



Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2020

Norsk pasientregister, avdeling helseregistre

Publikasjonens tittel: Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2020
Utgitt: 03/2021
Bestillingsnummer: IS-2984

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

Tlf.: 47 47 20 20
www.helsedirektoratet.no

Rapporten kan lastes ned elektronisk fra www.helsedirektoratet.no

Forfatter(e): Ragnild Bremnes
Per Jørgen Indergård

Illustrasjon: Per Jørgen Indergård

INNHold

INNHold	II
INNLEDNING	I
SAMMENDRAG	II
1. AKTIVITET – ANTALL PASIENTER OG KONTAKTER	1
1.1 Antall pasienter	1
1.2 Aktivitetsnivå – Pasienter og kontakter	3
2. HOVEDTILSTANDER INNENFOR MULTIAKSIAL KODING	5
2.1 Akse 1: Klinisk psykiatrisk syndrom	6
2.2 Registreringspraksis innenfor øvrige tilstandsakser	10
3. HENVISNING TIL FRIVILLIG OG TVUNGENT PSYKISK HELSEVERN	11
3.1 Henvisningsformalitet	11
4. HENVISNINGSGRUNNER OG INDIVIDUELL PLAN	13
4.1 Henvisningsgrunner - barnet	13

4.2 Individuell plan (IP)	17
5. DATAGRUNNLAG OG KVALITET	19
5.1 Datagrunnlag og rapportering	19
5.2 Registreringspraksis	19
5.3 Informasjon om organisatoriske endringer	20
5.4 Rapporteringsplikt og kvalitetskontroll	21
5.5 Manglende informasjon om sentrale deler av datagrunnlaget	22
VEDLEGG 1 - BEGREPER BENYTTET I RAPPORTEN	23
VEDLEGG 2 - ANTALL PASIENTER OG ANTALL KONTAKTER, PR HELSEFORETAK OG OMSORGSNIVÅ. ENDRING FRA 2019	24
VEDLEGG 3 - OVERSIKT OVER MANGLENDE RAPPORTERING PÅ NOEN SENTRALE OMRÅDER. PER HELSEREGION OG HELSEFORETAK. PERIODEN 2015-2020. PROSENT	25
VEDLEGG 4 - DØGNOPPHOLD OG OPPHOLDSDØGN INKL. OPPHOLD SOM ER ÅPNE VED RAPPORTERINGSPERIODENS SLUTT – FORDELT PÅ RAPPORTERINGSSENHETSIVÅ. 2020.	28

INNLEDNING

Norsk pasientregister (NPR) inneholder informasjon om pasienter, behandling og ventelister fra spesialisthelsetjenesten. I denne rapporten formidles hovedtall for psykisk helsevern for barn og unge i 2020. I tillegg dokumenteres innhold og kvalitet for viktige deler av datamaterialet. For informasjon om ventelister og ventetider for pasienter innen psykisk helsevern viser vi til våre nettsider¹.

Rapporten baserer seg på aktivitetsdata fra institusjonenes pasientsystem som er innrapportert til NPR ved bruk av rapporteringsformatet *NPR-melding*. Behandlingsaktivitet innenfor psykisk helsevern for barn og unge i regi av private avtalespesialister inngår ikke i datagrunnlaget for denne rapporten.

I kapittel 1 gis en oversikt over hovedtallene på nasjonalt og regionalt nivå. Kapittel 2 inneholder en beskrivelse av bruken av det multiaksiale klassifikasjonssystemet, mens kapittel 3 omhandler frivillig og tvungent psykisk helsevern. Henvisningsgrunner og individuell plan er tema for kapittel 4 og datagrunnlag og kvalitet er beskrevet i kapittel 5.

Rapporten har fire vedlegg:

1. Begreper benyttet i rapporten.
2. Oversikt over antall pasienter og kontaktkategorier, fordelt på helseforetak og omsorgsnivå.
3. Oversikt over manglende rapportering av noen sentrale opplysninger.
4. Oversikt over døgnopphold og oppholdsdøgn.

Norsk pasientregister er avhengig av å få rapportert virksomhetsdata med god kvalitet for å kunne publisere og utlevere pålitelige opplysninger. For videre informasjon om det nasjonale datamaterialet NPR forvalter, se våre nettsider: www.helsedir.no.

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

SAMMENDRAG

Nesten 57 000 pasienter ble behandlet i psykisk helsevern for barn og unge i 2020, og dette tilsvarer 5,1 prosent av befolkningen under 18 år. For landet sett under ett var det en økning på 0,6 prosent sammenlignet med året før. På nasjonalt nivå var 51,5 prosent av pasientene gutter, det var relativt liten forskjell mellom regionene, og kjønnsfordelingen er stabil over tid.

Poliklinisk helsehjelp er dominerende behandlingstilbud, og omfatter 95 prosent av pasientene.

Polikliniske kontakter øker med 8 prosent landet sett under ett. De direkte polikliniske kontaktene reduseres, og omfanget av indirekte helsehjelp øker mye. Hovedårsaken er høyst sannsynlig den ekstraordinære situasjonen knyttet til covid-19. Det er grunn til å tro at det er begrensninger i fysiske møter mellom behandler og pasient som gjør at de indirekte polikliniske kontaktene øker mye i 2020 sammenliknet med året før.

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

Innenfor omsorgsnivåene *Døgnopphold* og *Dagbehandling* var det registrert henvisningsformalitet for om lag 92 prosent av de nyhenviste pasientene (604 pasienter). 73 prosent er henvist frivillig. 6 prosent av pasientene var henvist til tvungen observasjon og 1 prosent til tvungent psykisk helsevern.

I eget kapittel gjør vi rede for kvalitet i datagrunnlaget - kvalitet, kompletthet og mangler på viktige områder.

1. AKTIVITET – ANTALL PASIENTER OG KONTAKTER

I dette kapitlet presenteres antall pasienter som ble utredet/behandlet i psykisk helsevern for barn og unge i 2019. Videre vises tabeller for antall kontakter, opphold og oppholdsdøgn.

1.1 Antall pasienter

Antall pasienter behandlet i psykisk helsevern for barn og unge er vist i nedenstående tabell.

Tabell 1.1: Antall pasienter i psykisk helsevern for barn og unge 2020 etter behandlende helseregion. Endringstall i prosent.

Region	Antall pasienter i PHBU		Endring i prosent
	2020	2019-2020	
Helse Sør-Øst RHF	29 841		1,3
Helse Vest RHF	13 233		2,0
Helse Midt-Norge RHF	7 829		-0,4
Helse Nord RHF	6 103		1,4
Landet	56 715		0,6

¹⁾ 291 pasienter ble behandlet ved mer enn én helseregion i 2020, summering av RHF-tallene gir derfor resultatet 57 006.

Nesten 57 000 pasienter ble behandlet i psykisk helsevern for barn og unge i 2020, og for landet sett under ett var det en økning på 0,6 prosent sammenlignet med 2019. Helse Vest har en økning på 2 prosent, mens Helse Midt-Norge har en liten nedgang på 0,4 prosent.

Tabell 1.2: Antall pasienter og andel av befolkningen under 18 år som er behandlet i psykisk helsevern for barn og unge, fordelt på bostedsregion. 2019-2020.

Bostedsregion	Antall pasienter		Andel av befolkningen (prosent) ²	
	2019	2020	2019	2020
Helse Sør-Øst	29 468	29 528	4,7	4,7
Helse Vest	12 975	13 172	5,2	5,3
Helse Midt-Norge	7 864	7 833	5,1	5,2
Helse Nord	6 018	6 137	6,2	6,4
Landet 1)	56 357	56 715	5,0	5,1

¹⁾ Det er 45 pasienter med "Annen bostedsregion", disse inngår i landstallet.

²⁾ Befolkning under 18 år per 1. januar 2019 og 1. januar 2020 fra Statistisk sentralbyrå. Ratetallene er ikke korrigert for pasienter som hadde «Annen bostedsregion». Det samme gjelder pasienter som er eldre enn 17 år.

5,1 prosent av befolkningen under 18 år ble behandlet i psykisk helsevern for barn og unge i 2020, andelen var noe lavere i Helse Sør-Øst og høyest i Helse Nord med 6,4 prosent.

Tabell 1.3: Kjønn- og aldersfordeling per helseregion 2020. Antall og prosenter.

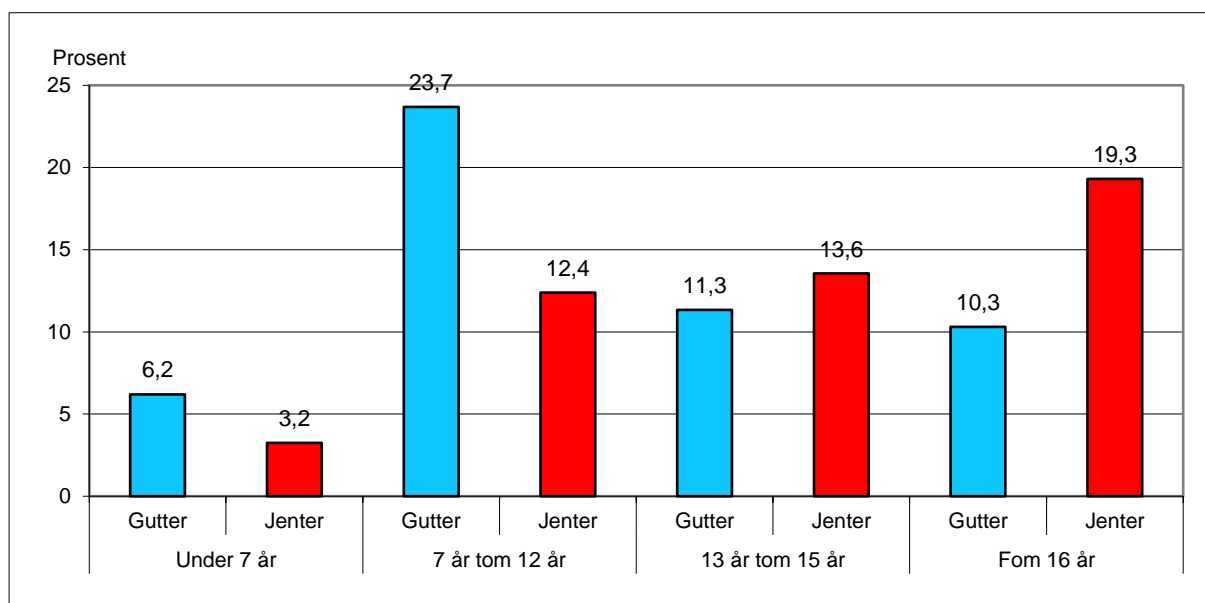
Helseregion	Antall pasienter ¹	Kjønn ¹		Aldersgruppe		
		Gutter	Jenter	Under 7 år	7-12 år	13 år og eldre
Helse Sør-Øst RHF	29 841	50,7	49,3	10,5	35,0	54,5
Helse Vest RHF	13 233	54,0	46,0	9,1	38,3	52,5
Helse Midt-Norge RHF	7 829	50,7	49,3	7,2	37,1	55,7
Helse Nord RHF	6 103	51,0	49,0	7,6	34,7	57,8
Landet	56 715	51,5	48,5	9,4	36,1	54,5

Flere gutter enn jenter behandles i psykisk helsevern for barn og unge. På nasjonalt nivå var 51,5 prosent av pasientene gutter. Det var relativt liten forskjell mellom regionene, og kjønnsfordelingen er stabil over tid.

54,5 prosent av pasientene var 13 år eller eldre. Med unntak av Helse Nord som har en noe høyere andel av pasienter over 13 år, var det relativt små forskjeller mellom regionene. Helse Sør-Øst har størst andel av pasientene under 7 år.

Fordelingen av kjønns- og aldersgrupper i nedenstående figur viser nasjonale tall. Gutter i aldersgruppen 7-12 år og jenter 16 år og eldre er de klart største pasientgruppene etter denne inndelingen, og de utgjør henholdsvis 23,7 og 19,3 prosent av pasientgrunnet. Videre ser vi at

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



Figur 1.1: Pasienter i 2020. Etter kjønn og alder.

1.2 Aktivitetsnivå – Pasienter og kontakter

Tabell 1.4: Antall pasienter, døgnopphold¹, oppholdsøgn² og direkte og indirekte polikliniske kontakter etter behandlende helseregion. 2020, endringstall fra 2019 i prosent.

	Helse Sør-Øst		Helse Vest		Helse Midt-Norge		Helse Nord		Landet	
	2020	endr. %	2020	endr. %	2020	endr. %	2020	endr. %	2020	endr. %
Antall pasienter	29 841	0,2	13 233	1,7	7 829	-0,5	6 103	1,9	56 715	0,6
Døgnopphold¹	1 390	-2,2	908	9,9	570	15,6	495	17,0	3 415	7,6
Oppholdsøgn²	40 691	-17,2	12 176	-3,9	6 860	4,6	10 413	-2,5	76 303	-4,9
Polikliniske kontakter	519 823	9,4	192 750	5,5	100 961	7,7	87 515	5,9	901 049	8,0
-direkte	300 006	-9,8	116 814	-7,9	64 335	-5,2	60 944	-2,4	542 099	-8,1
-indirekte	219 817	54,1	75 936	36,0	36 626	41,9	26 571	31,7	358 950	46,8

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

² Oppholdsøgn som overlapper det enkelte rapporteringsåret er periodisert. Beregningen er foretatt per episode for antall døgn i oppholdene som er innenfor rapporteringsperiodens start og slutt. Det er ikke korrigert for tilfeller der en ny episode startes samme dag som en eksisterende episode ved samme institusjon avsluttes. Eventuelle omorganiseringer i sektoren kan også gi utslag i tallene slik de er beregnet i tabellen.

På landsbasis ble det rapportert 3 415 døgnopphold i 2020 som er 7,6 prosent mere enn året før. Tallene varierer i de ulike regionale helseforetakene.

Når det gjelder antall oppholdsdøgn er det rapportert 4,9 prosent færre enn i 2019. Det er store prosentvise variasjoner mellom helseregionene, men også store volumforskjeller som dermed slår ut i sammenlikningen.

For polikliniske kontakter er det en økning på 8 prosent landet sett under ett. Økningen skjer i alle regionene, men Helse Sør-Øst dominere landstallene i kraft av sitt volum. Over halvparten av alle polikliniske kontaktene i landet skjer innen Helse Sør-Øst.

Ser vi på antall direkte polikliniske kontakter, ble disse redusert med 8,1 prosent sammenlignet med samme periode året før. Direkte kontakt er utredning eller behandling der pasient og/eller foreldre deltar. Et usikkerhetsmoment her er at krav om registrering av et vesentlig omfang av P-takstkoder er fjernet i ISF-regelverket, jmfør avsnitt 2.4 i Grunnlagsdokumentet Men hovedårsaken er høyst sannsynlig den ekstraordinære situasjonen knyttet til covid-19. Men reduksjonen i direkte poliklinisk aktivitet er mindre innen PHBU sammenlignet med andre fagområder.

Situasjonen rundt smittebegrensning på grunn av Covid-19 omfatter også de indirekte polikliniske kontaktene. Omfanget av indirekte polikliniske kontakter øker mye for landet sett under ett. Det er grunn til å tro at det er begrensinger i fysiske møter mellom behandler og pasient som gjør at de indirekte polikliniske kontaktene øker mye i 2020 sammenlignet med året før. Med indirekte kontakter menes aktivitet der pasienten ikke er fysisk til stede - eksempelvis tele- og videokonsultasjoner, administrative kontakter og møter mellom fagpersoner.

Fremdeles ser vi at det er flere enheter som registrerer dagopphold feil, med ulik inn- og utdato, vi velger derfor å ikke vise tall for dagbehandling.

2. HOVEDTILSTANDER INNENFOR MULTIAKSIAL KODING

Det multiaksiale klassifikasjonssystemet benyttes i psykisk helsevern for barn og unge til å beskrive pasientenes ofte komplekse tilstander. Klassifikasjonen består av seks akser. I akse 1, 2 og 4 brukes utvalg av diagnostiske kategorier i ICD-10. For hver behandlingsserie/opphold skal det føres kode for pasientens hovedtilstand og eventuelle andre tilstander på alle seks akser². Pasientjournalen³ skal dokumentere informasjonsgrunlaget for de tilstander som kodes.

Analysegrunlaget i kapitlet er avsluttede konsultasjonsserier (i ovennevnte retningslinjer omtalt som behandlingsepisoder) med minst en direkte kontakt, og pågående konsultasjonsserier med seks eller flere direkte kontakter. Deretter er det foretatt utvalg på siste kontakt per pasient. Hovedtilstandskode skal registreres på hver akse, også i tilfeller der ingen tilstand er påvist, eller det er for mangelfull informasjon for å kode. Det understrekes at denne avgrensningen av analysegrunlaget ikke er ment å være en fasit, men kun en valgt tilnærming for å belyse registreringspraksis. Tabellen nedenfor viser andel manglende registrering innenfor multiaksial klassifikasjon.

Tabell 2.1: Manglende koding innenfor multiaksial klassifikasjon. Prosent.

Betegnelse på akse	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Akse 1 Klinisk psykiatrisk syndrom	10	9	6	6	1	1	0,4	0,4
Akse 2 Spesifikke utviklingsforstyrrelser	31	28	28	29	29	29	27	30
Akse 3 Psykisk utviklingshemming	31	28	27	29	29	29	27	30
Akse 4 Somatiske tilstander	37	32	31	32	32	32	30	32
Akse 5 Avvikende psykososiale forhold	32	29	28	30	30	32	27	30
Akse 6 Global vurdering av funksjonsnivå	32	28	26	27	26	33	22	23

² Multiaksial klassifikasjon i psykisk helsevern for barn og unge

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

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

¹⁾ 2013 N= 40 041, 2014 = 43 297, 2015 = 43 970,
2016 = 43 473, 2017 = 45 122, 2018 = 41 731, 2019 = 43 102, 2020 = 41 793

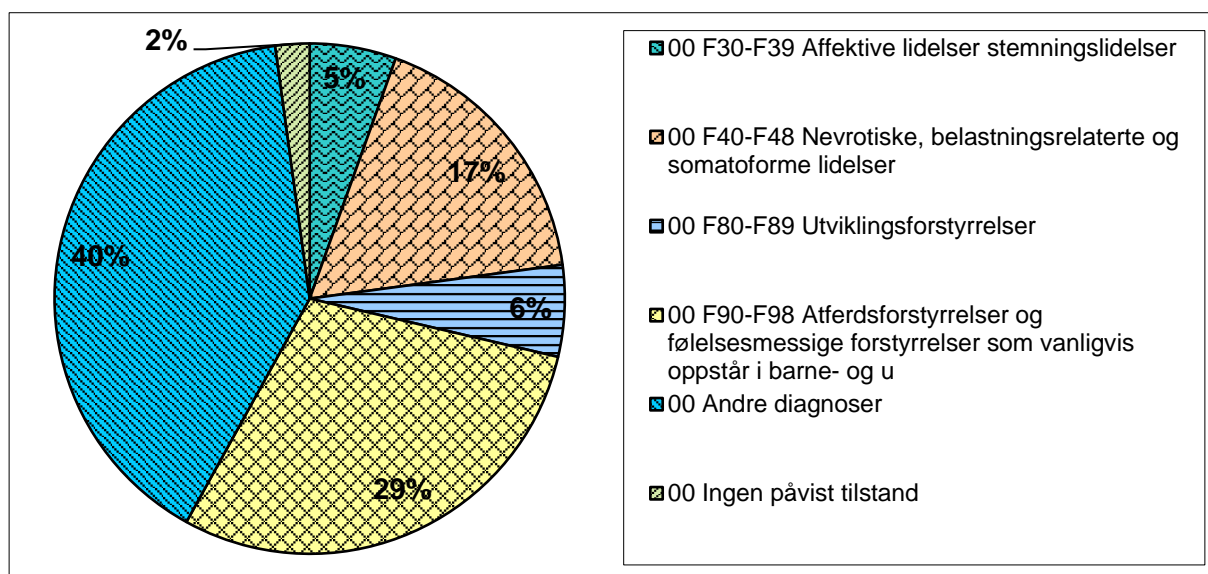
Tabellen viser at det fortsatt er mangelfull tilstandsregistrering i innrapporterte data, men utviklingen er særlig innenfor akse 1 positiv og registreringen på alle aksene har bedret seg noe sammenlignet med tidligere år. Ved innføring av innsatsstyrt finansiering (ISF) for poliklinikk er kravet om rapportering av meningsbærende kode i en av de fire første aksene presisert. Dette ser ut til å ha mest innvirkning på akse 1.

Det er viktig at rapporteringsenhetene allerede ved oppstart av utredningen registrerer multiaksial klassifikasjon *på alle seks tilstandsakser* ved å benytte kodealternativene «*Ingen påvist tilstand*» eller «*Mangelfull informasjon til å kode*» på akse 1-5 inntil kunnskapsgrunnet for mer presis tilstandskoding er etablert. Jamfør flytskjema for kodingsprinsipper i retningslinjene for multiaksial klassifikasjon. Datagrunnlaget blir mindre anvendelige til en del formål når disse opplysningene er mangelfullt registrert.

Nedenfor presenteres kodingen i Akse 1 *Klinisk psykiatrisk syndrom* og Akse 5 *Avvikende psykososiale forhold* for å gi en overordnet beskrivelse av pasientpopulasjonen i psykisk helsevern for barn og unge. På grunn av manglende kompletthet må tallene tolkes med forsiktighet, dette gjelder spesielt for Akse 5 *Avvikende psykososiale forhold* hvor 30 prosent mangler koding. Tabeller som viser datakvaliteten pr helseforetak er presentert i vedlegg.

2.1 Akse 1: Klinisk psykiatrisk syndrom

Diagnostisering innen aksene er avgjørende for å kunne yte riktig behandling. Av totalt 41 793 episoder i utvalget var det 563 episoder som enten manglet registrering av hovedtilstand, akse 1, eller hadde mangelfull informasjon for å kode, mens 250 episoder hadde registrert Z-koder.



Figur 2.1: ICD-10 blokk for pasienter med hovedtilstand, akse 1. Z-koder er ekskludert. 2020. Prosent. N=41 230

Figur 2.1 ovenfor viser fordeling av 41 230 episoder med registrert tilstandskode innenfor akse 1. Det fremgår av figuren at *Andre diagnoser* og hovedtilstander innenfor F90-98 *Atferdsforstyrrelser/følelsesmessige forstyrrelser* var hyppigst forekommende, og omfattet henholdsvis 40 prosent (16 314 episoder) og 29 prosent (12 031 episoder) av pasientene.

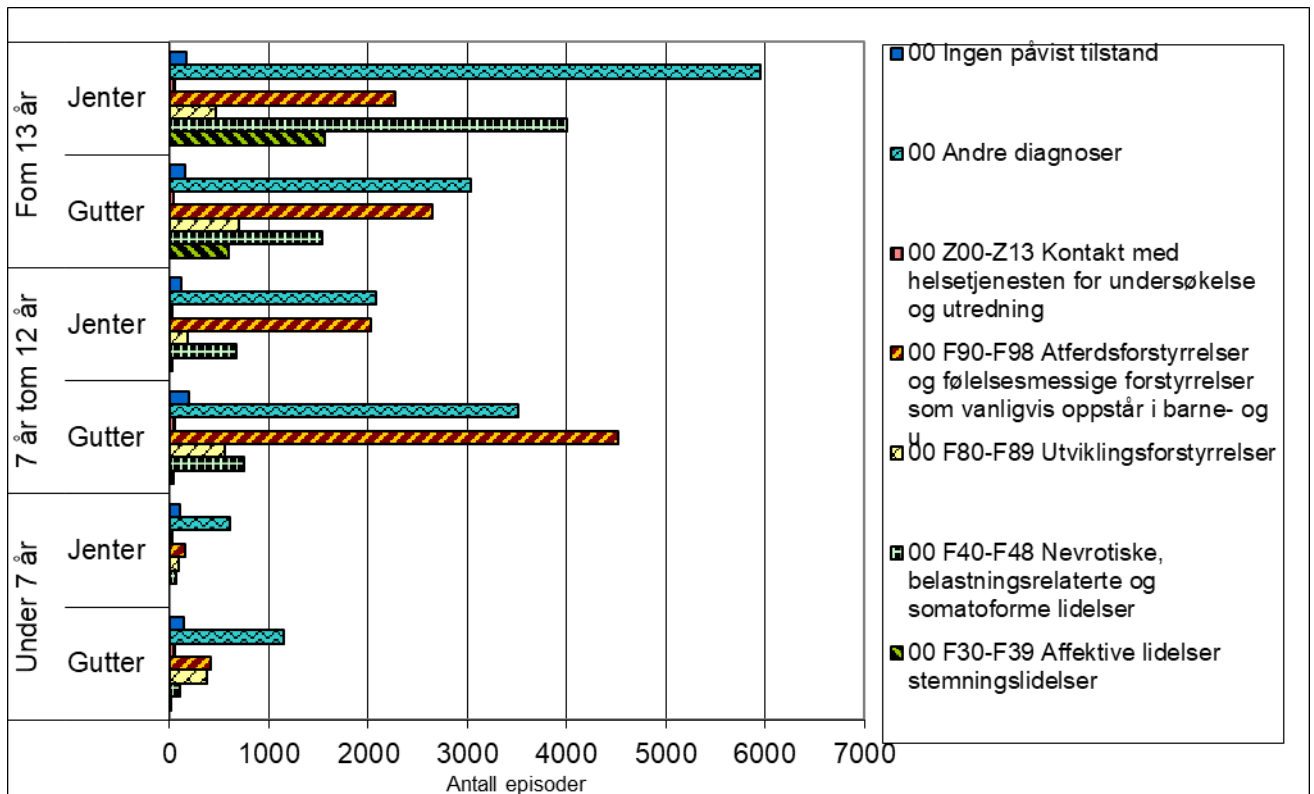
Tabellen nedenfor viser de hyppigst registrerte hovedtilstander innenfor akse 1 på utvalgte ICD-10 blokker.

Tabell 2.2: Hyppigst registrerte hovedtilstander, akse 1 innenfor utvalgte ICD-10 blokker.2020.

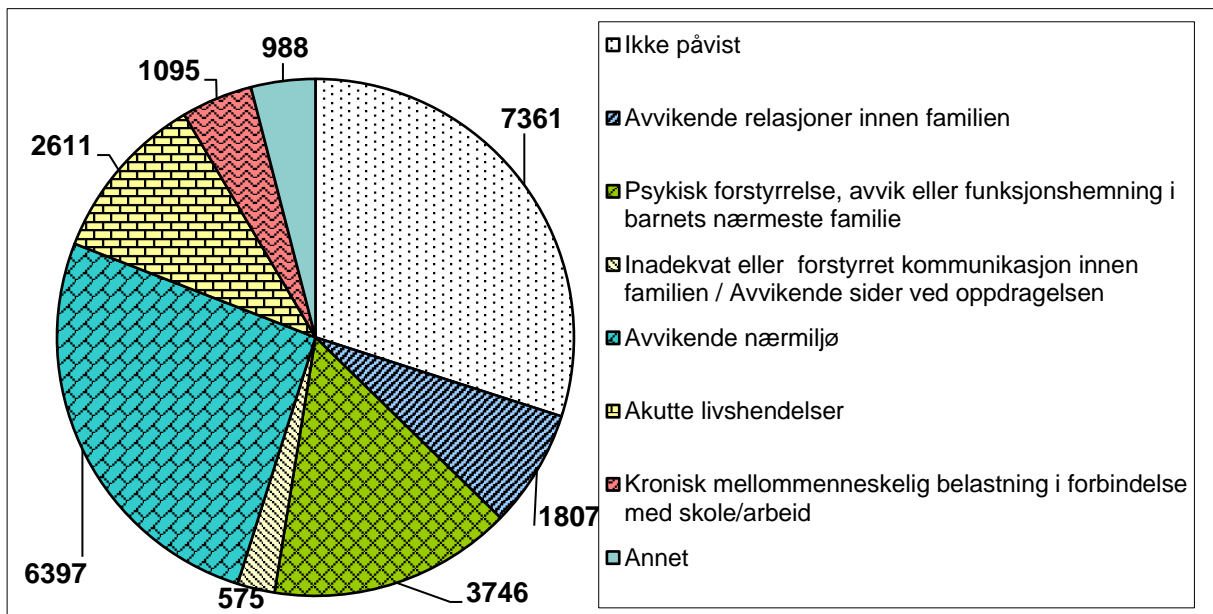
ICD-10 blokk med hyppigst registrerte tilstander	Antall episoder	Andel
F30-F39 Affektive lidelser stemningslidelser		
F321 Moderat depressiv episode	1400	6 %
F320 Mild depressiv episode	280	1 %
F40-F48 Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser		
F432 Tilpasningsforstyrrelser	1159	5 %
F431 Posttraumatisk stresslidelse [PTSD]	1423	6 %
F401 Sosiale fobier	985	4 %
F80-F89 Utviklingsforstyrrelser		
F845 Aspergers syndrom	1106	5 %
F840 Barneautisme	761	3 %
F90-F98 Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder		
F900 Forstyrrelser av aktivitet og oppmerksomhet	7269	31 %
F939 Uspesifisert følelsesmessig forstyrrelse i barndommen	730	3 %
F952 Tourettes syndrom	576	2 %
F941 Reaktiv tilknytningsforstyrrelse i barndommen	298	1 %
F938 Andre følelsesmessige forstyrrelser i barndommen	440	2 %
F901 Hyperkinetisk atferdsforstyrrelse	407	2 %
Øvrige tilstandskoder	6947	29 %
Antall episoder i utvalget	23781	100 %

I nedenstående figur 2.2 presenteres diagnosekoding sett i relasjon til pasientenes kjønn og alder. Pasienter diagnostisert innenfor F90-F98 *Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser* (12 031 pasienter) er som nevnt den dominerende pasientgruppen i psykisk helsevern for barn og unge, og vi ser at disse diagnosekodene er relativt sett mest brukt for gutter over 7 år.

Det fremgår også at F40-F48 *Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser* var mye brukte diagnoser for jenter eldre enn 13 år.



Figur 2.2: ICD-10 blokk for pasienter med diagnose i Akse 1: Klinisk psykiatrisk syndrom. Etter kjønn og aldersgruppe. 2020



Figur 2.3: Registrering i Akse 5: Avvikende psykososiale forhold. 2020.

Figuren viser at en stor del av disse pasientene (7 361 pasienter) ikke hadde påvist noen problemstillinger innenfor akse 5. Gruppen *Avvikende nærmiljø* var den største, men også kategoriene *Psykisk forstyrrelse, avvik eller funksjonshemming i barnets nærmeste familie* og *Akutte livshendelser* omfattet mange pasienter.

2.2 Registreringspraksis innenfor øvrige tilstandsaker

Akse 2 *Spesifikke utviklingsforstyrrelser* registreres med ICD-10 kodeverk (kode F80-F89). Det manglet data for 27 prosent av pasientene. Diagnosekode F81 *Spesifikke utviklingsforstyrrelser av skoleferdigheter, lærevansker* var den hyppigst registrerte hovedtilstanden, mens 22,3 prosent av pasientene hadde fått registrert *Ingen påvist tilstand*.

Koding på Akse 3 *Psykisk utviklingshemming* skal baseres både på standardiserte psykologiske evnetester og systematisk vurdering av sosial modning og tilpasning. Akse 3 registreres med ICD-10 kodeverk (kode F70-F79). I helseregionene var det mangler i datagrunnlaget i Helse Sør-Øst, Helse Vest og i Helse Nord.

Registrering innenfor Akse 4 *Somatiske lidelser* manglet for 30 prosent av pasientene, og regionvis varierte manglene mye med opptil 35 prosent. Det har derfor begrenset verdi å foreta ytterligere analyser av hvilke tilstander som er registrert.

3. HENVISNING TIL FRIVILLIG OG TVUNGENT PSYKISK HELSEVERN

Bruk av tvang innen psykisk helsevern for barn og unge er hjemlet i *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*⁴ med tilhørende forskrift⁵. Tvingen observasjon eller tvungent psykisk helsevern kan gis med og uten døgnopphold i institusjon som er godkjent for disse formålene. Tvungent psykisk helsevern er kun aktuelt for barn over 16 år. Barn under 16 år innlegges frivillig på bakgrunn av representert samtykke, jf. Pasient og brukerrettighetsloven § 4.4. Her presenteres henvisningsformalitet samt første spesialistvedtak eller angivelse av lovhjemmel for dag- og døgnbehandling.

3.1 Henvisningsformalitet

Med *henvisningsformalitet* menes hvilken formalitet i Psykisk helsevernloven pasienten er henvist etter. Her skal det angis formalitet valgt av legen som har undersøkt og henvist pasienten. Henvisningsformalitet skal registreres uavhengig av omsorgsnivå og formalitet skal alltid registreres. Tabellen nedenfor viser at det var registrert henvisningsformalitet for 80 prosent av de nyhenviste pasientene innenfor omsorgsnivåene *Dagbehandling* og *Døgnopphold*, tilsvarende andel i 2019 var 76 prosent.

Tabell 3.1: Henvisningsformalitet 2020. Dag- og døgnbehandling. N=604

Henvisningsformalitet	Antall henvisninger	Prosent	Prosent av registrerte
Frivillig	441	73	92
Tvingen observasjon § 3.2	35	6	7
Tvungent psykisk helsevern § 3.3	5	1	1
Ikke registrert	123	20	
Totalt	604	100	100

⁴ Psykisk helsevernloven - www.lovdatab.no/all/hl-19990702-062.html

⁵ Psykisk helsevernforskriften - www.lovdatab.no/for/sf/ho/xo-20111216-1258.html

Av de 604 nyhenvisningene som hadde registrert henvisningsformalitet var 441 pasienter henvist til frivillig psykisk helsevern, mens 35 pasienter var henvist til tvungen observasjon.

4. HENVISNINGSGRUNNER OG INDIVIDUELL PLAN

I dette kapitlet omtales status for individuell plan, samt henvisningsinformasjon som beskriver viktigste henvisningsgrunn *barnet og omsorgssituasjon*.

Psykisk helsevern for barn og unge registreres det henvisningsgrunner knyttet til henholdsvis barnet og barnets miljø. Vi vil i dette avsnittet se på nyhenviste pasienter i 2019 (30 345 nyhenvisninger). Tabellen under viser andel manglende rapportering av viktig informasjon for nyhenvisninger i perioden 2013-2010.

Tabell 4.1: Manglende koding innenfor henvisningsgrunn barnet, omsorgssituasjon og individuell plan 2013-2030. Prosent.

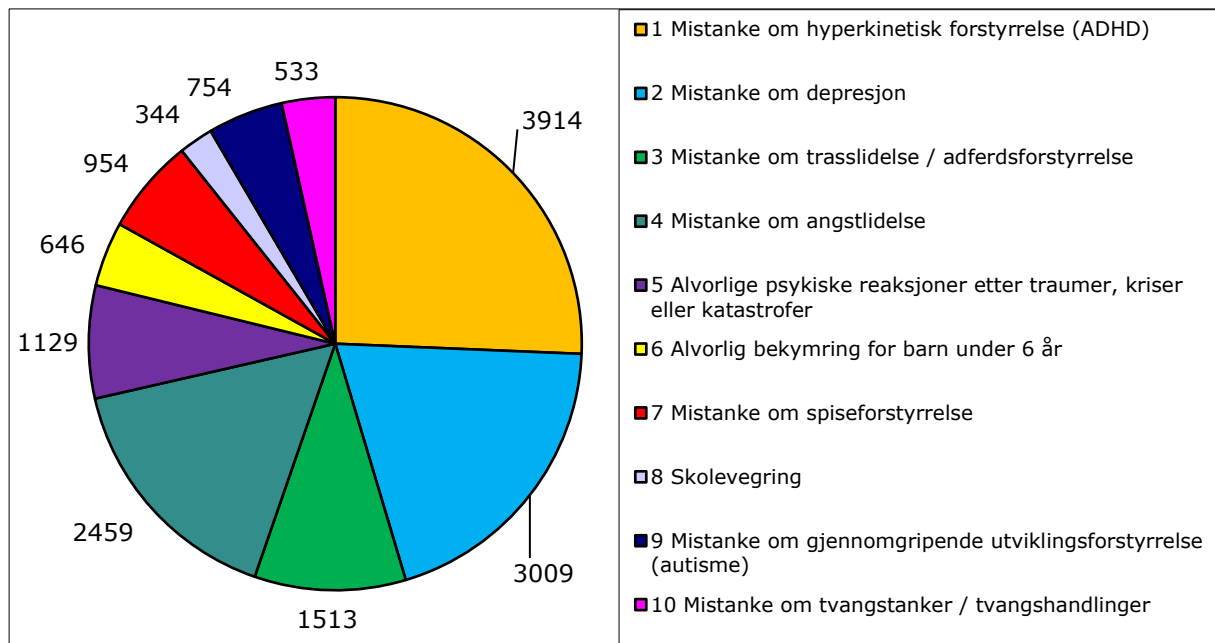
Henvisningsinformasjon	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Henvisningsgrunn <i>Barnet</i>	18	21	24	26	30	29	31	32
Omsorgssituasjon	34	44	38	43	47	47	49	50
Individuell plan	71	71	77	76	76	79	82	83

Tabellen viser at det fortsatt er mangelfull registrering av informasjon om både *henvisningsgrunn, omsorgssituasjon og individuell plan*. Økningen i manglende koding av *Henvisningsgrunn barnet* tror vi har sammenheng med at færre benytter BUP-sektorens henvisningsskjema når de henviser. Komplette henvisningsdokumentasjon er viktig fordi det kan bidra til en konstruktiv og målrettet behandling ut fra en felles forståelse av pasientens situasjon og hensikten med henvisningen. Som tabellen viser, går utviklingen i litt feil retning når det gjelder rapportering av henvisningsgrunner. Tabeller som viser datakvaliteten pr helseforetak er presentert i vedlegg.

4.1 Henvisningsgrunner - barnet

For 68 prosent av pasientene som var nyhenvist i 2020 var henvisningsgrunn *Barnet* registrert. Dette er viktig informasjon om behandlingen og pasientene, det er derfor avgjørende både at henvisende instans fyller ut henvisningsskjema komplett med bl.a. henvisningsgrunn, og at behandlingsstedet registrerer dette i sitt pasientsystem.

De ti vanligste henvisningsgrunnene *Barnet* er vist i figuren under. De hyppigste henvisningsgrunnene var mistanke om følgende forhold: hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD), depresjon, trasslidelse/atferdsforstyrrelse, angstlidelse og Alvorlige psykiske reaksjoner etter traumer, kriser eller katastrofer. De fem vanligste henvisningsgrunnene utgjør til sammen 79 prosent av nyhenvisningene.



Figur 4.1: Ti hyppigst registrerte henvisningsgrunner Barnet. Nyhenvisninger 2020.

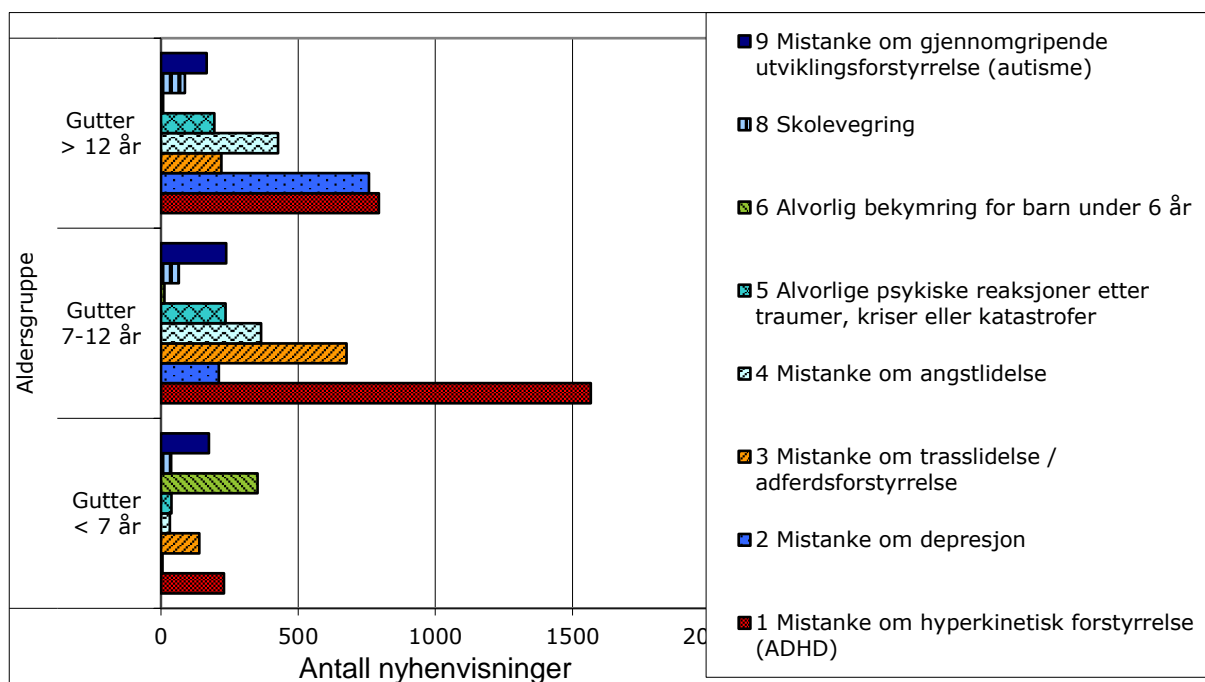
I tabellen nedenfor vises koding av hovedtilstander innenfor de hyppigst benyttede henvisningsgrunnene.

Tabell 4.2: Hyppigst registrerte tilstander innenfor Akse 1 for nyhenviste pasienter - utvalgte henvisningsgrunner. 2020.

Tilstander, ICD-10	Mistanke om hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD)	Mistanke om depresjon
F320 Mild depressiv episode	< 5	48
F321 Moderat depressiv episode	11	198
F322 Alvorlig depressiv episode uten psykotiske symptomer		14
F401 Sosiale fobier	7	40
F412 Blandet angstlidelse og depressiv lidelse	< 5	42
F431 Posttraumatisk stresslidelse [PTSD]	11	52
F432 Tilpasningsforstyrrelser	8	28
F4321 Vedvarende depressiv reaksjon	8	28
F4322 Blandet angstreaksjon og depressiv reaksjon	8	28
F900 Forstyrrelser av aktivitet og oppmerksomhet		74
F901 Hyperkinetisk atferdsforstyrrelse	28	< 5
F908 Andre spesifiserte hyperkinetiske forstyrrelser	41	< 5
F988 Andre atferds/følelsesforstyrrelser, barne- og ungdomsalder	18	6
Z004 Generell psykiatrisk undersøkelse IKAS	< 5	
Z032 Obs. ved mistanke om psykiske lidelser og atferdsforst.	22	20
Z133 Målrettet undersøkelse med henblikk på psyk. lidelser og atferdsforstyrrelser	< 5	
1000 Ingen påvist tilstand på akse 1	54	47
1999 Mangelfull informasjon for å kode på akse 1	12	18
9999 Ikke registrert tilstand	26	22

I de neste to figurene har vi fremstilt de åtte hyppigst registrerte henvisningsgrunnene *Barnet*, fordelt på kjønn og aldersgrupper. Figurene viser at det er betydelige kjønns- og aldersforskjeller.

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



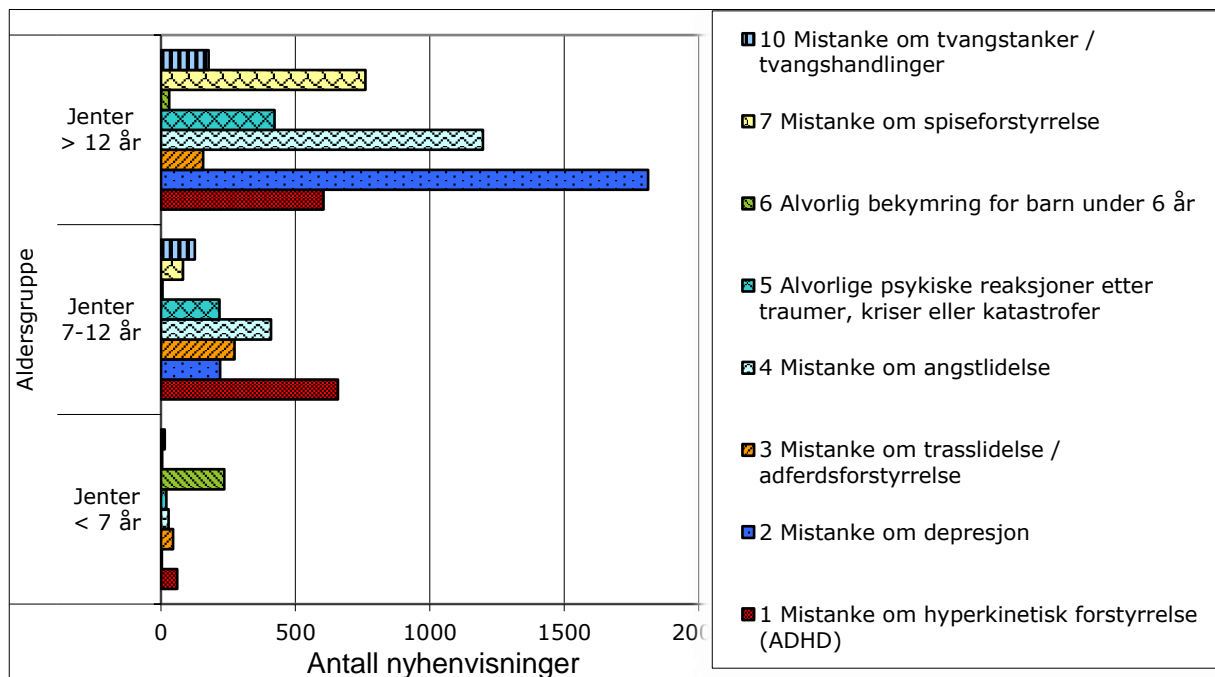
Figur 4.2: De åtte hyppigst registrerte henvisningsgrunner Barnet. Gutter - aldersgruppert. Antall nyhenvisninger i 2020, registrert med nytt kodeverk.

For de eldste guttene (13 år og eldre) var *Mistanke om depresjon* den dominerende henvisningsgrunnen i tillegg til *Mistanke om hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD)*. Det var også en del tilfeller av henvisningsgrunnen *Mistanke om angstlidelser* i denne aldersgruppen. For de yngste guttene var *Alvorlig bekymring for barn under 6 år* viktigste henvisningsgrunn. Men også *Mistanke om hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD)* er mye brukt på de yngste guttene.

I 2020 var det 974 gutter som hadde henvisningsgrunnen - *Mistanke om depresjon*. Dette tilsvarer 14 prosent av de nyhenviste. Dette er omtrent på samme nivå som fjoråret.

Av neste figur 4.2 fremgår det at for de eldste jentene (13 år og eldre) var *Mistanke om depresjon* en sterkt dominerende henvisningsgrunn. Også *Mistanke om angstlidelse* var også hyppig henvisningsgrunn. *Mistanke om spiseforstyrrelse* var også mye brukt på jenter innenfor denne aldersgruppen. For gruppen av jenter mellom 7 og 12 år var *Mistanke om hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD)* den mest utbredte henvisningsgrunnen.

For de yngste jentene var det som for de yngste guttene *Alvorlig bekymring for barn under 6 år* som var viktigste henvisningsgrunn. Henvisningsgrunn *Mistanke om gjennomgripende utviklingsforstyrrelse (autisme)* utgjør derimot en vesentlig mindre andel av henvisningsvolumet for jenter enn for gutter.



Figur 4.2: De åtte hyppigst registrerte henvisningsgrunner Barnet. Jenter - aldersgruppert. Antall nyhenvisninger i 2020.

Det er over dobbelt så mange jenter i den eldste aldersgruppen som har henvisningsgrunn *Mistanke om depresjon* sammenlignet med gutter i samme aldersgruppe.

Når det gjelder jenter i aldersgruppen 7 til og med 12 år ser vi at *Mistanke om hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD)* er gjeldende i denne aldersgruppen. Men altså bare godt under halvparten så mange som for gutter i denne aldersgruppen.

I 2020 var det 2035 jenter som hadde henvisningsgrunnen - *Mistanke om depresjon*. Dette tilsvarer 27 prosent av de nyhenviste. Dette er litt høyere enn året før.

4.2 Individuell plan (IP)

I pasientrettighetsloven § 2-5 heter det: "Pasient som har behov for langvarige og koordinerte helsetjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan i samsvar med bestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern". Individuell plan er også hjemlet i Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1.

Av tabell 4.1 ovenfor fremgikk det at opplysning om status for individuell plan var registrert for bare 17 prosent av de nyhenviste pasientene i 2019.

Flere forhold kan forklare den mangelfulle rapporteringen:

- manglende bruk av registreringsalternativet “Ukjent med status for individuell plan” der opplysninger ikke foreligger,
- mangelfulle rutiner for informasjonsutveksling mellom sektoren og samarbeidende institusjoner,
- registreringstekniske forhold/mangelfulle registreringsrutiner ved behandlingsstedene,
- mangelfull tilpasning av brukerdiallog i pasientadministrativt system.

5. DATAGRUNNLAG OG KVALITET

5.1 Datagrunnlag og rapportering

Datagrunnlaget for denne rapporten er aktivitetsdata for 2020. Data består av alle henvisningsperioder med aktivitet (episoder) i rapporteringsperioden, det vil si både direkte og indirekte kontakter. Planlagte kontakter (tekniske episoder) er ekskludert. Datagrunnlaget inneholder heller ikke behandlingsaktivitet innen psykisk helsevern barn og unge i regi av private avtalespesialister.

OUS HF rapporterer kun på BUP-*seksjonsnivået* (BUP Oslo Syd, BUP Oslo Nord osv.). Dette innebærer at det ikke er mulig å identifisere BUP-enhetene i rapporterte aktivitetsdata (f.eks. BUP Bjerke, BUP Nordre Aker, BUP Sagene, BUP Nordstrand, m.fl.).

Rapporteringsenhetene i PHBU-sektoren i Helse Midt-Norge har skiftet datasystem, og rapporterer nå under tilhørende helseforetak. Det er tidligere fra RHF-et varslet at på et overordnet nivå er systemomleggingen i Helse Midt-Norge hovedforklaringen på utslagene for Helse Midt-Norges del. Det oppleves fortsatt at skiftet medfører at en del registreringspraktiske forhold fortsatt spiller inn for Helse Midt-Norges del.

Litt om eventuelle tallavvik i rapporten sammenlignet med tilsvarende tall fra andre publikasjoner

Tallene som presenteres i denne rapporten kan til dels være forskjellig fra tallene som presenteres av SSB og i andre publikasjoner fra Helsedirektoratet. Dette kan skyldes at datagrunnlaget/definisjonene er forskjellige:

- Ved beregning av oppholdsdøgn er opphold som overlapper det enkelte rapporteringsåret periodisert. Beregningen er med andre ord foretatt per episode for antall døgn i oppholdene som er innenfor rapporteringsperiodens start og slutt. Det er ikke korrigert for tilfeller der en ny episode startes samme dag som en eksisterende episode ved samme institusjon avsluttes.
- Eventuelle omorganiseringer i sektoren kan også gi utslag i tallene.

5.2 Registreringspraksis

I forbindelse med mottaks- og kontrollarbeidet har pasientregisteret fått informasjon om ulike registreringspraksis på flere områder. Gode sammenlignbare data på tvers av HF og RHF betinger

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

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

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

Det er også ulik registreringspraksis ved behandlingsstedene når det gjelder registrering av pasienten og pasientens familie. Enkelte enheter har registrert egne henvisningsperioder på familiemedlemmer selv om disse ikke er henvist. Når det gjelder registrering av pasienten og pasientens familie, så er denne praksisen endret i henhold til gjeldende avtaler med de regionale helseforetakene. Det kan imidlertid fortsatt være pårørende som registreres som egne pasienter.

Institusjonene rapporterer aktivitetsdata for pasienter som var 18 år og eldre. De fleste av disse er pasienter som hadde et behandlingstilbud før fylte 18 år, og generelt vil eksisterende behandlingsrelasjoner tillegges stor vekt. Vi nevner noen eksempler på at det kan oppleves lite hensiktsmessig å overføre pasienter til psykisk helsevern for voksne:

- Hvis man regner med at behandlingsforløpet kan avsluttes forholdsvis raskt, kan det være mest fornuftig å opprettholde eksisterende relasjoner,
- Pasienten kan være henvist til psykisk helsevern for voksne, men i påvente av tilbud derfra tilbys behandling innen psykisk helsevern for barn og unge
- Oppfølging av gravide
- Foreldrearbeid i forbindelse med barns død.

5.3 Informasjon om organisatoriske endringer

Det har i innkallingsbrev oppfordret det enkelte behandlingssted i å informere om organisatoriske eller bemanningsmessige forhold som i vesentlig grad har påvirket behandlingskapasiteten i rapporteringsperioden. Dette gjøres i ulik grad.

5.4 Rapporteringsplikt og kvalitetskontroll

For å kunne etablere komplette nasjonale registerdata er avdeling helseregistre avhengig av korrekt og komplett rapportering fra BUP-sektoren. Rapporten viser at det på flere sentrale områder er mangler i registreringen, mer om dette i neste kapittel. Men det er samtidig viktig å understreke at PHBU-sektoren generelt rapporterer data av god kvalitet. Se vedleggstabellene.

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

Det har vært nedlagt et stort arbeid for å få Østbyttet til å rapportere korrekte data, men dessverre gikk ikke dette. Over 1000 døgnepisoder har inndato lik utdato. Hele dataforsendelsen fra Østbyttet måtte dessverre forkastes. Institusjonen og systemleverandør er kjent med dette.

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

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

- Rapporteringsenheter i spesialisthelsetjenesten:
 - Utsending av tilbakemeldingsdokument etter gjennomført kvalitetskontroll
 - Nøkkeltall for periodeaktivitet evt. ventelistetall, tabeller/utvalg av rapportert aktivitet med antatt mangelfull eller feil koding av variable
 - NPR har deltatt på seminarer og kurs i riktig registrering og rapportering av data innen avtalespesialister, psykisk helsevern, rus og ventelistedata.
- Pasientsystemleverandører:
 - Utsending av dokumentasjon på oppdateringer i NPR sitt rapporteringsformat *NPR-melding*.
 - Tilbakemelding på testdata om feil og mangler i meldingsuttrekk i forbindelse med oppdatering av pasientdatasystem.
 - Tilbakemelding på feil i mappingtabeller (kodeoversetting mellom pasientdatasystem og rapporteringsformat).
 - Kommunikasjon om forbedret brukerdiallog i registrerings skjermbilder.
- Helse- og omsorgsdepartementet/øvrige avdelinger i Helsedirektoratet/
Direktoratet for e-helse:
 - Dialog om utforming av rapporteringsveileder

- Dialog rundt ajourhold av sentrale kodeverk (klassifikasjon av sykdommer ICD-10, kirurgisk og medisinsk prosedyrekodeverk (NCSP/NCMP).
- Publisering av nøkkeltall for sektoren
- Dialog om nødvendige tilpasninger i rapporteringsformat og pasientdatasystem i forbindelse med endringer i lovverk, forskrifter og retningslinjer.

Systemleverandører og rapporteringsenhetene kan nå få validert NPR-meldinger som de har under utvikling gjennom test- og valideringstjenesten til avdelingen. Det er satt opp en egen tjeneste som mottar meldinger i systemet, der løsningen produserer en tilbakemelding i XML-format. Tilbakemeldingen inneholder informasjon om mangler og feil og sendes på epost til kontaktperson oppgitt i meldingen. For nærmere informasjon : [Valideringstjenester for rapportering til avdeling helseregistre](#).

5.5 Manglende informasjon om sentrale deler av datagrunnlaget

Som vist i flere tabeller er rapporteringen til Norsk pasientregister mangelfull på flere sentrale områder. Ytterligere detaljer er vist i vedlegg 3:

- Multiaksial klassifikasjon; akse 1 og akse 5
- Viktigste henvisningsgrunn barnet
- Omsorgssituasjon
- Henvisningsformalitet
- Status vedr registrering av Individuell plan

Tabellene viser at graden av kompletthet er varierende, og på alle disse områdene er det helseforetak som har rapportert svært mangelfulle data.

For akse 1 i multiaksial klassifikasjon ser vi nær komplett rapportering. Dette kan ha en sammenheng med innføring av ISF (innsatsstyrt finansiering) for poliklinikk i psykisk helsevern for barn og unge i 2017. For at en kontakt skal inngå i grunnlag for denne finansieringsordningen må det være rapportert meningsbærende kode i minst en av aksene 1 til 4.

Flere forhold kan forklare mangelfull rapportering:

- manglende bruk av registreringsalternativene “ikke aktuelt” eventuelt “mangler info” der opplysninger ikke foreligger,
- mangelfulle rutiner for informasjonsutveksling mellom sektoren og samarbeidende institusjoner,
- registreringstekniske forhold/mangelfulle registreringsrutiner ved behandlingsstedene,
- mangelfull tilpasning av brukerdialogen i pasientadministrativt system.

Vedlegg 1 - Begreper benyttet i rapporten

➤ *Rapporteringsformatet **NPR-melding***

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

➤ *Henvisningsperiode*

En henvisningsperiode er et avgrenset tidsrom for utredning, behandling og kontroll i spesialisthelsetjenesten. Henvisningsperioden gir informasjon om behandling og aktiviteter i denne tidsperioden.

Hver henvisningsperiode skal gjelde ett syketilfelle, og pasienter med flere syketilfeller vil ha flere henvisningsperioder. Henvisningsperioden gir ikke informasjon om aktivitet i kommunale helsetjenester.

➤ *Episode*

En episode er en avgrenset tidsperiode der pasienten får helsehjelp ved én og samme helseinstitusjon for ett og samme helseproblem.

Dette kan være en poliklinisk kontakt (poliklinisk episode), et dagopphold (dagepisode) eller et avdelingsopphold ved en døgnavdeling (døgnepisode). Det kan være flere slike episoder i en henvisningsperiode og det kan være flere døgnepisoder i en døgnbehandlingsperiode/ et døgnopphold.

For polikliniske episoder skiller vi mellom direkte og indirekte kontakter. Direkte kontakt er utredning, observasjon eller behandling (terapi/samtale) der pasient deltar. Indirekte kontakt er en aktivitet der pasienten ikke er fysisk til stede. Dette kan for eksempel være tele- og videokonsultasjoner, administrative kontakter eller møte mellom fagpersoner.

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

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

Vedlegg 2 - Antall pasienter og antall kontakter, pr helseforetak og omsorgsnivå. Endring fra 2019

RHF/helseforetak	Antall pasienter totalt		Totalt		Polikliniske kontakter			
					Direkte		Indirekte	
	2020	% endr.	2020	% endr.	2020	% endr.	2020	% endr.
Helse Sør-Øst RHF								
Vestre Viken HF	4 529	2	91 273	15	46 526	-12	44 747	68
Lovisenberg Diakonale sykehus	1 328	-3	23 473	9	13 352	-18	10 121	88
Diakonhjemmet sykehus	815	-13	12 398	16	7 226	-17	5 172	153
Akershus Univ. S.hus HF	5 339	1	97 560	9	54 961	-13	42 599	60
SH Innlandet HF	3 373	-5	54 422	10	32 724	-2	21 698	37
Sykehuset Østfold HF	3 294	3	46 192	8	28 104	-11	18 088	58
Sørlandet Sykehus HF	3 215	-2	48 612	3	32 102	-6	16 510	28
Sykehuset i Vestfold HF	2 895	2	54 515	8	35 667	-5	18 848	45
Sykehuset Telemark HF	1 833	-2	32 899	11	19 111	-13	13 788	78
Oslo Univ.sykehus	3 950	1	58 458	9	30 240	-8	28 218	35
Privat Sør-Øst	36	-58	21	-32	21	-30	-	-100
Helse Vest RHF								
Helse Stavanger HF	4 425	1	63 989	5	42 751	-2	21 238	20
Helse Fonna HF	1 934	6	26 700	7	19 369	1	7 331	24
Helse Bergen HF	4 819	3	74 405	7	39 865	-14	34 540	50
Helse Førde HF	1 639	-4	18 612	4	10 884	-8	7 728	29
Privat Vest	597	4	9 044	-1	4805	-18	4 239	28
Helse Midt-Norge RHF								
St. Olavs Hospital HF	3 264	-1	44 832	5	29 917	-5	14 915	35
Helse Nord Trøndelag HF	1 811	-2	18 977	10	10 897	0	8 080	27
Helse Møre og Romsdal HF	2 795	1	37 152	10	23 521	-7	13 631	62
Helse Nord RHF								
Finnmarkssykehuset HF	1 020	1	12 351	3	8 688	-5	3 663	30
Univ.sykehuset Nord-Norge HF	2 681	7	35 438	12	22 625	2	12 813	37
Nordlandssykehuset HF	1 552	0	25 920	6	19 843	1	6 077	25
Helgelandssykehuset HF	1 040	-4	13 806	-6	9 875	-14	3 931	25
Landet	56 715	0,6	901 049	8,0	542 099	-8,1	358 950	46,8

Vedlegg 3 - Oversikt over manglende rapportering på noen sentrale områder. Per helseregion og helseforetak. Perioden 2015-2020. Prosent

Oversikt over manglende tilstandsregistrering, multiaksial klassifikasjon. Prosent*

Helseregion/helseforetak		Tilstand 1, Akse 1						Tilstand 1, Akse 5					
		Manglende registrering						Manglende registrering					
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Helse Sør-Øst	Vestre Viken HF	1	1	0	0	0	1	31	28	27	32	33	37
	Lovisenberg Diakonale SH	19	17	0	1	1	0	23	22	14	16	17	31
	Diakonhjemmet sykehus AS	0	0	0	0	0	0	25	23	29	29	36	40
	Akershus Univ.sykehus HF	1	4	2	1	1	1	19	48	43	38	34	35
	SH Innlandet HF	2	3	0	0	1	1	19	33	26	29	30	31
	Sykehuset Østfold HF	0	5	0	0	0	0	29	26	22	27	30	40
	Sørlandet Sykehus HF	2	2	0	0	0	0	46	38	38	37	33	38
	Sykehuset i Vestfold HF	9	0	0	0	1	1	10	13	34	41	36	34
	Sykehuset Telemark HF	1	1	0	0	0	1	45	38	40	43	42	42
	Oslo Universitetssykehus	1	0	1	1	1	1	38	36	27	31	28	31
	Privat Sør-Øst	30	14	33	0	0	0	57	58	64	0	0	0
Total	3	3	1	1	1	1	28	32	31	33	32	36	
Helse Vest RHF	Helse Stavanger HF	0	0	0	0	0	0	26	22	18	23	23	25
	Helse Fonna HF	33	18	0	0	0	0	38	23	9	10	6	11
	Helse Bergen HF	0	0	0	0	0	0	36	33	41	41	39	41
	Helse Førde HF	2	1	1	2	1	0	39	35	42	41	40	40
	Privat Vest	1	0	0	0	0	0	41	43	44	51	46	50
	Total	5	3	0	0	0	0	34	28	28	30	29	31
Helse Midt-Norge RHF	St. Olavs Hospital HF	8	5	1	0	0	0	18	16	24	28	0	0
	Helse Nord Trøndelag HF	28	31	9	1	0	0	40	41	51	28	0	0
	Helse Møre og Romsdal HF	21	20	4	0	0	0	23	23	28	35	0	0
	Total	17	15	3	0	0	0	24	23	31	31	0	0
Helse Nord RHF	Finmarkssykehuset HF	27	23	1	1	1	0	38	36	33	30	38	43
	Univ.sykehuset Nord-Norge HF	10	8	2	1	1	1	24	27	22	23	24	28
	Nordlandssykehuset HF	11	14	1	1	0	0	18	20	19	22	20	23
	Helgelandssykehuset HF	1	1	0	0	0	0	33	43	41	36	36	36
	Total	12	11	1	1	1	0	26	29	26	27	28	30

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

2015: N=43 970; 2016: N=43 473; 2017: N=45 122; 2018: N=41 731; 2019: N=43 102; 2020: N=41 793

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

Helseregion/helseforetak		Viktigste henv.grunn barnet						Viktigste henv.grunn barnets miljø					
		Manglende registrering						Manglende registrering					
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Helse Sør-Øst	Vestre Viken HF	26	27	32	29	25	8	80	83	87	89	89	89
	Lovisenberg Diakonale SH	6	7	6	8	8	17	56	62	66	69	72	79
	Diakonhjemmet sykehus AS	42	46	53	59	68	65	86	87	85	86	84	82
	Akershus Univ.sykehus HF	24	31	33	21	14	11	69	85	87	88	85	89
	SH Innlandet HF	18	28	39	38	44	50	67	81	83	88	91	92
	Sykehuset Østfold HF	37	47	59	59	60	66	76	79	85	84	85	90
	Sørlandet Sykehus HF	42	29	31	25	21	29	81	69	64	56	60	66
	Sykehuset i Vestfold HF	3	13	12	9	8	9	31	38	27	35	38	47
	Sykehuset Telemark HF	38	49	45	44	34	24	83	84	88	85	77	79
	Oslo Universitetssykehus	12	9	17	12	11	12	76	67	72	65	70	69
	Privat Sør-Øst	12	25	41	31	60	22	43	48	50	85	83	56
	Total	24	27	32	29	27	26	70	74	76	75	76	79
Helse Vest RHF	Helse Stavanger HF	37	39	43	44	36	43	95	97	96	95	95	97
	Helse Fonna HF	27	26	26	27	27	21	82	81	82	85	85	87
	Helse Bergen HF	31	33	33	36	38	45	80	82	85	87	88	91
	Helse Førde HF	34	37	31	24	38	41	76	82	83	81	86	87
	Privat Vest	5	4	6	4	0	4	82	74	82	83	91	90
	Total	32	33	34	35	34	38	85	87	88	89	90	92
Helse Midt-Norge RHF	St. Olavs Hospital HF	4	4	3	3	11	12	9	11	12	71	76	82
	Helse Nord Trøndelag HF	4	5	5	8	13	15	7	16	34	74	81	70
	Helse Møre og Romsdal HF	7	7	6	42	42	34	24	22	21	83	91	94
	Total	5	5	4	19	25	22	15	16	20	76	84	84
Helse Nord RHF	Finnmarkssykehuset HF	26	24	35	21	32	41	72	76	77	65	72	69
	Univ.sykeh. Nord-Norge HF	45	43	46	49	71	84	89	90	85	90	93	96
	Nordlandssykehuset HF	28	30	28	39	38	43	83	81	82	84	86	88
	Helgelandssykehuset HF	37	47	47	51	63	60	76	81	78	79	83	85
Total	35	37	40	43	56	64	83	83	81	83	86	88	

*) Utvalget er antall nye henvisninger i løpet av rapporteringsåret.
2018: N=30 297, 2019: N=29 379, 2020: N=30 316

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

Helseregion/helseforetak		Henvisningsformalitet						Status for individuell plan					
		Manglende registrering						Manglende registrering					
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Helse Sør-Øst	Vestre Viken HF	2	7	8	9	11	10	85	89	88	91	94	94
	Lovisenberg Diakonale SH	0	8	17	21	24	32	51	51	51	56	58	64
	Diakonhjemmet sykehus AS	0	0	0	1	1	7	55	59	69	70	64	66
	Akershus Univ.sykehus HF	1	39	46	31	3	3	92	87	90	90	85	88
	SH Innlandet HF	3	85	70	33	19	11	79	72	73	75	78	80
	Sykehuset Østfold HF	2	2	3	0	0	0	88	89	90	91	93	94
	Sørlandet Sykehus HF	25	20	23	18	16	1	98	99	99	99	99	98
	Sykehuset i Vestfold HF	0	15	1	1	1	1	97	90	98	98	98	98
	Sykehuset Telemark HF	29	34	27	29	29	24	87	89	88	87	88	78
	Oslo Universitetssykehus	15	4	3	3	2	2	39	42	31	26	28	31
	Privat Sør-Øst	0	3	0	0	0	0	7	16	43	0	0	0
Total	8	24	23	15	8	6	80	79	79	79	80	81	
Helse Vest RHF	Helse Stavanger HF	3	9	0	0	1	0	95	95	94	93	95	95
	Helse Fonna HF	2	2	1	4	9	2	81	80	81	76	63	61
	Helse Bergen HF	18	10	1	12	9	3	69	71	73	72	76	83
	Helse Førde HF	0	1	0	0	0	0	94	96	96	97	96	96
	Privat Vest	1	1	0	0	1	2	59	54	57	52	60	56
	Total	7	7	1	5	5	2	83	83	84	82	82	84
Helse Midt-Norge RHF	St. Olavs Hospital HF	0	0	0	63	13	13	46	43	40	86	96	96
	Helse Nord Trøndelag HF	0	0	0	73	21	30	9	16	17	91	93	94
	Helse Møre og Romsdal HF	0	0	0	64	28	29	64	65	64	51	63	62
	Total	0	0	0	65	21	24	44	45	44	73	81	81
Helse Nord RHF	Finmarkssykehuset HF	5	2	2	4	2	4	68	71	80	83	88	90
	Univ.sykeh.Nord-Norge HF	29	27	30	33	31	24	92	94	92	93	95	96
	Nordlandssykehuset HF	38	33	26	32	28	1	95	93	93	89	90	86
	Helgelandssykehuset HF	16	11	6	15	15	3	88	89	93	94	94	94
Total	25	21	20	25	23	12	88	89	91	91	92	92	

*) Utvalget er antall nye henvisninger i løpet av rapporteringsåret.
2018: N=30 297, 2019: N=29 379, 2020: N=30 316

Vedlegg 4 - Døgnopphold og oppholdsdøgn inkl. opphold som er åpne ved rapporteringsperiodens slutt – fordelt på rapporteringsenhetnivå. 2020.

Helseregion/helseforetak/rapporteringsenhet	Antall døgnopphold ¹	Sum oppholdsdøgn ²	
Helse Sør-Øst RHF	Vestre Viken HF	184	4073
	Akershus universitetssykehus HF	107	8064
	Sykehuset Innlandet HF	235	4763
	Sykehuset Østfold HF	290	3702
	Sørlandet Sykehus HF	82	1020
	Sykehuset i Vestfold, Tønsberg	73	1650
	Sykehuset Telemark HF	117	1816
	Oslo universitetssykehus HF	269	9859
	Helse Sør-Øst private HF	33	5744
Helse Vest RHF	Helse Stavanger HF	229	2997
	Helse Fonna HF	125	2104
	Helse Bergen HF	459	5719
	Helse Stavanger HF	229	2997
Helse Midt-Norge RHF	St. Olavs Hospital HF	173	2636
	Helse Nord-Trøndelag HF	100	1181
	Helse Møre og Romsdal HF	71	1331
		226	1712
Helse Nord RHF	Finnmarkssykehuset HF	72	2340
	Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	190	3587
	Nordlandssykehuset HF	183	2797
	Helgelandssykehuset HF	50	1689

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

² Oppholdsdøgn som overlapper det enkelte rapporteringsåret er periodisert. Beregningen er foretatt per episode for antall døgn i oppholdene som er innenfor rapporteringsperiodens start og slutt. Det er ikke korrigeret for tilfeller der en ny episode startes samme dag som en eksisterende episode ved samme institusjon avsluttes. Eventuelle omorganiseringer i sektoren kan også gi utslag i tallene slik de er beregnet i tabellen.



Postadresse: Pb. 6173,
7435 Trondheim

Telefon: +47 47 20 20

E-post: postmottak@helsedir.no

www.helsedirektoratet.no