

Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2021

Norsk pasientregister, avdeling helseregistre

RAPPORT

IS-3038

Aktivitetsdata for psykisk helsevern
for barn og unge 2021

Utgitt 03/2022
IS-nummer: IS-3038

Utgitt av Helsedirektoratet

Avdeling helseregistre
Pb. 6173 Torgarden
7435 Trondheim

Besøksadresse

Holtermanns veg 70, 7031 Trondheim

Telefon 47 47 20 20

E-post postmottak@helsedir.no

Design Itera as

www.helsedirektoratet.no

Rapporten kan lastes ned elektronisk fra
<http://www.helsedirektoratet.no>

Forfattere

Ragnild Bremnes
Per Jørgen Indergård

INNHOOLD

INNLEDNING	4
SAMMENDRAG	5
1 AKTIVITET – ANTALL PASIENTER OG KONTAKTER.....	6
1.1 Aktivitetsnivå.....	6
1.2 Kjønn- og aldersfordeling.....	10
2 HOVEDTILSTANDER INNENFOR MULTIAKSIAL KODING.....	12
2.1 Akse 1: Klinisk psykiatrisk syndrom.....	13
2.2 Akse 2: Spesifikke utviklingsforstyrrelser.....	16
2.3 Akse 3: Psykisk utviklingshemming.....	17
2.4 Akse 4: Somatiske tilstander.....	18
2.5 Akse 5: Avvikende psykososiale forhold.....	19
3 NYE HENVISNINGER.....	21
3.1 Akutt initierte forløp.....	21
3.2 Henvisningsformalitet.....	23
3.3 Henvisningsgrunn barnets tilstand.....	24
4 DATAGRUNNLAG OG KVALITET	27
4.1 Datagrunnlag og rapportering.....	27
4.2 Registreringspraksis.....	28
4.3 Informasjon om organisatoriske endringer.....	29
4.4 Rapporteringsplikt og kvalitetskontroll.....	29
VEDLEGG.....	31
Vedlegg 1 Begreper benyttet i rapporten.....	31
Vedlegg 2 Aktivitetstall psykisk helsevern barn og unge. Pasienter, utskrivinger, døgnepisoder og oppholdsøgn. Per helseforetak. Antall 2021.....	32
Vedlegg 3 Aktivitetstall PHBU forts. Dagopphold, polikliniske kontakter, herav direkte- og indirekte kontakter. Per helseforetak. Antall 2021.	33
Vedlegg 4 Oversikt over enheter innen psykisk helsevern for barn og unge 2021.....	34

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 2021. I tillegg dokumenteres innhold og kvalitet for viktige deler av data-materialet. For informasjon om ventelister og ventetider for pasienter innen psykisk helsevern viser vi til våre nettsider.¹

Rapporten baserer seg på aktivitetsdata fra institusjonenes pasientadministrative system slik dette er innrapportert til NPR i *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 nye henvisningsperioder med behandlingsstart i psykisk helsevern for barn og unge. Datagrunnlag og kvalitet er tema for kapittel 4.

Rapporten har fire vedlegg:

1. Begreper benyttet i rapporten.
2. Oversikt over antall pasienter og kontaktkategorier, fordelt på helseforetak og omsorgsnivå.
3. Oversikt over antall pasienter og kontaktkategorier, fordelt på helseforetak og omsorgsnivå (forts.)
4. Oversikt over enheter innen psykisk helsevern for barn og unge

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 datamateriale NPR forvalter, se våre nettsider: www.helsedir.no.

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

SAMMENDRAG

Nesten 65 000 pasienter ble behandlet i psykisk helsevern for barn og unge i 2021. For landet sett under ett var det en økning på 14 prosent sammenlignet med året før. På nasjonalt nivå var 51 prosent av pasientene jenter. Kjønnfordelingen er stabil over tid og tilnærmet lik i alle de fire regionene

Poliklinisk helsehjelp er dominerende behandlingstilbud. Bare fire prosent av pasientene som ble behandlet i psykisk helsevern for barn og unge i 2021 hadde vært innlagt i en døgnavdeling.

Polikliniske kontakter øker med 9 prosent landet sett under ett. De direkte polikliniske kontaktene øker, og omfanget av indirekte helsehjelp øker også – om enn ikke like mye. Det er endring siden 2020, og dette skyldes høyst sannsynlig den ekstraordinære situasjonen knyttet til covid-19. Det er grunn til å tro at det var begrensninger i fysiske møter mellom behandler og pasient som gjorde andelen direkte/indirekte polikliniske kontaktene ulikt de to siste årene.

Det er rapportert om nærmere 36 000 henvisningsperiode med behandlingsstart i psykisk helsevern for barn og unge i 2021. 13 prosent av disse var akutte henvendelser. Henvisningsformalitet var registrert for om lag 92 prosent av behandlingsperiodene som ble påbegynt i 2021, og for 2,5 prosent av henvisningene som gjaldt pasienter i aldersgruppen 16 år og eldre, med behandlingsstart i psykisk helsevern for barn og unge, var henvisningsformaliteten tungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern.

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*.

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

1 AKTIVITET – ANTALL PASIENTER OG KONTAKTER

I denne delen blir data for psykisk helsevern for barn og unge gjennomgått. Vi presenterer data om behandlingsaktivitet og pasienter i 2020 og 2021, med omtale av alle omsorgsnivå.

1.1 Aktivitetsnivå

På nasjonalt nivå viser tabellen under følgende utvikling fra 2020 til 2021:

- Det ble behandlet flere pasienter i psykisk helsevern for barn og unge i 2021 enn i 2020
- Antall utskrivinger øker
- Antall oppholdsdøgn og avdelingsopphold øker
- Antall dagbehandlinger reduseres
- Antall polikliniske kontakter øker
- Økningen i den polikliniske aktiviteten gjelder både direkte- og indirekte kontakter

Tallene under viser at nesten 65 000 pasienter fikk helsehjelp innen psykisk helsevern for barn og unge i 2021. Det er en økning i antall pasienter på 14 prosent. Økningen gjelder alle helseregionene.

Det er videre en økning i antall oppholdsdøgn på 22 prosent og på avdelingsoppholdene på 27 prosent. Også utskrivingene øker mye og har en økning på 29 prosent sammenliknet med 2020. Denne økningen skjer i alle de fire helseregionene. Økningen som er beregnet for Helse Sør-Øst er noe overvurdert da grunnlagene for 2020 ikke var komplette for denne regionen. Korrigert for dette utgjør den regionale endringen i oppholdsdøgn anslagsvis 11 prosent.

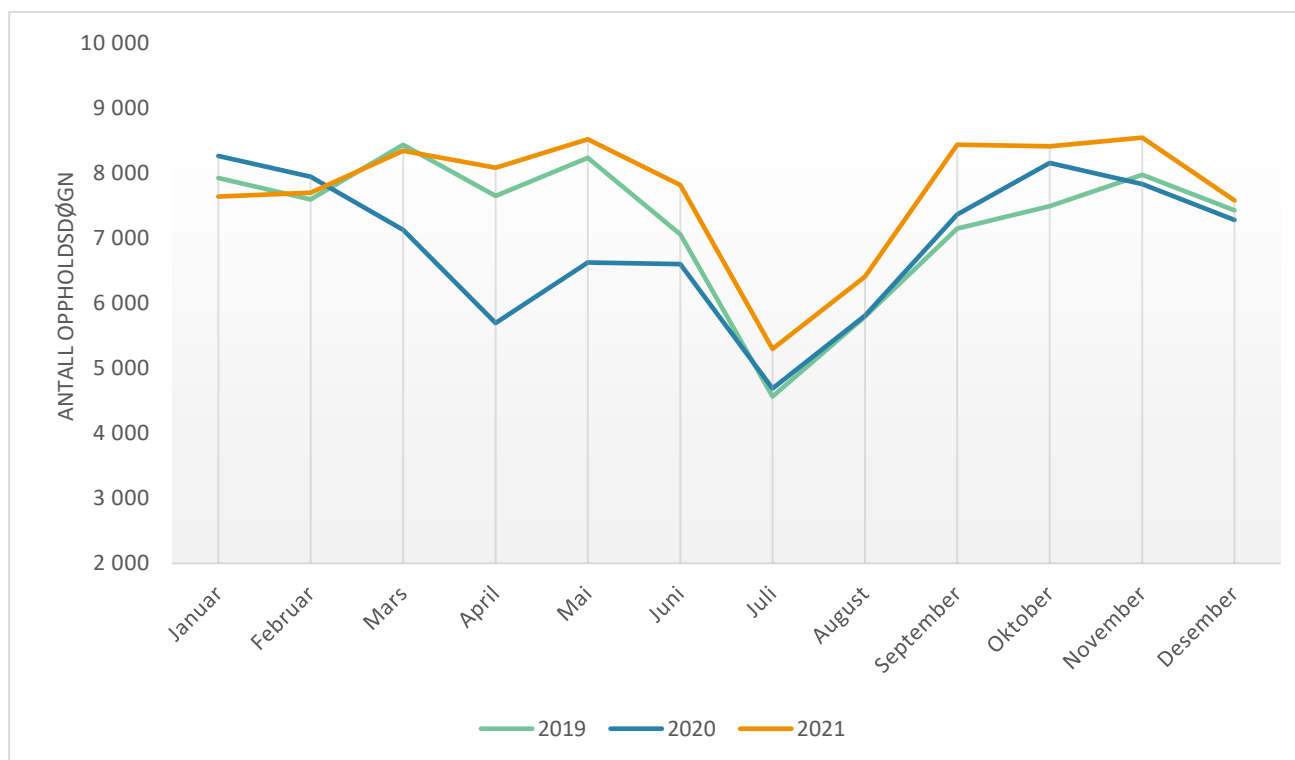
Figur 1.1 illustrerer utviklingen i antall oppholdsdøgn per måned i de tre siste årene. Grafen viser et lavere volum for perioden mars – juni 2020. Dette antas å ha sammenheng med den ekstraordinære situasjonen knyttet til covid-19 og helsevesenets tiltak etter nedstegningen i mars 2020. For 2021 viser grafen at tallene er mere tilbake til normalen før nedstegningen i mars 2020, men da med et større volum i døgnbehandlingen i mars 2020.

For behandling på poliklinikk var det på landsbasis en økning i alle regioner fra 2020 til 2021. Det er en økning i den direkte polikliniske behandlingen i alle helseregionene, og det er også en økning i den indirekte polikliniske helsehjelpen, herunder spesielt i refusjonsberettigede tele- og videokonsultasjoner. Økningen i indirekte polikliniske kontakter er likevel ikke så markant som økning vi så fra 2019 til 2020.

Tabell 1.1 Antall utskrivinger, oppholdsdøgn, dagopphold, polikliniske kontakter og indirekte kontakter og antall pasienter per region. 2021 med prosent endring fra 2020¹⁾.

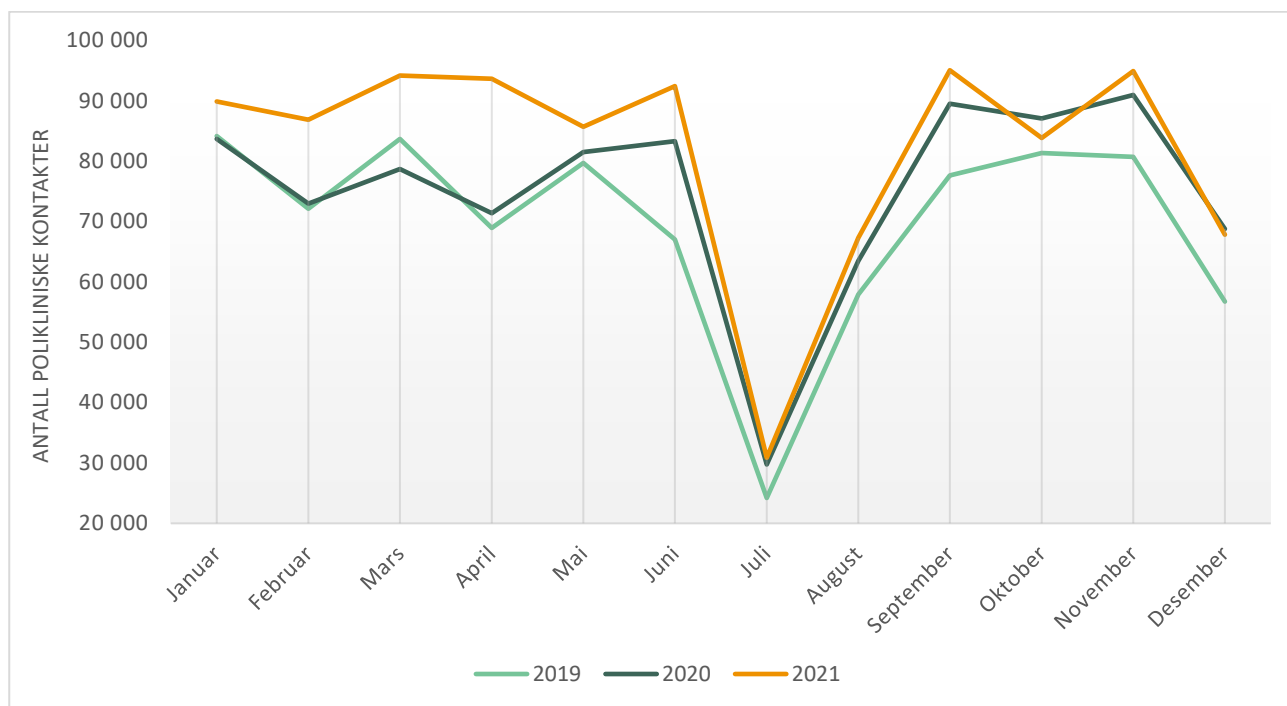
	Helse									
	Helse Sør-Øst		Helse Vest		Midt-Norge		Helse Nord		Landet ⁴⁾	
	2021	Endr. fra 2020 (%)	2021	Endr. fra 2020 (%)	2021	Endr. fra 2020 (%)	2021	Endr. fra 2020 (%)	2021	Endr. fra 2020 (%)
Antall pasienter ¹⁾	34 177	14	15 068	14	8 900	14	6 744	11	64 576	14
Utskrivninger ²⁾	1 668	38	1 099	27	649	17	567	21	3 984	29
Oppholdsdøgn	60 489	30	14 106	16	7 338	7	10 779	4	92 741	22
Avdelingsopph.	1 911	33	1 150	27	670	18	592	20	4 324	27
Dagbehandling	3 990	-7	387	-10	0	-100	314	-1	4 691	-7
Polikliniske kontakter	564 540	9	213 384	11	114 431	13	90 005	3	982 360	9
– Direkte	339 273	13	135 645	16	70 538	10	63 041	3	608 497	12
– Indirekte ³⁾	225 267	2	77 739	2	43 893	20	26 964	1	373 863	4

- 1) Merk at sektor- og regiontilknytning for 2020 er justert iht. 2021-standard. Dette for å ivareta sammenlignbarhet best mulig. Grunnlaget for 2020 mangler rapportering fra én døgninstitusjon i Helse Sør-Øst. Beregnet økning for døgnaktiviteten er derfor noe overvurdert. For 2021 rapporterte denne enheten 7 000 oppholdsdøgn. En pasient kan ha vært i behandling i flere helseregioner. Det nasjonale pasienttallet er derfor lavere enn summen av de regionale tallene.
- 2) Utskrivninger er aggregert og telles per rapporteringsenhet.
- 3) Indirekte kontakter er her definert ved kontakttipe 5,6 og 7.
- 4) Aktivitet ved private enheter som har kjøps- eller driftsavtale med de regionale helseforetakene er inkludert i de regionale grunnlagene



Figur 1.1 Oppholdsdøgn per måned 2019, 2020 og 2021. Psykisk helsevern for barn og unge.

Som figur 1.2 viser var aktivitetsnivået for den polikliniske aktiviteten høyere de første seks månedene av 2021 enn den var både i 2019 og i 2020. På slutten av året er det mere likt som i 2020, men fortsatt med et større volum de fleste av de siste månedene.



Figur 1.2 Polikliniske kontakter per måned 2019, 2020 og 2021. Psykisk helsevern for barn og unge.

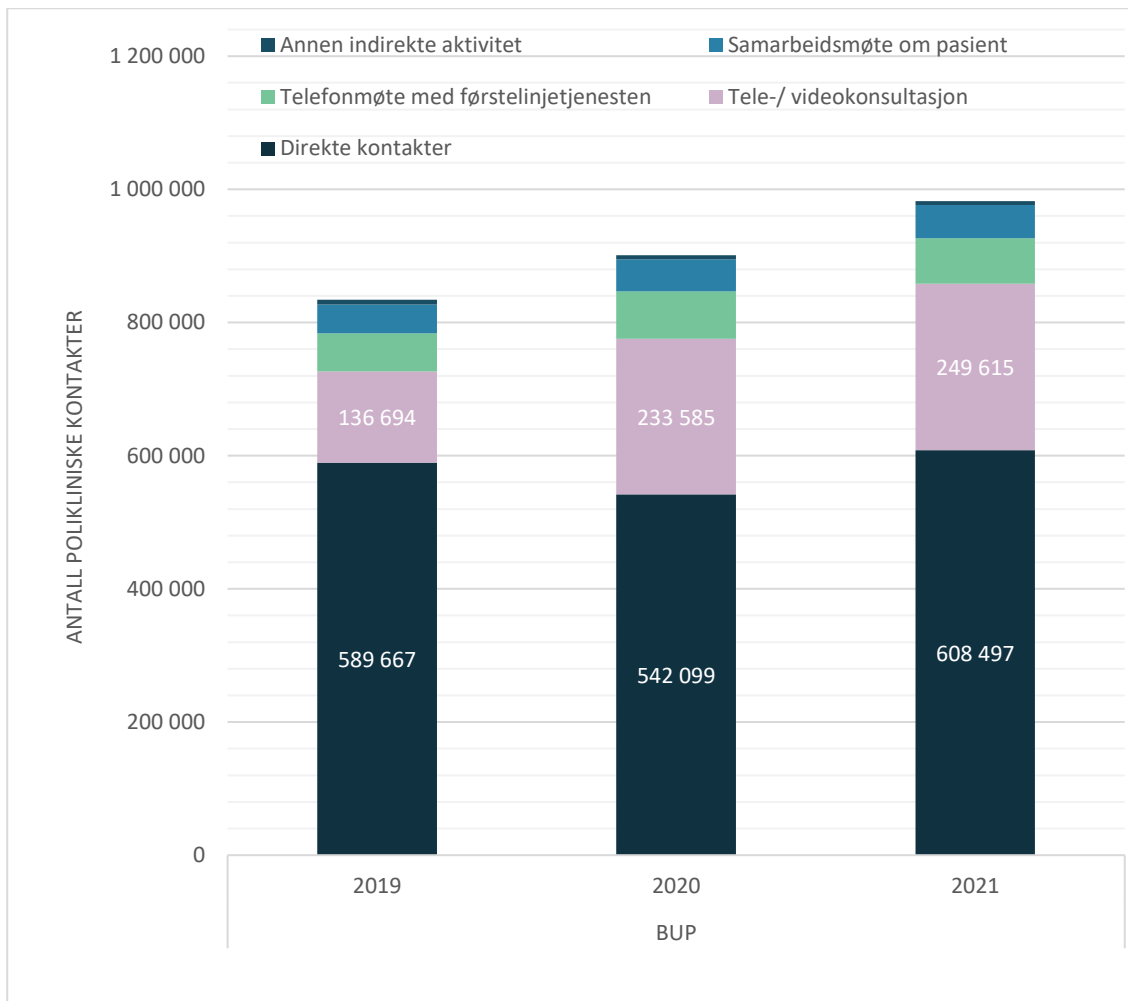
I figur 1.3 nedenfor vises direkte kontakter med pasienten til stede at det ble rapportert å øke med 12 prosent fra 2020 til 2021. Nedgangen i kontaktene der pasient er fysisk til stede fra 2019 til 2020, antas å ha sammenheng med pandemisituasjonen.

Med indirekte kontakt menes en aktivitet der pasienten ikke er fysisk til stede (bl.a. tele- og videokonsultasjoner, administrative kontakter og møte mellom fagpersoner). De indirekte polikliniske kontaktene økte med 4 prosent fra 2020 til 2021. 2 av 3 av de indirekte kontaktene i 2021 var telefonsamtaler eller tele- og videokonsultasjoner (se figur 1.4).

Den rapporterte dagbehandlingen varierer mye år for år, og mellom helseregionene. Tallene for 2021 viser at antall dagopphold reduseres på landsbasis. Det har lenge vært usikkerhet rundt registreringspraksis i dagbehandling kontra registrering av polikliniske kontakter og, som tallene viser, varierer omfanget av dagbehandling mellom helseforetakene også i 2021².

I [vedleggstabell 1](#) presenteres aktivitetsnivået for hvert helseforetak.

² NPR-melding har en inndeling i tre omsorgsnivå, døgntilrettelagt behandling, dagbehandling og poliklinisk kontakt, og dette er den standarden som skal brukes ved rapportering til NPR. Den største systemleverandøren (DIPS) opererer med fire omsorgsnivå: døgntilrettelagt, dag, poliklinikk og poliklinisk dagbehandling. Poliklinisk dagbehandling blir rapportert som dagbehandling ved uttrekk til NPR.



Figur 1.3 Ulike typer polikliniske kontakter i det psykiske helsevernet for barn og unge i 2019, 2020 og 2021. Antall.

1.2 Kjønn- og aldersfordeling

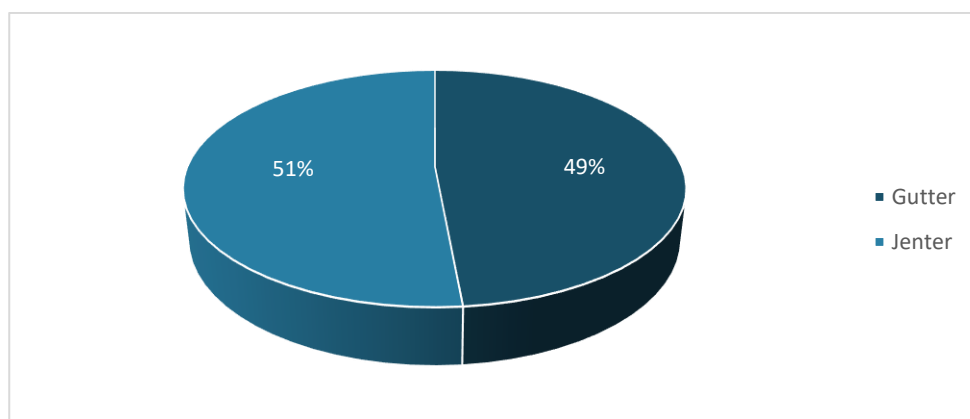
Tabellen nedenfor viser antall pasienter som fikk behandling innen psykisk helsevern for barn og unge, og utvikling fra 2020 for landet. Pasientene er fordelt etter aldersgruppe og bostedsregion.

Tabell 1.2 Antall pasienter fordelt etter alder og bostedsregion i 2021 med prosentvis endring fra 2020 for landet.

Aldersgrupper	Bostedsregion					Pasienter totalt	
	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Uten registrert bosted	Antall pasienter	Endring fra 2020 (%)
0–6 år	3 168	1 412	588	502		5 674	6
7-12 år	11 228	5 372	3 069	2 274		21 958	7
13-15 år	9 171	4 031	2 368	1 827		17 404	23
16-17 år	6 783	2 958	1 811	1 411		12 966	18
18–22 år	3 078	1 255	823	699		5 861	17
23 år og eldre	427	26	238	20		713	-4
Total	33 855	15 054	8 897	6 733	37	64 576	14

Fra 2020 til 2021 ser vi størst prosentvis økning i de tre alderssegmentene 13-15 år, 16-17 år og 18–22 år. Pasienter uten bostedsinformasjon er ikke med i regionfordelingen, men er med i totalen for landet. Figur 1.4 Viser kjønnsfordelingen mellom pasientene i 2021 landet sett under ett.

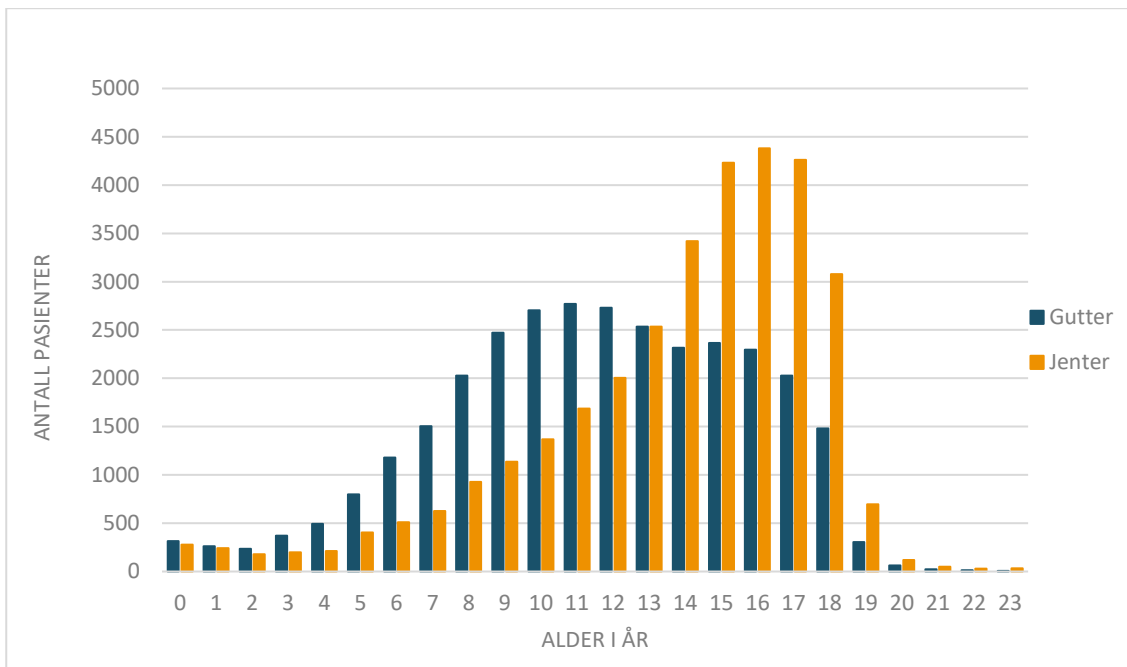
Det er tilnærmet lik fordeling mellom jenter og gutter i psykisk helsevern for barn og unge, og dette gjelder i alle regionene.



Figur 1.4 Andel pasienter fordelt etter kjønn. Landet. Prosent 2021

Figur 1.5 gir en grafisk fremstilling av pasientenes kjønns- og aldersfordeling. Det er flere gutter blant de yngste, og flere jenter blant de eldste pasientene i BUP. Denne fordelingen har vært slik i alle de seneste rapporteringsårene.

Som figuren viser, er det noen pasienter over 18 år i psykisk helsevern for barn og unge. Unge voksne vil kunne motta behandling i BUP til de er 23 år. Figuren viser også et lite antall pasienter som er eldre enn 23 år. Dette kan være foreldre/ pårørende.



Figur 1.5 Antall pasienter fordelt etter alder og kjønn i 2021.

2 HOVEDTILSTANDER INNENFOR MULTIAKSIAL KODING

Det multiaksiale klassifikasjonssystemet benyttes i psykisk helsevern for barn og unge³.

Klassifikasjonen består av seks akser, og hovedtilstandskode og eventuelle tilleggskoder skal registreres på hver akse. Aksene har egne kodeverdier for å angi at tilstander på aksene ikke er påvist, eller der informasjonen er mangelfull for å kode.

I akse 1, 2, 3 og 4 brukes utvalg av diagnostiske kategorier i ICD-10. Akse 5 gjelder koder for "Avvikende psykososiale forhold", mens akse 6 gir informasjon om pasientens funksjonsnivå på en skala fra 1 – 100 (CGAS). Akse 6 blir ikke presentert i denne rapporten.

Aktuelle koder for pasientens hovedtilstand og eventuelle andre tilstander kodes og rapporteres for hvert avdelingsopphold og hver polikliniske kontakt.

Ved innføring av innsatsstyrt finansiering (ISF) for poliklinikk er kravet om rapportering av meningsbærende kode i en av de fire første aksene presisert. Tabell 2.1 – 2.4 viser at det fortsatt er mangelfull tilstandsregistrering i innrapporterte data, men utviklingen er positiv, og komplettheten er god for 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 kunnskapsgrunnlaget for mer presis tilstandskoding er etablert. Datagrunnlaget blir mindre anvendelige til en del formål når disse opplysningene er mangelfullt registrert.

Nedenfor presenteres rapporterte kodinger for hovedtilstand i hver av aksene med fordeling mellom de ulike kodeverdiene på nasjonalt nivå. Kodefordelingen er vist for henholdsvis avdelingsopphold, dagopphold og polikliniske kontakter og for siste kontakt i henvisningsperioder⁴ som ble avsluttet i 2021.

³ Multiaksial klassifikasjon i psykisk helsevern for barn og unge: [Multiaksial klassifikasjon i psykisk helsevern for barn og unge \(BUP\) - ehelse](#)

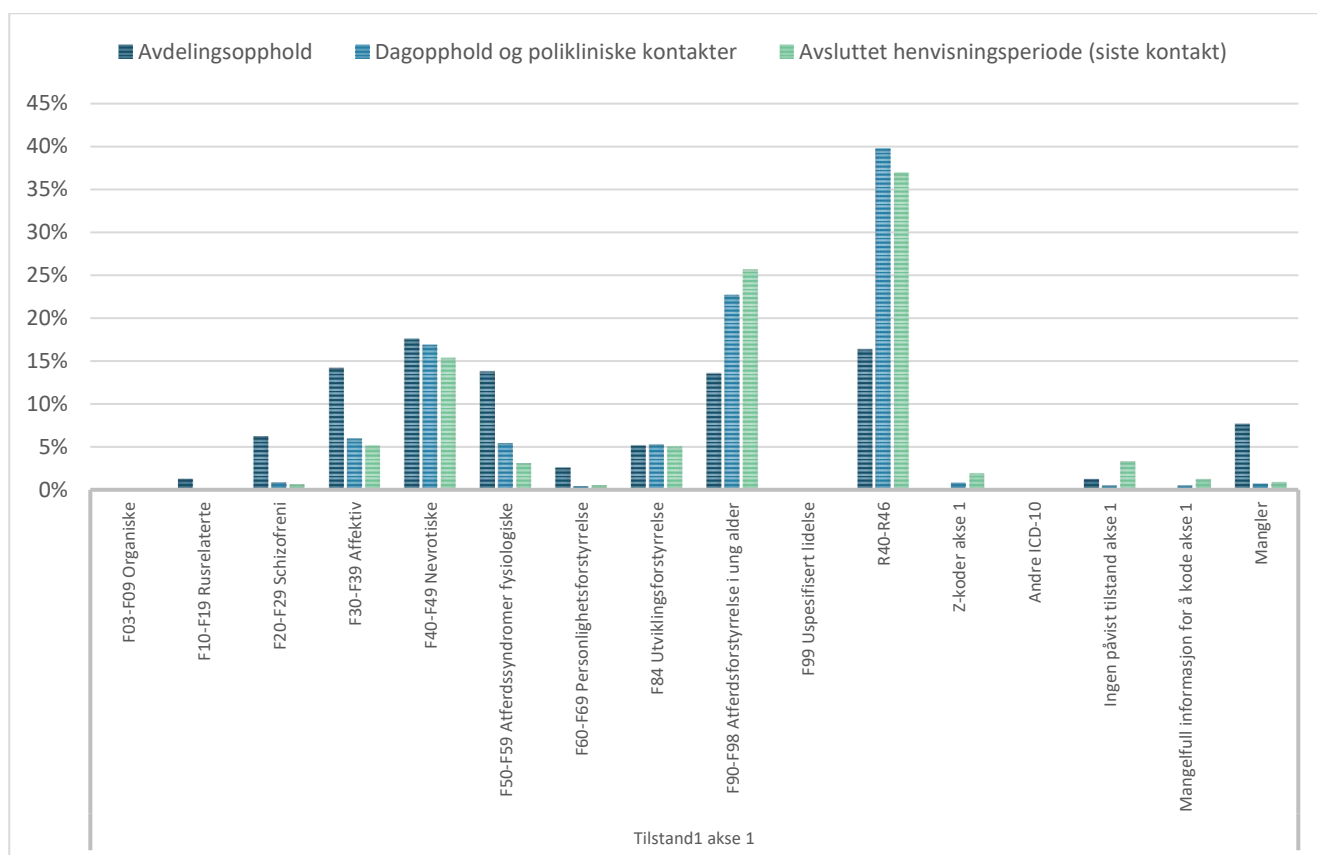
⁴ En henvisningsperiode er tidsperioden fra mottak av henvisning for én og samme henvisning og samme lidelse til utredning, behandling, rehabilitering og oppfølging er gjennomført, og ingen nye kontakter er avtalt. Henvisningsperioder genereres også ved øyeblikkelig hjelp, selv om det ikke foreligger en henvisning. En henvisningsperiode kan bestå av flere avdelingsopphold og/ eller polikliniske kontakter.

2.1 Akse 1: Klinisk psykiatrisk syndrom

Akse 1 omfatter koder for å beskrive klinisk psykiatrisk syndrom. Informasjon om hovedtilstand på denne akse manglet for én prosent av de avsluttede henvisningsperiodene i 2021, men for 8 prosent av rapporterte avdelingsopphold i psykisk helsevern for barn og unge. Det var også 1 prosent av henvisningsperiodene som hadde mangelfull informasjon for å kode akse 1, og 2 prosent med Z-kode som angitt hovedtilstand ved behandlingsslutt.

Tabell 2.1 Akse 1: Klinisk psykiatrisk syndrom. Prosentvis fordeling av hovedtilstand for henholdsvis avdelingsopphold, polikliniske kontakter og avsluttede henvisningsperioder i 2021.

Hovedtilstand Akse 1	Avdelings- Opphold	Dagopphold og polikliniske kontakter	Avsluttet henvisningsperiode (siste kontakt)
F03-F09 Organiske, inklusive symptomatiske, psykiske lidelser	0	0	0
F10-F19 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psychoaktive stoffer	1	0	0
F20-F29 Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser	6	1	1
F30-F39 Affektive lidelser, stemningslidelser	14	6	5
F40-F49 Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser	18	17	15
F50-F59 Atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer	14	5	3
F60-F69 Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne	3	0	1
F84 Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser	5	5	5
F90-F98 Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder	14	23	26
F99 Uspesifisert psykisk lidelse	0	0	0
R40-R46 Symptomer og tegn med tilknytning til kognisjon, persepsjon, emosjonell tilstand og atferd	16	40	37
Z-koder akse 1	0	1	2
Andre ICD-10 blokker	0	0	0
Ingen påvist tilstand akse 1	1	1	3
Mangelfull informasjon for å kode akse 1	0	0	1
Mangler	8	1	1
Totalt	100	100	100
Antall	4 324	987 051	33 826



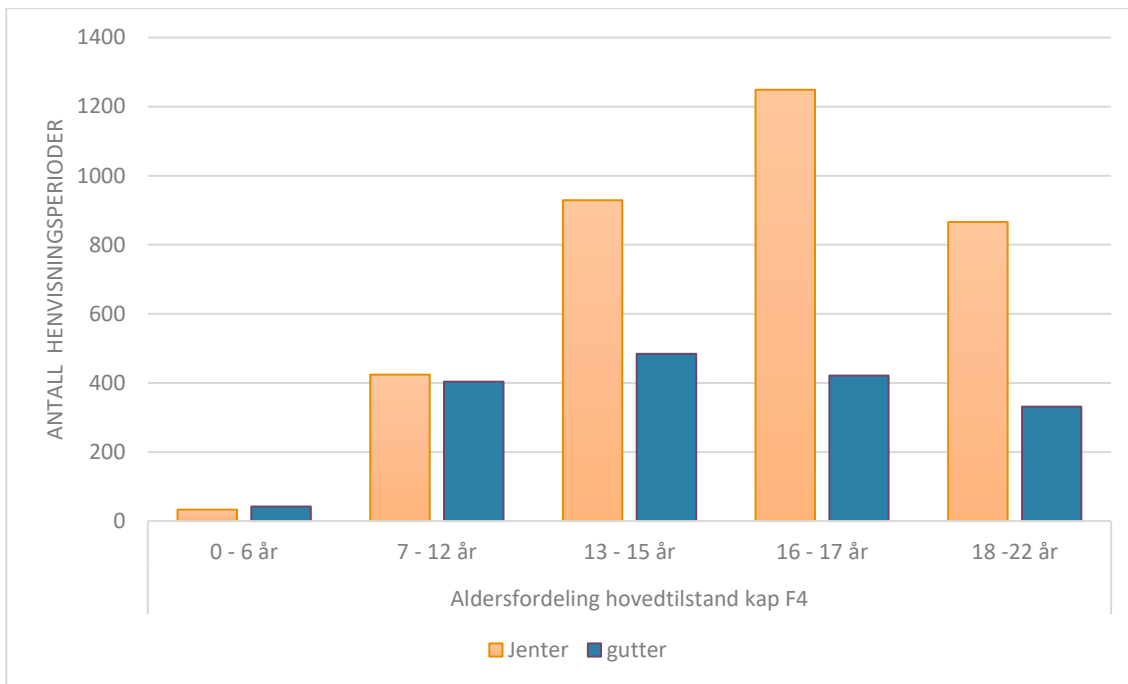
Figur 2.1 Hovedtilstand akse 1 angitt for hhv. avdelingsopphold, polikliniske kontakter og siste kontakt i henvisningsperioder avsluttet i perioden. 2021.

Den største gruppen av hovedtilstandskoder som er angitt er koder fra kapittel R i ICD-10: "symptomer og tegn med tilknytning til kognisjon, persepsjon, emosjonell tilstand og atferd". 37 prosent av henvisningsperiodene som ble avsluttet i 2021 er rapportert med dette som siste hovedtilstand på akse 1. Det er i særlig grad kode R45 (symptomer og tegn med tilknytning til emosjonell tilstand som rapporteres).

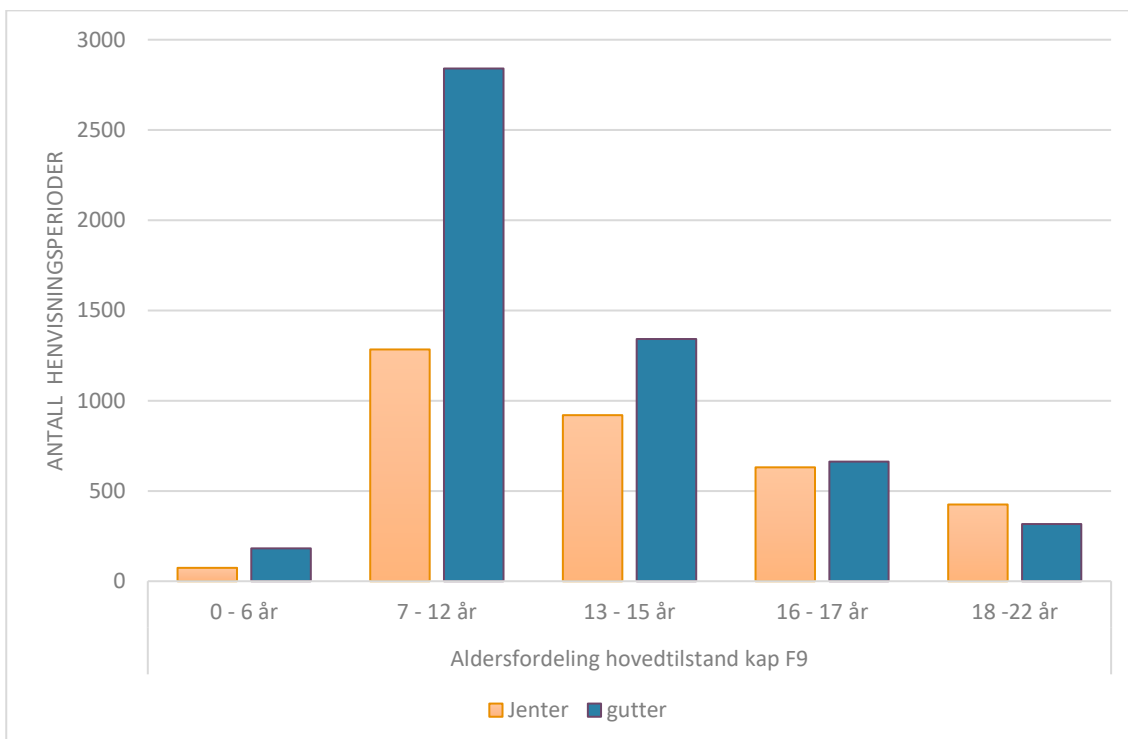
Av øvrige diagnosegrupper er F40-F49 (Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser) og F90-F98 (Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder) er de hyppigst forekommende hovedtilstandskodene på akse 1. I figur 2.2 og 2.3 presenteres diagnosekoding for disse gruppene sett i relasjon til pasientenes kjønn og alder.

F40-F49 Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser er, som vist i tabell 2.1, registrert som sist registrerte hovedtilstand på akse 1 for 15 prosent av henvisningsperiodene. Av figur 2.2, ser vi at jenter i ungdomsskolealder er overrepresentert med denne tilstandskoden. F43(Tilpasningsforstyrrelser og reaksjoner på alvorlig belastning) er den gruppen i F4 som brukes mest.

F90-F98 Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder er, som vist i tabell 2.1, sist registrerte hovedtilstand på akse 1 for 26 prosent av henvisningsperiodene. Av figur 2.3, ser vi at dette er diagnosekoder der gutter i barneskolealder er den største gruppen av pasienter. F90 (Hyperkinetisk forstyrrelse) er den største gruppen i F9-kapitlet.



Figur 2.2 Hovedtilstand akse 1 - kapittel 4 (Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser) angitt for siste kontakt i henvisningsperioder avsluttet i 2021. Fordelt etter kjønn og alder.



Figur 2.3 Hovedtilstand akse 1 – kapittel 9 (Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder) angitt for siste kontakt i henvisningsperioder avsluttet i 2021. Fordelt etter kjønn og alder.

2.2 Akse 2: Spesifikke utviklingsforstyrrelser

Akse 2 omfatter koder for å beskrive spesifikke utviklingsforstyrrelser med ICD-10 koder fra kapittel F8. 9 prosent av de avsluttede henvisningsperiodene i 2021 ble rapportert med hovedtilstandskode på denne aksen.

Informasjon om hovedtilstand manglet for 27 prosent av de avsluttede henvisningsperiodene i 2021, men for 46 prosent av rapporterte polikliniske kontakter i psykisk helsevern for barn og unge. Det var også 44 prosent av henvisningsperiodene som hadde mangelfull informasjon for å kode akse 2.

Tabell 2.2 Akse 2: Spesifikke utviklingsforstyrrelser. Prosentvis fordeling av hovedtilstand for henholdsvis avdelingsopphold, polikliniske kontakter og avsluttede henvisningsperioder i 2021.

Hovedtilstand Akse 2	Avdelingsopphold	Dagopphold og polikliniske kontakter	Avsluttet henvisnings-periode (siste kontakt)
F-koder Akse 2	7	6	9
Herav F80 Spesifikke utviklingsforstyrrelser av tale og språk	1	1	2
Herav F81 Spesifikke utviklingsforstyrrelser av skoleferdigheter, lærevansker	4	3	5
Herav F82 Spesifikk utviklingsforstyrrelse i motoriske ferdigheter	0	0	0
Herav F83 Blandet utviklingsforstyrrelse i spesifikk ferdighet	1	1	1
Herav F88 Andre forstyrrelser av psykologisk utvikling	0	0	0
Herav F89 Uspesifisert forstyrrelse av psykologisk utvikling	0	0	0
Ingen påvist tilstand på akse 2	20	14	21
Mangelfull informasjon for å kode akse 2	53	33	44
Mangler	20	46	27
Totalt	100	100	100
Antall	4 324	987 051	33 826

2.3 Akse 3: Psykisk utviklingshemming

Akse 3 omfatter koder for å beskrive psykisk utviklingshemming med ICD-10 koder fra kapittel F7. Koding på Akse 3 skal baseres både på standardiserte psykologiske evnetester og systematisk vurdering av sosial modning og tilpasning. Én prosent av de avsluttede henvisningsperiodene i 2021 ble rapportert med hovedtilstandskode på denne aksen.

Informasjon om hovedtilstand manglet for 27 prosent av de avsluttede henvisningsperiodene i 2021, men for 46 prosent av rapporterte polikliniske kontakter i psykisk helsevern for barn og unge. Det var også 32 prosent av henvisningsperiodene som hadde mangelfull informasjon for å kode akse 3.

Tabell 2.3 Akse 3 Psykisk utviklingshemming. Prosentvis fordeling av hovedtilstand for henholdsvis avdelingsopphold, polikliniske kontakter og avsluttede henvisningsperioder i 2021.

Hovedtilstand Akse 3	Avdelingsopphold	Dagopphold og polikliniske kontakter	Avsluttet henvisnings-periode (siste kontakt)
F-koder Akse 3	1	0	1
Herav F70 Lett psykisk utviklingshemming	1	0	1
Herav F71 Moderat psykisk utviklingshemming	0	0	0
Herav F72 Alvorlig psykisk utviklingshemming	0	0	0
Herav F73 Dyp psykisk utviklingshemming	0	0	0
Herav F78 Annen psykisk utviklingshemming	0	0	0
Herav F79 Uspesifisert psykisk utviklingshemming	0	0	0
Ingen påvist tilstand på akse 3	41	29	41
Mangelfull informasjon for å kode akse 3	39	24	32
Mangler	19	46	27
Totalt	100	100	100
Antall	4 324	987 051	33 826

2.4 Akse 4: Somatiske tilstander

Akse 4 omfatter koder for å beskrive somatiske tilstander med ICD-10 koder fra andre kapitler enn kapittel F. 11 prosent av de avsluttede henvisningsperiodene i 2021 ble rapportert med hovedtilstandskode på denne akse, og hovedtilstandskoder fra kapittel E (endokrine sykdommer, ernæringssykdommer og metabolske forstyrrelser) og kapittel G (sykdommer i nervesystemet) utgjorde de største gruppene.

Informasjon om hovedtilstand manglet for 28 prosent av de avsluttede henvisningsperiodene i 2021, men for 48 prosent av rapporterte polikliniske kontakter i psykisk helsevern for barn og unge. Det var også 30 prosent av henvisningsperiodene som hadde mangelfull informasjon for å kode akse 4.

Tabell 2.4 Akse 4 Somatiske tilstander. Prosentvis fordeling av hovedtilstand for henholdsvis avdelingsopphold, polikliniske kontakter og avsluttede henvisningsperioder i 2021.

Hovedtilstand Akse 4	Avdelingsopphold	Dagopphold og polikliniske kontakter	Avsluttet henvisningsperiode (siste kontakt)
E00-E90 Endokrine sykdommer, ernæringssykd. og metabolske forstyr.	7	2	3
G00-G90 Sykdommer i nervesystemet	2	2	3
Andre somatiske tilstander	12	5	6
R-koder	2	1	1
Z-koder	1	1	1
Ingen påvist tilstand på akse 4	34	18	28
Mangelfull informasjon for å kode akse 4	22	23	30
Mangler	21	48	28
Totalt	100	100	100
Antall	4 324	987 051	33 826

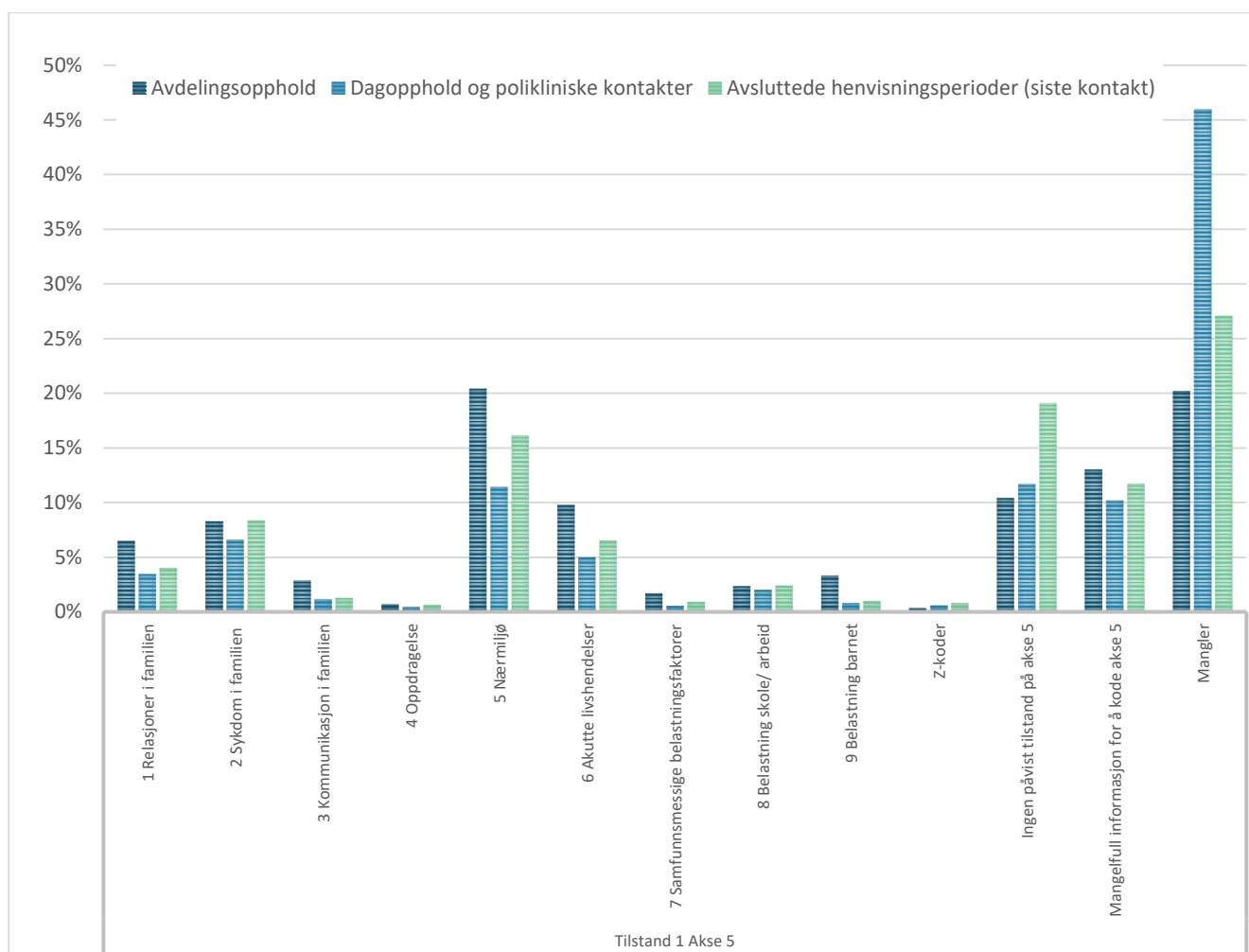
2.5 Akse 5: Avvikende psykososiale forhold

Akse 5 omfatter koder for å beskrive avvikende psykososiale forhold. Informasjon om hovedtilstand på denne akse manglet for 27 prosent av de avsluttede henvisningsperiodene i 2021. Det er videre *Mangelfull informasjon for å kode akse 5* i 12 prosent av tilfellene.

Avvikende nærmiljø ble angitt som hovedtilstand på akse 5 for 16 prosent av de avsluttede henvisningsperiodene i 2021, og dette var med det den største gruppen hovedtilstandsgruppen. Kodefordelingen er illustrert ved figur 2.5

Tabell 2.5 Akse5 Avvikende psykososiale forhold. Prosentvis fordeling av hovedtilstand for henholdsvis avdelingsopphold, polikliniske kontakter og avsluttede henvisningsperioder i 2021.

Hovedtilstand Akse 5	Avdelingsopphold	Dagopphold og polikliniske kontakter	Avsluttet henvisnings-periode (siste kontakt)
1 Avvikende relasjoner innen familien	7	3	4
2 Psykisk forstyrrelse, avvik eller funksjonshemming i barnets nærmeste familie	8	7	8
3 Inadekvat eller forstyrret kommunikasjon innen familien	3	1	1
4 Avvikende sider ved oppdragelsen	1	0	1
5 Avvikende nærmiljø	20	11	16
6 Akutte livshendelser	10	5	7
7 Samfunnsmessige belastningsfaktorer	2	1	1
8 Kronisk mellommenneskelig belastning i forbindelse med skole/ arbeid	2	2	2
9 Belastende hendelser/ forhold som er et resultat av barnets egen forstyrrelse/ funksjonshemming	3	1	1
Z-koder	0	1	1
Ingen påvist tilstand på akse 5	10	12	19
Mangelfull informasjon for å kode akse 5	13	10	12
Mangler	20	46	27
Totalsum	100	100	100
Antall	4 324	987 051	33 826



Figur 2.5 Hovedtilstand akse 5 angitt for hhv. avdelingsopphold, polikliniske kontakter og siste kontakt i henvisningsperioder avsluttet i 2021.

3 NYE HENVISNINGER

I dette kapitlet omtales omfanget av akuttbehandling ved nye henvisningsperioder i det psykiske helsevernet for barn og unge. Kapitlet gir også en oversikt over rapportert henvisningsformalitet og henvisningsgrunner assosiert med barnets tilstand. Uttrekket er avgrenset til henvisningsperioder/ forløp med mottaksdato i 2021, og der pasienten er tatt til behandling i psykisk helsevern for barn og unge (heretter omtalt som nyhenvisninger).

Det er rapportert 35 718 nyhenvisninger til psykisk helsevern for barn og unge i 2021, og dette er en økning på 18 prosent sammenlignet med 2020. Veksten var sterkere for jenter enn for gutter.

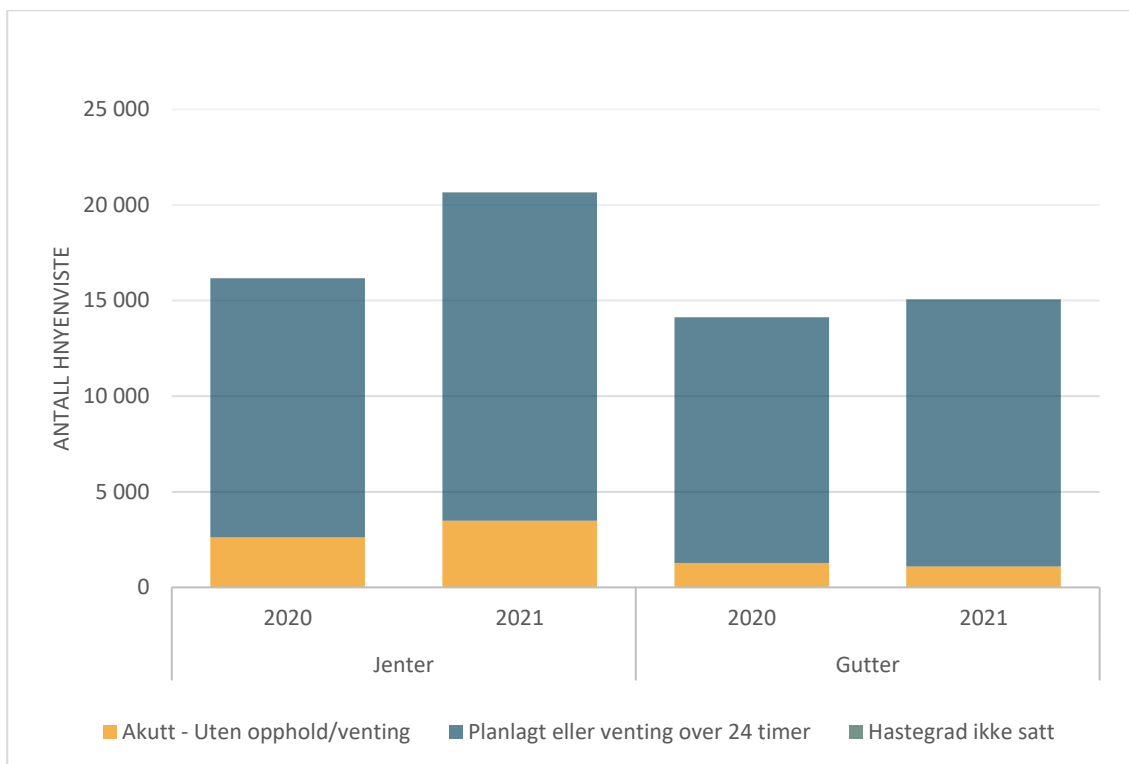
3.1 Akutt initierte forløp

Rapportert kode for innmåte hastegrad gir en bekrivelse av hastegrad ved pasientens ankomst til helseinstitusjonen. Hastegrad rapporteres for hver polikliniske kontakt og hvert avdelingsopphold. Akutt initierte forløp er her definert som nyhenvisninger der det er angitt behov for øyeblikkelig hjelp i første avdelingsopphold eller polikliniske kontakt.

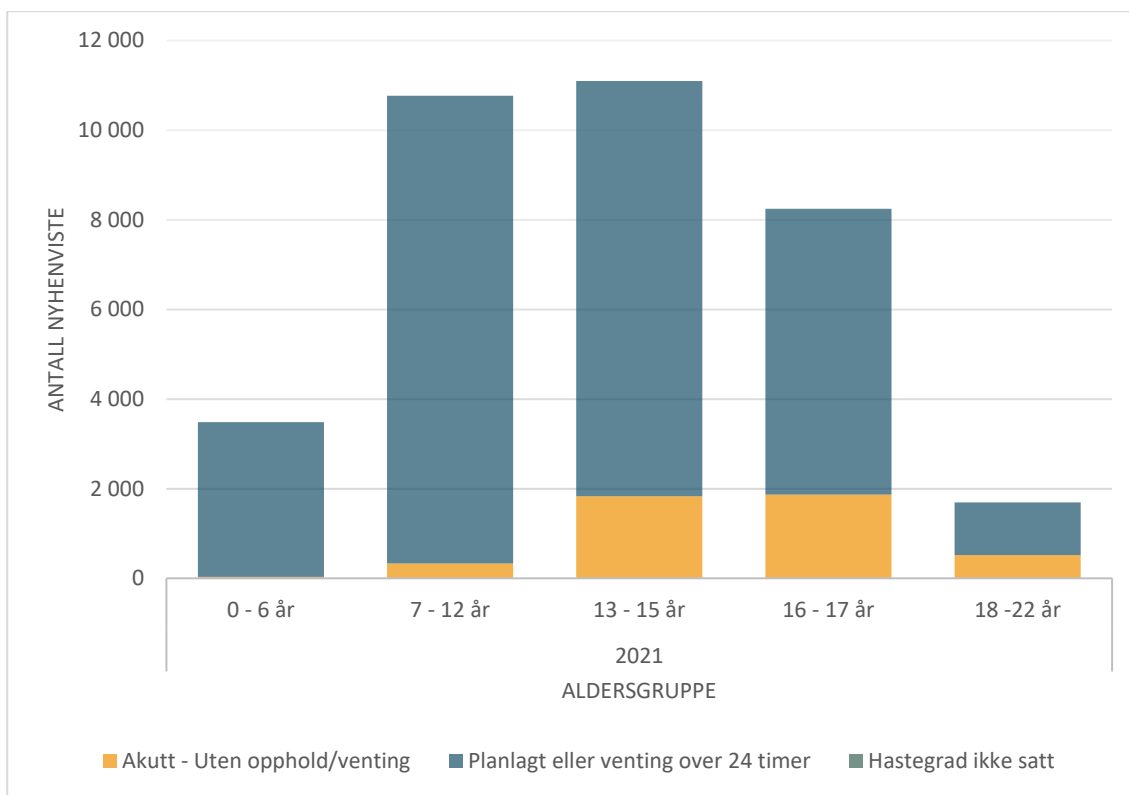
Fra 2020 til 2021 viser rapporterte tall 18 prosent vekst både i akutt initierte og i planlagte nye forløp med behandlingsstart i psykisk helsevern for barn og unge. Veksten i akutt initierte forløp var vesentlig høyere enn dette for jenter og negativ for gutter. Akutt initierte forløp gjelder i hovedsak aldersgruppen 13 – 17 år.

Tabell 3.1 Angitt hastegrad for nyhenvisninger i 2021.

Hastegrad ved første kontakt	2021	Endring fra 2020		
		jenter	gutter	Totalt
Akutt – Uten opphold/ venting	4 583	33 %	-13 %	18 %
Planlagt eller venting over 24 timer	31 132	27 %	9 %	18 %
Hastegrad ikke satt	3			
Totalt	35 718	20 657	15 061	18 %



Figur 3.1 Antall nyhenvisninger i 2020 og 2021, fordelt etter kjønn og hastegrad i første kontakt.



Figur 3.1 Antall nyhenvisninger i 2021, fordelt etter alder og hastegrad i første kontakt.

3.2 Henvisningsformalitet

Henvisningsformaliteten viser hvilket lovgrunnlag som legges til grunn ved inntak og som grunnlag for behandling i psykisk helsevern. Henvisningsformalitet skal rapporteres for alle nye henvisningsperioder/ behandlingsforløp i psykisk helsevern.

Tabell 3.1 viser henvisningsformalitet for nyhenviste i 2021.

For 2021 ble det rapportert 35 718 henvisningsperioder med oppstart av behandling i psykisk helsevern for barn og unge. Åtte prosent av disse mangler informasjon om henvisningsformalitet.

Dersom vilkårene i psykisk helsevernloven §§ 3-2 eller 3-3 er oppfylt, kan ungdom som er 16 år eller eldre underlegges tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. Før det tvungne vernet kan etableres, skal pasienten undersøkes og vilkårene vurderes av lege som er uavhengig av den institusjonen der det tvungne vernet etableres. Ofte er det pasientens fastlege eller lege i legevakt som gjør denne første undersøkelsen av pasienten, henviser til det psykiske helsevernet og setter henvisningsformalitet.

Tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern er angitt som henvisningsformalitet for 2,5 prosent av nyhenviste i aldersgruppen 16 år eller eldre og der behandlingen startet i psykisk helsevern for barn og unge i 2021.

Tabell 3.2 Henvisningsformalitet for nyhenvisninger i 2021.

Henvisningsformalitet	2021	Endring fra 2020
Frivillig/ basert på samtykke	32 704	18 %
Tvungen observasjon/ tvungent psykisk helsevern	206	25 %
Andre rettslige grunnlag	18	
Ikke registrert	2 736	
Totalt	35 718	18 %

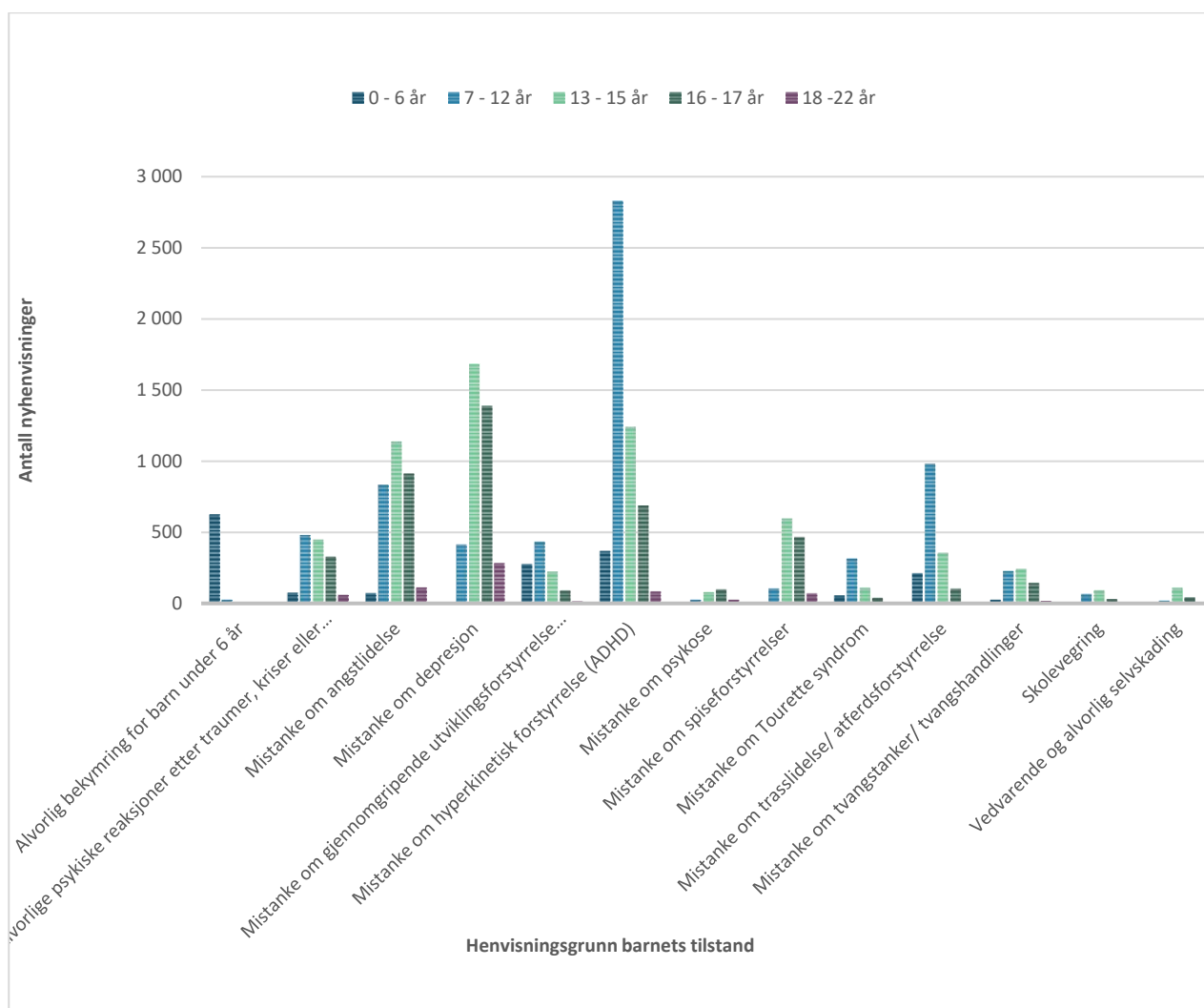
3.3 Henvisningsgrunn barnets tilstand

Ved henvisning til psykisk helsevern for barn og unge registreres det henvisningsgrunner knyttet til henholdsvis barnets tilstand og barnets miljø. Informasjon om henvisningsgrunner knyttet til barnets miljø mangler for 84 prosent av nyhenvisningene i 2021. Informasjon om henvisningsgrunner knyttet til barnets tilstand er rapportert for 70 prosent av nyhenvisningene med behandlingsstart i 2021. Det er noe økning i komplettethet i 2021 sammenliknet med året før.

Tabell 3.3 gir en oversikt over rapporterte koder og fordelingen av disse. Figur 3.1 og 3.2 viser fordeling etter kjønn og alder.

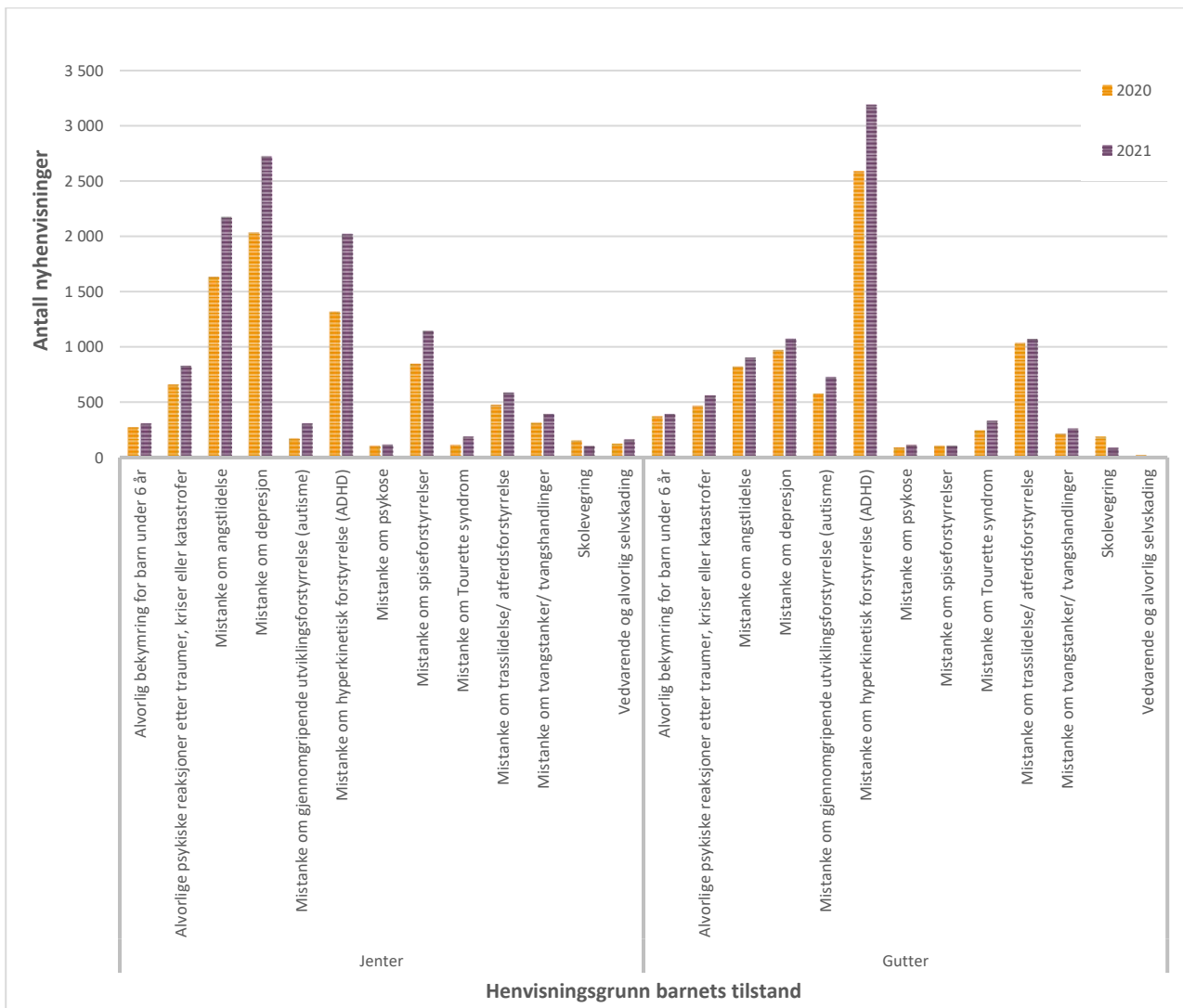
Tabell 3.3 Henvisningsgrunn barnets tilstand for nyhenvisninger i 2021.

Henvisningsgrunn barnets tilstand	2021		Endring fra 2020
	Andel av nyhenvisninger	Antall nyhenvisninger	
Alvorlig bekymring for barn under 6 år	2%	702	9 %
Alvorlig psykisk reaksjon etter traumer, kriser eller katastrofer	4%	1 389	23%
Alvorlige psykiske symptomer sekundært til somatisk sykdom	0%	115	14%
Mistanke om angstlidelser	9%	3 076	25%
Mistanke om bipolar lidelse	0%	72	-12%
Mistanke om depresjon	11%	3 795	26%
Mistanke om gjennomgripende utviklingsforstyrrelse (autisme)	3%	1 035	37%
Mistanke om hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD)	15%	5 208	33%
Mistanke om psykose	1%	229	16%
Mistanke om spiseforstyrrelser	3%	1 249	31%
Mistanke om Tourette syndrom	1%	522	45%
Mistanke om trasslidelse/ atferdsforstyrrelse	5%	1 657	10%
Mistanke om tvangstanker/ tvangshandlinger	2%	654	23%
Skolevegning	1%	191	-44%
Vedvarende alvorlig selvskading	0%	178	22%
Annet	14%	4 949	10%
Ikke angitt	30%	10 697	11%
Totalt	100%	35 718	18 %



Figur 3.1 Henvisningsgrunn barnets tilstand. Antall nyhenvisninger i 2021.

De hyppigste henvisningsgrunnene for barnets tilstand er mistanke hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD), depresjon eller angstlidelse. Dette gjelder både for gutter og jenter, men mistanke om angst og depresjon er mer vanlig for nyhenviste jenter, mens mistanke om hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD) er mer vanlig hos nyhenviste gutter. For aldersgruppen 7 – 12 år er også mistanke om trasslidelse/ atferdsforstyrrelser en hyppig forekommende henvisningsgrunn.



Figur 3.2 Hensynsgrunn Barnets tilstand. Antall nyhenvvisninger i 2020 og 2021, fordelt etter pasientens kjønn.

4 DATAGRUNNLAG OG KVALITET

4.1 Datagrunnlag og rapportering

Datagrunnlaget for denne rapporten er aktivitetsdata for 2021.

Data er avgrenset til å gjelde barne- og ungdomspsykiatriske avdelinger i offentlige helseforetak og ved private institusjoner som har kjøps- eller driftsavtale med de regionale helseforetakene. Utvalget inkluderer videre alle henvisningsperioder med tilhørende aktivitet (episoder) i perioden 1.januar – 31.desember 2021. Både direkte og indirekte kontakter er inkludert, mens. Tekniske episoder er ekskludert. Datagrunnlaget inneholder heller ikke behandlingsaktivitet i regi av private avtalespesialister.

Det er i 2021 strengere praktisering av krav til rapportering. Skjerpelsen gjelder spesielt krav til format og struktur, men det er også definert krav som gjelder innhold (innholdsvalidering). 2021 gjelder de skjerpede innholdsvalideringskravene koding av tilstander(diagnoser) og prosedyrer, samt identifisering av organisatoriske enheter for episoder og henvisninger.

Sentrale krav for rapportering i 2021 har vært:

- Elektronisk innsending av data via Norsk helsenett
- Data skal rapporteres på gyldig versjon av NPR-melding
- Meldingen skal validere ifølge meldingens skjema
- Alle episoder og henvisningsperioder skal ha referanse til behandlingssted, avdeling og fagenhet, og de refererte enhetene skal rapporteres med informasjon om lokalt navn, organisasjonsnummer, avdelingskode og sektor

En viktig effekt av de skjerpede kravene er vesentlig kvalitetsforbedring i data når det gjelder referanse til behandlingssted med gyldig organisasjonsnummer. Knytning mot organisatorisk enhet er generelt viktig for å kunne bruke registerdata til styringsformål.

Her finner man nærmere informasjon om riktig registrering og rapportering til NPR:

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/statistikk-registre-og-rapporter/helsedata-og-helseregistre/norsk-pasientregister-npr/registrering-og-rapportering-til-npr>

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. Eksempler på årsaker til avvik kan være

- Ulik definisjon og avgrensning av sektor
- Ulik kategorisering av privates regiontilknytning
- Korrigeringer i grunnlagene, eksempelvis for å kompensere for omorganiseringer i sektoren eller huller i datagrunnlagene
- Ulik tilnærming for sammenstilling og beregning av statistiske mål som opphold, nyhenviste, innleggelses, utskrivninger og pasienter. Dette er generelt begreper som kan ha ulikt innhold avhengig av kontekst de brukes i.

4.2 Registreringspraksis

Gode og sammenlignbare data betinger mest mulig lik registreringspraksis både på tvers av enheter og over tid. I forbindelse med mottaks- og kontrollarbeidet får pasientregisteret informasjon om ulik registreringspraksis, og det jobbes jevnlig med å veilede og avklare for å oppnå mest mulig enhetlig kodepraksis. Ved bruk og sammenstilling av data er det likevel viktig å være oppmerksom på at grunnlagene kan være påvirket av slike forhold. Eksempler på uklarheter kan være

Ulik organisering av virksomheten fører til at noen enheter har godkjente poliklinikker knyttet til dag- og døgnetenhetene 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 døgnetenhet 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.

Arbeidsdelingen mellom psykisk helsevern for barn og unge og psykisk helsevern for voksne kan være ulike helseforetakene imellom, og det er pasienter eldre enn 18 år i psykisk helsevern for barn og unge og pasienter under 18 år i psykisk helsevern for voksne. Ønsker man informasjon om psykiske helsetjenester for en definert aldersgruppe, må det derfor hentes informasjon både fra barne- og ungdomspsykiatriske avdelinger og fra voksenpsykiatriske avdelinger.

De fleste av pasienter eldre enn 18 år i psykisk helsevern for barn og unge hadde et behandlingstilbud før fylte 18 år, og generelt vil eksisterende behandlingsrelasjoner tillegges

stor vekt ved vurdering av overgang til tjenester for voksne. 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.

4.3 Informasjon om organisatoriske endringer

Det er i innkallingsbrev oppfordret om at det enkelte behandlingssted informerer om organisatoriske eller bemanningsmessige forhold som i vesentlig grad har påvirket behandlingsskapiteten i rapporteringsperioden. Dette gjøres i ulik grad. Vi er ikke kjent med større organisatoriske endringer i psykisk helsevern for barn og unge fra 2020 til 2021.

4.4 Rapporteringsplikt og kvalitetskontroll

For å kunne etablere komplette nasjonale registerdata er vi avhengig av korrekt og komplett rapportering. 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.

Rapporten og gjennomgang av årsdatarapportering for 2021 viser at det på flere sentrale områder er mangler i innrapporterte data, men det er samtidig riktig å understreke at vår samlede vurdering er at PHBU-sektoren rapporterer data av god kvalitet. Se også [vedleggstabellene for oversikt over rapportert aktivitet per rapporteringsenhet](#).

For 2021 har vi mottatt årsdata fra alle rapporteringspliktige enheter.

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
- 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 brukerdialog i registrerings skjermbilder.
 - Løpende dialog i forbindelse med utvikling og revidering av informasjonsmodell og meldingsspesifikasjoner
- Helse- og omsorgsdepartementet/øvrige avdelinger i Helsedirektoratet/Direktoratet for e-helse:
 - 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](#).

VEDLEGG

Vedlegg 1 Begreper benyttet i rapporten

— Informasjonsmodell og *NPR-melding*

I informasjonsmodellen som ligger til grunn for de krav som er spesifisert til struktur og innhold i data fra spesialisthelsetjenesten brukes en del begreper som også er gjenbrukt i rapportens beskrivelse av data og aktivitet for 2021. 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 og knytter avdelingsopphold og kontakter sammen til forløp.

Hver henvisningsperiode skal gjelde ett syketilfelle, og pasienter med flere syketilfeller vil ha flere henvisningsperioder. Henvisningsperiodene gjør det mulig å følge et pasientforløp innenfor samme rapporteringsenhet, men gir ikke informasjon om aktivitet i kommunale helsetjenester eller om videre behandling ved annen enhet.

— Episode

En episode er en avgrenset tidsperiode for helsehjelp. Dette kan være en poliklinisk kontakt (poliklinisk episode), et dagopphold (dagepisode) eller et avdelingsopphold ved en døgnavdeling (døgnepisode). Det vil oftest 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.

Vedlegg 2 Aktivitetstall psykisk helsevern barn og unge. Pasienter, utskrivinger, døgnepisoder og oppholdsdøgn. Per helseforetak. Antall 2021.

Helseregion	Pasienter	Utskrivinger	Døgnepisoder	Avdelings- opphold
Helse Sør-Øst				
Offentlig helseforetak				
Sykehuset Østfold HF	3 766	269	4 070	282
Akershus universitetssykehus HF	6 547	113	8 074	139
Oslo universitetssykehus HF	4 430	241	13 099	351
Sykehuset Innlandet HF	3 821	298	5 823	318
Vestre Viken HF	5 085	180	5 866	199
Sykehuset i Vestfold HF	3 086	83	1 287	88
Sykehuset i Telemark HF	2 115	132	1 901	141
Sørlandet sykehus HF	3 601	85	1 893	93
Privat inst. m/ driftsavtale og områdeansvar				
Diakonhjemmet sykehus	970	0	0	0
Lovisenberg diakonale sykehus	1 606	0	0	0
Privat institusjon med kjøpsavtale				
Capio anoreksisenter AS	50	39	5 758	55
Larkollen ungdomspsykiatriske behandlingshjem	36	19	5 673	35
N.K.S. Østbytnet behandlingssenter	45	209	7 045	210
Helse Vest				
Offentlig helseforetak				
Helse Stavanger HF	5 051	369	3 809	389
Helse Fonna HF	2 198	129	2 026	134
Helse Bergen HF	5 488	514	7 034	537
Helse Førde HF	1 825	87	1 237	90
Privat inst. m/ driftsavtale og områdeansvar				
Betanien Bergen	691	0	0	0
Helse Midt-Norge				
Offentlig helseforetak				
Møre og Romsdal HF	3 288	323	3 119	332
St Olavs hospital HF	3 569	205	2 830	216
Helse Nord-Trøndelag HF	2 094	121	1 389	122
Helse Nord				
Offentlig helseforetak				
Helgelandssykehuset HF	1 142	52	1 823	54
Nordlandssykehuset HF	1 553	239	2 883	248
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	3 135	201	3 696	213
Finnmarkssykehuset HF	1 129	75	2 377	77
Andre private institusjoner				
Vitalis Helse Kragerø AS	1	1	29	1

Vedlegg 3 Aktivitetstall PHBU forts. Dagopphold, polikliniske kontakter, herav direkte- og indirekte kontakter. Per helseforetak. Antall 2021.

Helseregion	Dagopphold	Polikliniske kontakter	Herav direkte kontakter	Herav indirekte kontakter
Helse Sør-Øst				
Offentlig helseforetak				
Sykehuset Østfold HF	361	49 795	28 656	21 139
Akershus universitetssykehus HF	9	112 954	69 339	43 615
Oslo universitetssykehus HF	3 155	61 055	35 481	25 574
Sykehuset Innlandet HF	76	56 651	35 732	20 919
Vestre Viken HF	36	98 842	55 169	43 673
Sykehuset i Vestfold HF	0	55 617	34 572	21 045
Sykehuset i Telemark HF	139	38 685	22 246	16 439
Sørlandet sykehus HF	122	49 879	31 356	18 523
Privat inst. m/ driftsavtale og områdeansvar				
Diakonhjemmet sykehus	0	13 638	9 254	4 384
Lovisenberg diakonale sykehus	74	27 419	17 463	9 956
Privat institusjon med kjøpsavtale				
Capio anoreksisenter AS	0	0	0	0
Larkollen ungdomspsykiatriske behandlingshjem	0	5	5	0
N.K.S. Østbytnet behandlingssenter	18	0	0	0
Helse Vest				
Offentlig helseforetak				
Helse Stavanger HF	5	72 114	46 868	25 246
Helse Fonna HF	290	28 503	19 701	8 802
Helse Bergen HF	80	82 960	49 539	33 421
Helse Førde HF	0	19 684	12 515	7 169
Privat inst. m/ driftsavtale og områdeansvar				
Betanien Bergen	12	10 123	7 022	3 101
Helse Midt-Norge				
Offentlig helseforetak				
Møre og Romsdal HF	0	42 748	25 151	17 597
St Olavs hospital HF	0	50 685	33 946	16 739
Helse Nord-Trøndelag HF	0	20 998	11 441	9 557
Helse Nord				
Offentlig helseforetak				
Helgelandssykehuset HF	98	15 462	11 631	3 831
Nordlandssykehuset HF	100	24 211	17 798	6 413
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	0	37 283	24 342	12 941
Finnmarkssykehuset HF	116	13 049	9 270	3 779
Andre private institusjoner				
Vitalis Helse Kragerø AS	0	0	0	0

Vedlegg 4 Oversikt over enheter innen psykisk helsevern for barn og unge 2021.

Helseregion	Nye enheter. Markert med X	Merknader og mangler i rapporteringen
Helse Sør-Øst		
Offentlig helseforetak		
Sykehuset Østfold HF		
Akershus universitetssykehus HF		
Oslo universitetssykehus HF		
Sykehuset Innlandet HF		
Vestre Viken HF		
Sykehuset i Vestfold HF		
Sykehuset i Telemark HF		
Sørlandet sykehus HF		
Privat inst. m/ driftsavtale og områdeansvar		
Diakonhjemmet sykehus		
Lovisenberg diakonale sykehus		
Privat institusjon med kjøpsavtale		
Capio anoreksisenter AS		Regiontilknytning er revidert i 2021. Er tidligere år inkludert under private
Larkollen ungdomspsykiatriske behandlingshjem		
N.K.S. Østbyttet behandlingssenter		
Helse Vest		
Offentlig helseforetak		
Helse Stavanger HF		
Helse Fonna HF		
Helse Bergen HF		
Helse Førde HF		
Privat inst. m/ driftsavtale og områdeansvar		
Betanien Bergen		
Helse Midt-Norge		
Offentlig helseforetak		
Møre og Romsdal HF		
St Olavs hospital HF		
Helse Nord-Trøndelag HF		
Helse Nord		
Offentlig helseforetak		
Helgelandssykehuset HF		
Nordlandssykehuset HF		
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF		
Andre private institusjoner		
Vitalis Helse Kragerø AS		Noe uklart sektorskille mellom BUP og tjenester for voksne
Spesialistlege AS	x	Har noen tjenester for barn og unge, men dette er rapportert under avdelingskode for voksenpsykiatri. Aktiviteten er derfor inkludert under psykisk helsevern for voksne.