2.4 Endring av lovgrunnlag	Nytt kapittel (flyttet) endring i tekst.
2016	3.2.5 Frist ved «vedtak om videre undersøkelse/tvungen observasjon»	Nytt kapittel (flyttet) endring i tekst.
2016	3.2.6 Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold	Nytt kapittel (flyttet) endring i tekst.

2016	3.3 Vedtak om tvang etter kapittel 4 i Psykisk helsevernloven	Endring i tekst
2016	3.5 Tilstander (diagnose og funksjonsscore) Bl.a. for psykisk helsevern barn og unge fra 2017	Endring i tekst + ISF
2016	4.1 Ventelisteopplysninger	Endring i tekst
2016	4.1.1 Utsettelse av planlagt behandling/utredning	Endring i tekst
2016	4.2.1 Institusjons- og enhetsopplysninger	Endring i tekst
2016	4.3 Opplysninger som skal registreres ved episodestart	Endring i tekst
2016	4.3.3 Tilstander (diagnoser)	Endring i tekst
2016	4.5.1 Spesialistvedtak – 24-timersregelen i Psykisk helsevernloven	Endring i tekst
2016	4.5.2 Spesialistvedtak ved endringer i formalitet	Endring i tekst
2016	4.5.3 Gjennomføringsvedtak etter kapitel 4 i psykisk helsevernloven	Nytt kapittel
2016	4.5.4 Klage til kontrollkommisjonen eller til fylkeslegen	Endring i tekst
2016	4.5.5 Spesialistvedtak ved overføring/avslutning	Nytt kapittel (flyttet) endring i tekst.
2016	4.6.2 Tilstander	Endring i tekst
2016	4.7.1.2 Overføring mellom Psykisk helsevern for voksne og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	Endring i tekst
2016	4.7.1.3 Overføring mellom Psykisk helsevern og somatisk spesialisthelsetjeneste	Endring i tekst



<b>Forord</b>	Feil!
Bokmerke er ikke definert.	
<b>Revisjonsoversikt</b>	<b>4</b>
<b>1. Innledning</b>	<b>11</b>
1.1 Om veilederen	11
1.2 Formål og målgruppe	11
1.3 Hva brukes datamaterialet til?	11
1.4 Presisering av forholdet til andre regelverk	11
<b>2. Begrepsdefinisjoner</b>	<b>12</b>
2.1 Omsorgsnivå	12
2.1.1 Døgnopphold	12
2.1.2 Dagbehandling	12
2.1.3 Poliklinisk behandling	12
2.1.4 Andre spesifikke rapporterings- og kodingsregler knyttet til polikliniske tjenester	13
2.2 Rapporteringsenhet og behandlingssted	13
2.2.1 Rapporteringsenhet	13
2.2.2 Behandlingssted	13
2.2.3 Fagenhet	14
2.2.4 Avdeling	14
2.2.5 Avdelingsopphold	14
2.2.6 Postopphold	14
2.3 Hva er en henvisningsperiode og når opprettes en ny?	15
2.3.1 Ekstern vs. Internhenvisning	15
2.3.1.1 Øyeblikkelig hjelp	16
2.3.2 Avsluttede henvisningsperioder og ny henvisning for samme tilstand	16
2.3.3 Nytt behandlingsopplegg	16
2.3.4 Midlertidig behandlingstilbud	16
2.3.5 Tvungent psykisk helsevern	16
2.3.6 Når kan en pasient ha flere henvisningsperioder?	16
2.4 Episodebegrepet	18
2.4.1 Direkte og indirekte kontakt	18
2.4.1.1 Indirekte pasientkontakt	19
2.4.1.2 Telefon	19
2.4.1.3 E-post	19
2.4.1.4 Tele-/videokonferanse	19
2.4.2 Ny episode/kontakt	19
2.4.2.1 Rapportering av kontakter	20
2.4.2.2 Ressursinnsats - utførende helsepersonell	20
2.4.3 Døgnopphold	20
2.4.3.1 5-døgnsavdeling	21
2.4.4 Dagopphold	21
2.4.5 Poliklinisk kontakt	21
2.4.5.1 Behandlingsserie	21
2.4.6 Rapportering ved flere terapeuter, familie, gruppeterapi	22
2.4.6.1 Hovedregel ved flere terapeuter	22
2.4.6.2 Gruppeterapi/ -behandling	22
2.4.6.3 For- og ettervernsamtaler	22



2.5	Ventetid	23
2.5.1	Når er ventetiden slutt og når starter helsehjelp?	23
2.5.1.1	<i>Vurdering av henvisningen og av rett til helsehjelp</i>	23
2.5.1.2	<i>Forholdet mellom utredning og påbegynt behandling</i>	23
2.5.1.3	<i>Forsvarlighet gjennom behandlingsforløpet</i>	24
2.5.1.4	<i>Midlertidig behandling i påvente av helsehjelp</i>	24
2.5.2	Ventelisteføring ved midlertidig helsehjelpstilbud og ulike datasytem	24
2.6	Utsettelse av oppstart helsehjelp og fristbrudd	24
2.6.1	Fristbrudd	24
2.7	Epikrise	25
2.8	Utskrivningsklar dato	25
2.9	NCMP-Norsk klassifikasjon av medisinske prosedyrer	25
2.10	Individuell plan	25
<b>3.</b>	<b>Utdyping av enkelte tema</b>	<b>27</b>
3.1	Henvisningsformalitet	27
3.2	Type formalitet (spesialistvedtak)	27
3.2.1	Endring av omsorgsnivå	28
3.2.2	Endring av formalia	28
3.2.3	Innleggelse etter eget ønske underveis i poliklinisk behandling med tvungen psykisk helsevern uten døgnopphold	28
3.2.4	Endring av lovgrunnlag	29
3.2.5	Frist ved «vedtak om videre undersøkelse/tvungen observasjon»	29
3.2.6	Tvungen psykisk helsevern uten døgnopphold	29
3.3	Vedtak om tvang etter kapittel 4 i Psykisk helsevernloven	29
3.4	Familiebehandling	30
3.4.1	Regler ved rapportering av familiebehandling	30
3.5	Tilstander (diagnose og funksjonsscore)	30
3.6	Permisjoner	30
<b>4.</b>	<b>Rapporteringsforløpet i en henvisningsperiode</b>	<b>31</b>
4.1	Ventelisteopplysninger	31
4.1.1	Utsettelse av planlagt behandling/utredning	32
4.2	Opplysninger fra henvisningen	32
4.2.1	Institusjons- og enhetsopplysninger	32
4.2.2	Henvisningsformalitet	33
4.2.3	Tutor: Klassifisering av den person, i tillegg til fagperson/henvisende instans, som har begjært tvungen psykisk helsevern.	33
4.2.4	Henvisningsgrunner	33
4.2.5	Pasienttilstand	33
4.2.6	Opplysninger om omsorgsperson	33
4.2.7	Individuell plan	33
4.2.8	Rolle i forhold til individuell plan	34
4.2.9	Barnevernets rolle	34
4.3	Opplysninger som skal registreres ved episodestart	34
4.3.1	RESH-ID	34
4.3.2	Måling og måleresultat	35
4.3.3	Tilstander (diagnoser)	<b>Feil!</b>

**Bokmerke er ikke definert.**

4.4	Opplysninger som skal rapporteres for hver episode, alle omsorgsnivå	36
4.4.1	Endring av bosted	36
4.4.2	Helseperson	36
4.4.3	Type Behandling	36
4.4.4	Tjeneste fra en annen klinisk enhet	36
4.4.5	Døgn - Opplysninger som skal registreres underveis i døgnopphold	37
4.4.6	Dag/poliklinikk	37
4.5	Spesialistvedtak, tvang og klage	37
4.5.1	Spesialistvedtak – 24-timersregelen i Psykisk helsevernloven	37
4.5.2	Spesialistvedtak ved endringer i formalitet	37
4.5.3	Gjennomføringsvedtak etter kapitel 4 i psykisk helsevernloven	38
4.5.4	Klage til kontrollkommisjonen eller til fylkeslegen	38
4.5.5	Spesialistvedtak ved overføring/avslutning	38
4.6	Felles sluttopplysninger for alle omsorgsnivå	38
4.6.1	Måling måleresultat	38
4.7	Utskriving, overføring og avslutning	39
4.7.1	Ulike datasystemer	39
4.7.1.1	<i>Overføring mellom Psykisk helsevern for barn og unge og Psykisk helsevern for voksne.</i>	40
4.7.1.2	<i>Overføring mellom Psykisk helsevern for voksne og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling</i>	40
4.7.1.3	<i>Overføring mellom Psykisk helsevern og somatisk spesialisthelsetjeneste</i>	40

# 1. Innledning

## 1.1 Om veilederen

Innledningsvis gjennomgås bakgrunn og formål med rapporteringsveilederen. Deretter presenteres i kapittel 2 sentrale begreper. I kapittel 3 gis en redegjørelse for hvordan forstå og rapporterer bruk av tvang, familiebehandling, tilstander og permisjoner. Kapittel 4 er en gjennomgang av opplysninger som skal registreres i et behandlingsforløp.

Rapporteringsveilederen tar utgangspunkt i at informasjon som innrapporteres til Norsk pasientregister skal gi et komplett og korrekt bilde av behandlingsforløpet for den enkelte pasient, og bygger derfor på begreper i NPR-melding. Se <https://helsedirektoratet.no/norsk-pasientregister-npr>

## 1.2 Formål og målgruppe

Hovedformålet med rapporteringsveilederen er å gi tydelige retningslinjer og definisjoner for bedre kvalitet i rapportering av aktivitetsdata.

Dette er en veileder for alle som jobber med rapportering av pasientopplysninger i psykisk helsevern. Den er for de som jobber med kvalitetssikring av data, for de som har undervisningsansvar og for superbrukere. Det er samtidig en veileder for de som skal bruke data, og som dermed har et behov for å forstå datagrunnlaget. Dette vil være særlig aktuelt for ledere og klinikere. Også IT-leverandører vil ha nytte av veilederen da den beskriver begreper de må kjenne for å kunne tilby et godt produkt.

## 1.3 Hva brukes datamaterialet til?

Opplysninger i Norsk pasientregister brukes til en rekke formål. Sentrale bruksområder er kvalitetssikring, oppfølging og styring. Både regionale helseforetak og nasjonale myndigheter bruker data til slike formål. I dette inngår styringsindikatorer som rapporteres til HOD, samt nasjonale kvalitetsindikatorer. Data fra NPR brukes også til nasjonal og internasjonal statistikk. Fra 2017 vil innrapporterte data til NPR også være grunnlaget for aktivitetsbasert finansiering (ISF) for polikliniske tjenester.

For alle disse formålene er det selvsagt avgjørende at data er komplette og korrekt registrert.

## 1.4 Presisering av forholdet til andre regelverk

Reglene i lov eller forskrift samt ISF regelverk og Regelverk for koding har forrang framfor denne veilederen ved motstridende bestemmelser.

## 2. Begrepsdefinisjoner

### 2.1 Omsorgsnivå

Det samles inn opplysninger fra tre omsorgsnivå; døgnopphold, dagbehandling og poliklinisk konsultasjon/kontakt. Poliklinisk kontakt for inneliggende pasient er et nytt omsorgsnivå som skal brukes dersom en poliklinikk utfører helsehjelp for en pasient som er innlagt.

#### 2.1.1 Døgnopphold

Døgnbehandling gis til pasienter som er innlagt og overnatter på døgnet.

#### 2.1.2 Dagbehandling

Opphold hvor pasienten mottar dagbehandling ved dagpost eller døgnpost uten å overnatte. Dagbehandling skjer hovedsakelig med utgangspunkt i dag- og døgnet, men også fra noen poliklinikker. Dagbehandling skal **alltid** rapporteres med samme inn- og utdato. Dagbehandling skal ikke avgrensnes til oppmøte over 4 timer (jf. SSBs tidligere 4-timersregel).

Ulike ADL-opplegg (Trening i daglige gjøremål), terapiaktivitet (ikke i form av konsultasjoner) kan være eksempler på dagbehandling.

#### *Omsorgsnivå*

*Kategorisering av tiltak etter tidsforbruk og grad av ressursinnsats. I § 3 i forskrift om ventelisterapportering benyttes disse nivåene: innleggelse, dagbehandling, poliklinisk behandling, og poliklinisk kontakt for inneliggende pasient*

*Episode: Grunnenhet for rapportering av helsehjelpsaktivitet til NPR. En episode kan bestå av en kombinasjon av innsats fra flere omsorgsnivå. Her rapporteres den mest ressurskrevende del av episoden.*

*Dersom det foretas et permanent skifte av omsorgsnivå, skal en ny episode opprettes for å rapportere fortsettelsen.*

*Opphold: Tidsrom der helsehjelp finner sted, hovedsakelig gjennom innleggelse, konsultasjon eller annen poliklinisk aktivitet.*

Refusjonsberettiget konsultasjon på dagenhet er å betrakte som en ordinær poliklinisk konsultasjon, og skal ikke rapporteres med omsorgsnivå dag.

Fra 2017 er det etablert egne regler knyttet til strukturerte polikliniske dagtilbud. Med dette menes sammensatte polikliniske tjenestetilbud som skiller seg vesentlig fra ordinære polikliniske konsultasjoner og gruppebehandlinger, både innholdsmessig og med hensyn til ressursinnsats, se ISF regelverk kap 7.3.

#### 2.1.3 Poliklinisk behandling

Poliklinisk behandling er behandling utført i tilknytning til poliklinikk. Noen dag- og døgnet har poliklinisk aktivitet skilt ut i egen underenhet.

Den polikliniske episoden kan finne sted utenfor poliklinikkens lokaler, for eksempel hjemme hos pasienten (ambulant behandling)

Takstkoder (P-takster) skal som hovedregel registreres i 2017 etter samme regler som er gjeldende i 2016, med mindre annet er eksplisitt angitt for spesielle takstkoder. Se ISF-regelverk for 2017 kap 7.1 samt vedlegg til ISF regelverk (Takstkoder PHV og TSB som fortsatt skal registreres i 2017).

### **2.1.4 Andre spesifikke rapporterings- og kodingsregler knyttet til polikliniske tjenester**

Disse reglene følger av ISF-regelverkets kapittel 7, og omhandler

- 7.1 Registrering og rapportering av takstkoder
- 7.2 Deklarering av enheter som er gyldige for ISF-refusjon
- 7.3 Strukturerte polikliniske dagtilbud
- 7.4 Nettbasert behandlingsprogram
- 7.5 Behandling og oppfølging gjennom ACT-team eller lignende ambulante oppsøkende behandlingsteam
- 7.6 Ambulante konsultasjoner
- 7.7 Rapportering av legemiddelassistert rehabilitering (LAR)
- 7.8 Telefonkonsultasjoner med pasient
- 7.9 Samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste om navngitt pasient

## **2.2 Rapporteringsenhet og behandlingssted**

På grunn av ulike organisatoriske løsninger i spesialisthelsetjenesten savnes enhetlig inndeling og definisjon av de organisatoriske enhetsnivåene. Det tidligere sentrale begrepet **institusjon** blir nå brukt både om enkeltbygninger og som organisatorisk samlebegrep. Tilsvarende gjelder begrepet **sykehus**. Ulik bruk av disse begrepene har gjort dem lite egnet for våre formål, og begrepene institusjon og **sykehus** brukes derfor lite i denne veilederen.

En lik forståelse er nødvendig bl.a. for å:

- Sammenstille og sammenligne aktivitetsdata over tid.
- Tilfredsstille krav til rapportering av grunnlagsdata for nasjonale kvalitetsindikatorer og ventelister.
- Sikre pasientene lik behandling gjennom lik forståelse av lovverk.

### **2.2.1 Rapporteringsenhet**

I NPR-melding beskrives Helseinstitusjon som den enhet som identifiserer rapporteringsenheter: Rapporteringsenhet er den enheten som NPR til enhver tid har avtale med om levering av pasientdata. Rapporteringsenheten kan være det enkelte behandlingsstedet, eller den kan være sentralisert og levere informasjon for flere behandlingssteder.

### **2.2.2 Behandlingssted**

I rapporteringsveilederen brukes begrepet behandlingssted. Med behandlingssted menes en geografisk atskilt enhet med virksomhet (næring) innen et av følgende områder:

- Somatikk
- Psykisk helsevern for voksne
- Psykisk helsevern for barn og unge
- Tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Rehabilitering

I praksis vil dette som regel tilsvare SSBs bedriftsinndeling. Behandlingsstedet kan være en del av en større organisatorisk enhet. DPS med ulik adresse organisert som en enhet i et helseforetak er et eksempel på dette. Hver geografiske adresse som driver en spesifikk virksomhet innen de nevnte områdene, eksempelvis psykisk helsevern eller somatikk, er et behandlingssted. Dette kan eksemplifiseres slik:

- Et DPS med tre ulike adresser/lokalisasjoner er tre behandlingssteder.
- Et somatisk sykehus med psykiatrisk enhet på samme adresse er to behandlingssteder.

### **2.2.3 Fagenhet**

Fagenhet har det faglige ansvaret for pasienten. Alle episoder og vurderte henvisninger skal rapporteres med identifikasjon av fagenhet.

Fagenhet skal rapporteres med avdelingskode (IK44/89) i tillegg til RESH-ID.

### **2.2.4 Avdeling**

Et behandlingssted kan bestå av en eller flere avdelinger. Enhetstype *Avdeling* er i NPR-melding definert som: «Avdeling beskriver den enhet som har det administrative linjeansvaret for pasientbehandlingen.». Avdelingen skal være *entydig med hensyn til*:

- **fag** (første siffer i avdelingskodeverket) - for eksempel kirurgiske, medisinske eller psykiatriske avdelinger, eller medisinsk serviceavdelinger.
- **spesialitet** (andre siffer i avdelingskodeverket) – for eksempel type kirurgi, sykdomsgruppe, type psykisk helsevern eller type medisinsk service/laboratorium.

Avdeling skal rapporteres med avdelingskode (IK44/89) i tillegg til RESH-ID.

I rapporteringen av helseinstitusjonens avdelingsstruktur bør det ved hjelp av 3. siffer (virksomhetstype) i avdelingskodeverket skilles på omsorgsnivå (f.eks. døgn og poliklinikk), slik at ulike omsorgsnivå som inngår i behandlingen framstår med egne avdelingskoder. Dette innebærer også at alle enheter innen TSB må skilles ut som egne avdelinger.

### **2.2.5 Avdelingsopphold**

Sammenhengende tidsperiode med innleggelse ved samme avdeling for pasient. Et avdelingsopphold kan bestå av null til mange døgn. Ved skifte av avdeling oppstår et nytt avdelingsopphold. Man kan ha flere avdelingsopphold i en henvisningsperiode og pasienten kan være utskrevet mellom avdelingsoppholdene.

### **2.2.6 Postopphold**

Postopphold viser til hvilken sengepost i avdelingsoppholdet pasienten har vært innlagt på. Et Postopphold innenfor et avdelingsopphold rapporteres med:

- Inndato og tid for start av Postoppholdet.
- Utdato og tid for avslutning av Postoppholdet.

## 2.3 Hva er en henvisningsperiode og når opprettes en ny?

Henvisningsperioden er perioden spesialisthelsetjenesten har ansvaret for pasienten. Pasienten skal være nyhenvist, ventende og avviklet kun **en** gang for samme syketilfelle.

Henvisningsperioden starter ved at spesialisthelsetjenesten mottar en henvisning. Henvisninger fra primærhelsetjenesten til spesialisthelsetjenesten betegnes som eksterne henvisninger. Disse henvisningene fører til at det opprettes en ny henvisningsperiode i det pasientadministrative systemet eller i den elektroniske pasientjournalen.

### **Henvisningsperiode**

*Tidsperiode fra mottak av henvisning for ett og samme syketilfelle til utredning, behandling, rehabilitering og oppfølging er gjennomført, og ingen nye kontakter er avtalt.*

*En pasient kan ha flere henvisningsperioder samtidig innen en helseinstitusjon dersom det er flere syketilfeller.*

Kun spesialisthelsetjenestens aktiviteter inngår i en henvisningsperiode. Når ingen nye kontakter er avtalt eller planlagt, lukkes henvisningsperioden og epikrise sendes til henvisende instans.

En poliklinisk serie skal IKKE avsluttes dersom en pasient legges inn på døgnet.

Vi vet at det ofte skjer at en pasient fortsetter i en eller annen form for poliklinisk behandling gjennom en døgninnleggelse for å beholde oppbygde relasjoner og behandlingsopplegg. Noen ganger er det også snakk om ulike tilstander pasienten behandles for (psykoser underveis i en behandling for rusmiddelavhengighet f.eks.), og det er viktig å følge begge oppleggene. Det er fullt mulig å rapportere slik aktivitet til NPR fra både enheten som har pasienter i poliklinisk behandling og enheten som gir døgnbehandlingen. Dette vil ikke telles som to pasienter i nasjonal statistikk siden NPR er et personentydig register, og vi kan kjenne igjen pasienter på tvers av enheter og sykehus.

En henvisningsperiode er ikke det samme som en poliklinisk serie. En henvisningsperiode er tidsrommet fra en henvisning for et syketilfelle mottas til all helsehjelp er avsluttet og det ikke lenger er planlagt noen kontakt mellom pasient og spesialisthelsetjenesten. I denne henvisningsperioden kan det være både polikliniske kontakter (gjørne i serier), dagbehandling og innleggelser i døgn. Hvis alle helseinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten hadde vært knyttet til samme datasystem og database i Norge kunne denne henvisningsperioden gått på tvers av institusjoner og avdelinger. Men slik er det ikke, og slik vil det heller ikke komme til å bli (i alle fall ikke i overskuelig framtid).

### **2.3.1 Ekstern vs. Internhenvisning**

Det er kun eksterne henvisninger primærhenvisninger som skal vurderes etter prioriteringsforskriften og gis rett til nødvendig helsehjelp med tidsfrist. Ved interne henvisninger (ofte interne henvisninger fra andre avdelinger i sykehuset) er rettigheten allerede innfridd, og videre interne frister/ventetider skal håndteres etter kravet om forsvarlighet, ikke etter prioriteringsforskriften.

Flere avdelinger har og har hatt som praksis å gi tidsfrist etter prioriteringsforskriften, også ved sekundærhenvisninger.

Når det gjelder overføring/viderehenvisning av pasient mellom to enheter som benytter samme database så skal det brukes intern henvisning når det er samme syketilfelle.

Det er kun unntaksvis at en skal benytte ekstern henvisning mellom enhetene, f.eks. hvis pasienten skal ha en ny rettighetsvurdering ved nyoppdaget problematikk eller når det av faglige grunner er nødvendig å gå over til et helt annet behandlingsopplegg.

Dette avgjøres av det faglige skjønnnet, men forutsettes å være et unntak. For mer info:

<http://www.helsedirektoratet.no/prioritering>

Dersom de behandlingsstedene som er involvert i behandlingsforløpet for pasienten har ulike systemer eller databaser skal nøkkelinformasjon vedrørende henvisningsperioden bli registrert likt ved de ulike behandlingsstedene.

### **2.3.1.1 Øyeblikkelig hjelp**

Hva som er øyeblikkelig hjelp må vurderes av den ansvarlige ved enheten.

Det skal ikke genereres en ny henvisningsperiode hvis det allerede eksisterer en for samme syketilfelle.

Også telefoner som vurderes som behov for øyeblikkelig hjelp skal rapporteres på en allerede eksisterende åpen henvisningsperiode.

### **2.3.2 Avsluttede henvisningsperioder og ny henvisning for samme tilstand**

Pasienter som er tatt til behandling vil fortsatt ha en åpen henvisningsperiode når det er planlagt senere behandlinger eller kontroller. En henvisningsperiode lukkes først når behandlingen er avsluttet og det ikke er planlagt nye episoder. Når en henvisningsperiode er lukket, skal denne normalt ikke åpnes igjen, selv om det kommer en ny ekstern henvisning for samme sykdom eller lidelse. I slike tilfeller skal en ny henvisningsperiode åpnes.

Unntak fra denne regelen er tilfeller der en pasient ikke henvises på nytt, men uforutsett kommer tilbake for samme lidelse. Henvisningsperioden kan i slike tilfeller gjenåpnes dersom den nye kontakten er en forlengelse av det som allerede er gjort, og kommer innen kort tid etter lukking av henvisningsperioden.

### **2.3.3 Nytt behandlingsopplegg**

I enkelte spesielle situasjoner der det er testet ut et behandlingsopplegg som viser seg ikke å føre frem, eller det av andre medisinske grunner er nødvendig å gå over til et helt annet behandlingsopplegg, har pasienten krav på at det settes en separat frist for det nye behandlingsopplegget, slik at pasienten totalt sett får et faglig forsvarlig behandlingsforløp regnet fra det tidspunktet helsehjelpen ble igangsatt.

I dette tilfellet skal henvisningsperioden lukkes og det gjøres en ny vurdering med en ny henvisningsperiode og ny frist.

### **2.3.4 Midlertidig behandlingstilbud**

I en del tilfeller får pasienten eksempelvis et poliklinisk tilbud i påvente av at et døgntilbud skal bli tilgjengelig. Henvisningsperioden skal ikke lukkes når poliklinikktilbudet opphører og et døgntilbud gis såfremt behandlingen skjer på samme behandlingssted. Det skal ikke opprettes en ny henvisningsperiode på nytt omsorgsnivå med ny frist for behandling. Vi viser til Rundskriv IS-2331 (10/2015) Ventelisterapportering til NPR «Oppsplitting av henvisningsperioder».

### **2.3.5 Tvungent psykisk helsevern**

I psykisk helsevernloven § 3.4 "Forbud mot overføring fra frivillig til tvungent psykisk helsevern" framgår at en pasient under frivillig vern ikke kan overføres til tvang mens det frivillige vernet pågår. Forbudet gjelder likevel ikke hvor utskrivning innebærer at pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse. Da kan overføring fra frivillig til tvungent vern skje innenfor samme henvisningsperiode. Dette omtales i kapittel som omhandler «Endring av formalia». Hvis tvang er nødvendig av andre årsaker enn den nevnt ovenfor, gjelder fortsatt at pasienten utskrives fra frivillig vern og ny henvisningsperiode opprettes.

### **2.3.6 Når kan en pasient ha flere henvisningsperioder?**

Det er ikke uvanlig at en pasient henvises til samme sykehus/institusjon for flere tilstander slik at det opprettes flere henvisningsperioder for en pasient. Disse henvisningsperiodene med tilhørende episoder løper parallelt. Det er viktig at de pasientadministrative systemene er i stand til å håndtere slike situasjoner på en ryddig måte og at sykehus/institusjoner har rutiner som kvalitetssikrer at rapportering av ventetid sluttdato blir knyttet til den korrekte henvisningsperioden.



Dersom en pasient henvises for flere tilstander opprettes en henvisningsperiode for hver henvisning/tilstand. Det skal ikke opprettes ny henvisningsperiode for samme forløp ved skifte av omsorgsnivå, fagområde eller avdeling.

Under følger en nærmere forklaring på hvordan man skal forholde seg til henvisningsperioder når en pasient flyttes innad i enheter og mellom enheter (og databaser):

#### Innad i enheter (datasystem, database):

All helsehjelp registreres på samme henvisningsperiode. Det vil si at alle polikliniske kontakter, dagbehandlinger og innleggelse er registrert i en henvisningsperiode. Kapittel 2.3.4 sier at henvisningsperioden ikke skal lukkes når man er på samme behandlingssted. Det forutsetter samme database. Hvis en pasient må vente på oppstart i døgnbehandling, så kan pasienten gå til behandling på poliklinikk før oppstart i døgn. Hvis det kommer polikliniske oppfølgingskontakter etter døgnoppholdet skal også de registreres i samme henvisningsperiode. Vi vet at det ofte skjer at en pasient fortsetter i en eller annen form for poliklinisk behandling gjennom en døgninnleggelse for å beholde oppbygde relasjoner og behandlingsopplegg.

Eksempel: En pasient behandles i et elektivt forløp. Så kommer pasienten inn akutt. Dette skal også i samme henvisningsperiode, jf. kapittel 2.3.6. Dette er tilfellet når det er snakk om samme syketilfelle. Hvis det er slik at pasienten kommer til sykehuset for en helt annen lidelse enn pasienten går til behandling for allerede, vil det være en ny henvisningsperiode. Eksempler på det er en pasient som er til behandling for en angstlidelse og som får kreft. Da er det snakk om to ulike lidelser, og det skal derfor være to henvisningsperioder.

#### Mellom enheter (databaser):

Vi starter med et eksempel; En pasient behandles på en poliklinikk. Pasienten trenger en innleggelse ved en annen institusjon, for så å planlagt komme tilbake til poliklinikken for videre poliklinisk helsehjelp. Da skal ikke henvisningsperioden avsluttes på grunn av innleggelsen.

Henvisningsperioden skal stå åpen slik at de videre polikliniske kontaktene blir en del av den samme henvisningsperioden som tidligere. Ideelt sett burde innleggelsen også vært en del av denne henvisningsperioden, men det er teknisk umulig hvis enhetene er i ulike databaser. Da er det viktig at de som har pasienten på døgnbehandling registrerer den samme henvisningsinformasjonen (Samme ansiennitetsdato, ventetid sluttdato, ventetid sluttkode osv.). Slik kan NPR se at det ikke er snakk om en ny henvisning, og ventelistetallene blir riktig beregnet.

Så lenge det er snakk om to syketilfeller er det helt greit å ha åpne henvisningsperioder i somatikk og psykisk helsevern parallelt.

Noen ganger er det også snakk om ulike tilstander pasienten behandles for (f.eks. psykoser underveis i en behandling for rusmiddelavhengighet), og det er viktig å følge begge behandlingsoppleggene. Det er fullt mulig å rapportere slik aktivitet til NPR fra både enheten som har pasienter i poliklinisk behandling og enheten som gir døgnbehandlingen. Dette vil ikke telles som to pasienter i nasjonal statistikk siden NPR er et personentydig register. NPR kan identifisere pasienter på tvers av enheter og sykehus. Vi vil se at det er snakk om samme pasient på de to enhetene så lenge sykehusene rapporterer krypterte personidentifikasjoner. Det er nesten 100 prosent rapportering av kryptert personidentifikasjon, så det er et meget godt grunnlag for å følge pasientene på tvers av enheter og sykehus.

Kombinasjonen ruslidelse og psykisk sykdom har fått kortnavnet ROP-lidelser. Pasienter med alvorlig ruslidelse har ofte samtidig psykisk sykdom, og pasienter med psykisk sykdom har mye hyppigere ruslidelse enn gjennomsnittet i befolkningen.

Disse ROP-pasientene får behandling dels for ruslidelsen, og dels for den psykiske sykdommen, ved samme institusjon/behandlingssted, og fokus for behandlingen vil variere over tid.

Det er tre aktuelle fagområdekoder for dette:

320	Psykisk helsevern voksne
360	Rus
365	LAR - Legemiddellassistert rehabilitering

Fagområde byttes for en slik pasient avhengig av hva som er i fokus for behandlingen, dvs. at

fagområdekoden er knyttet til den behandlingen pasienten får. Fagområdekoden skal ikke være avhengig av organisering. Det vil si at fagområdekoden kan endres for hvert avdelingsopphold eller polikliniske kontakt innenfor et/en lengre opphold/behandling.

## 2.4 Episodebegrepet

Det er en utfordring at det brukes ulike begrep som i hovedsak omhandler det samme, men som alle er åpne for fortolkning:

- Kontakt – betegnelsen i NPR-melding.
- Konsultasjon – Betegnelse på poliklinisk aktivitet i takstforskriften.

En pasient som får helsehjelp ved et og samme behandlingssted for ett og samme helseproblem. En episode er enten et døgnopphold, et dagopphold, en poliklinisk kontakt, eller en indirekte kontakt.

### **Kontakt**

*Uavbrutt samhandling mellom pasient og helsepersonell hvor det utføres helsehjelp for pasienten. Inkluderer også samhandling mellom pasient og helsepersonell innenfor et opphold (dag/døgnopphold).*

- En kontakt på omsorgsnivå dagopphold eller omsorgsnivå poliklinisk behandling, er eksempler på to forskjellige episoder.
- Episode på omsorgsnivå døgn = et døgnopphold.

Siden felles begrepsbruk er en forutsetning for sammenstilling av data fra de ulike sektorene i spesialisthelsetjenesten, er det ønskelig at begrepene samkjøres i registrerings- og rapporteringssammenheng. Det er med andre ord begrepet *henvisningsperiode* som kan inneholde en poliklinisk behandlingsserie og døgnopphold, mens begrepet *episode/kontakt* kun definerer den enkelte kontakten.

### 2.4.1 Direkte og indirekte kontakt

Med direkte kontakt menes konsultasjon eller aktivitet under dag- eller poliklinisk behandling der pasienten og/eller foreldre/foresatte/verge/hjelpeverge deltar og er fysisk til stede.

Med indirekte kontakt er pasienten og/eller foreldre/foresatte/verge/hjelpeverge ikke tilstede fysisk og det kan også være aktivitet som dreier seg om pasienten, for eksempel et møte mellom fagpersoner.

En telefonsamtale med pasient er i vanlig språkbruk direkte kontakt. Men vi må anvende definisjonene slik som de er beskrevet i NPR-melding. I og med at dette er implementert slik i datasystemene over flere år, anvender vi samme begrepsbruk her.

#### **Utdrag fra NPR-melding:**

Indirekte aktiviteter:

En kategorisering av aktiviteter uten direkte pasientkontakt, det vil si at pasienten ikke er fysisk tilstede. Dette gjelder f.eks. telefonsamtale med pasient og telemedisinske behandlinger.

**Bruk:** Skal rapporteres dersom Kontakttype er kodet med 5 'Indirekte pasientkontakt'.

**Eksempler:** Møter der planlegging av behandlingen av en pasient er tema.

Møter med andre institusjoner for å samordne og planlegge behandlingen av en pasient.  
Telefonsamtale med pasient.

### **Direkte kontakt**

*Kontakt som krever et "ansikt-til-ansikt-møte" mellom pasient og behandler. Inkluderer konsultasjon og sykebesøk.*

### **Indirekte kontakt**

*Alle kontakter hvor det ikke er noe fysisk, ansikt-til-ansikt-møte, mellom pasient og helsearbeider som f.eks. ved kontakt på telefon, e-post, tele-/videokonferanse.*

#### 2.4.1.1 Indirekte pasientkontakt

Indirekte pasientkontakt kan være behandling-/tiltak der verken pasient/foreldre/foresatte fysisk er tilstede sammen med terapeuten.

- Det kan være et møte mellom flere instanser der planlegging av behandlingsforløp for en pasient er tema.
- Det kan også være en behandler som har kontakt med skolen i samband med tilrettelegging for et barn som er pasient hos vedkommende.

Indirekte pasientkontakt kan også være telefonsamtale, brev, e-post, aktivitetsgruppe eller videokonferanse med terapeutisk innhold. Rent administrative gjøremål, som bestilling av time o.l., skal ikke rapporteres som en kontakt, heller ikke som indirekte kontakt.

#### 2.4.1.2 Telefon

Alle kontakter som regnes som en substansiell del av helsehjelpen skal rapporteres for å få et bilde av den samlede kliniske ressursinnsatsen. Rent administrative gjøremål, som bestilling av time mv, skal ikke rapporteres.

*Eksempel:* Pasienten har kontakt med behandler via telefon.

Dette skal rapporteres slik:

- Kontaktttype: Kode 5. Indirekte pasientkontakt.
- Sted for aktivitet: Kode 1. Egen enhet (der behandleren befinner seg).
- Indirekte aktivitet: Kode 12. Telefonsamtale med pasient.

For telefonkonsultasjoner med pasienten med reelt konsultativt innhold dvs. med helsehjelp gjelder egne registreringsregler. Her skal takstkode P14b/P24b brukes. Se også ISF-regelverk kap 7.7.3.

#### 2.4.1.3 E-post

*Eksempel:* Pasienten har kontakt med behandler via e-post. Dette skal rapporteres på denne måten:

- Kontaktttype: Kode 5. Indirekte pasientkontakt
- Sted for aktivitet: Kode 1. Egen enhet (der behandleren befinner seg)
- Indirekte aktivitet: Kode 6. e-post

Også her gjelder det som regnes som en vesentlig del av helsehjelpen skal rapporteres.

#### 2.4.1.4 Tele-/videokonferanse

*Eksempel:* Behandling via Tele-/videokonferanse rapporteres begge steder, der behandleren befinner seg og der pasienten befinner seg.

Der pasienten ikke befinner seg:

- Kontaktttype: Kode 5. Indirekte pasientkontakt.
- Sted for aktivitet: Kode 3. Telemedisinsk behandling (der pasienten ikke befinner seg).
- Indirekte aktivitet: Kode 8. Tele-/videokonferanse (der pasienten befinner seg).
- Kontaktttype: Kode 2. Behandling.
- Sted for aktivitet: Der pasienten befinner seg, f.eks. kode 1. Egen helseinstitusjon.

### 2.4.2 Ny episode/kontakt

Hvis det skjer et skifte av avdeling eller omsorgsnivå innen samme behandlingssted, f. eks. fra akutenhet til intermedisær enhet, fra innleggelse til dagbehandling, eller fra poliklinisk kontakt til innleggelse skal dette rapporteres, og det vil være en ny episode.

Dette punktet beskriver altså avdelingsoverføringer. Hvis man flytter en pasient fra en avdeling til en annen i et døgnopphold, må disse stykkes opp slik at vi kan få informasjon om hvilke avdelinger pasienten har vært i kontakt med.

Når det gjelder regler ved overføringer med registrering av tvang, se kapittel 3.

#### **2.4.2.1 Rapportering av kontakter**

All direkte og indirekte kontakt skal rapporteres for å få et bilde av den samlede kliniske ressursinnsatsen. Det kan rapporteres flere kontakter på samme dag, men **kun** på poliklinisk omsorgsnivå.

#### **2.4.2.2 Ressursinnsats - utførende helsepersonell**

Ressursinnsatsen knyttet til den enkelte kontakten rapporteres gjennom hvem som har deltatt. Til NPR skal dette rapporteres via kodeverk 8401 Utførende helsepersonell som inneholder koder for lege, sykepleier, pedagog, psykolog, sosionom eller annet helsepersonell (fire nye koder fra 2017) I tillegg skal det rapporteres om helsepersonell som har deltatt har relevant spesialitet og hvilken rolle vedkommende hadde ved kontakten.

Opplysning om utførende helsepersonell skal rapporteres i tråd med følgende retningslinjer: Retningslinjer for rapportering av utførende helsepersonell ved polikliniske konsultasjoner (PDF).

Rapporteringen avgrenses vanligvis til den personen som ansees å ha vært viktigst i den direkte interaksjonen med pasienten. Flere enn én kan angis når flere personer ansees å ha vært like delaktige, eller når det er ønskelig for å få frem bredden i hvem som har deltatt aktivt. Dette kan for eksempel være aktuelt ved tverrfaglige behandlingsopplegg. Det kan også være hensiktsmessig når annet personell enn den som ansees viktigst har utført prosedyrer som rapporteres.

Det er kun personell fra helsetjenesten som i løpet av den aktuelle konsultasjonen har kommunisert, hatt fysisk kontakt, eller har hatt annen direkte interaksjon med pasienten, som kan rapporteres. Kommunikasjon eller annen gjennomføring av helsehjelp i sanntid ved bruk av telemedisinske metoder, kan regnes som en direkte interaksjon mellom pasient og personell.

Personer som ikke har deltatt direkte i helsehjelpen i det aktuelle tidsrommet gjennom kommunikasjon, fysisk kontakt eller annen interaksjon med pasienten, rapporteres ikke.

Personell som har et systemmessig eller faglig oppfølgingsansvar for helsehjelpen som ytes, eller som har et forberedelses- eller oppfølgingsansvar i relasjon til kontakten, rapporteres kun i den grad de også har hatt direkte interaksjon med pasienten i tidsrommet for den aktuelle konsultasjonen.

Personer med merkantile eller enkle, pleiemessige støttefunksjoner, rapporteres ikke.

#### **Eksempel: utførende helsepersonell**

I en poliklinisk kontakt deltar en psykiater som ansvarlig terapeut og sosionomen som ko-terapeut. Sosionomen er ikke klinisk sosionom. Selve kontakten rapporteres som konsultasjon. Psykiateren rapporteres som Utførende helsepersonell med kode 1 Lege, Spesialist kode 1 Ja, og Rolle kode 1 Ansvarlig. Sosionomens deltakelse rapporteres tilsvarende med Utførende helsepersonell Kode 5 Sosionom, Spesialist kode 2 Nei og Rolle kode 2 ko-terapeut.

#### **2.4.3 Døgnopphold**

Ny episode oppstår ved overføring mellom avdelinger når pasientens opphold avsluttes på en enhet og registreres inn på ny enhet. Hvert av de to oppholdene vil bli rapportert som egne episoder.

Eventuelle polikliniske kontakter utenfor døgnenheten, rapporteres på vanlig måte av den polikliniske enheten der kontakten skjer.

### 2.4.3.1 5-døgnsavdeling

Hvis pasienter er lagt inn i en 5-døgnsavdeling, (f.eks. familieavdeling) for et 3 ukers opphold så skal det føres permisjon når de ikke er på enheten, f.eks. i helgene.

Hvis pasienten er lagt inn i en 5-døgnsavdeling men er for syk til å skrives ut på fredag og overføres til en 7-døgns i helga, så skal oppholdet avsluttes på 5-døgns og opprettes som nytt opphold på 7-døgns for så eventuelt å avslutte 7-døgns mandag og opprette et nytt 5-døgnsopphold fra mandag.

### 2.4.4 Dagopphold

Dagbehandling kan utføres på en dag- eller døgnettenhet. All aktivitet skal rapporteres med omsorgsnivå dag uansett hvilken avdeling behandlingen skjer på.

- Pasienten skrives inn og ut på omsorgsnivå dag hver dag pasienten møter, knyttet til en åpen henvisningsperiode
- Dagbehandling er opphold hvor pasienten mottar behandling ved dagpost eller døgnpst uten å overnatte.

NPR skal ha opplysninger på kontaktnivå. Hvert enkelt dagbesøk/poliklinisk besøk på dag-/døgnettenhet i perioden skal rapporteres med minimum inndato, inntid, utdato og uttid.

**NB:** Et dagopphold kan **ikke** vare over et datoskifte.  
Det skal også **kun** rapporteres ett dagopphold på en dag.

En pasient kan være på en dagenhet og få en poliklinisk konsultasjon samme dag som da skal rapporteres som eget omsorgsnivå, poliklinisk kontakt. Første polikliniske kontakt kan føres som en førstegangskonsultasjon selv om kontakten foregår i dag/døgnettenhet og ikke i godkjent poliklinikk. Se kapittel som omhandler «Poliklinisk behandling» og takstforskriften Merknad P9.

### 2.4.5 Poliklinisk kontakt

Episodebegrepet ved poliklinisk behandling: Når pasienten får poliklinisk behandling i form av konsultasjoner rapporteres hver enkelt konsultasjon som en enkelt episode, også hvis det er indirekte kontakt.

Det finnes dag/døgnettenheter samlokalisert med godkjent poliklinikk eller som har godkjent poliklinikk i en del av virksomheten. Den polikliniske virksomheten skal da skilles fra dag/døgnettenheten som egen enhet.

#### 2.4.5.1 Behandlingsserie

I det psykiske helsevernet inngår polikliniske kontakter (direkte og indirekte) samt dagbehandling vanligvis i behandlingsserier.

Behandlingsseriebegrepet er viktig for å kunne dokumentere omfang og forløp for det samlede polikliniske tilbudet eller dagtilbudet gitt til en pasient. Forholdet mellom kontakter og behandlingsserier kan dermed oppsummeres slik:

Én kontakt/konsultasjon = en episode.

Flere kontakter/konsultasjoner/episoder = en behandlingsserie.

#### **Behandlingsserie**

*En sekvens episoder for samme helserelaterte problem innenfor en henvisningsperiode.*

*Episodene i behandlingsserien har **alltid** samme omsorgsnivå.*

For å knytte sammen den enkelte dagbehandling og den enkelte polikliniske konsultasjon til en behandlingsserie brukes en unik identifikasjon. Hos noen systemleverandører gjøres det manuelt og hos andre skjer det automatisk i det pasientadministrative systemet. Behandlingsserien er **alltid** innenfor samme omsorgsnivå.

## **2.4.6 Rapportering ved flere terapeuter, familie, gruppeterapi**

Generelt gjelder at klart adskillbare behandlings/utredningsmessige aktiviteter av en viss varighet (15 minutter eller mer) rapporteres som tellende separate aktiviteter mht. rapportering av aktivitetsnivå/produksjon. Dette bør gjelde uansett om disse aktivitetene foregår samtidig eller følger etter hverandre i tid.

Eksempel på slike aktiviteter kan være: Gruppesamtale etterfulgt av vanlig individuell konsultasjon med gruppedeltaker, kanskje etterfulgt av standardisert og normert personlighetstest (eks MMPI). Man kan imidlertid ikke utelate å rapportere kontakter med varighet under 15 minutter der hvor kontakten har element av behandling/utredning/oppfølging. Eksempel her kan være en telefonsamtale mellom behandler og pasient med varighet under 15 minutter, men likevel av behandlingsmessig karakter.

### **2.4.6.1 Hovedregel ved flere terapeuter**

#### *Eksempel:*

En eller flere ansatte deltar (er likeverdig til stede) i en konsultasjon med pasient og eventuelt pårørende. I noen tilfeller tar en slik konsultasjon lang tid. Hovedregelen er at en slik konsultasjon ikke skal deles opp i flere kontakter, selv om kontakten involverer flere ansatte eller tar lang tid. Det skal rapporteres en kontakt, med startdato/tid, sluttdato/tid, kode for utførende personell som er tilstede, samt spesialitet og rolle. I tillegg kan det være aktuelt å rapportere flere detaljer om kontakten, se kapittel 4.

### **2.4.6.2 Gruppeterapi/-behandling**

En eller flere behandlere har gruppeterapi for en gruppe pasienter. Deretter tilbys korte samtaler enkeltvis (med en behandler) i slutten av gruppesamtalen. Dette skal rapporteres som en gruppekontakt for hver pasient som deltar, med opplysninger om hvilken type behandling som er gitt, i dette tilfelle kode for "Gruppeterapi". Korte enkeltsamtaler med gruppedeltakere i slutten av gruppesesjonen skal ikke betraktes som egne kontakter. Ressursinnsatsen knyttet til gruppekontakten rapporteres med hvilke helsepersonell som har deltatt.

For nærmere opplysninger om hvilke opplysninger som skal rapporteres for hver enkel kontakt, se kapittel 4.

Fra ISF regelverk kap 7.1 framkommer at takstkode P16 og P26 («Gruppe-/familiebehandling») skal registreres og rapporteres for hver pasient i gruppen.

### **2.4.6.3 For- og ettervernsamtaler**

Vi er kjent med at begrepet for- og ettervernsamtaler brukes i ulike sammenhenger og med ulikt innhold. I en del tilfeller vil en døgnenhet ha møter med pasient og/eller pårørende forut for eller etter en innleggelse. Dette blir å forstå som polikliniske episoder og det skal derfor opprettes en henvisningsperiode som forvernsamtalene knyttes til. Hvis formell henvisning foreligger på et senere tidspunkt kompletterer man henvisningsinformasjonen.

Hvis døgninnleggelse blir aktuelt skal denne knyttes til samme henvisningsperiode såfremt denne fortsatt står åpen. Hvis henvisningsperioden er avsluttet må det åpnes en ny.

#### *Eksempel på kontakter som kan registreres før skriftlig henvisning er mottatt og registrert.*

- Behandlingsstedet har møte eventuelt telefonsamtale med barnevernet, helsesøster eller andre eksterne instanser før henvisningen er mottatt. Kontakten skal rapporteres som en indirekte kontakt med den reelle datoen og indirekte aktiviteter lik kode 2 - møte eventuelt kode 7 – telefon eller 71 - Telefonmøte (om pasient) med førstelinjetjenesten
- Pasient og/eller pårørende har møte med behandlingsstedet før henvisningen er mottatt og registrert. Denne kontakten skal rapporteres som direkte kontakt med dato og kontaktype.

- Pasient og/eller pårørende har telefonsamtale med behandlingsstedet før henvisningen er mottatt og registrert. Denne kontakten skal rapporteres med kontakttype indirekte kontakt og indirekte aktivitet, kode 12 - telefonsamtale med pasient.
- Etter avslutning av en innleggelse eller en dagbehandlingsserie kan det være en eller flere ettervernsamtaler med pasienten og/eller pårørende, f.eks. evaluering av behandlingen, medisinerings eller møte for å planlegge videre oppfølging av pasienten. Dette blir å betrakte som en poliklinisk serie. Hvis man vet at ettervern vil oppstå lar man henvisningsperioden stå åpen.

## 2.5 Ventetid

Det vises generelt til Helsedirektoratets Rundskriv IS-2331(10/2015) når det gjelder ventelisterapportering til NPR. I rundskrivet gjennomgås de ulike begrepene knyttet til ventelisteføring. I tillegg illustreres ulike kliniske forløp.

### 2.5.1 Når er ventetiden slutt og når starter helsehjelp?

Ventetiden slutter når utredning eller behandling påbegynnes eller når det av andre årsaker er klart at behandling ikke vil bli gitt. Dette rapporteres gjennom datafeltene ventetid sluttdato og ventetid sluttkode.

Den som blir henvist til spesialisthelsetjenesten skal enten få rett til nødvendig helsehjelp eller ikke. Alle pasienter som har behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten blir rettighetspasienter og skal få en juridisk frist for når nødvendig helsehjelp senest skal starte.

#### 2.5.1.1 Vurdering av henvisningen og av rett til helsehjelp

Henvisningen skal være vurdert i løpet av maksimalt 10 virkedager fra den er mottatt første gang i spesialisthelsetjenesten (ansiennitetsdato). Dersom henvisningen videresendes før den er vurdert, er det ansiennitetsdato og ikke mottaksdato i den nye enheten, som er utgangspunkt for vurderingstiden.

Vurderingen må alltid være forsvarlig. Ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom, har pasienten rett til raskere vurdering.

Vurderingen skal skje på grunnlag av henvisningen, og det er viktig at den inneholder de opplysningene som er sentrale for å vurdere pasientens behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Henvisninger som er mangelfulle kan ikke returneres til henvisende instans uten vurdering. Kravet til faglig forsvarlig virksomhet kan tilsa at den som vurderer henvisningen bør ta kontakt med pasient eller henviser for tilleggsopplysninger. Hvis dette ikke er mulig, må henvisningen uansett vurderes. Usikkerhet om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten vil kunne bety at pasienten gis rett for å unngå at pasienten blir den skadelidende part. I etterkant bør spesialisthelsetjenesten ta kontakt med henviser for veiledning.

Siden vurderingen skal skje på grunnlag av henvisningen, er det viktig at henvisningen inneholder opplysninger som legen trenger for å vurdere om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten og hvor mye det eventuelt haster. Det er utarbeidet en henvisningsveileder for henvisninger til spesialisthelsetjenesten:  
<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/henvisningsveileder>

Den som blir henvist til spesialisthelsetjenesten skal enten få rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste eller ikke. Alle pasienter som har behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten blir rettighetspasienter og skal få en juridisk frist for når nødvendig helsehjelp senest skal starte.

#### 2.5.1.2 Forholdet mellom utredning og påbegynt behandling

Retten til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten kan gis enten til utredning eller til behandling. Ved rettighetsvurderingen, må en ta stilling til om det med stor grad av sannsynlighet kan

fastslås hva slags behandlingsforløp pasienten bør ha. Hvis dette er mulig, anses tilstanden å være avklart, og fristen skal settes til siste forsvarlige tidspunkt for oppstart av behandling. Dersom henvisningen ikke gir grunnlag for å ta stilling til hva slags behandlingsforløp pasienten bør ha, anses tilstanden å være uavklart, og fristen skal settes til siste forsvarlige tidspunkt for oppstart av utredning.

### **2.5.1.3 Forsvarlighet gjennom behandlingsforløpet**

Dersom utredningen viser at pasienten har behov for behandling skal en i det videre behandlingsforløpet skje i henhold til krav om medisinsk forsvarlighet. Pasienten skal imidlertid ikke ha ny juridisk frist for start av den videre behandlingen.

### **2.5.1.4 Midlertidig behandling i påvente av helsehjelp**

Ventetiden er slutt, og helsehjelp regnes som påbegynt når den helsehjelp pasienten er vurdert å ha behov for er igangsatt. Er poliklinisk behandling planlagt som en integrert del av behandlingen i forkant av døgnbehandling, er det den polikliniske behandlingen som markerer behandlingsstart. Hvis derimot poliklinisk behandling kommer som støtte i påvente av døgnbehandlingsstart, er det starten på døgnbehandlingen som markerer behandlingsstart.

## **2.5.2 Ventelisteføring ved midlertidig helsehjelpstilbud og ulike datasystem**

Hvis ulike behandlingssteder har forskjellige datasystem, opprettes det to henvisningsperioder. En henvisningsperiode ved det behandlingsstedet som gir et poliklinisk tilbud og en henvisningsperiode ved behandlingsstedet som skal gi et døgntilbud.

Ved døgnheten har pasienten status som ventende med ansiennitetsdato som er lik mottaksdato ved poliklinikken. Ventetid sluttdato i døgnhet settes når pasienten blir innlagt på døgn.

Ved den polikliniske enheten settes ventetid sluttdato når pasienten legges inn ved døgnheten. Ventetid sluttkode settes til «Pasienten er henvist til annet sykehus/institusjon».

## **2.6 Utsettelse av oppstart helsehjelp og fristbrudd**

Det forekommer at oppstart av helsehjelp blir utsatt av kapasitetsmessige eller andre årsaker som har utgangspunkt i forhold ved sykehuset/institusjonen. En slik utsettelse blir registrert i datafeltet for utsettelse med kode 1 - «Institusjonen/sykehuset har bestemt utsettelsen av kapasitetsgrunner». I noen tilfeller utsettes oppstart av helsehjelp fordi det er manglende kapasitet ved et påfølgende behandlingssted. Denne utsettelsen kodes 4 - «Oppstart av helsehjelp er utsatt grunnet manglende kapasitet ved påfølgende behandlingssted». Dette har ikke konsekvenser for ventelistestatistikken. Pasienten inkluderes når en teller antall ventende, og når en senere beregner antall ordinært avviklede og ventetid for disse.

Dersom oppstart av helsehjelp utsettes på grunn av medisinske forhold, eller er ønsket av pasienten selv, inklusive at pasienten ikke har møtt til tildelt time, skal det registreres. Pasientene blir inkludert i rapporteringen til NPR, men telles da ikke som ventende. Henvisningen inngår heller ikke når en teller fristbrudd, antall ordinært avviklet fra venteliste og ved beregning av ordinær ventetid.

Tilfeller der pasienten tilbys oppstart av helsehjelp, men velger å vente lengre for å få behandling ved et bestemt behandlingssted, forstås også som en pasientbestemt utsettelse. Utsettelsen rapporteres med kode 5 – «Pasienten har takket nei til tilbud om helsehjelp ved annet behandlingssted enn sitt primære ønske, og telles da ikke som ventende».

### **2.6.1 Fristbrudd**

Det kan være tilfeller der det behandlingsstedet pasienten har ønsket seg til ikke har kapasitet til å innfri fristen. I slike situasjoner vil fristbrudd inntre hvis fristen overskrides. Fristbrudd unngås hvis pasienten får et forsvarlig behandlingstilbud ved en annen institusjon.

Enkelte pasienter foretrekker å stå på venteliste ved en institusjon fremfor å takke ja til et alternativt tilbud ved en annen institusjon, dette kodes med Utsettelseskode 5 «Pasienten har takket nei til tilbud om helsehjelp ved annet behandlingssted».



Pasienten blir da satt på venteliste ved den institusjonen pasienten selv ønsker å komme inn på og får krav på helsehjelp, men ikke innenfor en fastsatt bindende frist. Det vil da ikke oppstå fristbrudd selv om fristen overskrides. (Ventelisterundskriv IS-2331 (10/2015).

## 2.7 Epikrise

Det kan sendes epikrise etter f. eks. en innleggelse, men også en gang i året hvis det er langvarig behandling. Det finns ikke noen begrensning på hvor mange foreløpige epikriser man kan sende. Men det skal alltid sendes en epikrise etter avsluttet behandling (henvisningsperioden er avsluttet). Forutsetningen er at pasienten har samtykket til at epikrise sendes.

Epikrise er en oppdatert informasjon om sykehusoppholdet. Den skal sendes til fastlege eller annet helsepersonell som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten nødvendig og forsvarlig oppfølging. Epikrisetid beskriver tiden (i dager) fra pasienten skrives ut fra behandlingsstedet til epikrisen er sendt (elektronisk eller pr. post). Det er viktig at det hurtig sendes relevant informasjon til andre deler av helse- og omsorgstjenesten, slik at pasienten får best mulig oppfølging.

Hvis det går lang tid før epikrisen sendes fra behandlingsstedet, svekkes muligheten til kontinuitet i behandlingen og sikker oppfølging. Kortere epikrisetid bidrar til mer helhet i tilbudet til pasientene. Det er et mål at epikrisen skal følge pasienten. Det betyr at epikrisen skal være klar ved utskrivning. Dersom dette ikke er mulig skal epikrisen sendes innen rimelig tid, og senest innen syv dager etter utskrivning.

## 2.8 Utskrivningsklar dato

Her kommer det en oppdatering etter 1.1.2017 når lovverket rundt dette er endelig vedtatt.

## 2.9 NCMP-Norsk klassifikasjon av medisinske prosedyrer

Alle enheter innen psykisk helsevern for voksne (PHV) skal rapportere prosedyrekoder som en del av aktivitetsrapporteringen til NPR.

Prosedyrekodene rapporteres ikke for å dokumentere det totale innholdet i utredning, behandling, rehabilitering og oppfølging av pasienter.

Prosedyrekodene skal gi avgrenset informasjon om hvordan pasienter i spesialisthelsetjenesten utredes, behandles og følges opp, inkludert prosedyrer om brukerinvolvering, oppfølging av pasienters barn, samarbeid med pårørende og andre tjenesteytere samt evaluering av tiltak i behandlingsplaner.

En kode skal kun rapporteres når prosedyren er utført, ikke ved rekvisisjon eller henvisning. Kodene skal registreres ved den avdeling som har behandlingsansvaret for pasienten, selv om prosedyren eventuelt utføres av en annen avdeling. Registreringen kan gjerne utføres sammen med pasienten. Prosedyrene som skal brukes er beskrevet i kodeverket NCMP. Fullstendig kodetekst til NCMP-kodene, inkludert undertekster, presenteres sammen med de andre prosedyrekodeverkene i FinnKode: <https://ehelse.no/standarder-kodeverk-og-referanse katalog/helsefaglige-kodeverk/finnkode-online-sokeverktoy>

FinnKode oppdateres ved hvert årsskifte.

Kodingsreglene for bruk av prosedyrekodene finnes her: <https://ehelse.no/standarder-kodeverk-og-referanse katalog/helsefaglige-kodeverk/kodeveiledning-icd-10-ncsp-ncmp-og-ncrp>

Vedlikehold av prosedyrekodeverket er avhengig av at fagmiljøene deltar aktivt. Forslag til endringer, melding om feil eller spørsmål knyttet til prosedyrekodeverkene kan sendes til [kodehjelp@ehelse.no](mailto:kodehjelp@ehelse.no)

## 2.10 Individuell plan

Det skal **kun** utarbeides én individuell plan for hver enkelt pasient og det er kun den siste oppdaterte informasjonen som skal være registrert i pasientsystemet med dato og status. Ingen historikk. Det skal **alltid** registreres status for individuell plan, om den er under utarbeiding og når pasienten ikke

oppfyller kriteriene.

Individuell plan er et levende dokument som kan forandre seg over tid. Uansett om det endres på noen detaljer i en eksisterende individuell plan så skal det kodes med kode 5 Individuell plan foreligger.

Ved tvungent psykisk helsevern skal det foreligge en individuell plan innen tre måneder etter starten av det tvungne helsevernet.

## 3. Utdyping av enkelte tema

### 3.1 Henvisningsformalitet

Henvisningsformalitet viser hvilket lovgrunnlag pasienten er henvist etter. Det bestemmes av legen som har undersøkt pasienten eller annen henvisende instans (f.eks. NAV, politiet eller ansvarlig fengselsmyndighet). Henvisningsformalitet skal rapporteres fra spesialisthelsetjenesten selv om det er henvisende instans som har fastsatt den. Den skal rapporteres for alle henvisninger.

Henvisningsformalitet kan vise til Psykisk helsevernloven, Helse- og omsorgstjenesteloven, Barnevernloven (PUT), Straffeloven eller Straffegjennomføringsloven. Hvis pasienten er henvist på samtykke etter § 2-1 i psykisk helsevernloven, eller uten angivelse av lovgrunnlag, skal henvisningsformalitet «frivillig» rapporteres.

Kode 5 - Dømt til tvungen behandling/omsorg brukes **kun** når pasienten er dømt etter §§ 39 eller 39a i Straffeloven.

For nærmere detaljer se Kodeverk: 8442 Henvisningsformalitet  
<https://volven.no/produkt.asp?id=282871&catID=3&subID=8>

### 3.2 Type formalitet (spesialistvedtak)

Type formalitet er en spesifisering av hvilket rettslig grunnlag i Psykisk helsevernloven eller annen lov som pasienten får sin helsehjelp etter. Formalitet skal rapporteres både ved oppstart av helsehjelp, ved utskriving og ved alle mellomliggende endringer av lovgrunnlag. Formalitet er i mange sammenhenger omtalt som spesialistvedtak.

Vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern skal treffes snarest og senest innen 24 timer etter at pasienten er mottatt for behandling.

Formalitet skal alltid rapporteres, også der helsehjelpen er basert på samtykke etter §2-1 i psykisk helsevernloven eller det ikke er fattet vedtak om tvang eller tilbakeholdelse etter lovverk nevnt i kodeverket for type formalitet. Kodeverket finnes her:

<https://volven.no/produkt.asp?id=282869&catID=3&subID=8>

Hvis hele behandlingsepisoden har vært basert på samtykke, holder det at det rapporteres kode for frivillighet ved oppstart.

Type Formalitet kan vise til Psykisk helsevernloven, Helse- og omsorgstjenesteloven, Barnevernloven (PUT) mfl.

Type formalitet rapporteres med kode for formalitet, dato for vedtaket og med informasjon om yrkesgruppe som har fattet vedtaket. Det skal også rapporteres hvilket eller hvilke tilleggsvilkår som er grunnlaget for vedtaket når det er aktuelt med vedtak etter psykisk helsevernloven.

En pasient som er lagt inn på tvunget psykisk helsevern med døgnbehandling kan ikke skrives ut før det er fattet et vedtak om opphør av tvunget vern eller det er fattet vedtak om overgang til tvunget vern uten døgnbehandling. Opphør av tvunget vern rapporteres som kode 1 «Frivillig» til NPR. Når en tvangsinnleggelse avsluttes skal det derfor alltid som utskrivningsvedtak rapporteres enten frivillighet eller tvunget psykisk helsevern uten døgn.

Når en person er til spesialisthelsetjenesten for en **judisiell/prejudisiell observasjon**, skal kode 13 rapporteres. Denne omhandler Strafferettslovens § 167.

Man kan ikke endre formalitet på noen som er dømt etter §§ 39 eller 39a i straffeloven. Når en pasient er henvist med kode 5 - Dømt til tvungen behandling/omsorg blir Type formalitet ved mottak **alltid** kode 7 - Dømt til tvungent psykisk helsevern

### 3.2.1 Endring av omsorgsnivå

Hvilke konsekvenser gir endring av omsorgsnivå? Nedenfor gis et eksempel på et slikt forløp, og hvordan dette skal rapporteres.

*Eksempel:* En pasient henvises til poliklinisk behandling på frivillig basis. Etter en tid forverres pasientens tilstand og pasienten må legges inn akutt til døgnopphold på sykehus i en periode, fortsatt på frivillig basis. Etter en tid skrives pasienten ut fra døgn og fortsetter med poliklinisk behandling ved en poliklinikk.

Det som er viktig er at informasjon om lovgrunnlaget (frivillig), for hver episode uansett omsorgsnivå og i tillegg ved bytte av avdeling, blir med gjennom hele behandlingsforløpet. I noen datasystem henger alle lovgrunnlag/spesialistvedtak med automatisk og i andre må det registreres ved hver overføring. I dette tilfellet skjer det ingen endring av formalia, og både de to døgnoppholdene og den polikliniske behandlingsserien inngår i den samme henvisningsperioden. Den polikliniske serien holdes åpen til etter døgnoppholdet.

### 3.2.2 Endring av formalia

Hvilke konsekvenser gir endring av formalia for rapportering? Nedenfor gis eksempel på et slikt forløp.

*Eksempel:* En pasient henvises til poliklinisk behandling på frivillig basis. Etter en tid forverres pasientens tilstand og han/hun må legges inn akutt på en døgnenhet med henvisningsformalitet og spesialistvedtak Tvungent psykisk helsevern med døgnopphold. Noen uker etter skrives pasienten ut fra døgn og får poliklinisk behandling med formalitet Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Underveis i den andre polikliniske behandlingsserien endres formaliteten til frivillig.

I dette tilfellet må den første henvisningsperioden (poliklinisk behandling med henvisningsformalitet og spesialistvedtak Frivillig) avsluttes, og ny henvisningsperiode (med henvisningsformalitet og spesialistvedtak Tvungent psykisk helsevern med døgn) opprettes. Underveis i den siste henvisningsperioden kan det registreres flere endringer i formalitet når det gjelder Spesialistvedtaket (fra Tvungent psykisk helsevern med døgn til Tvungent psykisk helsevern uten døgn, og fra Tvungent psykisk helsevern uten døgn til Frivillig).

Endring av formalitet som innebærer overgang fra frivillig til tvang skal normalt rapporteres som en ny Henvisningsperiode. Den som er under psykisk helsevern etter eget samtykke, kan etter loven **ikke** overføres til *tvungen observasjon* eller *tvungent psykisk helsevern* mens det frivillige vernet pågår.

**Unntak:** Forbudet i første ledd gjelder likevel ikke der det innebærer at pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse (jf. § 3-4 annet ledd). Da skal ny henvisningsperiode ikke opprettes.

#### Utfordring knyttet til informasjonsutveksling

For at en skal vite at den første polikliniske behandlingsserien i dette tilfellet skal avsluttes forutsettes det at en ved poliklinikken har kjennskap til at pasienten har blitt innlagt ved døgnenheten. Dette vil ikke alltid være tilfelle. I et innspill fra juridisk hold i Helsedirektoratet påpekes det at «*En informasjonsplikt for institusjonene overfor poliklinikken vil imidlertid kunne stoppes av regelverk om helsepersonells taushetsplikt*».

### 3.2.3 Innleggelse etter eget ønske underveis i poliklinisk behandling med tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold

Et annet forhold som har vært vanskelig å kode enhetlig er innleggelse etter eget ønske underveis i en poliklinisk behandlingsserie, hvor formalitet er Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Nedenfor vises et eksempel på et slikt forløp.

*Eksempel:* En pasient får poliklinisk behandling med spesialistvedtak Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD). Pasienten får tilbud om å legges inn en periode, men da etter eget ønske – som et utvidet helgeopphold, f.eks. pga. angst.

Kode 52 «Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold med frivillig innleggelse» er opprettet for disse tilfellene.

Det skal således ikke fattes noe nytt vedtak for innleggelsen men det må rapporteres at pasienten har en ny episode på annet omsorgsnivå og at det er en Frivillig innleggelse til tross for at pasienten har TUD.

### **3.2.4 Endring av lovgrunnlag**

*Eksempel:* En pasient får poliklinisk behandling ved et DPS, med spesialistvedtak Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Pasientens tilstand forverres og han/hun legges inn i DPS sin døgnenhet med spesialistvedtak Tvungent psykisk helsevern med døgnopphold. Deretter skrives pasienten ut til poliklinisk behandling med Tvungent psykisk helsevern Uten døgnopphold. Dette medfører tre spesialistvedtak.

Både de polikliniske seriene og døgnoppholdet ved DPS inngår i samme henvisningsperiode, ettersom det ikke er nødvendig med ny henvisning for å endre formalitet fra uten døgnopphold til med døgnopphold (jf. Psykisk helsevernlovens § 4.10).

Den generelle regelen er at endring av formalia **alltid** skal kodes med et nytt spesialistvedtak. NPR anbefaler at en bruker skjønn mht. om den polikliniske serien skal avsluttes ved døgninnleggelsen.

### **3.2.5 Frist ved «vedtak om videre undersøkelse/tvungen observasjon»**

I Psykisk helsevernloven heter det at *Tvungen observasjon kan ikke vare utover 10 dager fra undersøkelsens begynnelse uten pasientens samtykke*. Her skal 10 dager tolkes som 10 kalenderdager. *Dersom pasientens tilstand tilsier at det er strengt nødvendig, kan fristen forlenges inntil 10 dager etter samtykke fra kontrollkommisjonens leder.*

### **3.2.6 Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold**

Følgende retningslinjer gjelder for rapportering av tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold: Så lenge pasienten er underlagt tvungent psykisk helsevern skal ansvarlig enhet ha en åpen poliklinisk behandlingsserie - eventuelt dagbehandlingsserie hvis tilbudet gis som dagopphold - hvor enhetens aktivitet i forhold til pasienten rapporteres. Det er først når det tvungne vernet opphører, og det ikke lenger er planlagt ytterligere aktivitet i forhold til pasienten, at behandlingsserien kan avsluttes.

Ved starten av den polikliniske behandlingsserien/dagbehandlingsserien påses det at spesialistvedtaket er registrert knyttet til denne behandlingsserien (hvis pasienten er overført fra en annen enhet/annet omsorgsnivå).

## **3.3 Vedtak om tvang etter kapittel 4 i Psykisk helsevernloven**

Når det er fattet et vedtak om bruk av tvang etter kapittel 4 i psykisk helsevernloven skal dette rapporteres. Det er hvert vedtak som skal rapporteres, ikke gjennomføringen av vedtakene. Vedtakene skal rapporteres tilknyttet den/de behandlingsepisoden(e) det er aktuelt for.

Noen vedtak etter kapittel 4 kan kun fattes for pasienter som er underlagt tvunget psykisk helsevern, mens andre kan fattes også for pasienter som har samtykket til helsehjelp. Dette står nærmere beskrevet i psykisk helsevernloven på [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no).

Vedtak etter kapittel 4 skal rapporteres med dato for vedtak, type vedtak (kodeverk her: <http://volven.no/produkt.asp?id=282864&catID=3&subID=8> ) og tidspunkt for start og stopp av tvangen for tvangstyper der det er aktuelt.

## 3.4 Familiebehandling

Ulik registreringspraksis ved familieenhetene påvirker rapporterte data til NPR når det gjelder antall pasienter og omfanget av aktivitet. Ulik praksis har gjort at behandlingssteder som i utgangspunktet kan være sammenlignbare med hensyn til drift og aktivitetsnivå, har fremstått med ulikt volum av aktivitet. Ulikheter i rapporteringen har oppstått bl.a. fordi behandling tilknyttet familieenheter ofte vil omfatte flere familiemedlemmer eller hele familier i tillegg til primærpasienten. Det er derfor nødvendig med en tydeliggjøring av hvilke regler som gjelder ved innrapportering til NPR.

### 3.4.1 Regler ved rapportering av familiebehandling

- Det er kun den henviste pasienten som skal rapporteres som pasient, selv om mye dreier seg om familien.
- Det registreres henvisningsperiode kun for primærpasienten. Søsken skal ikke rapporteres som pasienter dersom de selv ikke er henvist.
- Det rapporteres kontakter på primærpasienten (indirekte og direkte), enten deltakeren er kun pasient, pasient og foresatte eller bare foresatte.
- Familiemedlemmer skal registreres som deltakere i episoden i den grad de deltar.

## 3.5 Tilstander (diagnose)

Det skal være samsvar mellom det som dokumenteres i journalen og de kodene som registreres. Bare tilstander som har hatt betydning for den helsehjelpen som er gitt, dvs. tilstander som har vært vurdert/utredet eller behandlet, skal registreres.

For psykisk helsevern for voksne skal hovedtilstand, så vel som eventuelle andre tilstander, føres opp for hver enkelt konsultasjon eller behandling (jf. journalforskriften).

For Psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) skal tilstander uttrykkes i henhold til Multiaksial klassifikasjon.

- <https://ehelse.no/Documents/Helsefaglig%20kodeverk/Registrering%20av%20tilstand%20i%20BUP%20fra%20og%20med%20f%20c3%b8rste%20kontakt.pdf>

Det er Direktoratet for eHelse som er ansvarlig for kodeverksveiledning i de medisinske kodeverkene. I forbindelse med innføring av innsatsstyrt finansiering (ISF) i PHV, TSB og PHBU er det utarbeidet nye kodeveiledninger:

- Kodingsregler for poliklinisk behandling innen psykisk helsevern voksne (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) kan leses her <https://ehelse.no/standarder-kodeverk-og-referanse katalog/helsefaglige-kodeverk/kodeveiledning-icd-10-ncsp-ncmp-og-ncrp>
- Kodingsregler for poliklinisk behandling innen psykisk helsevern barn og unge (PHBU) kan leses her <https://ehelse.no/standarder-kodeverk-og-referanse katalog/helsefaglige-kodeverk/multiaksial-klassifikasjon-i-psykisk-helsevern-for-barn-og-unge-bup>

## 3.6 Permisjoner

Permisjon er definert som avtalt fravær fra enheten under et døgnopphold. Permisjoner rapporteres med start dato og slutt dato, og klokkeslett i PAS. For øvrig gjelder følgende regler:

- 5-døgnspost registrerer helgen som permisjon, da enheten har samme administrative ansvar for permitterte pasienter som for andre innlagte pasienter. For mere info angående 5-døgnspost, se kapittel 2 som omhandler Døgnopphold.
- Opphold på skjermingsenhet skal ikke rapporteres som permisjon.

## 4. Rapporteringsforløpet i en henvisningsperiode

Hensikten med kapitlet er å tydeliggjøre når ulike pasientopplysninger vanligvis skal rapporteres. For definisjon av sentrale begreper viser vi til kapittel 2.

### 4.1 Ventelisteopplysninger

Dette er opplysninger som skal registreres når henvisningen mottas, uansett hvilket omsorgsnivå henvisningen gjelder. Det er viktig at alle felt fylles ut. Se kapittel som omhandler «Ventetid».

For nærmere detaljer om ventelisterapportering - se Rundskriv IS-2331 Ventelisterapportering til Norsk pasientregister.

**Ansiennitetsdato:** Angir den første mottaksdato for en henvisning i kjeden av mottaksdatoer i offentlig spesialisthelsetjeneste, inkludert private som har avtale med et regionalt helseforetak og som omfattes av rett til fritt behandlingsvalg. Når en henvisning er sendt videre fra en institusjon til en annen, vil ansiennitetsdato forbli lik dato for mottaket av henvisningen ved den første institusjonen i spesialisthelsetjenesten. Det er fra denne dato ventetiden beregnes, og det er viktig at samme ansiennitetsdato følger henvisningen mellom institusjoner.

**Mottaksdato:** Dato for mottak av henvisningen ved behandlingsstedet, uavhengig av om den er sendt videre fra annen institusjon eller om den er sendt direkte til behandlingsstedet.

**Henvisningstype:** Henvisningstype fylles ut ved vurdering, på grunnlag av beskrivelsen i henvisningen.

**Fritt behandlingsvalg:** Om pasienten har valgt å benytte seg av fritt behandlingsvalg. Hvis pasienten ikke har valgt fritt behandlingsvalg skal kode 2 - nei rapporteres.

**Omsorgsnivå:** Grov kategorisering av ressursinnsats som anses som nødvendig på det tidspunkt henvisningen vurderes ved behandlingsstedet, som vil være døgnopphold, dag eller poliklinikk.

**Behandlingsnivå:** Kategorisering av den ressursinnsats som anses som nødvendig innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling på det tidspunkt henvisningen vurderes. Pasienter som henvises til tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal registreres med behandlingsnivå i tillegg til omsorgsnivå.

**Fagområde:** Konklusjon på vurdering av hvilket fag som er nødvendig.

**Vurderingsdato:** Faktisk dato for ferdig vurdert søknad. Denne datoen skal følge henvisningen ved overføring, og skal ikke endres ved videre pasientforløp innen den opprinnelige henvisningsperioden.

**Tildelt behandlingsdato:** Dato for planlagt start av behandling. Skal fastsettes ved vurdering av henvisningen.

**Rett til helsehjelp:** Det skal tas stilling til om pasienten har krav på Rett til nødvendig helsehjelp eller ikke behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Dette skal fylles inn samtidig som vurderingsdato registreres.

**Frist for nødvendig helsehjelp:** Seneste dato for forsvarlig start på nødvendig helsehjelp. Dersom pasienten har Rett til nødvendig helsehjelp fastsettes også frist for nødvendig helsehjelp.

**Ventetid sluttdato:** Den dato behandler definerer ventetida som over og behandling igangsatt, se pkt. 2.5.1. Datoen skal **kun** overføres til den institusjon henvisningen sendes til dersom helsehjelp er

påbegynt, (dvs. at den nødvendige helsehjelpen som pasienten er vurdert å ha behov for er igangsatt).

**Ventetid sluttkode:** Kode for årsak til ventetid slutt. Koden skal kun overføres til den institusjon henvisningen sendes til dersom helsehjelp er påbegynt, (dvs. at fristen for nødvendig helsehjelp er innfridd).

#### **4.1.1 Utsettelse av planlagt behandling/utredning**

Alle utsettelser av planlagte episoder/kontakter skal rapporteres.

**Utsettelse Kode:** Rapporteres dersom behandling blir utsatt på grunn av kapasitetsgrunner ved enheten, pasienten selv har utsatt behandlingen eller det er medisinske årsaker som er grunn for utsettelsen.

**Utsettelse dato:** Den datoen en utsettelse av pasientmottaket er foretatt.

**Dato for utsatt Episode:** Dato for den planlagte episoden som blir utsatt.

## **4.2 Opplysninger fra henvisningen**

**Pasientens kjønn.**

**Pasientens fødselsnummer.**

**Henvist fra helseinstitusjon:** Organisasjonsnummer tilsvarende bedrift (Brønnøysund) til den instans, helseinstitusjon eller enkeltlege som har utstedt henvisningen.

**Henvist fra tjeneste:** Den instans som har henvist pasienten.

**Henvist fra HRP:** HRP-nummer (ID-nummer) til den helseperson som henviser.

**Trygdenasjon:** Opprinnelsesland for pasienter som ikke er norske statsborgere.

**Ny tilstand:** Angir om pasienten har fått diagnostisert denne tilstand tidligere.

**Second opinion:** Om denne henvisning gjelder en anmodning om en ny vurdering av en vurdering foretatt tidligere ved annen enhet. Skal alltid være ny henvisning.

**Folkeregisterkommune:** Folkeregisterets registrering av pasientens hjemstedskommune ved henvisningstidspunktet.

#### **4.2.1 Institusjons- og enhetsopplysninger**

Ved innrapportering til Norsk pasientregister i henhold til NPR-melding skal organisatoriske enheter identifiseres på flere nivåer og etter hvilken rolle de spiller i pasientforløpet.

**Behandlingssted** - skal være entydig med hensyn på geografi og næring (delt inn i somatikk, psykisk helsevern for voksne, barne- og ungdomspsykiatri, tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelbruk og rehabilitering).

Behandlingssted skal rapporteres med organisasjonsnummer tilsvarende bedrift (bedriftsnummer) slik det fremkommer i Enhetsregisteret i Brønnøysund.

**Avdeling** - beskriver den enhet som har det administrative linjeansvaret for pasientbehandlingen. Avdeling skal rapporteres med RESH-ID og avdelingskode (IK44/89). Denne avdelingskoden er et kriterium i seleksjonen for ISF-ordningen.

Alle episoder og vurderte henvisninger skal rapporteres med identifikasjon av avdeling.

**Fagenhet** - har det faglige ansvaret for pasientbehandlingen.



Fagenhet skal rapporteres med RESH-ID og avdelingskode (IK44/89).  
Alle episoder og vurderte henvisninger skal rapporteres med identifikasjon av fagenhet.

#### **4.2.2 Henvisningsformalitet**

Det skal rapporteres hvilket lovgrunnlag pasienten er henvist etter.

**Henvisningsformalitet:** Her skal det oppgis det lovgrunnlag som er valgt av legen som egenhendig har undersøkt pasienten og som henviser pasienten. Om pasienten er henvist etter samtykke skal «frivillig» rapporteres.

#### **4.2.3 Tutor: Klassifisering av den person, i tillegg til fagperson/henvisende instans, som har begjært tvungent psykisk helsevern.**

#### **4.2.4 Henvisningsgrunner**

Henvisningsgrunner er spesifikke for *psykisk helsevern for barn og unge*. Det skal rapporteres hvilke henvisningsgrunner som kan eksistere for en henvisning (barnets miljø) utenom de medisinske som gjelder barnet alene.

**Barnet:** Henvisningsgrunn Barnet. Det kan registreres inntil to henvisningsgrunner og den viktigste angis først.

**Barnets miljø:** Henvisningsgrunn Barnets miljø. Det kan registreres inntil to henvisningsgrunner og den viktigste angis først.

#### **4.2.5 Pasienttilstand**

Tilstanden ved starten av henvisningsperioden skal rapporteres.

**Bor pasienten alene:** Pasienten bor alene i husstanden.

**Omsorg for egne barn:** Rapportere om pasienten har omsorg for egne barn.

**Samlivsstatus:** Pasientens faktiske livssituasjon, dvs. om pasienten lever i parforhold eller ikke lever i parforhold.

**Omsorgssituasjon:** Hvem pasienten bor sammen med. (*Gjelder kun BUP.*)

#### **4.2.6 Opplysninger om omsorgsperson**

**Relasjon:** Hvilken familierelasjon omsorgsperson har til pasienten.

**Samtykkekompetanse:** Om omsorgspersonen har samtykkekompetanse på vegne av pasienten eller ikke.

**Foreldrerett:** Om denne omsorgsperson har foreldre retten til pasienten.

#### **4.2.7 Individuell plan**

Lovbestemt rettighet for bruker/pasient med behov for langvarige og koordinerte kommunale helse- og omsorgstjenester.

**Individuell plan status:** Det skal rapporteres status for individuell plan for pasienten.

**Individuell plan status dato:** Dato for registrering av status for individuell plan. Dato endres fortløpende ved endring av status for individuell plan.

#### **4.2.8 Rolle i forhold til individuell plan**

Hvilken rolle den rapporterende enhet har i forhold til utarbeidelse av individuell plan.

#### **4.2.9 Barnevernets rolle**

Det skal registreres om, og eventuelt hvordan, barnevernet er koplet inn i en pasient/barns syketilfelle.

**Rolle:** Dokumenterer om barnevernet er koplet inn i forbindelse med et syketilfelle.

**Dato:** Dato for observasjon av barnevernets rolle.

### **4.3 Opplysninger som skal registreres ved episodestart**

Opplysningene skal registreres ved første kontakt i en behandlingsserie eller ved start av et døgnopphold.

**Døgnopphold:** Opplysninger som skal registreres når pasienten legges inn i døgnenhet. (For- og ettervernsamtaler skal registreres som polikliniske kontakter.)

#### **Dag- og poliklinisk behandling og behandlingsserier:**

Dag- og poliklinisk behandling utføres i behandlingsserier med flere kontakter i hver serie. Hver enkelt kontakt er en episode.

En behandlingsserie kan starte med en indirekte kontakt eller en direkte kontakt og det skal registreres en kontakt når den første kontakten skjer.

**Henvisningsformalitet:** Henvisningsformalitet skal alltid registreres, også ved frivillig.

**Fagenhet** - Identifikasjon av den enhet som skal ha det faglige ansvaret for pasienten.

**Avdeling** - Identifikasjon av den enheten som har det administrative linjeansvaret for pasientbehandlingen.

#### **4.3.1 RESH-ID**

RESH-ID er et identifikasjonsnummer fra Register for Enheter i SpesialistHelsetjenesten (RESH). Kodeverket som brukes (OK2007 versjon 2.0) forvaltes av Helsedirektoratet<sup>1</sup>. Ved hjelp av RESH-ID vil vi få bedre og mer sammenlignbare opplysninger om ressursbruk, aktivitet og resultater i spesialisthelsetjenesten. I tillegg søkes det å gi en komplett oversikt over den faktiske organiseringen av spesialisthelsetjenesten i Norge. Se også nettsidene til Norsk Helsenett: [www.nhn.no/helsenettet/helseadministrative-registre/Sider/default.aspx](http://www.nhn.no/helsenettet/helseadministrative-registre/Sider/default.aspx)

**Behandlingssted:** Identifikasjon av den enheten der pasienten er vurdert å skulle oppholde seg.

**Inndato og tid:** Dato og klokkeslett for start.

**Initiativtaker:** Initiativtaker til ny kontakt med enheten.

**Fra Sted:** Beskrivelse av det sted pasienten kommer fra.

---

<sup>1</sup> Mer om RESH på: [www.helsedirektoratet.no/norsk-pasientregister-npr/registerre-og-rapportere-data-til-npr#resh-\(register-for-enheter-i-spes.helsetjenesten\)](http://www.helsedirektoratet.no/norsk-pasientregister-npr/registerre-og-rapportere-data-til-npr#resh-(register-for-enheter-i-spes.helsetjenesten))

**Fra institusjon:** Skal rapporteres dersom pasient kommer fra en annen helseinstitusjon. Det er organisasjonsnummer (Brønnøysundregistrene) som skal rapporteres.

**Debitor:** Klassifikasjon/identifikasjon av finansieringsordninger mv.

**Fagområde:** Hvilket fagområde denne episode i hovedsak tilhører.

**Folkeregisterkommune:** Folkeregisterets registrering av pasientens hjemstedskommune ved start av episoden.

**Bydelskode:** Den bydel der pasienten bor, dersom det er i Oslo, Bergen, Trondheim eller Stavanger.

**Inntilstand:** Beskrivelse av pasientens tilstand ved ankomst til enheten.

**Samtykkekompetanse:** Det skal rapporteres om pasienten er i stand til å vurdere behandlingsspørsmålet og/eller avgi gyldig samtykke.

**Innmåte hastegrad:** Beskrivelse av hastegrad ved pasientens ankomst til enheten.

**Omsorgsnivå:** En episode kan bestå av en kombinasjon av innsats fra flere omsorgsnivå. Her rapporteres den mest ressurskrevende del av episoden.

**Deltaker type:** Andre deltakere som deltar i episoden i tillegg til pasienten. Brukes også til å registrere ledsagere.

#### **4.3.2 Måling og måleresultat**

Det skåres GAF-inn (Symptom og Funksjonsnivå) ved starten av et døgnopphold, en dagbehandlingsserie eller en poliklinisk konsultasjonsserie. GAF-ut skal skåres ved avslutning av døgnopphold, en dagbehandlingsserie eller en poliklinisk konsultasjonsserie

**Type måling:** GAF-F (funksjon) og GAF-S (symptom) skal registreres.

**Verdi:** Den faktiske målerverdien.

**Måleresultat nummer:** Rekkefølge for måleresultat, angi 1 for første måleresultat osv.

## 4.4 Opplysninger som skal rapporteres for hver episode, alle omsorgsnivå

**Inndato og tid:** Episodens startdato og starttidspunkt.

**Fra sted:** Beskrivelse av det sted pasienten kommer fra.

**Utdato og tid:** Episodens sluttdato og sluttidspunkt.

**Til sted:** Beskrivelse av det sted pasienten sendes til.

**Omsorgsnivå:** En episode kan bestå av en kombinasjon av innsats fra flere omsorgsnivå. Her rapporteres den mest ressurskrevende del av episoden.

**Deltaker type:** Andre som deltar i episoden i tillegg til pasienten. Brukes også til å registrere ledsagere.

### 4.4.1 Endring av bosted

En del opplysninger er kun relevant for enkelte episoder ved endringer. Disse opplysningene skal registreres på den kontakten de tilhører.

**Folkeregisterkommune:** Dersom en pasient flytter fra en kommune til en annen skal nytt kommunenummer rapporteres ved første kontakt etter flyttingen.

**Bydelskode:** Dersom en pasient flytter fra en bydel til en annen skal nytt bydelsnummer rapporteres ved første kontakt etter flyttingen.

### 4.4.2 Helseperson

Angir hvilke type helsepersonell som deltar i direkte pasientkontakt og som samarbeidspartnere i utredning og planlegging av behandling av en pasient.

**Utførende helsepersonell:** Utførende helsepersonell for kontakten.

**Spesialist:** Om utførende helseperson har «relevant spesialitet» eller ikke.

**Rolle:** Forteller hvilken rolle denne helseperson har i behandlingen av pasienten.

**Samarbeidspart:** Dersom andre tjenester bidrar i samarbeid om behandling av en pasient skal dette rapporteres.

### 4.4.3 Type Behandling

**Type Behandling:** Det skal rapporteres hvilken behandling som er utført; medikamentell behandling/individuelle terapisaamtaler/gruppeterapi. Skal rapporteres for alle omsorgsnivå.

### 4.4.4 Tjeneste fra en annen klinisk enhet

En eller flere behandlingsrettede tiltak som utføres for en pasient under en og samme tjeneste, f.eks. ECT-behandling.

**Institusjon identifikator:** Identifikasjon av den helseinstitusjon som utfører tjenesten, i tilfelle det er en annen institusjon som utfører tjenesten enn den institusjon og enhet som utfører pasientbehandlingen. Heretter kalt behandlingssted. Skal rapporteres for alle omsorgsnivå.

**Enhet identifikator:** Identifikasjon av den enheten som utfører tjenesten. Skal rapporteres for alle omsorgsnivå.

**Fagområde:** Kategorisering av hvilket fag denne tjenesten tilhører. Skal rapporteres for alle omsorgsnivå.

**Startdato og tid:** Dato og klokkeslett for start av tjenesten. Skal rapporteres for alle omsorgsnivå.

**Sluttdato og tid:** Dato og klokkeslett for slutt av tjenesten. Skal rapporteres for alle omsorgsnivå.

#### **4.4.5 Døgn - Opplysninger som skal registreres underveis i døgnopphold**

**Permisjonsdøgn:** Registreres fortløpende.

#### **4.4.6 Dag/poliklinikk**

Følgende opplysninger skal registreres ved alle kontakter i en behandlingsserie. Også ved første kontakt og ved siste kontakt.

**Kontakttype:** Kategorisering av kontakter etter hvordan kontakten skjer.

**Sted for aktivitet:** Det fysiske sted den polikliniske konsultasjonen/dagbehandlingen gjennomføres.

**Aktivitetstype:** Klassifikasjon av konsultasjonen, type behandling eller type terapi, etter hvem som deltar ved konsultasjonen.

**Indirekte aktiviteter:** Ved indirekte kontakt skal det også registreres kategorisering av aktiviteter uten direkte pasientkontakt.

**Takstnummer:** Takster i henhold til gjeldende taksthefte for «Takster for offentlige poliklinikker».

**Taksttype:** Det skal registreres taksttype.

### **4.5 Spesialistvedtak, tvang og klage**

#### **4.5.1 Spesialistvedtak – 24-timersregelen i Psykisk helsevernloven**

Når en pasient er henvis til tvunget psykisk helsevern skal det fattes vedtak om tvunget vern eller ikke innen 24 timer. Spesialistvedtak/lovgrunnlag skal **alltid** rapporteres, også når det ikke fattes vedtak om tvunget vern.

Hvis en pasient ikke henvises til tvunget vern kan han/hun heller ikke underlegges tvunget vern. Da vil det rapporteres «frivillig» som lovgrunnlag.

**Type formalitet:** Spesifisering av hvilken formalitet etter Psykisk helsevernloven som er ved mottak (aktivitets-/behandlingsstart).

**Dato spesialistvedtak:** Dato og klokkeslett for når spesialistvedtak er gjort.

**Fattet av:** Hvilken yrkesgruppe personen tilhører som har fattet spesialistvedtaket.

**Type vilkår:** Klassifikasjon av type vilkår i henhold til § 3.3 punkt 3 a eller 3 b i Psykisk helsevernloven som er grunnlag for spesialistvedtaket. Dette er spesialistvedtakets tilleggskriterium.

#### **4.5.2 Spesialistvedtak ved endringer i formalitet**

Alle endringer i rettslig grunnlag skal rapporteres. Hvis det vedtak opphør av tvunget vern skal «frivillig» rapporteres.

**Type formalitet:** Spesifisering av hvilken formalitet etter Psykisk helsevernloven som er fattet underveis i behandlingen. Skal rapporteres for alle omsorgsnivå.

**Dato spesialistvedtak:** Dato og klokkeslett for når spesialistvedtak er gjort. Skal rapporteres for alle omsorgsnivå.

**Fattet av:** Hvilken yrkesgruppe personen som har fattet spesialistvedtaket tilhører. Skal rapporteres for alle omsorgsnivå.

**Type vilkår:** Klassifikasjon av type vilkår iht. § 3.3 pkt. 3 a eller 3 b i Psykisk helsevernloven som er grunnlag for spesialistvedtaket. Dette er spesialistvedtakets tilleggs-kriterium.

**Dato for vedtaket:** Den dato vedtak om tvang for § 4 i psykisk helsevernloven er gjort.

### **4.5.3 Gjennomføringsvedtak etter kapittel 4 i psykisk helsevernloven**

**Type tvang:** Alle typer tvang forutsetter at det fattes vedtak om tvang. Unntak er skjerming med varighet inntil 24 timer. Alle vedtak skal rapporteres. Dersom det er foretatt skjerming uten at det foreligger vedtak, skal dette også rapporteres.

**Tidspunkt for start:** Tidspunkt for start av tvang.

**Tidspunkt for stopp:** Tidspunkt for stopp av tvang.

### **4.5.4 Klage til kontrollkommisjonen eller til fylkeslegen**

Det skal rapporteres om pasienten i løpet av oppholdet har klaget til kontrollkommisjonen eller til fylkeslegen.

**Type klage:** Klassifikasjon av typer klager som kan forekomme, etter type vedtak det klages på. Skal rapporteres.

**Dato for klage:** Hvis klage, skal dato for klagen rapporteres.

### **4.5.5 Spesialistvedtak ved overføring/avslutning**

**Type formalitet:** Spesifisering av hvilken formalitet etter Psykisk helsevernloven som er fattet før utskrivning/overføring.

**Dato spesialistvedtak:** Dato og klokkeslett for når spesialistvedtak er gjort.

**Fattet av:** Hvilken yrkesgruppe personen tilhører som har fattet spesialistvedtaket.

**Type vilkår:** Klassifikasjon av de typer vilkår som er grunnlag for spesialistvedtaket. Dette gjelder som tilleggs-kriterium til vedtaket.

## **4.6 Felles sluttopplysninger for alle omsorgsnivå**

### **4.6.1 Måling måleresultat**

I psykisk helsevern for voksne skal det måles GAF når døgnoppholdet eller behandlingsserien avsluttes.

**Type måling:** GAF-F og GAF-S skal rapporteres.

**Verdi:** Den faktiske måleverdien.

**Måleresultat nummer:** Rekkefølge for måleresultat, angi 1 for første måleresultat osv.

## 4.7 Utskriving, overføring og avslutning

**Uttilstand:** Beskrivelse av pasientens tilstand ved utskrivning fra enheten. Gjelder kun ved døgnopphold.

**Overføringsklar dato:** Dato for når pasienten skal overføres til annen døgnbehandling ved annen helseinstitusjon i spesialisthelsetjenesten.

Den dato hvor institusjonen/sykehusavdeling/DPS har definert at pasienten har behov for døgnbehandling ved annen institusjon/enhet/avdeling innen spesialisthelsetjenesten og dette er kommunisert med egnet behandlingssted.

**Utskrivingsklar dato:** Her kommer det en oppdatering etter 1.1.2017 når lovverket rundt dette er endelig vedtatt.

**Til sted:** Beskrivelse av det sted pasienten sendes til. Dersom pasienten skal til en annen helseinstitusjon skal også "Til institusjon rapporteres".

**Til institusjon:** Dersom pasienten skal til et annet behandlingssted skal det rapporteres hvilket behandlingssted pasienten blir sendt til. Gjelder alle omsorgsnivå. Det er organisasjonsnummer tilsvarende bedrift (Brønnøysundregistrene) som skal rapporteres.

**Epikrise sendt dato:** Den dato epikrisen ble postlagt og sendt fra institusjonen til henvisende instans eller den dato beslutning om at den ikke skal sendes er fattet.

**Epikrise Samtykke** Pasientens samtykke for sending av epikrise angir om pasienten har gitt samtykke til å sende epikrise fra spesialisthelsetjenesten. Kode skal også rapporteres om samtykke ikke er påkrevet (kode 2), eller for å angi at epikrise ikke skal sendes fra enhet. (kode 4).

**Henvist til helseinstitusjon:** Den instans som mottar henvisningen ved viderehenvisning/primærhenvisning. Identifikasjon av hvilken helseinstitusjon dette er. Det er organisasjonsnummer tilsvarende bedrift (Brønnøysundregistrene) som skal rapporteres. Dersom pasienten ikke henvises videre til annet behandlingssted skal det kodes «Pasienten selv».

**Henvist til tjeneste:** Grov klassifisering av institusjoner innen helsevesenet og andre institusjoner i samfunnet. Klassifisering av den instans som mottar henvisningen ved viderehenvisning.

**Henvist til HRP:** HRP-nummer (Id-nummer) til den helseperson som det henvises til.

**Ut dato og tid:** Dato og tidspunkt for når døgnoppholdet/episoden avsluttes.

**Henvisningsperiodens sluttdato:** Når siste episode er avsluttet og det ikke er planlagt flere døgnopphold eller kontakter – f.eks. kontroller, skal henvisningsperiodens sluttdato rapporteres.

### 4.7.1 Ulike datasystemer

De ulike behandlingsstedene som er involvert i behandling av en pasient kan ha separate datasystemer. Den samme henvisningsperioden skal registreres ved alle institusjoner. Opplysninger om Ansiennitetsdato, Vurderingsdato, Rett til nødvendig helsehjelp, Frist for nødvendig helsehjelp osv. må følge med henvisningen videre slik at de samme opplysningene registreres i alle datasystemer.

Hvis pasienten allerede er tatt inn til behandling så skal ventetid sluttdato og ventetid sluttkode fra den forrige enheten registreres og fortsatt gjelde. Det er kun ny henvisningsdato som skal rapporteres, de andre datoene følger med fra forrige enhet.

#### *4.7.1.1 Overføring mellom Psykisk helsevern for barn og unge og Psykisk helsevern for voksne.*

Ved overføring fra PHBU til PHV ved fylte 18 år skal det benyttes sekundærhenvisning såfremt enhetene har samme datasystem. All aktivitet registreres under samme henvisningsperiode med én vurderingsdato og én ventetid sluttdato.

Hvis enhetene har forskjellige databaser så skal ny henvisningsperiode, med nytt fagområde opprettes. Opplysninger om Ansiennitetsdato, Vurderingsdato, Rett til nødvendig helsehjelp og Frist for nødvendig helsehjelp må følge med henvisningen **videre** og registreres over til den nye henvisningsperioden.

#### *4.7.1.2 Overføring mellom Psykisk helsevern for voksne og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling*

I Psykisk helsevern for voksne og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling er ofte flere behandlingssteder involvert i behandling av ett helseproblem.

Eksempel: En institusjon vurderer henvisningen, en annen institusjon står for avrusning, en tredje institusjon står for døgnbehandling. Det skal ikke foretas noen ny rettighetsvurdering av pasienten underveis i behandlingsforløpet. All aktivitet skal registreres under samme henvisningsperiode med én vurderingsdato og én ventetid sluttdato. Hvis det ikke er mulig å bruke samme henvisning ved overføring, f.eks. ved forskjellige datasystemer skal ansiennitetsdato, vurderingsdato, rett til nødvendig helsehjelp og frist for nødvendig helsehjelp følge med ved overføringen.

#### *4.7.1.3 Overføring mellom Psykisk helsevern og somatisk spesialisthelsetjeneste*

Ved overføring fra Psykisk helsevern til somatisk spesialisthelsetjeneste skal det benyttes intern henvisning. All aktivitet registreres under samme henvisningsperiode med én vurderingsdato og én ventetid sluttdato.

Hvis det ikke er mulig å bruke samme henvisning ved overføring, f.eks. ved forskjellige datasystemer skal ansiennitetsdato, vurderingsdato, rett til nødvendig helsehjelp og frist for nødvendig helsehjelp følge med ved overføringen.





Veiledere fra Helsedirektoratet utarbeides innenfor helsefaglige temaområder der det er behov for utdypende beskrivelser av faglige spørsmål, løverk, administrative, organisatoriske og institusjonelle forhold. Metode for utarbeiding er beskrevet i hver enkelt veileder.

Helsedirektoratet  
Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo  
Tlf.: 810 20 050  
Faks: 24 16 30 01  
[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)