

**Retningslinjer for koding:
Multiaksial klassifikasjon
i psykisk helsevern for barn og unge (BUP)**

Versjon 1.3

(NB! Skal tas i bruk fra 1.1.2008, se www.kith.no/bup)

Elektronisk versjon kan lastes ned fra <http://www.kith.no/bup>

Innhold

1.	Forord	4
2.	Innledning.....	6
3.	Informasjonsgrunnlag og diagnostisk kompetanse	6
4.	Journalføring	6
5.	Multiaksial klassifikasjon.....	7
5.1.	Akse 1 Klinisk psykiatrisk syndrom	8
5.1.1.	Gyldige koder på akse 1	8
5.1.2.	Regler for koding på akse 1.....	8
5.1.3.	Flytskjema for koding på akse 1.....	10
5.2.	Akse 2 Spesifikke utviklingsforstyrrelser	11
5.2.1.	Gyldige koder på akse 2	11
5.2.2.	Regler for koding på akse 2.....	11
5.2.3.	Flytskjema for koding på akse 2.....	12
5.3.	Akse 3 Psykisk utviklingshemming	13
5.3.1.	Gyldige koder på akse 3	13
5.3.2.	Regler for koding på akse 3.....	13
5.3.3.	Flytskjema for koding på akse 3.....	15
5.4.	Akse 4 Somatiske tilstander	16
5.4.1.	Gyldige koder på akse 4	16
5.4.2.	Ikke-gyldige ICD-10 koder på akse 4	16
5.4.3.	Regler for koding på akse 4.....	16
5.4.4.	Flytskjema for koding på akse 4.....	17
5.5.	Akse 5 Avvikende psykososiale forhold.....	18
5.5.1.	Gyldige koder på akse 5	18
5.5.2.	Regler for koding på akse 5.....	18
5.5.3.	Flytskjema for koding på akse 5.....	19
5.5.4.	Skåringsperiode	19
5.6.	Akse 6 - Global vurdering av funksjonsnivå (CGAS)	20
5.6.1.	Gyldige koder på akse 6	20
5.6.2.	Regler for koding på akse 6.....	20
5.6.3.	Skåringsperiode	20
5.6.4.	Koding av forløp	20

5.6.5.	Spesifikke retningslinjer for koding på akse 6 – CGAS	21
5.6.6.	Flytskjema for koding på akse 6.....	22
6.	Spesielle regler	23
6.1.	Dersom det ikke settes F-kode på noen av aksene 1, 2 og 3	23
6.2.	Flere tilstander på samme akse.....	23
6.2.1.	Hvilken tilstand er hovedtilstand?.....	23
6.2.2.	Hva skal til for at andre tilstander på samme akse skal kodes?	23
6.3.	Parkoding – koding av selvskading og suicidalforsøk	24
6.4.	Sverd og stjerne	24
6.5.	Psykiske lidelser som kompliserer svangerskap, fødsel og barseltid.....	24
6.6.	Bruk av R- og Z-koder	25
6.7.	Koding hvis barnet ikke møter	25
7.	Referanser.....	27
Vedlegg 1:	Forklaring på symboler i flytdiagrammene	28
Vedlegg 2:	Z-koder uaktuelle innen BUP	29
Vedlegg 3:	Z-koder tett opp til BUPs problemfelt	30
Vedlegg 4:	Overgangstabell akse 5 koder og Z-koder	31

1. Forord

Sosial- og Helsedirektoratet opprettet i 2006 en arbeidsgruppe som fikk i mandat å tilrettelegge Det multiaksiale klassifikasjonssystemet fra Verdens Helseorganisasjon (WHO) for bruk i psykisk helsevern for barn og unge (BUP) i Norge. Denne gruppen har bestått av:

- Leder av arbeidsgruppen: Ketil Hanssen-Bauer, Den norske legeforening ved Norsk Barne- og Ungdomspsykiatrisk Forening,
- Sekretær for arbeidsgruppen: Gjertrud W. Kamstrup, KITH
- Eili Sponheim, Forskningsenheten, Klinikk for psykisk helse – barn og ungdom, Ullevål sykehus
- Siv Kvernmo, Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion Nord
- Håkon Ruud, Norsk Psykologforening
- Glen Thorsen, KITH

Det er gjort følgende endringer i den multiaksiale klassifikasjonen:

- Fordelingen av ICD-10 koder på aksene 1, 2, 3 og 4 er endret. Spesielt er det slik at en kode kan kodes på én og kun én akse.
- På akse 1 skal det kunne kodes én eller flere ICD-10 koder fra et nærmere definert koderegister (utvalg av F, R og Z-koder).
- På akse 2 skal det kunne kodes én eller flere ICD-10 koder fra et nærmere definert koderegister (utvalgte F-koder, ingen R og Z-koder på denne aksen).
- På akse 3 skal det bare kodes én enkelt ICD-10 kode fra et nærmere definert koderegister (utvalgte F-koder, ingen R og Z-koder på denne aksen). Det er obligatorisk å kode på firetegnsnivå.
- På akse 4 skal det kunne kodes én eller flere ICD-10 koder fra et nærmere definert koderegister (fra alle kapitler, unntatt kapittel V, F-koder). Akse 4 vil inneholde alle R-koder som ikke er plassert på akse 1. Den vil dessuten inneholde de fleste Z-koder som ikke er på akse 1 og heller ikke har en korresponderende kode på akse 5.
- På akse 5 er det gjort endringer i hva som er gyldige koder. Se koderegister på www.kith.no/bup

- På akse 6 skal det bare kunne kodes én enkelt kode, dvs. et heltall fra og med 1 og til og med 100.
- For alle aksene vil det finnes en kode X999 (hvor X står for aksens nummer) som betyr ”Mangelfull informasjon”. Tekst varierer litt på de ulike aksene.
- For aksene 1, 2, 3, 4 og 5 vil det finnes en kode X000 (hvor X står for aksens nummer) som betyr ”Ingen påvist”. Tekst varierer litt på de ulike aksene.
- For akse 6 vil det finnes en kode 6000 som betyr ”Ikke bedømt på akse 6 pga alder under 4 år”.
- Alle kodetekster for ICD-10 koder skal være i henhold til siste oppdatering av norsk oversettelse av ICD-10, se www.kith.no/icd-10
- Kodetekster for akse 5 skal være i henhold til ny oversettelse.
- Kodetekst ikke lenger aktuelt på akse 6, fordi CGAS kun skåres med tallverdi.

Denne veilederen er utarbeidet av arbeidsgruppen. KITH har siden gjort en del redaksjonelle endringer, bl.a. laget en egen publikasjon av akse 5 – Psykososiale forhold. Definisjoner og diagnostiske retningslinjer.[6]

Data fra denne kodingen overføres til Norsk Pasientregister og er således en del av datagrunnlaget for rapportering om denne helsetjenesten. Bl.a. brukes disse dataene direkte til den nasjonale kvalitetsindikatoren: ”Andel pasienter som er diagnostisk vurdert i barne- og ungdomspsykiatrien”.

Spørsmål om klassifikasjonen kan rettes til kodehjelp@kith.no.

2. Innledning

I spesialisthelsetjenesten i Norge er det bestemt at ICD-10 ([4][5]) skal benyttes for å kode diagnoser, tilstander og andre kontaktårsaker. I Psykisk helsevern for barn og unge (BUP) er det bestemt å bruke det ICD-10-baserte ”Multiaxial classification of child and adolescent psychiatric disorders” ([3]). Begrunnelsen for å bruke et multiaksialt system for å klassifisere tilstander som trenger behandling fra BUP, er at det ofte dreier seg om mer komplekse tilstander som beskrives bedre med et slikt system.

I den norske tilretteleggingen av denne multiaksiale klassifikasjonen er norske regler for koding av ICD-10 ivaretatt så langt som mulig. Det henvises derfor til Vedlegg 2 ”Opplæring ICD-10” i norsk utgave av ICD-10 ([5]). I tillegg til Systematisk del anbefales å bruke begge oppslagsverkene for kapittel V ”Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser” i ICD-10: ”Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer” ([4]) og ”The ICD-10 classification of Mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research” ([2]).

I denne multiaksiale klassifikasjonen må man kode på alle aksene og enhver kode hører hjemme på én og bare én akse. Det er ingen av aksene som har forrang framfor andre og begrepet ”hovedtilstand” benyttes her innen hver av aksene 1, 2, 4 og 5 (det er ikke relevant med flere koder på akse 3 og 6).

Denne kodeveilederen fokuserer på de spesielle utfordringene som gjelder koding av den multiaksiale klassifikasjonen i psykisk helsevern for barn og unge (BUP).

3. Informasjonsgrunnlag og diagnostisk kompetanse

I klinikken vil kvalitet i kodingen være avhengig av den kliniske situasjonen og hvor god og omfattende informasjon man har. Det anbefales at man i størst mulig grad benytter systematiske metoder for informasjonsinnhenting som diagnostisk intervju eller spørreskjema.

I spesialisthelsetjenesten skal diagnostiske beslutninger tas av personell som både har best mulig informasjon om den aktuelle pasient og kompetanse på diagnostisk klassifikasjon. Eventuelt må flere fagansatte samarbeide hvis dette er spredd på flere personer. Rutiner og praksis må være i tråd med lover, forskrifter og offisielle retningslinjer.

4. Journalføring

For hver behandlingsepisode i psykisk helsevern for barn og unge skal det føres kode for pasientens hovedtilstand og eventuelle andre tilstander, på alle seks akser. Pasientjournalen

skal dokumentere informasjonsgrunnlaget for de tilstander som kodes (jfr. journalforskriften). Elektroniske pasientjournaler må ha plass til det mulige antall koder på de forskjellige aksene.

5. Multiaksial klassifikasjon

Dette multiaksiale klassifikasjonssystemet består av følgende 6 akser.

Akse 1: Klinisk psykiatrisk syndrom

Akse 2: Spesifikke utviklingsforstyrrelser

Akse 3: Psykisk utviklingshemming

Akse 4: Somatiske tilstander

Akse 5: Avvikende psykososiale forhold

Akse 6: Global vurdering av funksjonsnivå (CGAS, se [1])

For Akse 1, 2, 3 og 4 brukes de samme diagnostiske kategoriene som i ICD-10, og de samme alfanumeriske kodene.

For akse 1, 2, 3, 4 og 5 kan man også kode at det ikke er påvist en tilstand innen aksene eller at man har for mangelfull informasjon til å kode.

For akse 6 kodes funksjonsnivå på en skala fra 1-100. Et heltall fra 1-100 angir koden på denne skalaen, Det kan kodes at man har for mangelfull informasjon til å kode (6-999). Egen kode (6-000) skal brukes for barn under 4 år på akse 6.

Hvis en av kodene "Ingen påvist tilstand" eller "Mangelfull informasjon" brukes på både akse 2 og 3, skal det på akse 1 brukes gyldig F-kode, R-kode (symptomer, tegn eller funn) eller Z-kode (faktorer som har betydning for helsetilstanden eller kontakt med helsetjenesten). På denne måten begrunnes kontakt med BUP også i slike tilfeller (se også avsnitt 6.1 og 6.6). Det er imidlertid et unntak fra dette hvis barnet selv ikke har møtt (se avsnitt 6.7).

For Akse 5, Avvikende psykososiale forhold, brukes egne koder (fra 1.0 til 9.8). Disse kodene er mappet til Z-koder så godt det lar seg gjøre. Denne mappingen finner man i vedlegg 4.

På Akse 6 skal barnets/ungdommens funksjonsnivå skåres. I Norge ble det tidligere benyttet instrumentet Global Assessment of Psychosocial Disability, GAPD (Global Vurdering av Psykososialt Funksjonsnivå) som er en del av den multiaksiale klassifikasjonen fra WHO. Fordi denne i liten grad er studert eller evaluert er det bestemt at vi i Norge skal gå over til å bruke Children's Global Assessment Scale (CGAS) (Shaffer et al. 1983 ([1])). CGAS er mer

evaluert og brukes mer internasjonalt. Den tidligere brukte skalaen GAPD utgår og skal ikke lenger benyttes. Nedre aldersgrense for bruk av Akse 6 (CGAS) er 4 år, dvs. at akse 6 ikke skal fylles ut for de barna som er 3 år eller yngre (kodes 6-000).

5.1. Akse 1 Klinisk psykiatrisk syndrom

5.1.1. Gyldige koder på akse 1

F00 ¹ -F69	(Psykiske lidelser hos voksne eller alle aldersgrupper)
F84	Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser
F90-F98	Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder
F99	Uspesifisert psykisk forstyrrelse eller lidelse INA
R40-R46	Symptomer og tegn med tilknytning til kognisjon, persepsjon, emosjonell tilstand og atferd. (Det er bare R-kodene fra denne kategoriblokken i kapittel XVIII som er gyldige på akse 1.)
Z00.4, Z03.2, Z13.3, Z13.4, Z70.0, Z70.1, Z70.3, Z70.8, Z70.9, Z71.0, Z71.1, Z71.2	Fra kapittel XXI: Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten. (Det er bare disse Z-kodene som er gyldige på akse 1.)
1-000	Ingen påvist tilstand på akse 1
1-999	Mangelfull informasjon for å kode på akse 1

5.1.2. Regler for koding på akse 1

Flere koder kan kodes på akse 1 (komorbiditet) for samme behandlingsepisode (jfr. avsnitt 6.2 om flere tilstander). Hvis ingen koder er aktuelle, skal man enten benytte 1-000 eller 1-999 (se over). Merk også avhengigheten mellom akse 1, 2 og 3 (jf. innledningen til kapittel 5 og kapittel 6.1/6.6).

Det er viktig å huske at det ikke bare er kategoriblokken F90-F98 som skal vurderes hos barn og unge. Man skal først vurdere om det er grunnlag for å bruke koder fra de andre gyldige

¹ Koder som ikke er relevant innen barne- og ungdomspsykiatrien er tatt ut av koderegisteret (eksempelvis koder for Alzheimers sykdom).

kategori-blokkene i akse 1 (F00²-F69 og F84), før man vurderer F90-F99. Deretter vurderes R40-R46 og til slutt Z-kodene (se flytskjema for koding i 5.1.3).

F99 er sjelden aktuell og bør bare brukes hvis man vet at personen har en psykisk forstyrrelse eller lidelse, men ikke hvilken kategori-blokk den hører til. F99 kan ofte erstattes av eller suppleres med R- eller Z-koder (se nedenfor).

Dersom ingen av disse kodene kan brukes, vurderer man å kode ”Ingen påvist tilstand på akse 1”, eller ”Mangelfull informasjon”. Det siste betyr at man av ulike grunner mangler informasjon som ville være nødvendig for å sette annen kode.

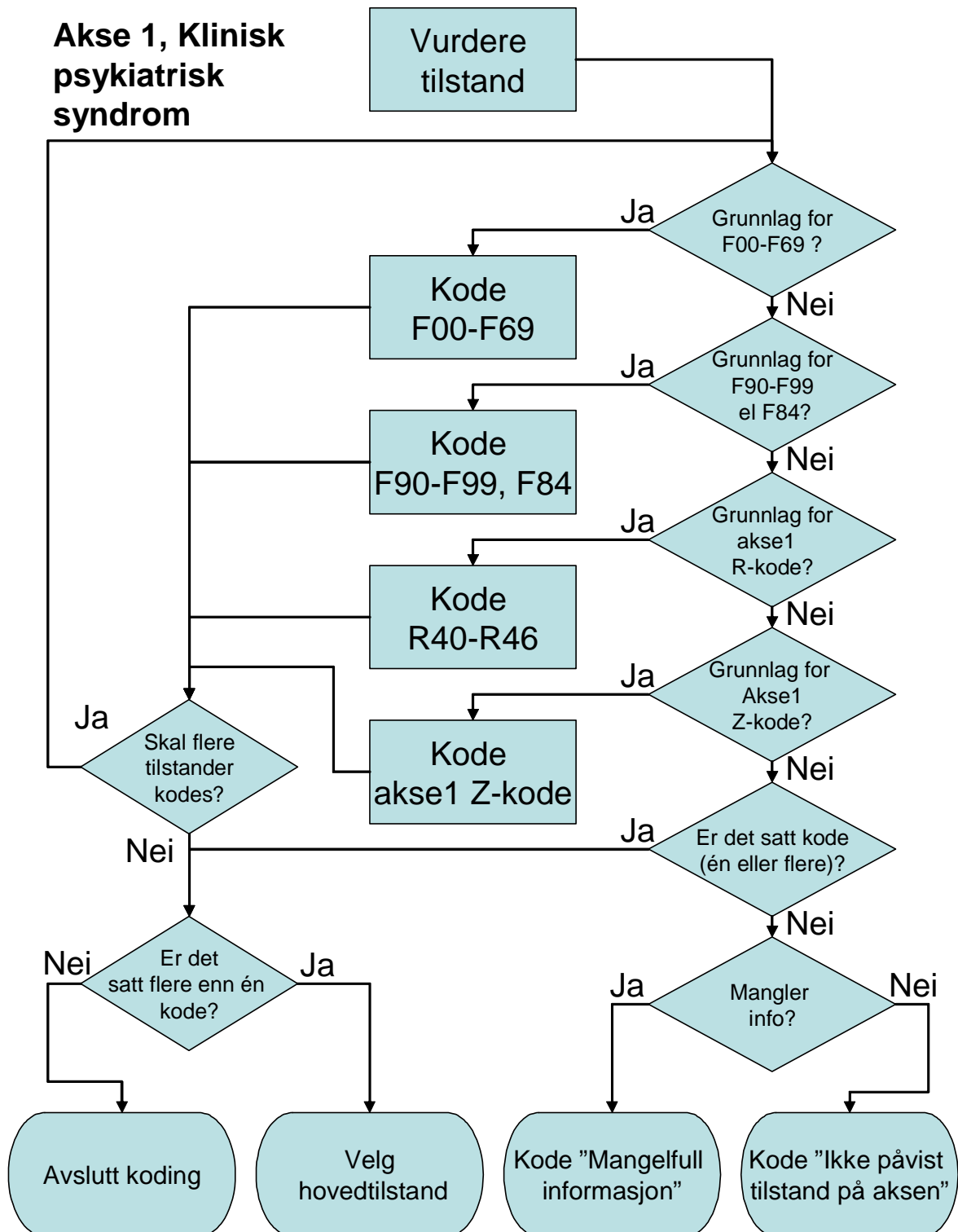
Det er mulig å benytte R- eller Z-kode(r) i tillegg til F-kode(r). Dette er aktuelt hvis

1. R-kode som beskriver symptom, tegn eller funn, er relevant tilleggsopplysning og ikke en del av F-koden(e) eller
2. hvis Z-kode som beskriver faktorer med betydning for helsetilstanden og/eller kontakt med helsetjenesten (BUP) er relevante og ikke del av F-koden(e).

I slike tilfeller skal ikke R- eller Z-koden være hovedtilstand på aksene. Bare dersom det ikke foreligger en F-kode kan aktuell R- eller Z-kode være hovedtilstand. R-kode har forrang framfor Z-kode som hovedtilstand. Generelt skal man være tilbakeholden med å bruke R- eller Z-koder på akse 1 (se kapittel 6.6).

² Se fotnote 1

5.1.3. Flytskjema for koding på akse 1



5.2. Akse 2 Spesifikke utviklingsforstyrrelser

5.2.1. Gyldige koder på akse 2

F80.0, F80.1, F80.2, 80.3, F80.8, F80.9,

F81.0, F81.1, F81.2, F81.3, F81.8, F81.9,

F82, F83, F88, F89

2-000 Ingen påvist tilstand på akse 2

2-999 Mangelfull informasjon for å kode på akse 2

5.2.2. Regler for koding på akse 2

Man kan kode flere koder (tilstander) på Akse 2. Dersom ingen av dem er hovedtilstand kodes F83 (Blandet utviklingsforstyrrelse i spesifikke ferdigheter) i tillegg til de andre, og F83 settes som hovedtilstand. Dersom en annen tilstand enn F83 er hovedtilstand, kodes ikke F83. F83 kan også stå alene. Dersom ingen av de gyldige F-kodene er aktuelle, kodes enten 2-000 eller 2-999.

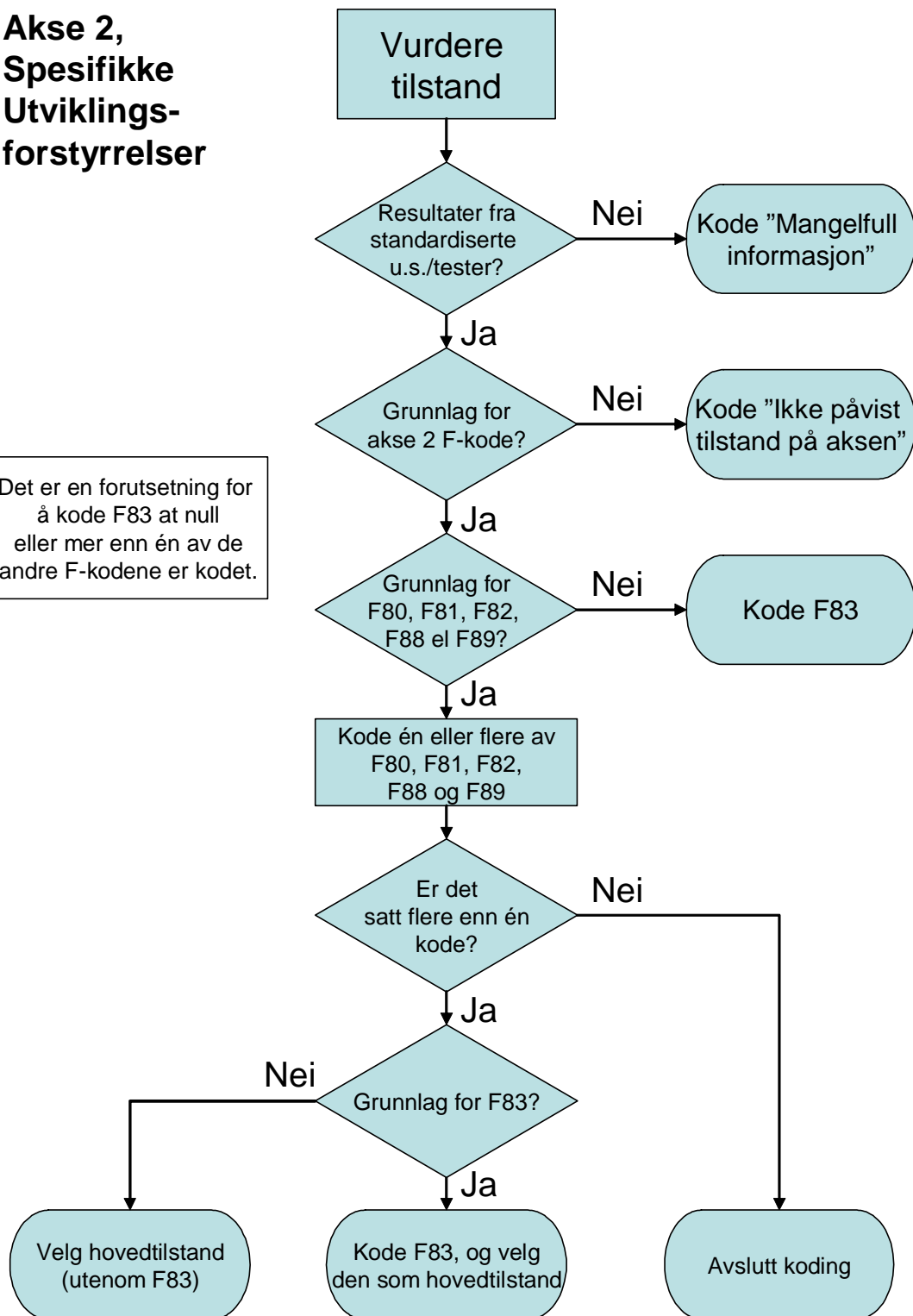
For å kode en tilstand på akse 2 skal det foreligge resultater fra standardiserte psykologiske eller pedagogiske tester, adekvat legeundersøkelse eller annen faglig forsvarlig utredning³. Hvis ikke slike utredningsresultater foreligger, skal koden 2-999 "Mangelfull informasjon" brukes. Dersom det ikke eksisterer aktuelle tester (for eksempel pga. alder eller funksjon), skal det kodes på bakgrunn av eventuelle andre retningslinjer for faglig forsvarlig undersøkelse og vurdering.

³ Slike tester eller undersøkelser trenger ikke være utført ved den klinikken hvor kodingen finner sted, men behandlere ved klinikken som skal konkludere og kode diagnostisk skal vurdere om testen, resultatene og annen relevant informasjon er tilstrekkelig for å kode diagnosen.

5.2.3. Flytskjema for koding på akse 2

Akse 2, Spesifikke Utviklings- forstyrrelser

Det er en forutsetning for å kode F83 at null eller mer enn én av de andre F-kodene er kodet.



5.3. Akse 3 Psykisk utviklingshemming

5.3.1. Gyldige koder på akse 3

F70.0, F70.1, F70.8, F70.9,

F71.0, F71.1, F71.8, F71.9,

F72.0, F72.1, F72.8, F72.9,

F73.0, F73.1, F73.8, F73.9,

F78.0, F78.1, F78.8, F78.9,

F79.0, F79.1, F79.8, F79.9.

Akse 3 skal kodes på fjerdetegnsnivå (nedenfor er x tredjetegnet):

- F7x.0 Ingen, eller minimale atferdsproblemer
- F7x.1 Betydelige atferdsproblemer som krever oppmerksomhet eller behandling
- F7x.8 Andre spesifiserte atferdsproblemer
- F7x.9 Uten beskrivelse av atferdsproblemer

3-000 Ikke påvist psykisk utviklingshemming

3-999 Mangelfull informasjon for å kode på akse 3

5.3.2. Regler for koding på akse 3

Alle kodene på akse 3 er gjensidig utelukkende, derfor skal det kun benyttes én kode.

Koding av psykisk utviklingshemming skal baseres både på:

1. Standardiserte psykologiske evnetester og
2. Systematisk vurdering av sosial modning og tilpasning

Jfr. diagnostiske retningslinjer for F70-F79 ([4])⁴. Hvis det ikke foreligger informasjon fra begge disse nevnte undersøkelsene, skal det kodes 3-999 "Mangelfull informasjon".

Dersom barnet på grunn av lav alder ikke kan testes og man ikke har annen indikasjon på psykisk utviklingshemming kodes 3-000 "Ikke påvist psykisk utviklingshemming". Ellers

⁴ Se fotnote 3 avsnitt 5.2.2.

vises det til kodeteksten for F78 og F79 fra de diagnostiske retningslinjene ([4]) dersom vurderingen er vanskelig eller informasjon mangler:

F78: "Kategorien F78 "Annen psykisk utviklingshemming" skal bare brukes når en vanlig vurdering av intellektuell utviklingshemming er spesielt vanskelig eller umulig på grunn av tilknyttede sensoriske eller fysiske svekkelser, som blindhet, døvstumhet, alvorlige atferdsforstyrrelser eller fysisk uførhet, og man med stor sikkerhet har grunnlag for å fastslå at pasienten har en psykisk utviklingshemming."

F79: "Kategorien F79 "Uspesifisert psykisk utviklingshemming" brukes hvis det vises klare tegn til psykisk utviklingshemming, men det foreligger for lite informasjon til at pasienten kan plasseres i en av kategoriene F70-F73."

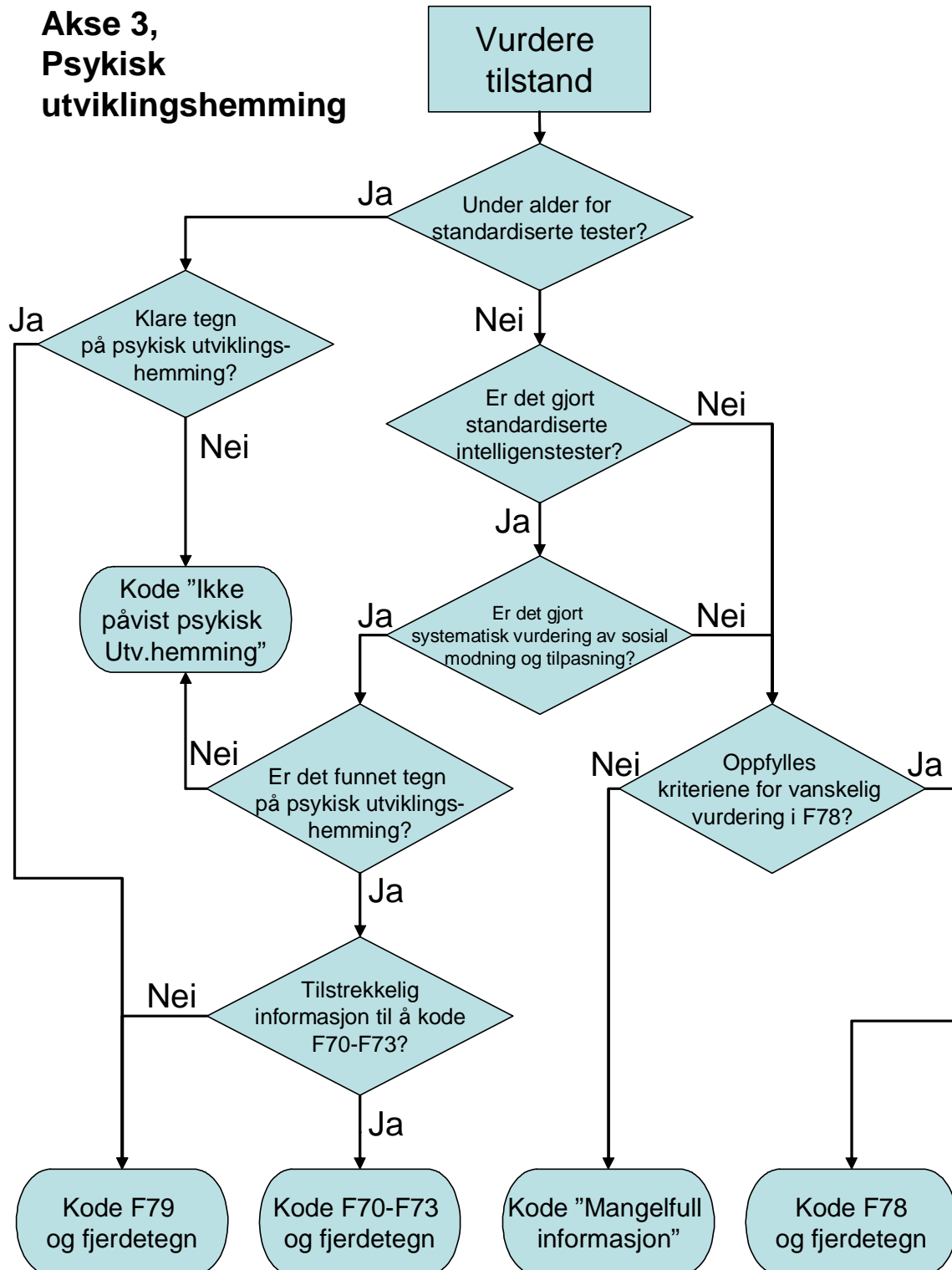
Det er obligatorisk i Norge å kode akse 3 på fjerdetegnsnivå. Det fjerde tegnet angir om det foreligger betydelige atferdsproblemer som krever oppmerksomhet/behandling eller ikke.

Betegnelsen "atferdsproblem" på akse 3 må ikke forveksles med diagnosen

"atferdsforstyrrelse" (F91) på akse 1. Disse er ulikt definert, men hvis det kodes

atferdsforstyrrelse (F91) på akse 1, skal det kodes atferdsproblem på akse 3. Omvendt er ikke nødvendigvis tilfelle.

5.3.3. Flytskjema for koding på akse 3



5.4. Akse 4 Somatiske tilstander

5.4.1. Gyldige koder på akse 4

Akse 4 består av alle koder i ICD-10 kapittel I-IV, kapittel VI-XVII og kapittel XIX-XX.

Av R-koder (ICD-10, kapittel XVIII) er følgende gyldige på akse 4: R00-R39 og R47-R99.

Z-koder (ICD-10, kapittel XXI) som er gyldige på akse 4 kan av plasshensyn ikke listes opp her, men finnes i koderegister for akse 4, se www.kith.no/bup.

4-000 Ingen aktuell tilstand på akse 4

4-999 Mangelfull informasjon for å kode på akse 4

5.4.2. Ikke-gyldige ICD-10 koder på akse 4

F-koder

R40-R46

De Z-koder som kodes på akse 1

De Z-koder som akse 5 tilsvare, se Vedlegg 4:.

Z-koder listet i Vedlegg 2: (Z-koder uaktuelle innen BUP) og Vedlegg 3: (Z-koder tett opp til BUPs problemfelt).

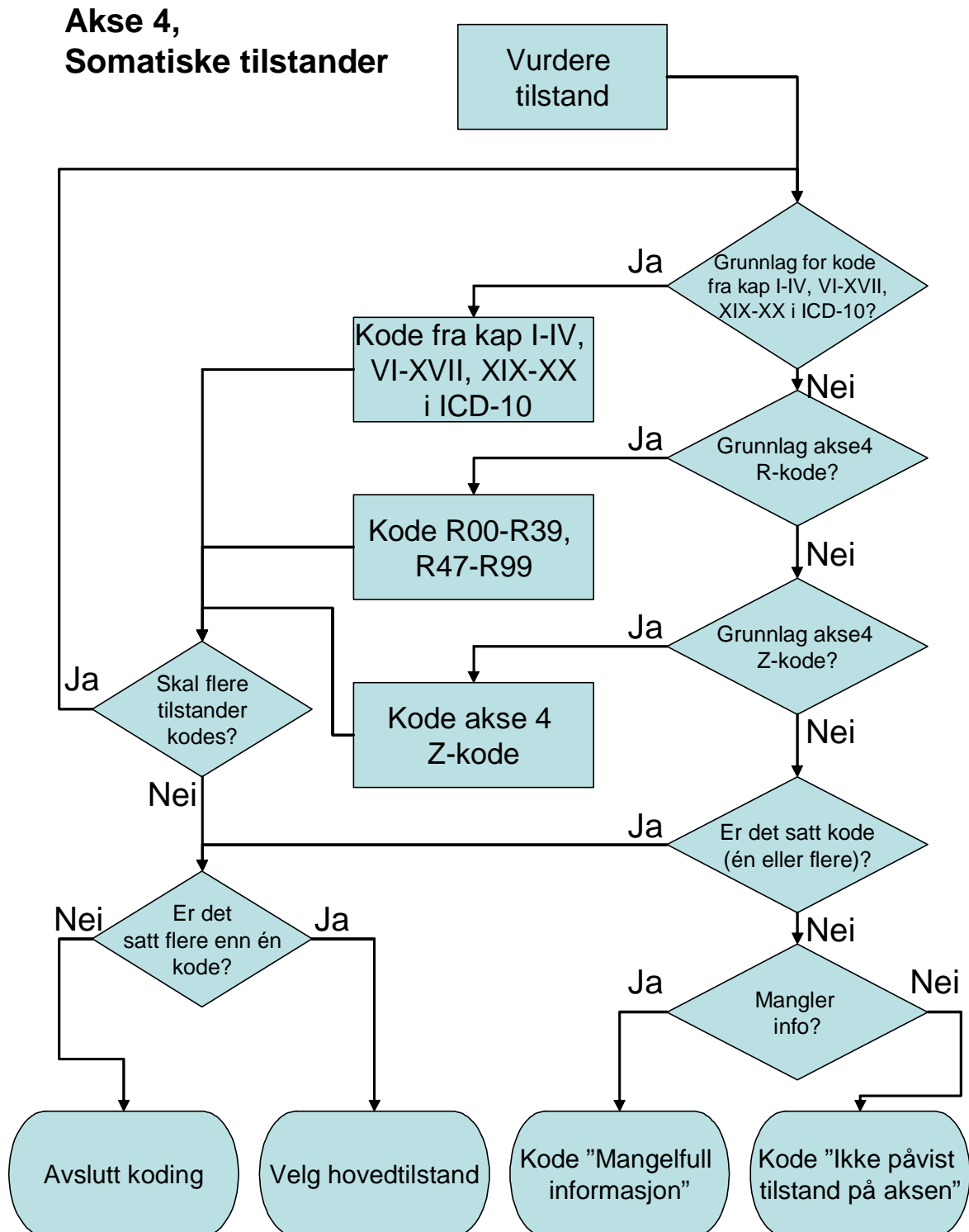
5.4.3. Regler for koding på akse 4

Det er kun relevante somatiske tilstander som skal kodes her (se kapittel 6.2.2). Det betyr at bare skal kodes somatiske tilstander som i løpet av behandlingsperioden ble håndtert, tatt hensyn til eller fikk konsekvenser for undersøkelser eller behandling ved BUP. Dette inkluderer somatiske tilstander som påvirkes av eller påvirker aktuell psykisk lidelse.

Siden dette er somatiske tilstander skal valg av kode (unntatt 4-000 og 4-999) gjøres av lege, men ikke nødvendigvis lege ved BUP. Flere koder kan kodes på Akse 4 (komorbiditet) for samme behandlingsepisode. Hvis koden 4-000 eller 4-999 benyttes, er imidlertid bare én kode relevant. Det er samme regler for bruk av R- og Z-koder på denne aksens som på akse 1 (se beskrivelsen av koding på akse 1, kapittel 5.1).

Selvskading og suicidalforsøk skal kodes på akse 4 (se kapittel 6.3).

5.4.4. Flytskjema for koding på akse 4



5.5. Akse 5 Avvikende psykososiale forhold

5.5.1. Gyldige koder på akse 5

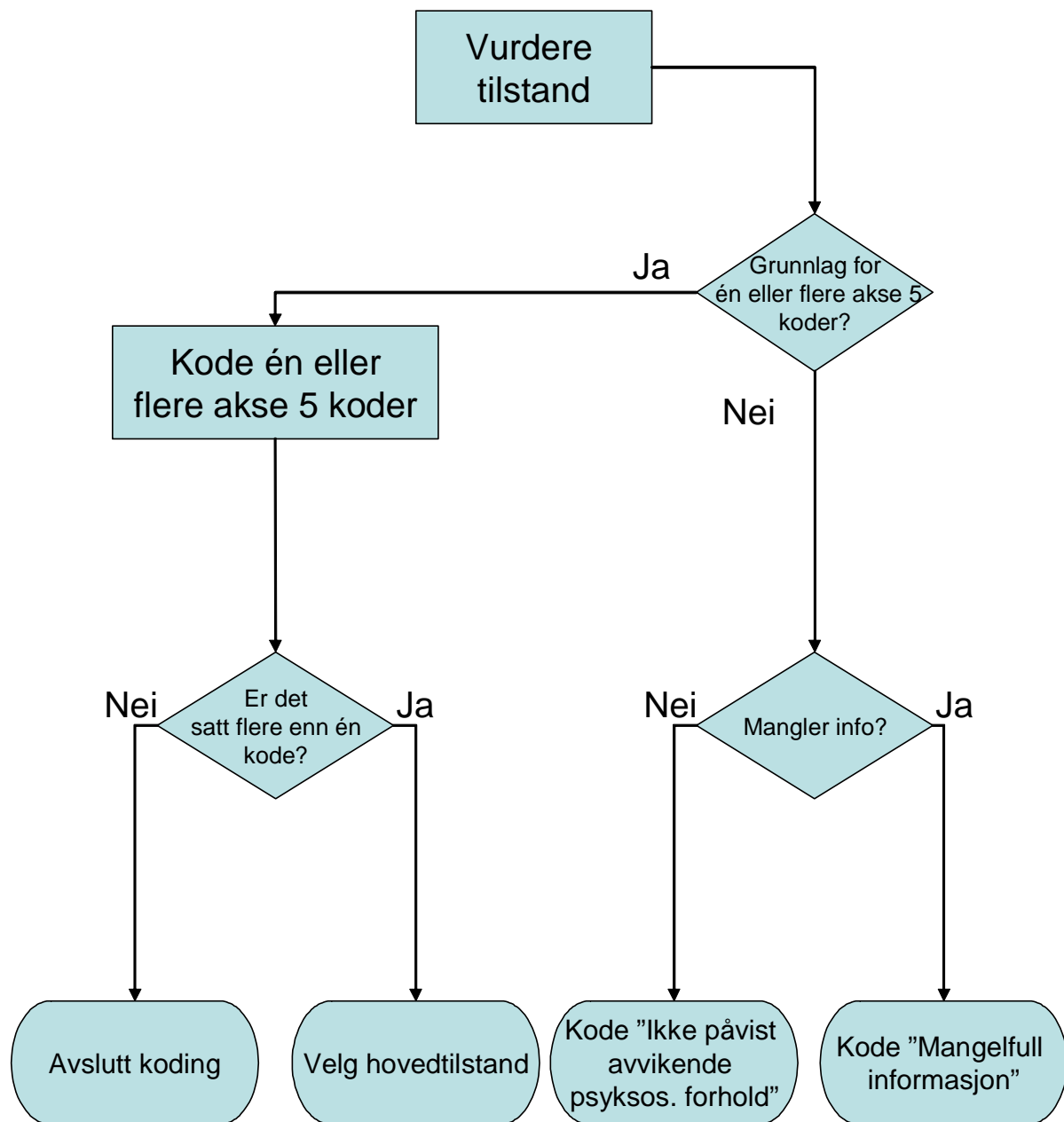
Se koderegister for akse 5 på <http://www.kith.no/bup>.

5.5.2. Regler for koding på akse 5

Flere koder kan kodes på Akse 5 (komorbiditet) for samme behandlingsepisode (jfr. avsnitt om flere tilstander i kapittel 6.2). Hvis ingen av kodene fra 1.0 til 9.8 er relevante, skal man kode enten 5-000 ("Ikke påvist avvikende psykososiale forhold") eller 5-999 ("Mangelfull informasjon for å kode akse 5").

Se for øvrig egen publikasjon for definisjoner og diagnostiske retningslinjer for Akse 5 ([6]).

5.5.3. Flytskjema for koding på akse 5



5.5.4. Skåringsperiode

Man skal generelt kode for den siste 6 måneders perioden forut for vurderingen finner sted. Men dette skal gjøres med en viss fleksibilitet slik at viktige forhold som er av betydning for behandlingen tas med selv om de er lenger tilbake enn dette (se innledningen til Akse 5 [6]).

5.6. Akse 6 - Global vurdering av funksjonsnivå (CGAS)

Fra 1.1.2008 skal skalaen Children's Global Assessment Scale (CGAS, se [1]) benyttes for koding på akse 6. Den tidligere brukte skalaen Global Assessment of Psychosocial Disability (GAPD) utgår og skal ikke lenger benyttes.

5.6.1. Gyldige koder på akse 6

Et heltall mellom 1 og 100

6-000 Ikke bedømt på akse 6 pga. alder under 4 år.

6-999 Mangelfull informasjon for å kode akse 6.

5.6.2. Regler for koding på akse 6

Som kode skal man velge ett (og bare ett) tall fra 1 til 100. Vurderingen skal gjelde perioden forut for oppstart av behandlingsepisoden. Hvis man mangler informasjon til å bedømme funksjonsnivå, skal kode 6-999 benyttes. Hvis barnet er under 4 år, skal kode 6-000 benyttes.

Spesifikk informasjon om CGAS finnes i kapittel 5.6.5.

5.6.3. Skåringsperiode

Man skal kode for den siste måneden forut for kontakten eller starten av behandlingsepisoden. Det laveste funksjonsnivået som har vært til stede i denne perioden kodes.

5.6.4. Koding av forløp

CGAS kan registreres flere ganger i løpet av en behandlingsepisode. For koding i det multiaksiale klassifikasjonssystemet skal det kun skåres på ett tidspunkt - i starten av aktuell episode.

5.6.5. Spesifikke retningslinjer for koding på akse 6 – CGAS

Skår personens dårligste, generelle funksjonsnivå for den angitte tidsperioden ved å velge laveste nivå som beskriver hans eller hennes funksjon på et hypotetisk kontinuum av helse /sykdom. Bruk mellomliggende tall når det passer (for eksempel 35, 58, 62). Det er den faktiske funksjonsevne som skal skåres, uten hensyn til behandling eller prognose. Atferdseksemplene tjener kun til illustrasjonsformål; de behøver ikke å foreligge som grunnlag for en gitt skåre.

Tidsperiode: 1 måned.

100-91 Utmerket funksjon på alle områder (hjemme, på skolen og med venner); engasjert i et bredt spekter av aktiviteter og har mange interesser (for eksempel har hobbyer eller deltar i aktiviteter utenom skolen eller tilhører en organisert gruppe som speideren etc.); likendes, tillitsfull; "dagligdagse" bekymringer tar aldri overhånd; gjør det godt på skolen; ingen symptomer.

90-81 God funksjon på alle områder; trygg i familie, skole og med venner; det kan være forbigående vansker og "dagligdagse" bekymringer som av og til tar overhånd (for eksempel lett angst forbundet med en viktig eksamen, hendelige "utblåsninger" overfor søsken, foreldre eller venner).

80-71 Lett forstyrrelse av funksjonen hjemme, på skolen eller blant venner; noe forstyrrelse av atferd eller følelsesmessig lidelse kan forekomme som svar på livsbelastninger (for eksempel foreldreseparasjon, dødsfall, fødsel av søsken), men disse er korte og påvirkning av funksjonen er forbigående; slike barn er bare minimalt forstyrrende for andre og blir ikke betraktet som avvikende av dem som kjenner dem.

70-61 Noe vansker på et enkelt område, men fungerer generelt temmelig bra (for eksempel sporadisk eller isolert antisosiale handlinger slik som av og til skoleskulk eller småtyveri; vedvarende mindre vanskeligheter med skolearbeidet; stemningsforandringer av kort varighet; frykt eller angst som ikke fører til alvorligere unngåelsesatferd eller tvil på seg selv). Har noe meningsfylte mellommenneskelige relasjoner; de fleste mennesker som ikke kjenner barnet godt vil ikke se på ham eller henne som avvikende, men de som kjenner ham/henne godt kan uttrykke bekymring.

60-51 Variabel funksjon med sporadiske vansker eller symptomer på flere, men ikke alle sosiale områder; forstyrrelsen er synlig for de som møter barnet i en dysfunksjonell sammenheng eller tidsperiode, men ikke for dem som ser barnet i annen sammenheng.

50-41 Moderat påvirket funksjon på de fleste sosiale områder eller alvorlig forstyrrelse av funksjon på ett område, kan opptre på bakgrunn av for eksempel suicidal opptatthet eller grubling, skolenekting eller andre former for angst, tvangsmessige ritualer, alvorlige konversjonssymptomer, hyppige angstanfall, dårlig eller upassende sosiale ferdigheter, hyppige episoder av aggressiv eller annen antisosial atferd med noen meningsfylte sosiale relasjoner bevart.

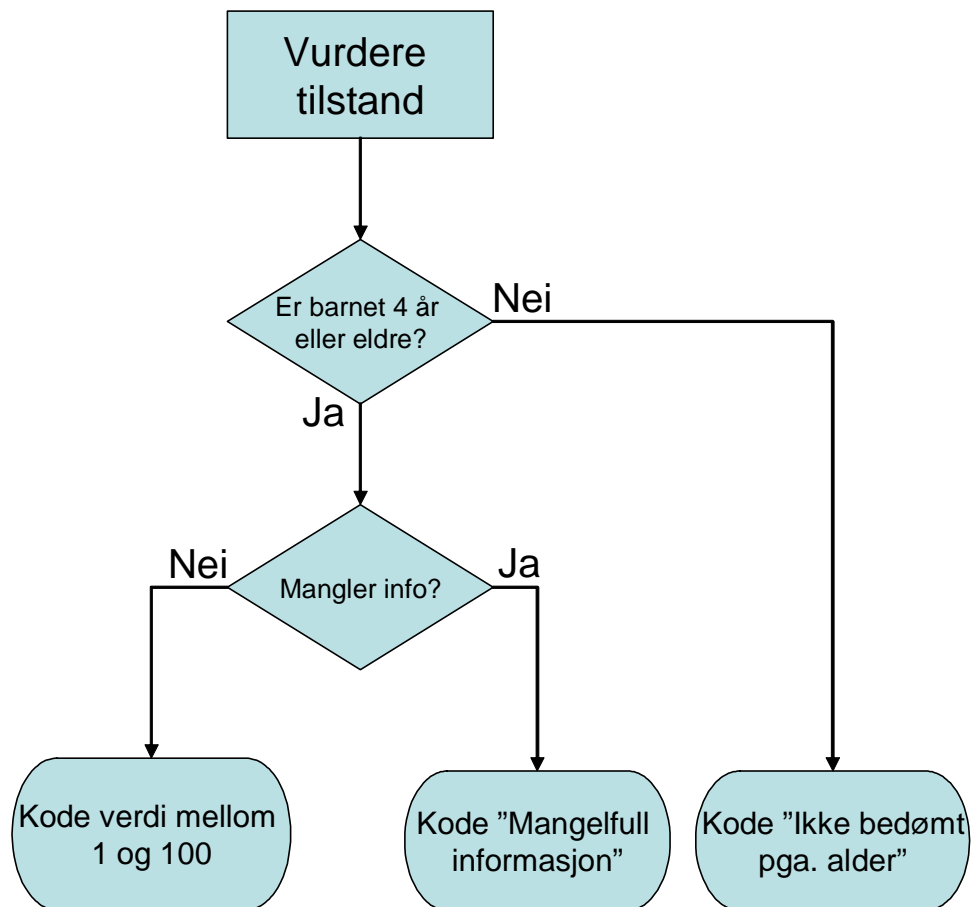
40-31 Alvorlig svekket funksjon på flere områder. Ute av stand til å fungere på ett av disse områder, dvs. forstyrret hjemme, på skolen, med venner eller i samfunnet for eksempel vedvarende aggresjon uten klar bakgrunn; markert tilbaketrekning eller isolasjon på grunn av stemnings- eller tankeforstyrrelse, suicidalforsøk med klar dødelig intensjon; slike barn trenger sannsynligvis spesialskole og/eller hospitalisering eller å bli tatt ut av skolen. (Dette er imidlertid ikke tilstrekkelig kriterium for å inkluderes i denne kategorien).

30-21 Ute av stand til å fungere på nesten alle områder, for eksempel oppholder seg i hjemmet, på avdelingen, eller i sengen hele dagen uten å ta del i sosiale aktiviteter eller alvorlig forstyrrelse i virkelighetstesting eller alvorlig forstyrrelse i kommunikasjon (for eksempel av og til usammenhengende eller upassende tale).

20-11 Trenger betydelig tilsyn og omsorg for å hindre skade av andre eller seg selv (for eksempel ofte voldsom, gjentatte suicidalforsøk) eller for å ivareta personlig hygiene, eller alvorlig forstyrrelse av alle former for kommunikasjon, for eksempel alvorlig avvik i verbal eller nonverbal kommunikasjon, markert sosial reserverthet, stupor, etc.

10-1 Trenger konstant tilsyn (24 timers omsorg) på grunn av alvorlig aggressiv eller selvdestruktiv atferd eller grov forstyrrelse i virkelighetsoppfatning, kommunikasjon, erkjennelse, følelser eller personlig hygiene.

5.6.6. Flytskjema for koding på akse 6



6. Spesielle regler

I noen tilfeller gjelder spesielle regler for koding. Disse blir gjennomgått nedenfor.

6.1. *Dersom det ikke settes F-kode på noen av aksene 1, 2 og 3*

Dersom det ikke settes F-kode på noen av de tre første aksene skal det kodes R- eller Z-kode på akse 1, jf. innledningen til kapittel 5. Dette er bestemt for å kunne begrunne hvorfor kontakten med BUP fant sted, utover det man i tillegg koder på akse 4, 5 eller 6. Unntak fra denne regelen aksepteres imidlertid hvis barnet aldri har møtt (se kapittel 6.7).

6.2. *Flere tilstander på samme akse*

I de tilfeller der en konsultasjon eller behandling gjelder flere tilstander på samme akse, er det spesielle regler som skal følges:

6.2.1. Hvilken tilstand er hovedtilstand?

- Den tilstanden som er hovedårsaken til at pasienten trenger behandling eller undersøkelse (som er klart mest alvorlig) skal føres opp som hovedtilstand.
- Hvis mer enn én tilstand kan betraktes som hovedtilstand, skal den (for klinikken) mest ressurskrevende tilstanden velges.
- Hva som var hovedtilstand og hvilke andre tilstander som skal kodes, bedømmes endelig ved slutten av en episode.

6.2.2. Hva skal til for at andre tilstander på samme akse skal kodes?

- I tillegg til hovedtilstanden skal man ta med alle andre tilstander eller problemer som ble håndtert eller som det måtte tas hensyn til i løpet av behandlingsepisoden.
- Det kan være tilstander som eksisterer samtidig med hovedtilstanden, eller som utvikler seg i løpet av behandlingsepisoden, og som får konsekvenser for undersøkelser eller behandling.
- Andre tilstander pasienten har (som for eksempel var aktuelle i tidligere behandlingsepisoder), men som ikke har slike konsekvenser under den aktuelle behandlingsepisoden, skal ikke tas med.

6.3. Parkoding – koding av selvskading og suicidalforsøk

Det er obligatorisk å kode fra begge kapitlene:

- XIX ”Skader, forgiftninger og visse andre konsekvenser av ytre årsaker” (S- og T-koder)
- XX ”Ytre årsaker til sykdommer, skader og dødsfall” (V-, W-, X- og Y-koder).

Det betyr at hvis det benyttes kode fra det ene kapitlet skal det også benyttes kode fra det andre kapitlet, såkalt ”parkoding”.

Disse skal kodes på Akse 4 (Somatiske tilstander) og koden fra kapittel XIX skal alltid være hovedtilstand av de to og stå foran koden fra kapittel XX. Det skal legges til tegn for skadested og aktivitet ved bruk av koder fra kapittel XX (jfr. ICD-10).

Disse kapitlene skal brukes i BUP bl.a. for å kode ”Villet egenskade” (X6n). Selve skaden skal kodes fra kapittel XIX og årsaken skal angis som X6n ”Villet egenskade”. Det skal imidlertid ved ”Villet egenskade” bare registreres skadested, og ikke den skaddes aktivitet.

Se opplæringshefte ICD-10 for nærmere kodepraksis.

6.4. Sverd og stjerne

Dette gjelder der man både skal kode sykdommens manifestasjon og dens årsak. Da benyttes sverdtegn for obligatorisk koding av årsak og stjernetegn for frivillig koding av manifestasjon. Det er kun årsakskoden som er obligatorisk. Dette er i liten grad aktuelt i BUP, og bare aktuelt på akse 4. Se opplæringshefte ICD-10 for eksempler på bruk av sverd og stjerne.

6.5. Psykiske lidelser som kompliserer svangerskap, fødsel og barseltid

Psykisk lidelse som kompliserer svangerskap, fødsel eller barseltid skal tydeliggjøres i kodingen. I BUP er dette i praksis aktuelt for unge kvinner under 18 år som er i svangerskap, fødsel eller barseltid. Hvis det for dem settes en F-kode på Akse 1, 2 eller 3 – så skal koden O99.3 ”Psykiske lidelser og sykdommer i nervesystemet som kompliserer svangerskap, fødsel og barseltid” settes på Akse 4.

Dette gjelder uansett om man mener at svangerskap, fødsel eller barsel har betydning for utviklingen av de psykiske symptomene eller ikke.

Unntak for dette er postnatal depresjon (F53.0) eller puerperalpsykose (F53.1). O-koden skal ikke settes siden det likevel framkommer at det er snakk om tid etter fødsel.

6.6. Bruk av R- og Z-koder

Generelt skal man være tilbakeholdende med å bruke R- og Z-koder.

R-kodene i kapittel XVIII "Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn, ikke klassifisert annet sted" er fordelt på akse 1 og 4.

Z-kodene i kapittel XXI "Faktorer som har betydning for helsetilstand og kontakt med helsetjenesten" er fordelt på akse 1 og 4 (etter at Z-kodene til akse 5 er plukket ut), eller fjernet.

På akse 1 skal aktuelle R- eller Z-koder brukes hvis det ikke kodes F-kode på aksene 1, 2 eller 3. Aktuelle R- eller Z-koder kan kodes hvis koden supplerer F-koden(e).

På akse 4 skal aktuelle R- eller Z-koder brukes hvis det ikke kodes annen gyldig ICD-10 kode på aksene 1-4 eller hvis koden supplerer slik koding på aksene 1-4.

De aktuelle kodene fra andre kapitler i ICD-10 har forrang som hovedtilstand og R-koder har forrang framfor Z-koder som hovedtilstand. Aktuell Z-kode kan bare være hovedtilstand hvis det ikke foreligger kode med annen bokstav på samme akse. Videre kan R-kode bare være hovedtilstand hvis det ikke foreligger kode med annen bokstav enn R eller Z på samme akse.

Av R-koden(e) velges den som gir det mest presise bildet av tilstanden. Hvis det ikke er aktuelle R-koder, velges den Z-koden som angir årsaken til kontakt der hvor personen ikke er syk. Eksempler på tilfeller der dette er aktuelt er kontroll av tidligere behandlede tilstander, forebyggende tiltak, undersøkelse av frisk person, f.eks. med henblikk på forsikring, skole, utdanning/arbeidsliv, helserådgivning eller konsultasjon på vegne av en tredje part.

De Z-kodene som er brukt til koding på akse 5 (avvikende psykososiale forhold) er tatt ut av de gyldige Z-kodene for akse 1 og 4.

6.7. Koding hvis barnet ikke møter

Det hender at barn som er henvist til BUP ikke møter til konsultasjon. I noen av disse tilfellene kan foresatte ha vært til konsultasjon og fått rådgivning/veiledning vedrørende barnet. Koding på de 6 aksene skal beskrive barnets tilstand og hovedregelen i ICD-10 er at kodingen skal gjelde den som møter for å få helsehjelp. Hvis barnet ikke møter skal kodingen likevel gjelde barnet, men kodingen skal begrenses til bruk av følgende koder:

Akse 1: Adekvat Z-kode eller koden "Mangelfull informasjon" skal benyttes.

Akse 2: Koden "Mangelfull informasjon" skal benyttes.

Akse 3: Koden "Mangelfull informasjon" skal benyttes.

Akse 4: Adekvat Z-kode eller koden "Mangelfull informasjon" skal benyttes.

Akse 5: Kodes på vanlig måte dersom man vurderer at informasjonen man har er god nok.

Akse 6: Koden "Mangelfull informasjon" skal benyttes.

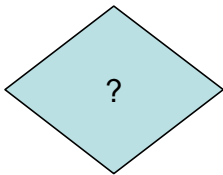
7. Referanser

- [1] Shaffer, D., Gould, M. S., Brasic, J., Ambrosini, P., Fisher, P., Bird, H., & Aluwahlia, S. 1983, "A children's global assessment scale (CGAS)", *Archives of General Psychiatry*, vol. 40, no. 11, pp. 1228-1231.
- [2] The ICD-10 classification of Mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research. World Health Organization 1993.
- [3] Multiaxial classification of child and adolescent psychiatric disorders. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders in children and adolescents. Cambridge University Press. World Health Organization 1996?
- [4] ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser: Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer. WHO/Gyldendal Akademisk 2000.
- [5] ICD-10 Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer 10. revisjon, Norsk utgave 2005, Sosial- og helsedirektoratet.
- [6] Multiaksial klassifikasjon i psykisk helsevern for barn og unge (BUP). Akse 5 - Avvikende psykososiale forhold - inkludert definisjoner og diagnostiske retningslinjer. Sosial- og helsedirektoratet, 2007.

Vedlegg 1: Forklaring på symboler i flytdiagrammene



Gjøre noe og fortsette



Ta en beslutning



Gjøre noe og avslutte



Pil peker på neste handling

Vedlegg 2: Z-koder uaktuelle innen BUP

Følgende Z-koder fra ICD-10⁵ kan ikke kodes på akse 4 fordi de er uaktuelle innen BUP:

- Z370-Z379 Resultat av forløsning
- Z380-Z388 Levendefødte barn etter fødested
- Z390-Z392 Pleie og undersøkelse av mor etter fødsel
- Z400-Z409 Forebyggende kirurgi
- Z410-Z413 Kontakt med helsetjenesten for annet formål enn å bedre helsetilstanden (hårtransplantasjon, plastisk kirurgi, mm)
- Z420-Z429 Kontakt med helsetjenesten for etterbehandling som omfatter plastisk kirurgi

⁵ Koder og tekster er tatt fra norsk versjon av ICD-10 for 2006.

Vedlegg 3: Z-koder tett opp til BUPs problemfelt

Følgende Z-koder fra ICD-10⁶ kan ikke kodes på akse 4 fordi de er tett opp til BUPs problemfelt og andre koder skal benyttes:

- Z504 Psykoterapi, ikke klassifisert annet sted
- Z543 Rekonvalesens etter psykoterapi
- Z552 Stryk til eksamen, opptaksprøve o.l.
- Z553 Prestasjoner under det forventede i skolen
- Z559 Uspes. problem tilkn. utdanning og lese- og skriveferdighet
- Z659 Problem i forbindelse med uspesifisert psykososialt forhold
- Z709 Uspesifisert rådgivning i seksuelle spørsmål
- Z714 Rådgivning og tilsyn ved alkoholmisbruk
- Z715 Rådgivning og tilsyn ved legemiddelmisbruk
- Z716 Rådgivning ved tobakksmisbruk⁷
- Z729 Kontakt med helsetjenesten på grunn av problemer i forbindelse med uspesifisert problem i forbindelse med levevaner
- Z730 Utbrenthet
- Z731 Fremheving av personlighetstrekk
- Z732 Mangel på avslapning og fritid
- Z733 Stress, ikke klassifisert annet sted
- Z734 Mangelfulle sosiale ferdigheter IKAS
- Z735 Konflikt mellom sosiale roller IKAS
- Z736 Begrensning i aktiviteter grunnet uførhet
- Z738 Annet spesifisert problem med håndtering av tilværelsen
- Z739 Uspesifisert problem med håndtering av tilværelsen

⁶ Koder og tekster er tatt fra norsk versjon av ICD-10 for 2006.

⁷ Z714, Z715 og Z716 bør kodes for misbruket.

Vedlegg 4: Overgangstabell akse 5 koder og Z-koder

Akse 5 kode	Akse 5 kodetekst	Z-kode
1.0	Manglende varme i foreldre-barn relasjonene	Z624
1.1	Disharmoni mellom voksne i familien	Z638
1.2	Fiendtlighet mot eller syndebukkgjøring av barnet	Z623
1.3	Fysisk barnemishandling	Z616
1.4	Seksuelle overgrep (innen familien)	Z614
1.8	Annen type avvikende relasjon(er) innen familien	
2.0	Forelder psykisk syk/avvikende	Z810, Z811, Z812, Z813, Z814, Z818
2.1	Forelder funksjonshemmet/ufør	Z810, Z811, Z812, Z813, Z814, Z818
2.2	Psykisk eller fysisk funksjonshemmet søsken	Z810, Z811, Z812, Z813, Z814, Z818
2.8	Annet medlem i barnets husstand psykisk eller fysisk funksjonshemmet	Z810, Z811, Z812, Z813, Z814, Z818
3	Inadekvat eller forstyrret kommunikasjon innen familien	Z638
4.0	Overbeskyttende foreldre	Z621
4.1	Inadekvat foreldretilsyn/-kontroll	Z620
4.2	Manglende viktige erfaringer - understimulering	Z625
4.3	Utilbørlig press fra foreldrene	Z626
4.8	Annet avvikende ved oppdragelsen	Z628, Z629
5.0	Oppvekst i institusjon	Z593, Z622
5.1	Avvikende foreldresituasjon	Z601
5.2	Isolert familie	Z604
5.3	Levekår som kan føre til en risikofylt psykososial situasjon	Z550, Z551, Z590, Z591, Z592, Z594, Z595, Z596, Z597, Z598, Z599, Z602, Z658
5.8	Annet avvikende nærmiljø	Z630, Z631, Z632, Z636, Z637, Z638, Z639

6.0	Tap av nære følelsesmessige relasjoner	Z610, Z633, Z634, Z635
6.1	Fjerning fra hjemmet som medfører en betydelig belastning/påkjenning	Z611
6.2	Negativ forandring av familiesammensetningen	Z612
6.3	Hendelser som fører til tap av selvfølelse	Z613
6.4	Seksuelle overgrep (utenfor familien)	Z615
6.5	Personlige skremmende erfaringer	Z617
6.5	Personlige skremmende erfaringer	Z654
6.5	Personlige skremmende erfaringer	Z655
6.8	Andre akutte livshendelser	Z618, Z619, Z652
7.0	Forfølgelse eller negativ diskriminering	Z604, Z605
7.1	Flytting eller sosial omplassering	Z603
7.8	Andre samfunnsmessige belastningsfaktorer	Z608, Z609
8.0	Disharmoniske relasjoner med jevnaldrende	Z554, Z564
8.1	Lærere eller arbeidsledere som gjør barnet til syndebukk	Z554, Z564
8.2	Uro i skole/arbeidsmiljøet	Z558, Z566, Z567
8.8	Andre kroniske mellommenneskelige belastninger forbundet med skole/arbeid	
9.0	Oppvekst i institusjon (pga barnets egen forstyrrelse)	Z593
9.1	Fjerning fra hjemmet (pga barnets egen forstyrrelse) som medfører en betydelig belastning/påkjenning	Z651, Z653, Z650, Z611
9.2	Hendelser (pga barnets egen atferd) som fører til tap av selvfølelse	Z613
9.8	Andre belastende hendelser/forhold som er resultat av barnets forstyrrelse	