

# Ett år inn i koronapandemien

IVARETAKELSE AV SPESIALISTHELSETJENESTENS SØRGE-FOR-ANSVAR



**Interregionalt pandemiprojekt**

Prosjektgruppe	Marte Bale, Eirik Holand, Linda Midttun, Nicolai Møkleby, Siv Mørkved, Petra Pohl, Lars Rønning, Eva Stensland, Kjetil Telle og Barthold Vonen
Analysegruppe	Ina Heiberg, Lars Rønning, Linda Midttun, Kjartan K. Osmundsen, Asgeir Winge, Hanne Sigrun Byhring, Tove Johansen, Janice Shu, Matias Hana og Anders Tømmerås
Prosjektstøtte	Olav Helge Førde, Bård Uleberg
Oppdragsgiver	Fagdirektørene i de regionale helseforetak
Gradering	Åpen
Dato	April 2021
Versjon	1.1

**ISBN: 978-82-93141-48-8**

# Sammendrag

Fagdirektørene i de regionale helseforetakene besluttet 8. juni 2020 å gjennomføre et interregionalt samarbeidsprosjekt for å beskrive, analysere og vurdere endringer og ulikhet under covid-19-pandemien sammenlignet med perioder med ordinær drift.

Analysearbeidet ble organisert i et samarbeidsprosjekt mellom analysemiljø i de fire RHF-ene ledet av SKDE i Helse Nord. Den første rapporten ble overlevert fagdirektørene 3. november 2020. Her presenteres den andre rapporten fra dette samarbeidet. Analysene er basert på komplette pasientidentifiserende data for hele 2020, herunder også opplysninger om virksomheten hos avtalespesialister.

## **Psykiatri og rusbehandling**

Både aktiviteten og antall nyhenviste i barne- og ungdomspsykiatrien økte i pandemien. Økningen i aktivitet var størst for jenter i alderen 12-18, men vi fant også en økning for de yngste (0-5 år). I forrige rapport, som omhandlet perioden mars-september 2020, fant vi ingen betydelig endring i bruk av psykiatrisk spesialisthelsetjeneste for alvorlig psykisk syke. Når vi nå ser hele året under ett finner vi at denne gruppen fikk redusert sin bruk av tjenester relativt til 2019, særlig når det gjelder øyeblikkelig hjelp i poliklinikk/dagbehandling.

## **Utvalgte somatiske tjenester**

Antall somatiske akuttinnleggelser ble redusert med 10 % i pandemiåret, den største nedgangen kom i første fase av pandemien. En vesentlig del av denne reduksjonen kan sannsynligvis forklares av generelt lavere forekomst av luftveisinfeksjoner. Antall akuttinnleggelser for hjerteinfarkt ble redusert med 9 %, med større nedgang i Helse Sør-Øst og Helse Vest enn i andre regioner.

Etter den første fasen av pandemien ble kreftbehandlingen normalisert. Det er imidlertid en liten reduksjon i nydiagnostisert kreft, med en mer tydelig nedgang for gynekologisk kreft (-15 %), brystkreft (-11 %) og hematologisk kreft (-11 %).

De fleste kronisk syke reduserte bruken av somatiske helsetjenester i 2020. Reduksjonen var større for elektiv virksomhet enn for akuttbehandling. Noe av reduksjonen kan være relatert til redusert behov for tjenester på grunn av lavere forekomst av infeksjonssykdommer. Reduksjonen i elektiv virksomhet fortjener spesiell oppmerksomhet når etterslepet skal kompenseres.

---

### **Tjenester med usikker helsegevinst**

Med unntak av perioden 12. mars til 15. april var det for landet sett under ett, ingen vesentlig reduksjon i bruken av tjenester med usikker helsegevinst slik de er definert i «Revurderingsprosjektet». Det er overraskende at den samlede aktiviteten ikke går mer ned i 2020. Dette kunne vært en anledning til en sterkere styring av disse fagområdene slik det nå signaliseres fra beslutningsforum.

### **Omfang og håndtering av redusert kapasitet**

Nasjonalt har vi sett en økning i antall ventende på litt over to prosent i 2021 i forhold til 2019, men forskjellene mellom regionene er store. I Helse Nord har man sett en økning i antall ventende på 20 %, mens i Helse Sør-Øst har vi sett en nedgang på 3,6 %. Gjennomsnittlig ventetid har likevel ikke økt betydelig. Helse Nord har i snitt hatt flere ventende til BUP enn de andre regionene i flere år (2018-2021). I løpet av pandemien har alle regionene fått økt antall ventende der Helse Nord i mars 2021 har størst økning med over 40 % av 2018-nivået, mens Helse Vest har minst økning og ligger 11 % over 2018-nivå.

### **Erfaringer fra pandemiens første år**

Som i vår første rapport valgte Koronakommisjonen å peke på behovet for et bredere nasjonalt plangrunnlag for unntakstilstander av den typen vi har opplevd i spesialisthelsetjenesten det siste året. Resultatene som er presentert i denne rapporten styrker grunnlaget for å etterlyse et nasjonalt planverk og felles retningslinjer for å sikre likeverdig pasientbehandling uavhengig av bl.a. bosted, diagnose og personlig økonomi.

Ett år inn i pandemien ser vi tydelige tegn på at sårbare grupper har økt behov for spesialisthelsetjenester innen psykiatri og rus. I hvilken grad spesialisthelsetjenesten evner å ivareta disse gruppene i tiden fremover vil avhenge både av behovet, som igjen kan være påvirket av lokale smitteverntiltak, og hvilke ressurser som er tilgjengelig. Dersom tilgjengelige ressurser allerede er knappe, vil selv en liten økning i behovet for hjelp kunne være svært krevende å håndtere.

I rapporten «Analyser av krisescenarier 2019» ble pandemi vurdert som ett av scenariene med høy sannsynlighet. Risikobildet som tegnes i rapporten er ikke nødvendigvis mye forandret siden 2019. Norsk helsevesen må fortsatt være forberedt på å kunne håndtere en (ny) pandemi i årene som kommer. Dette innebærer blant annet at bemanningssituasjonen i helseforetakene må være tilstrekkelig robust til at man kan tåle en krise. Det er imidlertid grunn til å reise spørsmål ved om bemanningssituasjonen i Helse Nord med avhengigheten av tilreisende fagpersonell, er tilstrekkelig robust til å kunne håndtere fremtidige kriser på en god måte.

# Innhold

<b>1</b>	<b>Introduksjon</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Covid-19-belastning og bemanning</b>	<b>6</b>
2.1	Covid-19-belastning i helseforetakene . . . . .	6
2.2	Bemanning og ressursutfordringer . . . . .	7
<b>3</b>	<b>Diskusjon</b>	<b>9</b>
3.1	Hovedfunn . . . . .	9
3.2	Ivaretagelse av «sørge-for-ansvaret» . . . . .	11
3.2.1	Skjerming av prioriterte pasientgrupper . . . . .	11
3.2.2	Geografisk variasjon i aktivitetsutvikling i pandemiens første år . . . . .	14
3.3	Bruk av telefon- og videokonsultasjoner i somatikken . . . . .	15
3.4	Erfaringer fra pandemiens første år . . . . .	15
<b>4</b>	<b>Psykisk helsevern og rusbehandling</b>	<b>18</b>
4.1	Metode og datagrunnlag . . . . .	18
4.1.1	Datakilder . . . . .	18
4.1.2	Definisjon pasientgrupper . . . . .	18
4.2	Problemstillinger og bakgrunn . . . . .	19
4.3	Resultater . . . . .	20
4.3.1	Aktivitet i psykisk helsevern og TSB . . . . .	20
4.3.2	Geografiske forskjeller i aktivitetsutviklingen . . . . .	21
4.3.3	Behandlingsvarighet . . . . .	25
4.3.4	E-konsultasjoner . . . . .	26
4.3.5	Pasientgruppers bruk av tjenestene . . . . .	29
4.4	Oppsummering . . . . .	33
<b>5</b>	<b>Bruk av utvalgte somatiske helsetjenester</b>	<b>36</b>
5.1	Introduksjon . . . . .	36
5.2	Datakilder og metode . . . . .	37
5.3	Somatiske akuttinnleggelser . . . . .	38
5.4	Hjerte-/karbehandling . . . . .	39
5.4.1	Hjerteinfarkt, angiografi og revaskularisering . . . . .	39
5.4.2	Hjertesvikt . . . . .	41
5.4.3	Hjerterytmeforstyrrelser . . . . .	42
5.4.4	Hjerneslag og rehabilitering etter hjerneslag . . . . .	43
5.4.5	Drøfting hovedfunn hjerte-/karbehandling . . . . .	45

5.5	Kreftbehandling . . . . .	46
5.5.1	Tilfang av nye kreftpasienter . . . . .	46
5.5.2	Kreftbehandling . . . . .	46
5.5.3	Drøfting hovedfunn kreft . . . . .	49
5.6	Kronikerbehandling . . . . .	51
5.6.1	Døgnbehandling kronikere . . . . .	52
5.6.2	Poliklinisk behandling kronikere . . . . .	53
5.6.3	Endring i utvalgte prosedyrer for kronikere . . . . .	54
5.6.4	Drøfting hovedfunn kronikerbehandling . . . . .	55
5.7	Protesekirurgi . . . . .	57
5.7.1	Primære hofte- og kneproteser . . . . .	57
5.7.2	Drøfting hovedfunn protesekirurgi . . . . .	59
5.8	Har lang reisetid til sykehus hatt betydning for bruk av spesialisthelsetjenester?	60
5.9	Oppsummering hovedfunn . . . . .	61
<b>6</b>	<b>Tjenester med usikker helsegevinst</b>	<b>62</b>
6.1	Innledning/bakgrunn . . . . .	62
6.2	Data og metode . . . . .	62
6.3	Mulige effekter av pandemien . . . . .	63
6.4	Problemstillinger . . . . .	64
6.5	Resultater . . . . .	65
6.5.1	Overordnede funn . . . . .	65
6.5.2	Geografisk variasjon . . . . .	67
6.5.3	Variasjon mellom fagområder . . . . .	71
6.5.4	Pasientenes alder . . . . .	72
6.5.5	Har pasientatferd, henvisningspraksis og prioriteringen av aktivitet med diskutabel nytteverdi endret seg i løpet av 2020? . . . . .	73
6.6	Diskusjon . . . . .	75
<b>7</b>	<b>Omfang og håndtering av redusert kapasitet</b>	<b>76</b>
7.1	Datagrunnlag og analytisk metode . . . . .	76
7.2	Generell elektiv aktivitetsutvikling . . . . .	76
7.3	Antall nyhenviste . . . . .	78
7.4	Ventende . . . . .	83
7.5	Aktivitet somatikk . . . . .	89
7.6	Antall med passert planlagt tid . . . . .	89
7.7	Døgnaktivitet innen TSB . . . . .	93
7.7.1	Bakgrunn analyser TSB . . . . .	93
7.7.2	Problemstilling . . . . .	93
7.7.3	Resultater . . . . .	93
7.7.4	Oppsummering . . . . .	96
7.8	Oppsummering - omfang og håndtering av redusert kapasitet . . . . .	97
	<b>Vedlegg A Psykiatri og rusbehandling</b>	<b>100</b>
A.1	E-konsultasjoner, 2021 . . . . .	100
A.2	E-konsultasjoner, 2019 og 2020 . . . . .	100
	<b>Vedlegg B Bruk av utvalgte somatiske helsetjenester</b>	<b>101</b>
B.1	Tabeller og figurer . . . . .	101

# Kapittel 1

## Introduksjon

Fagdirektørene i de regionale helseforetakene besluttet 8. juni 2020 å gjennomføre et interregionalt samarbeidsprosjekt for å beskrive, analysere og vurdere endringer og ulikhet under covid-19-pandemien sammenlignet med perioder med ordinær drift. Analysearbeidet ble organisert i et samarbeidsprosjekt mellom analysemiljø i de fire RHF-ene ledet av SKDE i Helse Nord. Helse Vest RHF hadde hovedansvar for analyser av psykiatri og rusbehandling, Helse Nord RHF/SKDE hadde hovedansvar for analyser av nødvendige somatiske helsetjenester, Helse Midt-Norge RHF hadde hovedansvar for analyser av tjenester med usikker helsegevinst og Helse Sør-Øst RHF hadde hovedansvar for analyser av omfang og håndtering av nedtak av kapasitet. Den første rapporten ble overlevert fagdirektørene 3. november 2020.

Her presenteres den andre rapporten fra dette samarbeidet. Analysene er basert på komplette pasientidentifiserende data for hele 2020, herunder også opplysninger om virksomheten hos avtalespesialister. Det har også vært tilgang til foreløpige pasientidentifiserende opplysninger for perioden januar-mars 2021. Hvert delkapittel inneholder en kort beskrivelse av hvilke data som er brukt.

Med enkelte unntak har regionene hatt ansvar for analyser av de samme tema som i første rapport. Helse Sør-Øst RHF har i tillegg også gjort innledende analyser av HR data og gjort utvidede analyser av døgnbehandling innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Helse Nord RHF/SKDE har vurdert et utvalg av nødvendige helsetjenester innen hjerte-/karsykdommer og kreft. I tillegg er det også analysert behandling av enkelte grupper kronisk syke og protesekirurgi, samt betydning av reisetid til sykehus.

Rapporten er bygget opp med en kort redegjørelse for covid-19-belastningen og bemannings-situasjonen i helseforetakene, etterfulgt av en innledende oversikt over hovedfunn, deretter en vurdering av ivaretagelse av sørge-for ansvaret fulgt av enkeltrapportene fra hver region.

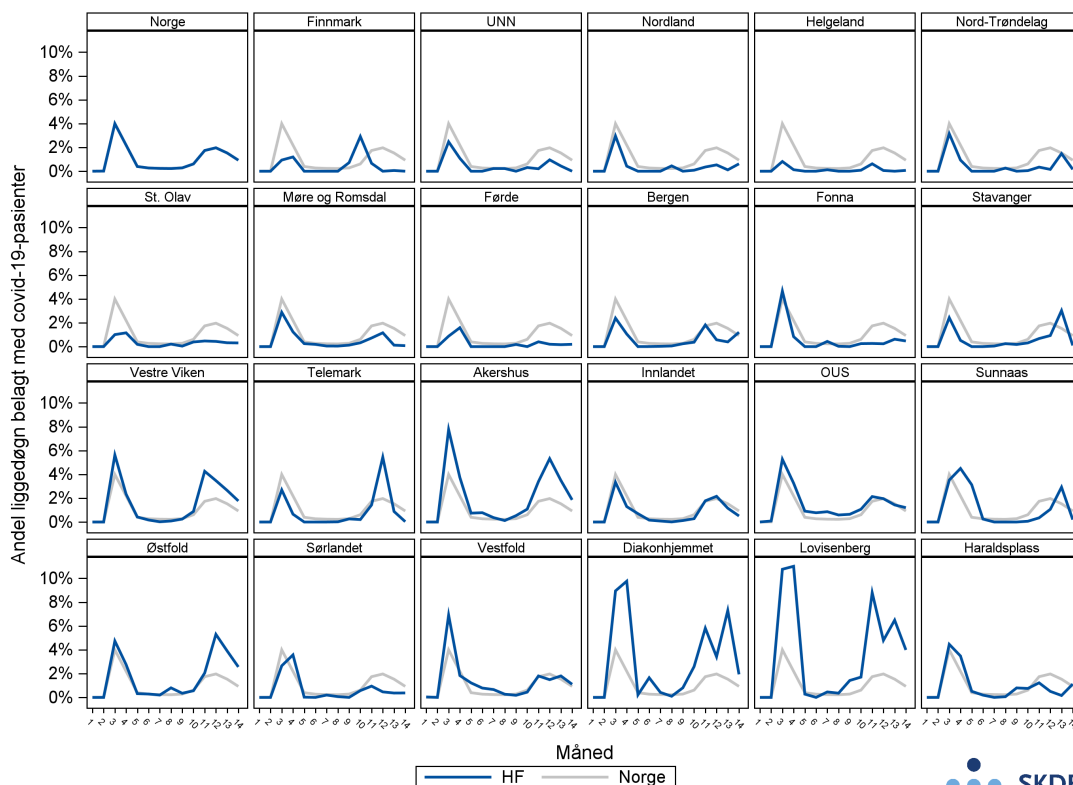
Datagrunnlaget er fra Norsk Pasientregister (NPR). Forfatterne er eneansvarlig for tolkning og presentasjon av de utleverte data. NPR har ikke ansvar for analyser eller tolkninger basert på de utleverte data.

## Kapittel 2

# Covid-19-belastning og bemanning

### 2.1 Covid-19-belastning i helseforetakene

Covid-19 pandemien har ikke vært like belastende i alle helseforetak siden Norge stengte ned 12. mars 2020. I figur 2.1 vises liggetiden for pasienter med covid-19 som en andel av den totale liggetiden for helseforetakene i perioden januar 2020 til og med februar 2021.



**Figur 2.1:** Liggetid med covid-19 som andel av total liggetid, fordelt på behandlende helseforetak. Grå linje er nasjonalt gjennomsnitt. For perioden januar 2020 - februar 2021 (2021 er måned 13 og 14 på horisontalaksen).

Total liggetidsbruk er utgangspunktet fordi informasjon om liggetid i intensivsenger ikke er



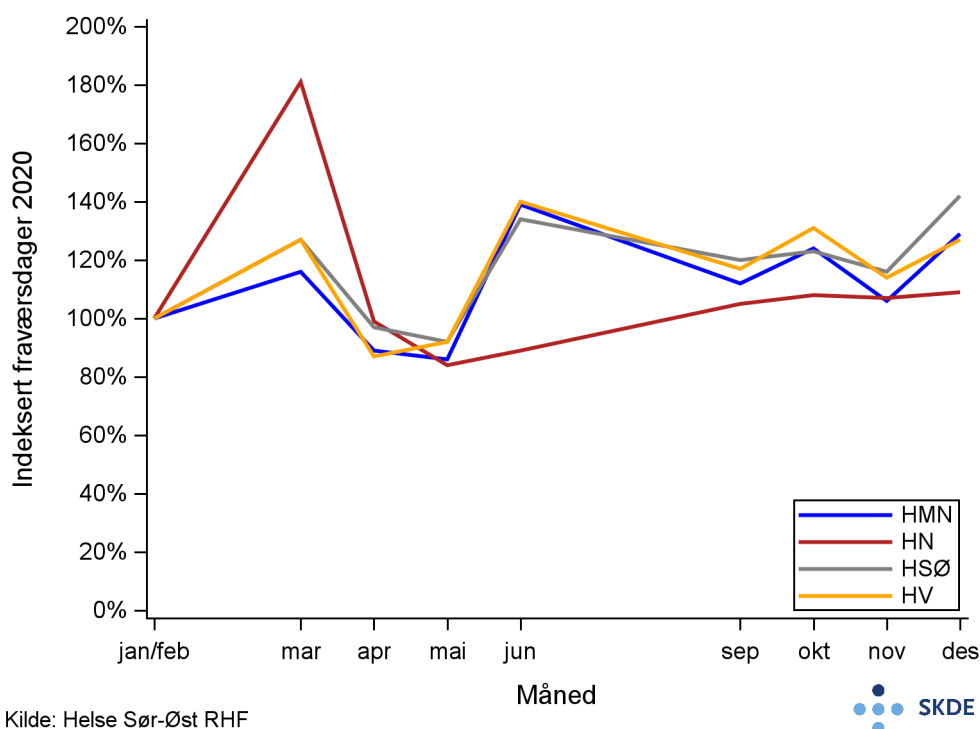
tilgjengelig. Det innebærer at covid-19-belastningen kan synes lav, men pandemien har medført et betydelig press på intensivressursene i enkelte foretak i perioder. Det innebærer også at figuren påvirkes av foretaksstørrelse, fordi de mindre foretakene kan få store utslag på tross av at det faktiske antall covid-pasienter kan være moderat.

I 2020 var andelen liggetid for covid-19-pasienter størst i overgangen mellom mars og april og ved andre og tredje bølge i perioden november til ut på nyåret for Norge sett under ett, jf. figur 2.1. Oversikten viser 2-3 tydelige innleggelsesbølger grunnet covid-19, med størst liggetidsbelastning i foretak i Helse Sør-Øst. Helseforetakene i Nord, Midt-Norge og Vest har stort sett hatt et sengebelegg for covid-19 pasienter noe under landsgjennomsnittet for hele perioden fra mars 2020 til og med februar 2021. Samlet sett har den største belastningen målt i liggedøgn vært i foretakene Diakonhjemmet, Lovisenberg, AHUS og Østfold. Ved andre smittebølge har også Finnmarksykehuset hatt en belastning større enn langsgjennomsnittet, mens Sykehuset Telemark, Vestre Viken og Østfold har hatt høy belastning både ved andre og tredje smittebølge.

## 2.2 Bemanning og ressursutfordringer

Pandemien har brakt med seg en del uforutsette utfordringer storsamfunnet har måttet håndtere, spesielt med hensyn til smittevernrestriksjoner og karantenebestemmelser. Eksempler på dette er innreiserestriksjoner som har redusert tilgang på utenlandsk arbeidskraft og behov for internopplæring av personell til nye faglige funksjoner som blant annet utvidet intensivkapasitet. Det har også vært opplevelser av knapphet på smittevernsutstyr.

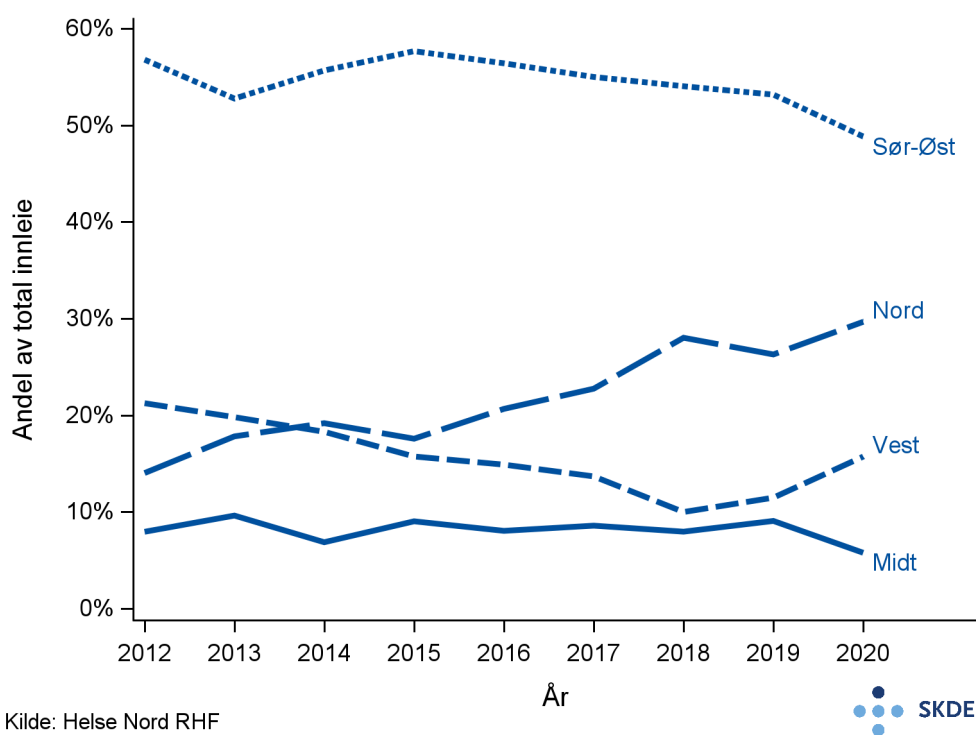
For noen av regionene var ressurs- og kompetansetilgang en utfordring allerede før pandemien kom, og disse utfordringene har blitt ekstra synlige det siste året.



**Figur 2.2:** Utvikling av fraværsdager (indeksert mot gjennomsnitt av jan./feb.) i 2020 for ansatte i pasientrettede stillinger.

I HR-tallene for alle regionene (figur 2.2) ser vi at det har vært et stort press på foretakene med tanke på et generelt høyere sykefravær i pandemiperioden. For Helse Sør-Øst ser vi en større økning i fravær gjennom året og i november/desember 2020 er fraværet på nærmere 40 % høyere enn samme periode i 2019. Helse Midt og Helse Vest har om lag samme utvikling. Helse Nord hadde en noe større økning i sykefravær i tilknytning til første fase av pandemien, og dette kan være litt av bakgrunnen for det relativt store aktivitetsnedtaket i regionen i denne fasen. Fra mai og ut året lå Helse Nord noe lavere enn de andre regionene. Økt fravær setter press på foretakene og har medført en stor økning i antall vakter med tilfeldig overtid og uforutsette vakter.

I Helse Nord opplevde man en lengre periode med høyt beredskapsnivå, behov for omplassering/opplæring av annet personell, tidvis mange i karantene og ekstra aktivitet for å ta ned voksende ventelister. Denne situasjonen var ikke enestående for Helse Nord, men kan ha bidratt til større utslag for regionen med tanke på at Helse Nord er mer avhengig av innleid arbeidskraft/vikarer enn de øvrige regionene.



**Figur 2.3:** Utvikling i bruk av innleie i de fire helseregionene, vist som andel av totalt timeantall med innleid arbeidskraft for hele landet, i perioden 2012-2020.

**Tabell 2.1:** Totalt antall timer (i tusen) innleie pr. år for perioden 2012-2020. Kilde: Helse Nord RHF.

År	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Antall	876	957	953	868	787	938	807	825	931

Figur 2.3 viser at det er Helse Sør-Øst som er største bruker av innleid arbeidskraft, men sett i forhold til befolkningsgrunnlaget er det Helse Nord som bruker langt flest timer med nærmere 30 % av den totale nasjonale andelen for 2020. Fra 2012 til 2020 ser vi mer enn en dobling av antall innleide timer per år i Helse Nord. Dette er et tydelig tegn på at regionen har store utfordringer med å sikre en stabil og bærekraftig bemanningssituasjon.

# Kapittel 3

## Diskusjon

### 3.1 Hovedfunn

#### Psykisk helsevern og rusbehandling

- Pasienter med alvorlige psykiske lidelser har redusert bruken av PHV sammenlignet med 2019, kun elektiv poliklinikk ble opprettholdt. Reduksjonen i antall kontakter var tydelig for øyeblikkelig hjelp i poliklinikk/dagbehandling der en lå på 70-80 % av 2019-nivå.
- Bruken av døgnopphold var redusert gjennom hele 2020, og var på det laveste i april nær 60 % av aktiviteten for tilsvarende måned i 2019 for elektive døgnopphold og 85 % for øyeblikkelig-hjelp-opphold.
- Økt bruk av telefon- og videokonsultasjoner førte til at poliklinisk kontakt/dagbehandling ble opprettholdt. I mars/april var det en stor økning (nærmere 400 %) i bruken av telefon- og videokonsultasjoner sammenlignet med månedene i forveien. I mai og utover sommeren reduserte antallet seg noe, men fremdeles var det over dobbelt så mange som månedene før pandemien.
- I PHV bidro telefon- og videokonsultasjoner til å opprettholde noe av øyeblikkelig-hjelp-kapasiteten.
- Både aktiviteten og antall nyhenviste i barne- og ungdomspsykiatrien økte under pandemien. Aktiviteten var høyere enn i 2019 i alle deler av landet. Økningen i aktivitet var størst for jenter i alderen 12-18, men det var også en økning for de yngste barna, 0-5 år. Fra juni 2020 så vi en 20 % økning i kontakter ut året for jenter 12-18 år, med enda større økning juni/juli og januar/februar/mars 2021. For barn 0-5 år var utviklingen lik, men ikke like tydelig (5-10 %) over 2019-tall.
- Den økte aktiviteten hos BUP sees i alle regionene fra og med mai 2020 og økningen ser ut til å fortsette i 2021.
- Det var en tydelig økning i bruk av tjenester innen TSB for menn 65 og eldre; som hadde et stigende antall kontakter med tjenesten sammenlignet med 2019. Den prosentvise økningen til aldersgruppen var fra 10 % over 2019-nivå i mars, til nærmere 50 % i januar 2021. For de yngste (18-30 år) var aktiviteten imidlertid noe lavere enn for 2019.
- De fylkesvise variasjonene i poliklinisk aktivitet var betydelig større innen TSB og hos avtalespesialistene (psykologi/psykiatri), sammenlignet med voksenpsykiatrien.

- Aktiviteten i PHV har samlet sett endret seg lite fra 2019 til 2020 med unntak for planlagte innleggelser. Det var også en samtidig aktivitetsøkning hos avtalespesialistene, noe som indikerer økt behov for behandling hos voksne. De fylkesvise variasjonene i aktivitet var minst innen BUP og VOP.

### Akuttinnleggelser, hjerte-/karsykdommer, kreft, kronikere og protesekirurgi

- Det var et stort fall i somatiske akuttinnleggelser i første fase av pandemien. Deretter var det en normalisering utover sommeren før andre fase i oktober/november førte til en ny reduksjon som varte til utover nyåret (2021). For hele pandemiåret var det en samlet nedgang i akuttinnleggelser på -10 %. Denne nedgangen tilsvarer ca. 44 000 færre innleggelser enn i samme periode året før.
- Antall akuttinnleggelser for pasienter med kols og lungebetennelse ble samlet redusert med 42 % i pandemiåret, noe som utgjør en tredjedel av den totale reduksjonen i akutte innleggelser. Det har vært en reduksjon i akuttinnleggelser med hjerteinfarkt og angina på 9 %.
- Nasjonalt var antall akutte innleggelser for hjerneslag og andel som fikk rehabilitering lite påvirket av pandemien. Det var imidlertid en markant reduksjon i bruken av rehabilitering i sykehus for slagpasienter i Helse Nord, og særlig for bosatte i opptaksområdene for Finnmark og UNN.
- Umiddelbart etter pandemiutbruddet ble det registrert et nedtak i aktivitet innen kreftbehandling i tråd med nasjonale anbefalinger, men driften ble normalisert fra sommeren av. Vi så en liten samlet nedgang i nydiagnostisert kreft, men en mer tydelig nedgang for gynekologisk kreft (-15 %), brystkreft (-11 %) og hematologisk kreft (-11 %).
- De fleste kronikerne reduserte bruken av somatiske helsetjenester i 2020 sammenlignet med 2019, dette gjaldt særlig kols- og diabetespasienter. Behandlingsprosedyrene med størst nedgang var gruppebehandlinger og poliklinisk rehabilitering.
- Det var noe geografisk variasjon i antall behandlede kronikerpasienter, med størst nedgang i boområdene til Helse Nord og Helse Vest. Det var derimot lite variasjon mellom regionene med hensyn til endring i antall pasientkontakter for kronikere. På tvers av regionene er det de samme pasientgruppene som har redusert aktiviteten, noe som kan tyde på lik praksis på tvers av regionene.
- Det ble registrert en reduksjon i innsetting av hofte- og kneproteser i perioden mars/april 2020 på tvers av alle regionene. Aktiviteten økte allerede i mai, unntatt for bosatte i Helse Nord hvor normaliseringen tok noe mer tid.
- Det var få tegn til at pandemien har rammet pasienter med lang reisevei til sykehus hardere enn andre, med unntak for elektiv poliklinisk behandling for pasienter med særlig lang reisevei. Dette gjaldt for både akutte og planlagte kontakter, og på tvers av boregioner.

### Tjenester med usikker helsegevinst

- Med unntak av periodene mars/april og oktober/november var ikke en merkbar reduksjon i aktiviteter med usikker nytteverdi i pandemiperioden.
- Det var noen regionale forskjeller i reduksjonen av behandlinger. Størst reduksjon så vi i Helse Nord (-18 %) mens Helse Midt-Norge hadde minst nedgang (-7 %). Dette var tydelig høsten 2020 der Helse Nord hadde et lengre nedtak i perioden oktober til desember.

- For de forskjellige fagområdene har reduksjonen vært størst for øre-nese-halssykdommer (-26 %) og nærmest ingen endring for kvinnesykdommer med en reduksjon på -1 %. For barn har den største reduksjonen vært i forbindelse med øre-nese-halsbehandlinger. Totalt sett var det barn 1-9 år, som hadde størst reduksjon i behandlinger.
- Analyser av mottatt henvisningsdato for pasienter behandlet etter 15. mars 2020, viste at pasientenes tendens til å oppsøke fastlege for tilstandene definert i «Revurderingsprosjektet» og fastlegenes tilbøyelighet til å henvise, samt valg av behandling har vært relativt uforandret i 2020 i forhold til 2019.

### Omfang og håndtering av redusert kapasitet

- Helse Nord RHF lå noe høyere med hensyn til ventende sammenlignet med de andre regionene. Her var det utviklingen innen kirurgiske fag og PHV som bidro til de regionale forskjellene. Innen PHV var det spesielt en økning i ventende innen BUP – analysene viste over en 30 % økning i ventende til BUP i løpet av pandemiåret. Antall ventende til BUP har økt i alle regionene.
- Mot slutten av 2020 og begynnelsen av 2021 var det en større økning i antall nyhenvisninger til BUP. I mars 2021 lå alle regionene fra 21 % til 36 % over 2018-nivå.
- Totalt sett var det ingen stor forskjell i antall nyhenviste for 2020 i forhold til 2019. Det var derimot et stort fall i nyhenvisninger i forbindelse med fase 1 av pandemien. For fagområdene var det variasjoner, man så f.eks. en betydelig økning i henvisninger av barn og unge til BUP. I 2020 var det totalt en økning på 7 % i henvisninger til BUP, og i mars 2021 var det en økning på 32 % i forhold til 2019. Dette kan tyde på at barn og unge ble ivaretatt.
- Nasjonalt har vi sett en økning i antall ventende på litt over to prosent i 2021 i forhold til 2019, men forskjellene mellom regionene er store. I Helse Nord har man sett en økning i antall ventende på 20 %, mens i Helse Sør-Øst har vi sett en nedgang på -3,6 %. Helse Midt-Norge og Helse Vest har en økning på henholdsvis 8 % og 5 %. Til tross for variasjon mellom regionene og økning i flere av regionene har gjennomsnittlig ventetid kun gått opp fra 66 dager i 2019 til 67 dager i mars 2021.

## 3.2 Ivaretagelse av «sørge-for-ansvaret»

En rekke faktorer har påvirket spesialisthelsetjenestens kapasitet under pandemien. Den første pandemirapporten ga innsyn i hvordan spesialisthelsetjenesten håndterte sitt sørge-for-ansvar i perioden 12. mars til og med august 2020. Nå, over ett år inn i pandemien ser vi noen trekk som skiller seg ut med hensyn til hvordan håndteringen av pandemien har vært, og som synes relevante for videre håndtering av pandemien. I de neste avsnittene presenteres disse trekkene.

### 3.2.1 Skjerming av prioriterte pasientgrupper

#### Psykiatri og rusbehandling

##### Voksenpsykiatrien

Første fase av pandemien ble preget av nedstenginger av sykehusaktivitet i hele landet. Nedstengningen ser vi samlet sett tydelig både for elektiv og øyeblikkelig hjelp i psykisk helsevern (PHV) og TSB. Fra mai 2020 økte aktiviteten igjen, og har for poliklinikk/dag holdt et høyere nivå i 2020 sammenliknet med 2019. For døgnopphold kom imidlertid ikke aktiviteten

tilbake til 2019-nivå for tjenestene sett under ett. Noe av den økte polikliniske aktiviteten fra mai kan skyldes behovet for å ta igjen nedtaket i første fase av pandemien, og en overgang fra døgn- til poliklinisk aktivitet. Det kan imidlertid også avspeile et økt behov for behandling i spesialisthelsetjenesten hos noen pasientgrupper og at dette har påvirket aktivitetsnivået.

Aktiviteten i voksenpsykiatrien har samlet sett endret seg relativt lite fra 2019 til 2020. For pasienter med alvorlige psykiske lidelser var nedtaket av aktivitet minst i den første del av pandemien. Senere i 2020 har aktiviteten for denne pasientgruppen med alvorlige psykiske lidelser vært mer redusert enn for de andre – en forskjell som er særlig tydelig for poliklinisk øyeblikkelig hjelp. Det er derfor grunn til å spørre hvordan pasientene med de mest alvorlige psykiske lidelsene blir ivaretatt under hele pandemiperioden.

Bruk av telefon og video ved pasientkonsultasjon har, som forventet, økt i 2020 sammenlignet med 2019. Denne trenden synes å fortsette i 2021, og bidrar til å opprettholde aktivitetsnivået og imøtekomme pasientenes behov for kontakt med spesialisthelsetjenesten. Video og telefon som kontakttipe ble benyttet mer i alle sektorer, men med sektor- og fylkesvise forskjeller.

### **Barn og unge**

I barne- og ungdomspsykiatrien var det en betydelig økt aktivitet etter det første aktivitetsnedtaket, en økning som varte ut 2020. Antall kontakter økte for begge kjønn, men var mest uttalt for jenter i alderen 12—18 år. Dette er det samme resultatet som ligger til grunn for deler av Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom) sin presentasjon «Barn og unges psykiske helse ett år inn i pandemien»<sup>1</sup>. Av denne undersøkelsen går det dessuten frem at både kommunehelsetjenesten og lavterskeltilbud som hjelpetelefoner drevet av frivillige organisasjoner har hatt økt pågang og til dels sprengt kapasitet under pandemien.

Den betydelige økningen i henvisninger gir tydelige signal om barn- og unge sine reaksjoner på pandemien vi står i. Utviklingen i antall ventende er spesielt tydelig i Helse Nord og gjelder for hele året. Til tross for denne økningen er ikke ventetiden til behandling økt. Dette forklares ved økt behandlingstakt og økt andel konsultasjoner med kortere behandlingsvarighet sammenlignet med 2019.

### **Rusbehandling**

Blant voksne pasienter fant vi økt aktivitet i øyeblikkelig hjelp i TSB, og særlig tydelig i den polikliniske aktiviteten. Det var spesielt i aldersgruppen 65 år og eldre at aktiviteten økte i 2020, sammenlignet med 2019. Analysene viser også at det både var pasienter med alkohollidelser og andre ruslidelser som fikk økt hjelp. Vi ser med andre ord at pasientgruppen har hatt et tydelig behov for spesialisert rusbehandling i 2020. Våre analyser gir ikke grunnlag for å forklare den økte aktiviteten, men kan sees i lys av nedstenging av aktivitet av samfunnet generelt.

Samlet sett synes døgnbehandling innen TSB i 2020 å ha vært omtrent på nivå med 2019. Til tross for en viss variasjon både i liggetid og antall opphold gjennom året, er det derfor ikke holdepunkt for å hevde at et stort antall pasienter ble skrevet ut av døgninstitusjoner for å ivareta pandemihensyn, selv om noen eksempler på dette har vært beskrevet.

HOD har gjennom oppdragsdokumentet sagt at minst 15 % av pasientkonsultasjonene i spesialisthelsetjenesten skal være elektroniske, også i perioder utenfor pandemien. Det kan se ut som om vi er på vei mot målet om økt bruk av e-konsultasjoner innen PHV og TSB, men at overgangen til 15 % i hele landet og for alle sektorer vil ta noe tid.

---

<sup>1</sup><https://www.ukom.no/forside/nyheter/barn-og-unges-psykiske-helse-ett-aar-inn-i-pandemien/>

### Kreft

Undersøkelse av og/eller behandling av mistenkt eller kjent kreftsykdom har fra tidlig fase av pandemiutbruddet vært prioritert. Samtidig ble kreftbehandlingen i en tidlig fase av pandemiutbruddet lagt om i tråd med nasjonale faglige anbefalinger for å redusere risiko for covid-19. De observerte endringene i kreftbehandling i pandemiens første fase synes å være i tråd med disse endrede anbefalingene.

Fra sommeren 2020 ser kreftbehandlingen ut til å være mer normalisert. Det observeres imidlertid et noe redusert nivå av akuttinnleggelser for kreft i første kvartal 2021, noe som trolig både er en respons på økt koronasmitte i perioden, veldig lav influensaaktivitet, færre infeksjonssykdommer pga av smittevern, samt at mange kreftpasienter med forverring kan ha foretrukket hjemmebehandling. Behovet for innleggelser har kanskje derfor ikke vært tilstede i samme grad.

Overordnet sett ser kreftbehandlingen ut til å ha vært godt ivaretatt gjennom pandemiens første år, men det er fortsatt grunn til oppmerksomhet omkring aktiviteten innen utredning og diagnostisering. Ett år ut i pandemien observeres færre nye krefttilfeller enn forventet. Foreløpige tall antyder en nedgang særlig for brystkreft, gynekologisk og hematologisk kreft. Trolig har både redusert kreftdiagnostikk (herunder redusert screening), færre tilfeldig påviste krefttilfeller ved annen medisinsk behandling, samt høyere terskel for å oppsøke helsetjenesten bidratt til dette.

### Kronikere

Pasienter med kronisk sykdom har ofte stort behov for oppfølging i spesialisthelsetjenesten. Samtidig har noen av disse pasientgruppene forhøyet risiko for et alvorlig forløp ved covid-19 sykdom både på grunn av alder og komorbiditet. Det er derfor ikke overraskende at bruken av helsetjenester for disse pasientene var vesentlig redusert i det første pandemiåret. Nedgang i kontakter for kols- og diabetespasienter forklarer mye av nedgangen, og kan i alle fall delvis tilskrives mindre behov for helsetjenester på grunn av redusert omfang av andre infeksjonssykdommer enn covid-19. I tillegg kan bekymring for smitte kan ha gitt høyere terskel for å oppsøke helsetjenesten.

Det er samtidig tydelig at tjenester til disse gruppene også har vært omfattet av en bevisst omlegging og omprioritering, bl.a. ved et styrt nedtak av rehabiliteringsaktiviteter. Det var også en unison og markert nedgang i døgnbehandling for alle de utvalgte kronikergruppene, og med større prosentvis reduksjon i planlagte innleggelser enn i akuttinnleggelser.

Migrenepasienter skiller seg fra de øvrige kronikergruppene ved en sterk aktivitetsøkning. Dette skyldes trolig at pasienter med kronisk migrene fra desember 2019 har fått offentlig finansiering for nye, kostbare medikamenter som kun kan forskrives av spesialister i nevrologi. Økningen viser at man har evnet å tilby ny behandling til en pasientgruppe som tidligere har manglet gode behandlingstilbud, også under pandemien.

### Akuttinnleggelser, hjertesykdom og hjerneslag

En stor andel av nedgangen i somatiske akuttinnleggelser kan forklares med redusert antall akuttinnleggelser for pasienter med kols, lungebetennelse eller influensa. Dette tyder på at en betydelig del av aktivitetsnedgangen skyldes et redusert behov for tjenester på grunn av en lavere forekomst av andre infeksjonssykdommer. Dette kan imidlertid ikke forklare nedgangen i akuttinnleggelser for alle pasientgrupper.

Akuttinnleggelser for pasienter med hjerteinfarkt ble redusert med -9 % i pandemiens første år, og det var store forskjeller mellom opptaksområdene. Forskjeller mellom opptaksområdene var det også for akuttinnleggelser for hjerneslag, som nasjonalt bare hadde en liten nedgang (-2 %). Hverken reduksjonen nasjonalt eller de geografiske forskjellene for disse to pasientgruppene kan enkelt forklares med forhold knyttet til smitteverntiltak og redusert smitte. Den store nedgangen i bruken av rehabilitering i sykehus for slagpasienter i Helse Nord er imidlertid resultatet av en styrt omdisponering av ressurser, der rehabiliteringsavdelinger ble omgjort til covid-sengeposter i første halvdel av 2020. Nasjonalt var bruken av rehabilitering i sykehus etter hjerneslag lite berørt av pandemien.

### Tjenester med usikker helsegevinst - «Revurderingsprosjektet»

Med unntak av perioden 12. mars til 15. april var det for landet sett under ett, ingen vesentlig reduksjon i bruken av tjenester med usikker helsegevinst slik de er definert i «Revurderingsprosjektet»<sup>2</sup>. Det var imidlertid store regionale forskjeller og det er interessant å merke seg at aktivitetsnedgangen i Helse Nord var større enn i alle de øvrige regionene gjennom hele høsten 2020. Dette kan være en ønsket utvikling i tråd med konkrete føringer i oppdragsdokumentet (OD 2020) fra Helse Nord til foretak i regionen, eller et uttrykk for generelt nedtak i kirurgi.

Det er påfallende at den geografiske variasjonen i bruken av disse helsetjenestene består, selv om det totale aktivitetsnivået er noe redusert. Det er også overraskende at den samlede aktiviteten ikke går mer ned i 2020 enn -12 %. Dette kunne vært en anledning til en sterkere styring av i disse fagområdene [slik det nå signaliseres fra beslutningsforum](#)<sup>3</sup>.

Videre er det verdt å merke seg at den største nedgangen, både prosentvis og i antall, gjelder opphold for øre-nese-halssykdommer (som innlegging av øredren og tonsillektomier). En viktig årsak til denne nedgangen kan være redusert behov på grunn av generelt lavere forekomst av infeksjonssykdommer. Det betyr i så fall at reduksjonen i bruk av tjenester med usikker helsegevinst ikke hovedsakelig er resultat av en bevisst prioritering, men snarere skyldes økt smittevern.

Overordnet sett er det vanskelig å se at det har vært en styrt nedprioritering av tjenester med usikker helsegevinst, annet enn umiddelbart etter pandemiutbruddet.

### 3.2.2 Geografisk variasjon i aktivitetsutvikling i pandemiens første år

Det er geografiske forskjeller mellom opptaksområdene når det gjelder akuttinnleggelser for hjerteinfarkt og hjerneslag. Det er særlig enkelte opptaksområder i Oslo-området som hadde en stor reduksjon i akuttinnleggelser for disse tilstandene. Dette kan tyde på en noe tydeligere sammenheng mellom covid-19 belastning i sykehusene og reduksjon i innlagte hjerteinfarkt enn det vi så i den første rapporten. For somatiske akuttinnleggelser generelt var det derimot små forskjeller mellom regionene.

---

<sup>2</sup>De regionale helseforetakene (RHF-ene) har i 2019 og 2020 arbeidet med «revurderingsprosjektet» knyttet til utfasing av metoder. Det tar utgangspunkt i 17 kirurgiske inngrep som av National Health Service (NHS) i England har blitt vurdert å ha usikker nytteverdi. Inngrepene som inngår i prosjektet er: Akromionreseksjon ved impingement syndrom, injeksjoner for ryggsmertor uten isjas, hemoroidektomi, karkirurgi for åreknuter, hysterektomi, kirurgisk fjerning av benigne hudtumorer, håndkirurgi ved karpaltunnelsyndrom, kirurgisk fjerning av chalazion, tonsillektomi, kirurgisk fjerning av ganglion, abrasio, kirurgiske inngrep for snorking (alder 18+), brystreduksjon, kneartroskopi, håndkirurgi for Dupuytrens kontraktur, operasjoner på kneets menisker (alder 45+), håndkirurgi ved triggerfinger og øredreninnleggelse for barn

<sup>3</sup>Se <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2021/04/27/helse-midt-gjor-flest-av-operasjonene-det-offentlige-ma-slutte-med/>



Ut over dette er det ett hovedtrekk som utmerker seg gjennom de ulike analysene i dette arbeidet; aktivitetsnedgangen er på flere områder større for befolkningen i Helse Nord enn i andre regioner.

I analysen av utvalgte somatiske helsetjenester er det vist at reduksjonen i planlagte innleggelser ved kronisk sykdom var større i Helse Nord og Helse Vest enn i landet for øvrig. Samtidig økte imidlertid kronikernes bruk av dagbehandling mer i Helse Nord enn andre steder. Reduksjonen i planlagt protesekirurgi var også størst for bosatte i Helse Nord, delvis knyttet til færre behandlede utenfor egen region. Primær rehabilitering i sykehus etter hjerneslag ble mest redusert i Helse Nord, og da særlig for pasienter som sogner til UNN, selv om denne aktiviteten nasjonalt var lite berørt av pandemien.

I analysene av helsetjenester med usikker helsegevinst er det vist at også for disse tjenestene var reduksjonen størst i Helse Nord. Dette tolkes som uttrykk for en ønsket prioritering. Det er imidlertid usikkert om dette skyldes et generelt nedtak innen kirurgisk virksomhet eller er en styrt reduksjon for disse tjenestene.

Som vist i kapittel 2.2 hadde Helse Nord en noe større økning i sykefravær i tilknytning til første fase av pandemien enn de andre regionene, og dette kan være litt av bakgrunnen for det relativt store aktivitetsnedtaket i regionen i denne fasen.

I analysene av omfang og håndtering av redusert aktivitet vises at antall ventende er vesentlig høyere i Helse Nord enn i de andre regionene, noe som indikerer at Helse Nord har utfordringer med å ta igjen etterslepet. Utviklingen innen kirurgiske fag og PHV bidro særlig til økte ventetider i Helse Nord. Innen PHV var det spesielt en økning på 30 % for ventende innen BUP i løpet av pandemiåret. Helse Nord er avhengig av innleid arbeidskraft i vesentlig større grad enn de andre regionene, innreise- og karantenerestriksjoner har vært utfordrende også i den sammenheng. Denne avhengigheten har gjort regionen sårbar og kan ha bidratt til etterslepet.

### 3.3 Bruk av telefon- og videokonsultasjoner i somatikken

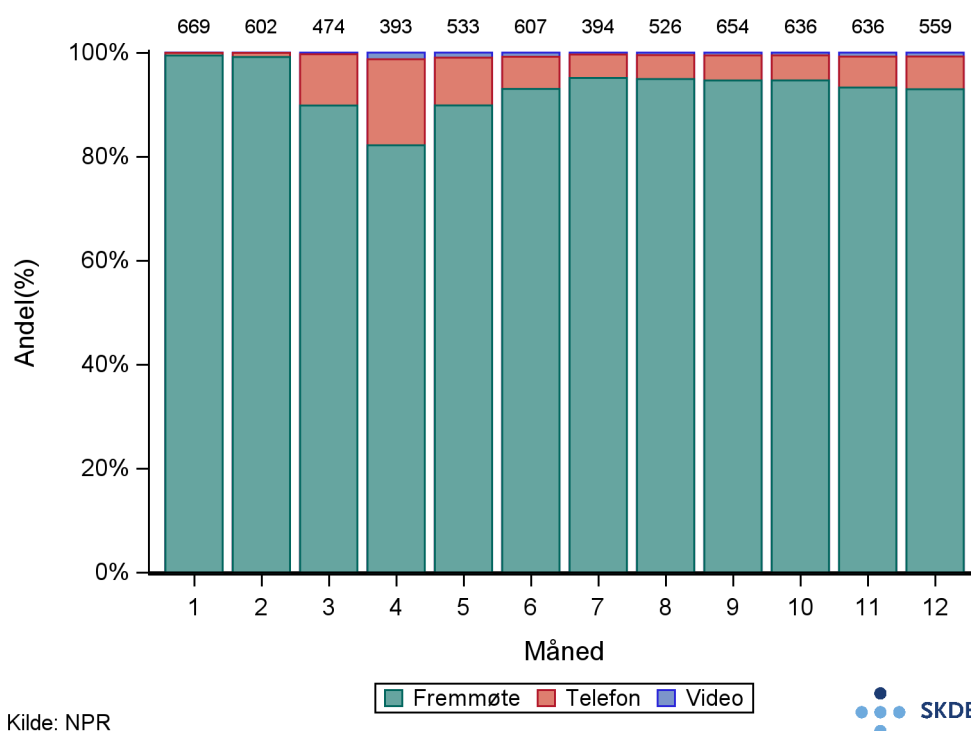
Bruk av e-helsekonsultasjoner har hatt betydning for å opprettholde aktivitetsnivået under pandemien. Figur 3.1 viser kontakter med fremmøte, telefonkonsultasjoner og videokonsultasjoner, som andel av totalt antall polikliniske kontakter<sup>4</sup> i somatisk spesialisthelsetjeneste for hver måned gjennom 2020. Andel kontakter med fremmøte sank fra omlag 99 % i januar og februar til 82 % i april 2020. Fra mai 2020 økte andelen kontakter med fremmøte inn mot sommeren og lå forholdsvis stabilt på omlag 95 % fra juli til oktober. I november og desember sank andelen kontakter med fremmøte igjen til omlag 93 %. Andelen telefonkonsultasjoner nådde et maksimum på omlag 17 % i april. I løpet av sommeren stabiliserte andelen telefonkonsultasjoner seg på omlag 4-5 % før den igjen økte til ca 6 % i november/desember 2020. Andelen videokonsultasjoner nådde et maksimum på 1,3 % i april og lå ellers på under 1 %. Totalt antall kontakter pr. måned varierte også betydelig gjennom året, fra ca 669 000 i januar 2020 til omlag 393 000 i april og juli 2020. Overordnet sett er dette bildet svært likt det vi finner i PHV og TSB i delrapporten fra Helse Vest (side 26).

### 3.4 Erfaringer fra pandemiens første år

I rapporten «Analyser av krisescenarier 2019» ble pandemi vurdert som ett av scenariene med høy sannsynlighet. Risikobildet som tegnes i rapporten er ikke nødvendigvis mye forandret siden 2019. Norsk helsevesen må fortsatt være forberedt på, og tilstrekkelig robust til å kunne håndtere

---

<sup>4</sup>inkludert dagbehandling



**Figur 3.1:** Kontakter med fremmøte, telefonkonsultasjoner og videokonsultasjoner, som andel av totalt antall polikliniske kontakter (inkludert dagbehandling) i somatisk spesialisthelsetjeneste for hver måned gjennom 2020. I toppen av hver søyle er vist totalt antall kontakter pr. måned (i tusen).

en (ny) pandemi i årene som kommer. Dette innebærer blant annet at bemanningssituasjonen i helseforetakene må være tilstrekkelig robust til at man kan tåle en krise.

Analysene av ressursutfordringer og bemanningssituasjon i kapittel 2.2 tyder på at Helse Nord står i en særlig krevende situasjon med tanke på tilgangen på helsefaglig personell. Dette kan kanskje forklare at helseforetakene i nord på flere områder har sett det som nødvendig å ta ned aktiviteten betydelig, og at det nå er utfordrende å ta igjen «etterslepet». Helse Nord peker også i sin strategiske kompetanseplan<sup>5</sup> på at kompetanseutvikling, rekruttering og stabilisering av kompetente fagpersoner og fagmiljøer er et område der man ser store utfordringer. Dette er utfordringer som må løses dersom regionen skal ha en tilfredsstillende beredskap med tanke på å kunne håndtere fremtidige kriser som en pandemi.

Som i vår første rapport valgte Koronakommisjonen å peke på behovet for et bredere nasjonalt plangrunnlag for unntakstilstander av den typen vi har opplevd i spesialisthelsetjenesten det siste året, og at ulike forutsetninger i sykehusene kan ha bidratt til variasjonen i nedtak av planlagt virksomhet våren 2020. Resultatene som er presentert i denne rapporten styrker grunnlaget for å etterlyse et nasjonalt planverk og felles retningslinjer for å sikre likeverdig pasientbehandling uavhengig av bl.a. bosted, diagnose og personlig økonomi. I den store diskusjonen om utsatte konsultasjoner og behandlinger har det ikke vært lett å se tegn til problematisering av at kanskje ikke all forsinket virksomhet bør «hentes inn». For eksempel kan det argumenteres for at det er lite hensiktsmessig å benytte ekstra ressurser til å øke aktiviteten for tjenester med lav eller usikker helsegevinst.

Ett år inn i pandemien ser vi tydelige tegn på at sårbare grupper har økt behov for spesialist-

<sup>5</sup><https://helse-nord.no/helsefaglig/fagplaner-rapporter-og-utredninger/strategisk-kompetanseplan>

helsetjenester innen psykiatri og rus. Den økende aktiviteten innen psykiatrisk behandling for barn og unge gjennom 2020, herunder også nye henvisninger til behandling, tyder på at mange barn og unge opplever en stadig mer krevende hverdag. At alvorlig psykisk syke i siste halvdel av året ser ut til å ha fått redusert sin bruk av tjenester sammenliknet med året før gir også grunn til bekymring, da det ikke er grunn til å anta at behovet for hjelp for denne gruppen er redusert. I hvilken grad spesialisthelsetjenesten evner å møte behovet for tjenester innen psykiatri og rusbehandling i tiden fremover vil avhenge både av behovet, som igjen kan være påvirket av lokale smitteverntiltak, og hvilke ressurser som er tilgjengelig. Dersom tilgjengelige ressurser allerede er knappe, vil selv en liten økning i behovet for hjelp kunne være svært krevende å håndtere.

Ved vurdering om spesialisthelsetjenesten har ivaretatt sitt «sørge-for-ansvar» på en tilfredsstillende måte må det særlig vektlegges tjenester til sårbare grupper som alvorlig psykisk syke, kronikere og barn og unge. I tillegg må det tas hensyn til forskjellene mellom regionene når det gjelder nedtak av elektiv aktivitet og evne til å innhente «etterslep». Resultatene presentert her kan ikke gi et entydig svar, men gir grunnlag for å stille spørsmål ved om ivaretagelsen av enkelte sårbare grupper har vært god nok under pandemien. Det er også grunn til å reise spørsmål om bemanningssituasjonen i Helse Nord med avhengigheten av tilreisende fagpersonell, er tilstrekkelig robust til å kunne håndtere fremtidige kriser på en god måte.

## Kapittel 4

# Psykisk helsevern og rusbehandling

### 4.1 Metode og datagrunnlag

#### 4.1.1 Datakilder

- **Sensitive NPR-data, låste årsfiler**, januar-desember 2019 og 2020.
- **Sensitive NPR-data, åpne månedsfiler**, januar-februar 2021. Det er større usikkerhet knyttet til denne kilden, da dette ikke er låste tall og eventuelle etterrapporteringer og korregeringer ikke er tilstede. Vi ser blant annet at andelen registrerte episoder uten diagnosekode er noe høyere enn for resten av datagrunnlaget som brukes i denne rapporten. Erfaringsvis hender det også at noen små helsevirksomheter ikke rapporterer inn månedstall i tide. Tallene for januar og februar 2021 inkluderer eventuelle etterrapporteringer og korregeringer foretatt i mars 2021, mens tallene for mars 2021 er ekskludert.

Fra de låste årsfilene presenterer dette kapittelet tall for følgende sektorer: barne- og ungdomspsykiatri (BUP), tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), voksenpsykiatri (VOP) og avtalespesialister psykologi/psykiatri (ASpsyk). De åpne månedsfilene inkluderer ikke avtalespesialister, men ellers de samme sektorene. Psykisk helsevern (PHV) brukes som fellesbetegnelse for BUP og VOP. PHV/TSB betegner altså alle sektorene utenom avtalespesialister.

De fleste resultater i dette kapittelet er tall fra januar 2020-februar 2021 oppgitt som prosentandel av tilsvarende størrelse for samme måned i 2019, justert for antall virkedager. Resultatene for 2021 er markert med egen farge i figurene, for å understreke at disse tallene er basert på de åpne månedsfilene. Det er pasientenes innskrivingsdato som brukes som tidsenhet på alle figurene.

#### 4.1.2 Definisjon pasientgrupper

1. *Alle pasienter med minst én kontakt med oppgitt sektor i perioden (ASpsyk, BUP, TSB, VOP).*
2. *Pasienter med psykiske lidelser: Minst én kontakt med hoved- eller bidiagnose fra en eller flere av følgende diagnosegrupper, basert på ICD-10-koder: F30-F39; Affektive lidelser stemningslidelser (med unntak av kodene nevnt nedenfor), F40-F48; Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser, F50-F59; Atferdssyndromer forbundet med fysio-*

logiske forstyrrelser og fysiske faktorer, F60-F69; Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne, F90-F98; Atferdsforstyrrelser og følelsesmessige forstyrrelser som vanligvis oppstår i barne- og ungdomsalder.

3. *Pasienter med alvorlig psykiske lidelser*: Minst én kontakt med hoved- eller bidiagnose fra en eller flere av følgende diagnosegrupper, basert på ICD-10-koder: F20-F29; Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser, F30.1 og F30.2; Mani med og uten psykotiske symptomer, F30.8 og F30.9; Andre spesifiserte maniske episoder, og uspesifisert manisk episode, F31; Bipolar affektiv lidelse, F32.3 og F33.3; Alvorlig depressiv episode uten og med psykotiske symptomer
4. *Pasienter med ruslidelser*: Minst én kontakt med hoved- eller bidiagnose fra en eller flere av følgende diagnosegrupper, basert på ICD-10-koder F11, F12, F13, F14, F15, F16, F18, F19. Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer (med unntak av kode F10 og F17 - bruk av alkohol og tobakk)
5. *Pasienter med alkohollidelser*: Minst én kontakt med hoved- eller bidiagnose, basert på ICD-10-koder F10; Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av alkohol.

### 4.2 Problemstillinger og bakgrunn

Denne delrapporten oppdaterer, viderefører og utdyper analyser knyttet til kapitlet psykiatri og rusbehandling i rapporten «Sørge-for-ansvaret under pandemien». <sup>6</sup> Utarbeidelse av den første rapporten ble i juni 2020 besluttet av fagdirektørene i de fire helseregionene, og gjennomført som et samarbeid mellom regionene.

I rapporten «Sørge-for-ansvaret under pandemien» hadde Helse Vest ansvar for analysene knyttet til psykiatri og rusbehandling, mens de andre regionene så på områdene «nødvendige» somatiske helsetjenester, tjenester med usikker helsegevinst og omfang og håndtering av nedtak av kapasitet. Hensikten med analysene var å få innsikt i hvordan spesialisthelsetjenesten ivaretok «sørge-for-ansvaret» under første del av korona-pandemien, for de nevnte pasientgrupper. I videreføring av arbeidet, utarbeider regionene hver sin delrapport.

Redusert mobilitet, færre møtepunkt mellom mennesker og sosial distansering, er effektive tiltak mot utbredelse av smitte. Tiltakene vil imidlertid også føre til sosial isolasjon, og de utfordringer dette over tid kan lede til for enkeltpersoner. Mennesker i en sårbar livssituasjon eller med personlige helseutfordringer er utsatte grupper i en slik tid. For å få kunnskap om innbyggernes mentale helse under pandemien, er det gjennomført flere undersøkelser for å kartlegge nettopp dette.

I en norsk studie ble det ikke funnet økning i forekomsten av psykiske lidelser under pandemien i Norge, målt etter diagnostiske kriterier, og ikke kun psykiske plager<sup>7</sup>. Folkehelseinstituttets sine undersøkelser viser at flere sliter med ensomhet og psykiske plager under pandemien; unge og aleneboende sliter mest<sup>8</sup>, og at majoriteten av barn og unge får det litt dårligere på noen

<sup>6</sup>Sørge-for-ansvaret under koronapandemien (SKDE 2020).pdf (helse-nord.no)

<sup>7</sup>Knudsen, A. K. S., K. Stene-Larsen, K. Gustavson, M. Hotopf, R. C. Kessler, S. Krokstad, J. C. Skogen, S. Øverland og A. Reneflot (2021). «Prevalence of mental disorders, suicidal ideation and suicides in the general population before and during the COVID-19 pandemic in Norway: A population-based repeated cross-sectional analysis». *The Lancet Regional Health - Europe* 4, s. 100071 doi:10.1016/j.lanep.2021.100071

<sup>8</sup>Bang Nes, R., L. Aarø, Ø. Vedaa og T. Nilsen (2020). *Livskvalitet og psykisk helse under koronaepidemien november–desember 2020*. [www.fhi.no](http://www.fhi.no). Folkehelseinstituttet, 2020. Publisert 17.12.2020. Lastet ned 07. april 2021.

livsområder og muligens litt bedre på andre, mens et mindretall (ofte allerede utsatte) får det dårligere på mange livsområder<sup>9</sup>.

Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom) uttrykker gjennom sin undersøkelse «Barn og unges psykiske helse ett år inn i pandemien» at det er en felles erkjennelse at barn og unge har det vanskelig og betaler en høy pris, det er et stort trykk i tjenestene og at alle viser en gjennomgående vilje til å gjøre det beste ut av situasjonen. Et viktig funn i undersøkelsen var at pasientene i barne- og ungdomspsykiatrien var yngre og mer alvorlig syke enn før pandemien. Ukom undersøkte henvendelser og aktivitet hos både spesialist- og kommunehelsetjenesten samt hos frivillige hjelpetelefoner.<sup>10</sup>

I denne delrapporten har vi sett nærmere på aktiviteten i psykisk helsevern, både for barn og unge, voksne, hos avtalespesialistene og i tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB) i perioden fra januar 2020 til og med februar 2021, en tidsperiode sterkt preget av koronapandemien. Gjennom å sammenlikne aktiviteten under, med aktiviteten før koronapandemien, kan vi danne oss et bilde av hvordan pandemien har påvirket aktivitetsnivået i psykisk helsevern og TSB.

Helsedirektoratets prioriteringsnotat<sup>11</sup> hadde følgende føringer for psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i spesialisthelsetjenesten: Poliklinikk/dag skulle opprettholdes, men helst som telefon- og videokonsultasjoner. Døgninnleggelseser skulle begrenses til det absolutt nødvendige, kombinert med økt samarbeid med kommunene ved utskrivelse. Fordeling av polikliniske kontakter/dagbehandling på fremmøte, telefon- og videokonsultasjoner er derfor ett av områdene vi ser nærmere på.

### Problemstillinger i denne delrapporten:

- Hvilken påvirkning hadde covid-19-pandemien på fagområdene psykiatri og rusbehandling? Fulgte man anbefalingen om at det som hovedregel skulle benyttes telefon- eller videokonsultasjoner?
- Kan man se geografiske eller demografiske forskjeller i aktivitetsutviklingen?
- Kan man se forskjeller i endringene i poliklinisk aktivitet i de ulike sektorer (avtalespesialistene, TSB, voksenpsykiatrien) under pandemien?
- Hvordan ble barn og unge ivaretatt under covid-19-pandemien?
- Hvordan ble pasienter med alvorlig psykisk lidelser og ruslidelser ivaretatt under covid-19-pandemien?

## 4.3 Resultater

### 4.3.1 Aktivitet i psykisk helsevern og TSB

Figur 4.1 viser et forsiktig fall for elektive polikliniske konsultasjoner og dagbehandling for mars 2020, sammenlignet med fjoråret. Ellers har man klart å opprettholde volumet fra 2019. For elektiv døgnbehandling er bildet annerledes, med en stor nedgang i mars og april 2020, i tråd

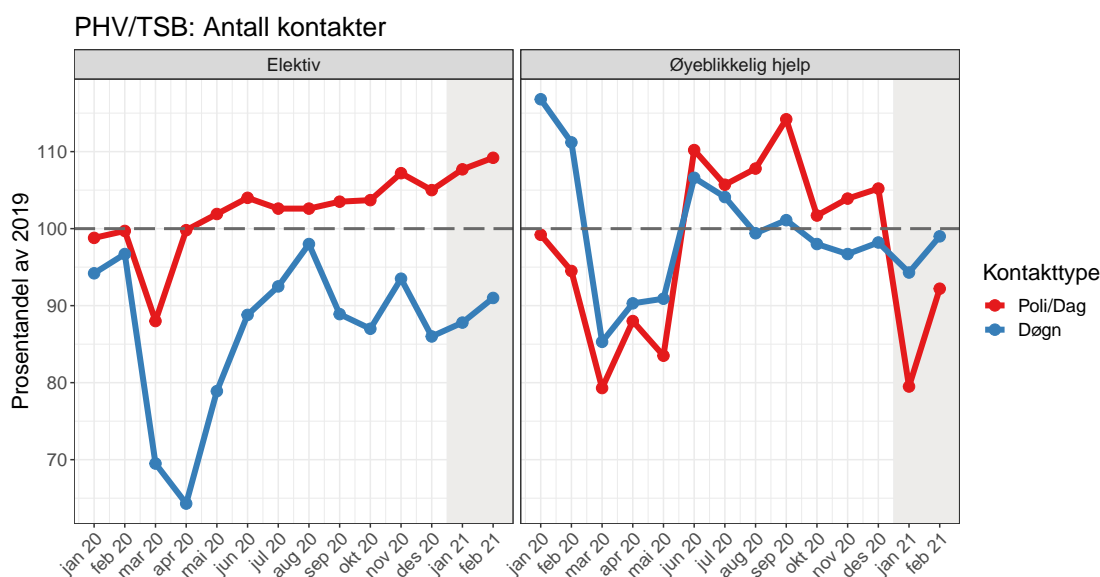
<sup>9</sup>Nøkleby, H., R. Berg, A. Muller og H. Ames (2021). *Konsekvenser av covid-19 på barns og unges liv og helse: en hurtigoversikt*. [www.fhi.no](http://www.fhi.no). Rapport fra Folkehelseinstituttet, 2021. Lastet ned 07. april 2021.

<sup>10</sup>[www.ukom.no/forside/nyheter/barn-og-unges-psykiske-helse-ett-aar-inn-i-pandemien/](http://www.ukom.no/forside/nyheter/barn-og-unges-psykiske-helse-ett-aar-inn-i-pandemien/)

<sup>11</sup>«Prioriteringsnotat 25. mars 2020: Prioritering av helsehjelp i Norge under covid-19-pandemien», se [www.helse-direktoratet.no](http://www.helse-direktoratet.no)

med anbefalingene om å begrense døgninnleggelseser til det absolutt nødvendige. Dette betydelige fallet i døgninnleggelseser etterfølges av en jevn oppgang, men aldri helt opp til 2019-nivå. Når det gjelder poliklinikk/dag, er det i stor grad økt bruk av telefon- og videokonsultasjoner som gjorde at man klarte å opprettholde volumet fra 2019. Dette utdypes videre i seksjonen om e-konsultasjoner.

For øyeblikkelig hjelp har det ikke vært samme tydelige forskjell på poliklinikk/dag og døgn. Etter å ha ligget rundt 80-90 % av 2019-aktiviteten i mars-mai 2020, var aktiviteten tilbake til normalt nivå fra og med juni. Inn i 2021 kan det virke som det er en ny nedgang for poliklinikk/dag, med forbehold om at 2021-tallene ikke er endelige.



**Figur 4.1:** PHV/TSB: Aktivitet for januar 2020 - februar 2021, uttrykt som prosentandel av aktiviteten i tilsvarende måned i 2019 (justert for antall virkedager). Oppdelt i elektiv aktivitet og øyeblikkelig hjelp (venstre/høyre), samt døgnbehandling og poliklinikk/dagbehandling (blå/rød).

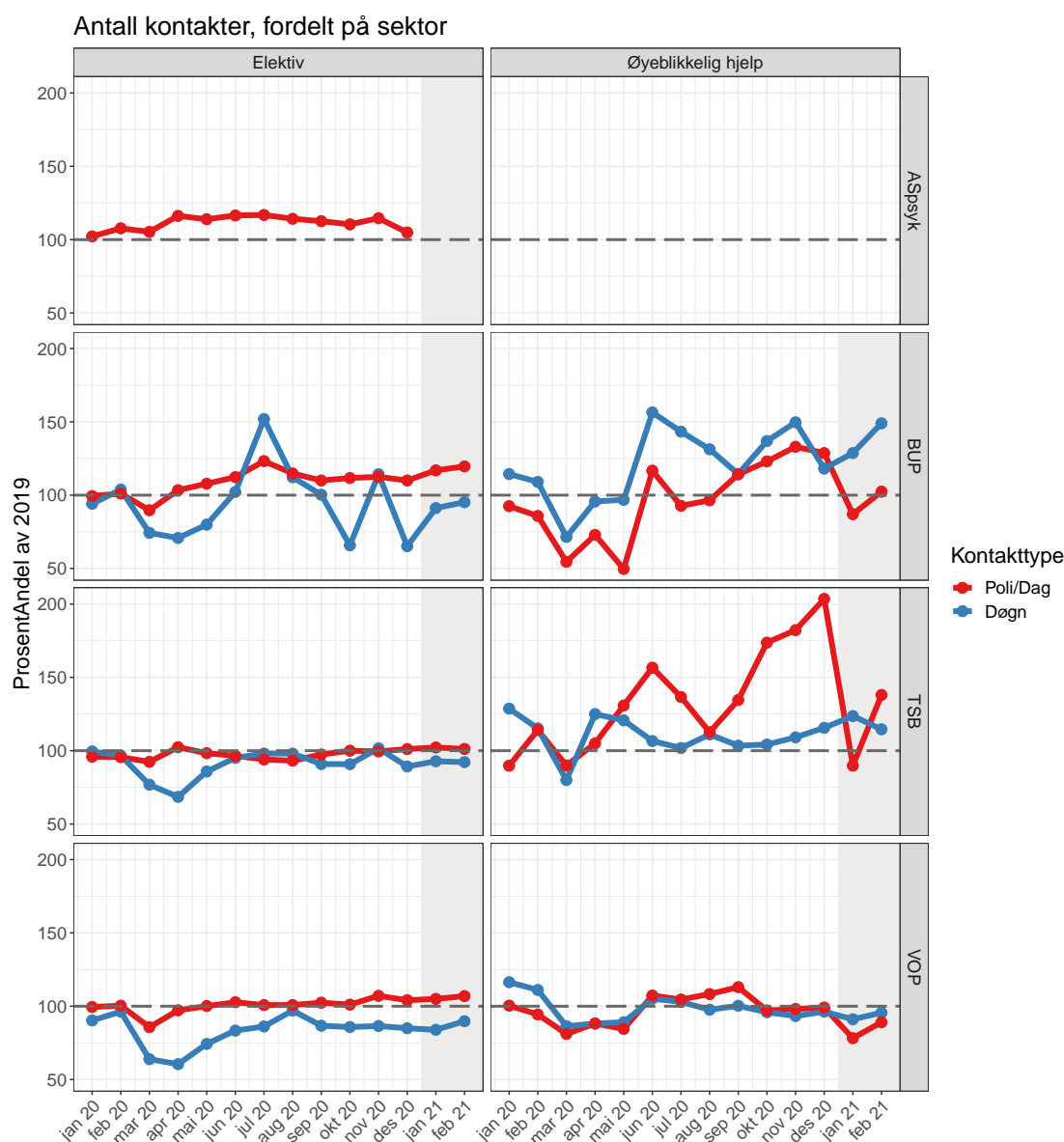
Utviklingen i aktivitet fordelt på de ulike sektorene vises i Figur 4.2.

### 4.3.2 Geografiske forskjeller i aktivitetsutviklingen

Figur 4.3 viser geografiske forskjeller i aktivitetsutviklingen, basert på pasientenes bostedsfylke. Vi ser at variasjonen i poliklinisk aktivitet var relativt lik over tid, selv om det er enkelte unntak. Vi ser også at de ulike sektorene hadde ganske ulik grad av geografisk variasjon, med større variasjon hos avtalespesialistene (psykologi/psykiatri) og innen TSB, sammenlignet med BUP og voksenpsykiatrien.

Hos avtalespesialistene (psykologi/psykiatri) var aktiviteten høyere i hele 2020, når vi ser på alle fylkene samlet, sammenlignet med 2019, og det var en tydelig aktivitetsøkning i april (figur 4.2 og 4.3). Aktiviteten i mars gikk noe ned, men også denne måneden økte aktiviteten i flere områder av landet, og differansen i aktivitet mellom fylkene nær 30 prosentpoeng (tabell 4.1). Størst forskjell mellom fylkene var det imidlertid i juli; i denne sommermåneden økte aktiviteten i seks av elleve fylker.

Innen BUP var det lik eller større poliklinisk aktivitet i 2020 i alle fylker fra mai 2020 og resten av perioden, sammenlignet med 2019 (figur 4.3 og tabell 4.1). Vi ser en relativ aktivitetsøkning



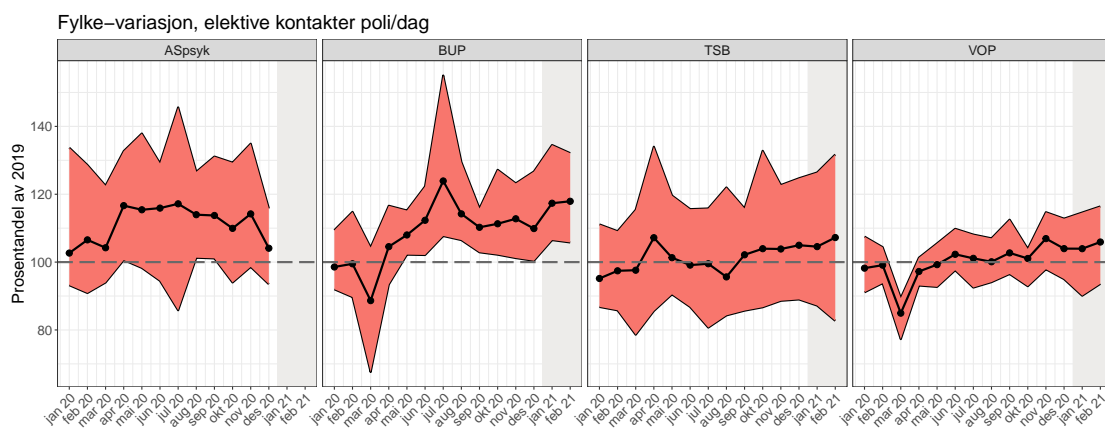
**Figur 4.2:** PHV/TSB: Aktivitet for januar 2020 - februar 2021, fordelt på sektor. Uttrykt som prosentandel av aktiviteten i tilsvarende måned i 2019 (justert for antall virkedager). Oppdelt i døgnbehandling og poliklinikk/dagbehandling (blå/rød).

i juli, noe som viser en større aktivitet gjennom hele sommeren, sammenlignet med 2019. Den relativt store aktivitetsøkningen i juli skjedde i hele landet, men var ikke like omfattende overalt; fra 108 prosent til 155 av aktiviteten i 2019. Mars var en måned preget av nedtak av aktivitet i i BUP i de fleste fylker.

Innen TSB var den samlede polikliniske aktiviteten fra september 2020 større enn i tilsvarende periode i 2019 (figur 4.3 og tabell 4.3), men vi ser imidlertid at det for ingen av månedene i 2020 var større aktivitet i alle deler av landet. Innen TSB ser vi at differansen i endret aktivitet var relativt stor mellom fylkene, og størst forskjell i den relative aktivitetsendringen fra 2019 i månedene april og oktober. Minst variasjon mellom fylkene fant vi i februar 2020, dvs. før tiltak knyttet til pandemien.



## Kapittel 4. Psykisk helsevern og rusbehandling



**Figur 4.3:** Det røde området viser variasjonen i aktivitet på tvers av pasientenes bostedsfylker. Bunnen av det røde området viser verdien for fylket med lavest verdi den måneden, mens toppen av det røde området er verdien for fylket med den største verdien den måneden. Verdiene er prosentandel av 2019-aktivitet, altså sammenlignes fylkene mot sine tidligere nivåer, slik at de resulterende prosentandelene er sammenlignbare på tvers av fylker. Den svarte linjen i midten viser gjennomsnittlig månedlig verdi for alle fylker.

Fylke	jan 20	feb 20	mar 20	apr 20	mai 20	jun 20	jul 20	aug 20	sep 20	okt 20	nov 20	des 20
Agder	93,2 %	96,7 %	94,5 %	102,2 %	98,7 %	94,5 %	88,9 %	113,8 %	103,1 %	104,1 %	107,2 %	97,0 %
Innlandet	101,8 %	100,3 %	94,0 %	100,6 %	98,3 %	102,6 %	134,2 %	101,3 %	101,1 %	94,0 %	103,6 %	93,5 %
Møre og Romsdal	95,7 %	104,1 %	99,6 %	116,7 %	121,5 %	118,1 %	123,9 %	120,3 %	131,1 %	129,3 %	134,9 %	115,8 %
Nordland	98,4 %	92,3 %	102,5 %	121,6 %	121,1 %	118,7 %	94,2 %	114,2 %	120,8 %	119,7 %	115,1 %	101,3 %
Oslo	104,5 %	108,8 %	108,0 %	119,1 %	112,4 %	115,5 %	116,3 %	112,7 %	111,8 %	112,1 %	114,6 %	106,3 %
Rogaland	95,7 %	107,8 %	102,8 %	118,1 %	118,6 %	123,6 %	145,6 %	118,9 %	114,9 %	112,5 %	116,1 %	107,1 %
Troms og Finnmark	133,7 %	128,6 %	122,5 %	132,7 %	137,9 %	123,6 %	142,2 %	111,0 %	104,0 %	98,5 %	98,6 %	96,6 %
Trøndelag	93,7 %	90,9 %	95,9 %	113,8 %	109,1 %	114,0 %	85,8 %	105,0 %	108,7 %	101,8 %	105,4 %	106,5 %
Vestfold og Telemark	107,2 %	121,1 %	107,1 %	119,3 %	110,6 %	119,9 %	97,6 %	115,2 %	122,7 %	106,5 %	119,9 %	105,1 %
Vestland	104,2 %	115,6 %	115,8 %	128,2 %	129,1 %	129,1 %	144,7 %	126,6 %	125,5 %	118,3 %	128,6 %	110,7 %
Viken	101,2 %	105,9 %	103,8 %	110,8 %	112,4 %	115,5 %	115,6 %	114,7 %	107,5 %	112,6 %	112,3 %	105,1 %

**Tabell 4.1:** Avtalespesialister psykologi/psykiatri: Antall elektive kontakter poli/dag, som prosentandel av aktivitet for tilsvarende måned i 2019.

I voksenpsykiatrien var det noe økt poliklinisk aktivitet fra mai 2020, sammenlignet med 2019, når vi ser på alle fylker samlet (figur 4.3 og tabell 4.4), men som for TSB var det ikke en aktivitetsøkning i alle deler av landet. Forskjellene i aktivitetsendring var i voksenpsykiatrien størst i desember 2020, og i hele perioden langt mindre enn i TSB og hos avtalespesialistene. Differansen i aktivitetsendring mellom fylkene var 10 prosentpoeng i mars 2020.

## Kapittel 4. Psykisk helsevern og rusbehandling

Fylke	jan 20	feb 20	mar 20	apr 20	mai 20	jun 20	jul 20	aug 20	sep 20	okt 20	nov 20	des 20	jan 21	feb 21
Agder	93,7 %	100,1 %	67,6 %	99,9 %	107,4 %	106,8 %	116,0 %	113,9 %	108,5 %	109,6 %	110,3 %	100,4 %	108,7 %	105,8 %
Innlandet	106,1 %	106,0 %	104,3 %	116,0 %	111,2 %	114,4 %	108,7 %	110,7 %	114,2 %	110,3 %	113,8 %	111,7 %	120,2 %	131,8 %
Møre og Romsdal	98,0 %	97,1 %	89,9 %	102,7 %	108,9 %	118,2 %	155,0 %	121,0 %	113,3 %	127,2 %	119,2 %	126,7 %	130,5 %	126,2 %
Nordland	97,7 %	99,9 %	90,2 %	101,1 %	102,2 %	102,1 %	120,7 %	106,6 %	102,9 %	102,2 %	101,2 %	101,5 %	107,8 %	107,4 %
Oslo	92,0 %	94,1 %	81,5 %	93,4 %	104,1 %	111,6 %	153,2 %	129,5 %	110,5 %	118,1 %	123,2 %	113,6 %	112,5 %	113,3 %
Rogaland	99,7 %	89,7 %	85,4 %	106,1 %	107,6 %	106,3 %	123,8 %	109,1 %	108,6 %	104,2 %	109,8 %	105,5 %	120,6 %	126,3 %
Troms og Finnmark	101,6 %	95,5 %	90,8 %	116,6 %	115,2 %	122,3 %	113,2 %	113,7 %	115,8 %	114,4 %	118,2 %	113,2 %	134,5 %	112,6 %
Trøndelag	98,7 %	99,3 %	86,7 %	99,1 %	105,3 %	111,7 %	107,7 %	106,5 %	106,0 %	109,2 %	115,1 %	105,1 %	114,9 %	117,3 %
Vestfold og Telemark	93,3 %	102,7 %	90,6 %	112,3 %	110,5 %	117,3 %	108,1 %	116,5 %	110,9 %	104,4 %	113,4 %	110,1 %	108,4 %	109,2 %
Vestland	94,0 %	95,3 %	91,5 %	101,1 %	106,8 %	110,4 %	134,8 %	113,7 %	113,9 %	106,2 %	103,7 %	108,5 %	106,5 %	115,2 %
Viken	109,4 %	114,8 %	96,6 %	101,8 %	108,8 %	114,5 %	121,9 %	115,2 %	108,2 %	118,5 %	112,6 %	112,5 %	126,3 %	132,1 %

**Tabell 4.2:** BUP: Antall elektive kontakter poli/dag, som prosentandel av aktivitet for tilsvarende måned i 2019.

Fylke	jan 20	feb 20	mar 20	apr 20	mai 20	jun 20	jul 20	aug 20	sep 20	okt 20	nov 20	des 20	jan 21	feb 21
Agder	89,3 %	90,3 %	92,1 %	96,0 %	90,6 %	90,1 %	85,5 %	100,8 %	93,8 %	105,2 %	102,0 %	106,0 %	106,0 %	105,0 %
Innlandet	86,8 %	88,4 %	96,6 %	115,0 %	101,7 %	97,4 %	94,0 %	85,2 %	102,0 %	103,6 %	104,9 %	104,7 %	96,6 %	99,7 %
Møre og Romsdal	93,6 %	103,2 %	115,4 %	102,5 %	107,7 %	104,0 %	111,3 %	107,3 %	115,8 %	132,8 %	122,7 %	124,7 %	126,4 %	131,7 %
Nordland	97,2 %	109,1 %	107,3 %	123,5 %	92,9 %	101,5 %	115,8 %	89,5 %	112,4 %	103,4 %	109,3 %	100,2 %	95,1 %	108,7 %
Oslo	92,8 %	97,1 %	86,2 %	97,7 %	90,9 %	91,5 %	90,2 %	93,7 %	95,9 %	101,5 %	100,5 %	107,1 %	105,9 %	108,2 %
Rogaland	94,0 %	99,4 %	92,0 %	110,6 %	107,4 %	101,0 %	105,9 %	88,6 %	94,3 %	103,7 %	102,7 %	108,4 %	107,0 %	106,4 %
Troms og Finnmark	98,9 %	100,8 %	101,7 %	108,9 %	119,6 %	109,0 %	114,6 %	90,5 %	108,9 %	95,6 %	106,3 %	107,6 %	111,0 %	123,0 %
Trøndelag	99,0 %	103,3 %	109,4 %	134,0 %	118,1 %	115,6 %	105,1 %	122,0 %	115,7 %	112,9 %	110,5 %	113,6 %	107,6 %	115,9 %
Vestfold og Telemark	91,0 %	85,8 %	88,3 %	95,3 %	93,1 %	86,8 %	84,0 %	91,8 %	95,8 %	92,1 %	94,3 %	90,0 %	87,2 %	82,7 %
Vestland	93,2 %	91,7 %	78,6 %	85,6 %	90,5 %	89,9 %	80,7 %	84,3 %	85,7 %	86,7 %	88,6 %	89,0 %	88,1 %	83,8 %
Viken	111,1 %	102,7 %	106,1 %	110,0 %	101,8 %	103,5 %	107,6 %	98,3 %	103,4 %	106,0 %	100,7 %	103,4 %	119,3 %	114,5 %

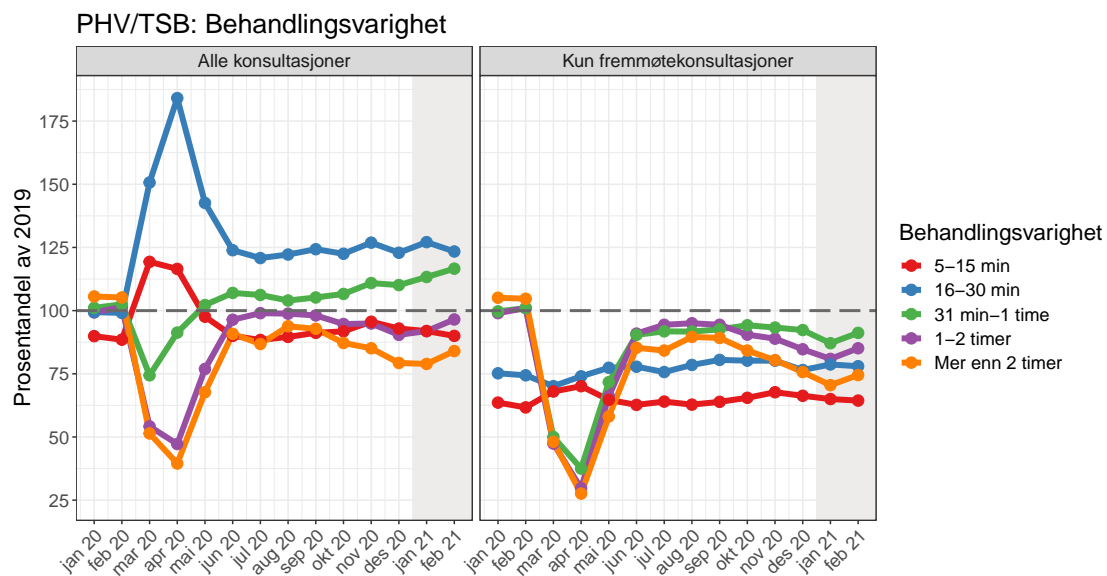
**Tabell 4.3:** TSB: Antall elektive kontakter poli/dag, som prosentandel av aktivitet for tilsvarende måned i 2019.

Fylke	jan 20	feb 20	mar 20	apr 20	mai 20	jun 20	jul 20	aug 20	sep 20	okt 20	nov 20	des 20	jan 21	feb 21
Agder	93,8 %	97,4 %	79,4 %	94,6 %	92,7 %	99,2 %	95,7 %	101,4 %	103,0 %	100,5 %	107,3 %	97,1 %	96,8 %	98,4 %
Innlandet	95,4 %	100,5 %	87,4 %	96,8 %	96,6 %	99,6 %	106,5 %	98,9 %	104,0 %	103,9 %	109,5 %	112,8 %	106,4 %	116,4 %
Møre og Romsdal	101,3 %	93,9 %	85,1 %	97,5 %	96,3 %	98,3 %	108,1 %	101,7 %	101,4 %	99,0 %	102,9 %	101,1 %	105,3 %	102,8 %
Nordland	91,1 %	99,2 %	77,3 %	98,9 %	100,1 %	106,8 %	101,4 %	104,1 %	104,9 %	102,2 %	108,1 %	104,5 %	98,1 %	105,3 %
Oslo	101,1 %	102,9 %	85,0 %	97,9 %	102,2 %	103,6 %	101,8 %	107,0 %	105,3 %	103,4 %	109,1 %	106,0 %	108,9 %	110,3 %
Rogaland	92,6 %	93,8 %	83,0 %	96,5 %	94,7 %	100,2 %	92,5 %	98,7 %	97,8 %	103,0 %	106,4 %	103,4 %	99,0 %	105,0 %
Troms og Finnmark	97,4 %	96,1 %	84,7 %	101,3 %	105,5 %	109,8 %	106,7 %	96,2 %	112,5 %	102,7 %	114,7 %	110,4 %	114,6 %	109,7 %
Trøndelag	100,8 %	101,7 %	87,0 %	93,1 %	99,5 %	99,2 %	99,8 %	96,3 %	102,6 %	103,2 %	107,0 %	102,4 %	105,4 %	107,5 %
Vestfold og Telemark	96,2 %	97,8 %	88,4 %	96,8 %	96,8 %	97,6 %	96,3 %	98,1 %	96,5 %	97,4 %	100,5 %	101,2 %	90,1 %	93,6 %
Vestland	107,5 %	102,4 %	89,4 %	96,3 %	102,4 %	103,0 %	100,3 %	94,1 %	97,7 %	92,9 %	97,9 %	95,0 %	106,9 %	101,1 %
Viken	103,2 %	104,4 %	87,7 %	99,9 %	105,0 %	108,0 %	103,1 %	104,6 %	104,1 %	103,5 %	112,8 %	109,8 %	112,0 %	115,0 %

**Tabell 4.4:** VOP: Antall elektive kontakter poli/dag, som prosentandel av aktivitet for tilsvarende måned i 2019.

### 4.3.3 Behandlingsvarighet

Behandlingsvarighetene for polikliniske konsultasjoner og dagbehandling endret seg vesentlig i mars og april 2020. Antallet konsultasjoner med varighet i over én time i april var halvparten av tilsvarende antall for fjoråret. Samtidig var det en stor økning i antallet konsultasjoner med varighet under en halvtime, som gjør at man i sum har klart å ligge tett opp mot fjorårets volum for totalt antall konsultasjoner. Siden sommeren 2020 har behandlingsvarighetene stabilisert seg, på et nytt nivå enn før pandemien. Figur 4.4 viser at denne utviklingen i stor grad skyldes økt bruk av telefon- og videokonsultasjoner, men at vi også ser en lignende utvikling for fremmøtekonsultasjoner, dog ikke like ekstremt.

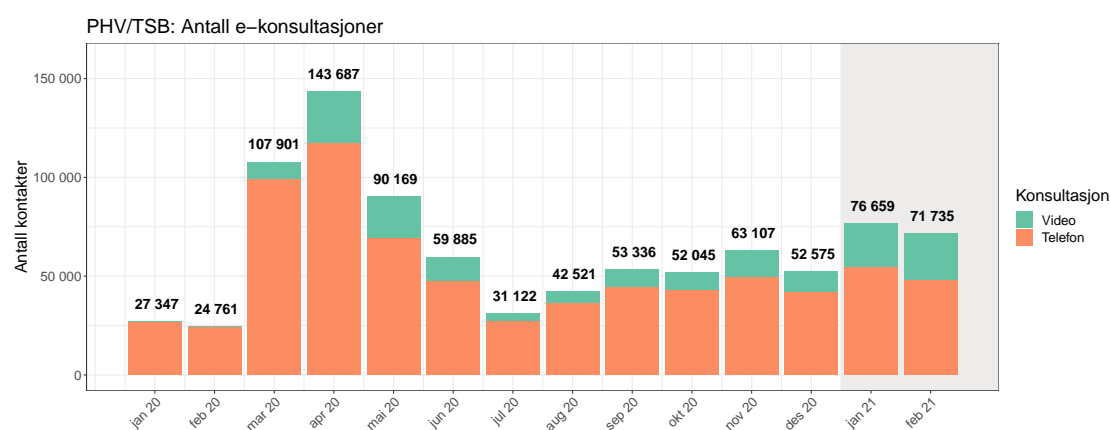


**Figur 4.4:** PHV/TSB: Behandlingsvarighet for poliklinikk/dagbehandling, fordelt i fem varighets-kategorier. Figuren til venstre inkluderer alle konsultasjonstyper, mens figuren til høyre kun inkluderer fremmøtekonsultasjoner. Begge figurene viser aktivitet for hver varighetskategori for januar 2020 - februar 2021, uttrykt som prosentandel av den totale aktiviteten (alle konsultasjonstyper) for tilsvarende måned i 2019 (justert for antall virkedager).

### 4.3.4 E-konsultasjoner

Registreringen av telefon- og videokonsultasjoner fram til 1. januar 2021 var komplisert. Flere kriterier måtte være oppfylt, og registreringspraksisen endret seg over tid. For resultatene i denne seksjonen tas det forbehold om mulighet for ulike registreringspraksiser for e-konsultasjoner. For 2021-tallene bruker vi de nye definisjonene, ettersom telefon- og videokonsultasjoner nå kan registreres enklere som egne kontakttyper. Se vedlegg A for en beskrivelse av ulike definisjonene vi har brukt for å identifisere telefon- og videokonsultasjoner i datagrunnlaget, både før og etter 1. januar 2021.

Antallet telefon- og videokonsultasjoner økte i mars og april 2020, illustrert i Figur 4.5. Økningen i telefonkonsultasjoner utgjør mesteparten av økningen i antall e-konsultasjoner, men relativt sett er det videokonsultasjoner som har økt mest, da dette ikke var like utbredt før pandemien. Siden da har det vært en nedgang i antall e-konsultasjoner, før det stabilisert seg på et høyere nivå enn før pandemien.

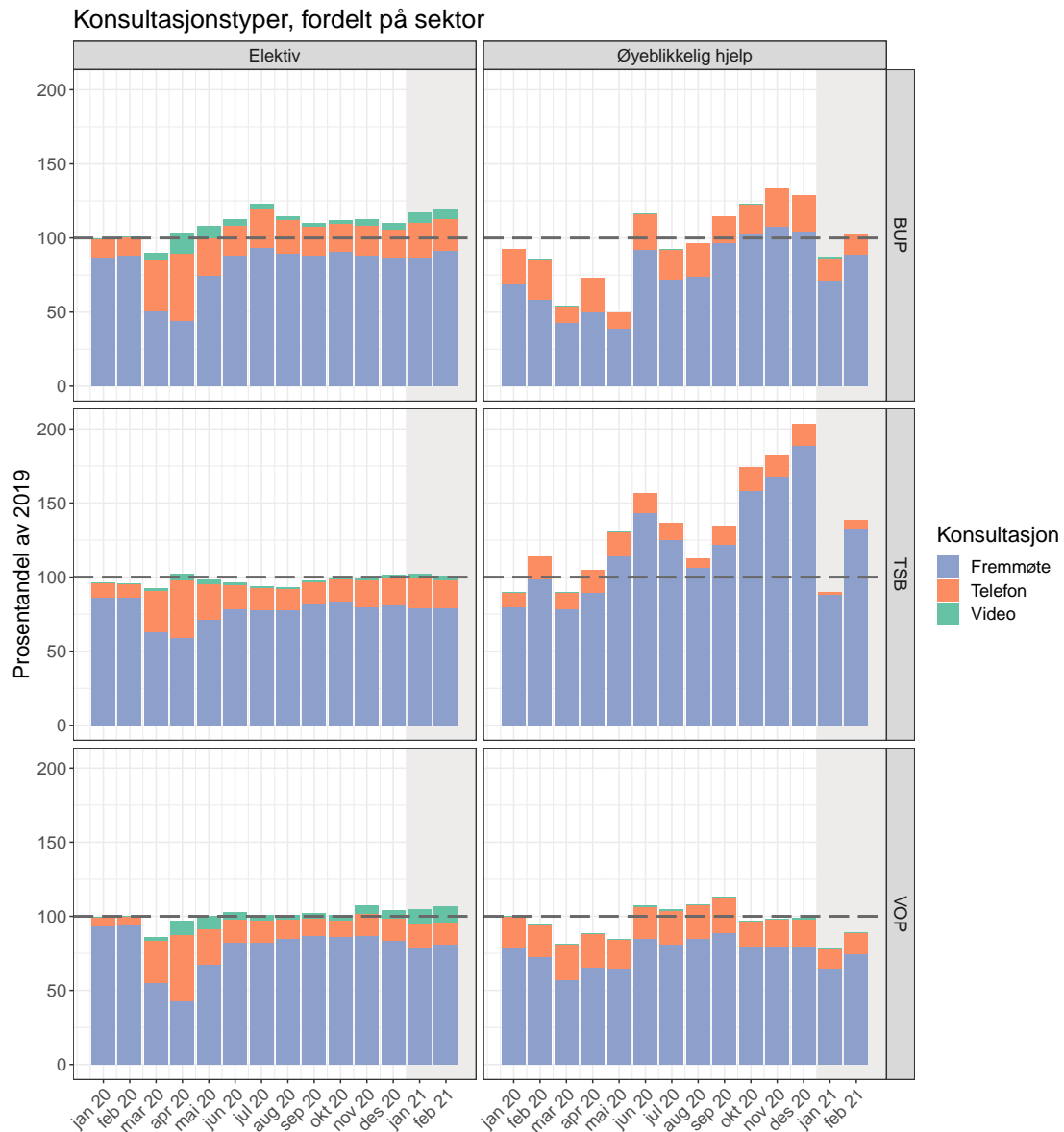


**Figur 4.5:** PHV/TSB: Antall e-konsultasjoner for januar 2020 - februar 2021, oppdelt i telefon- og videokonsultasjoner.

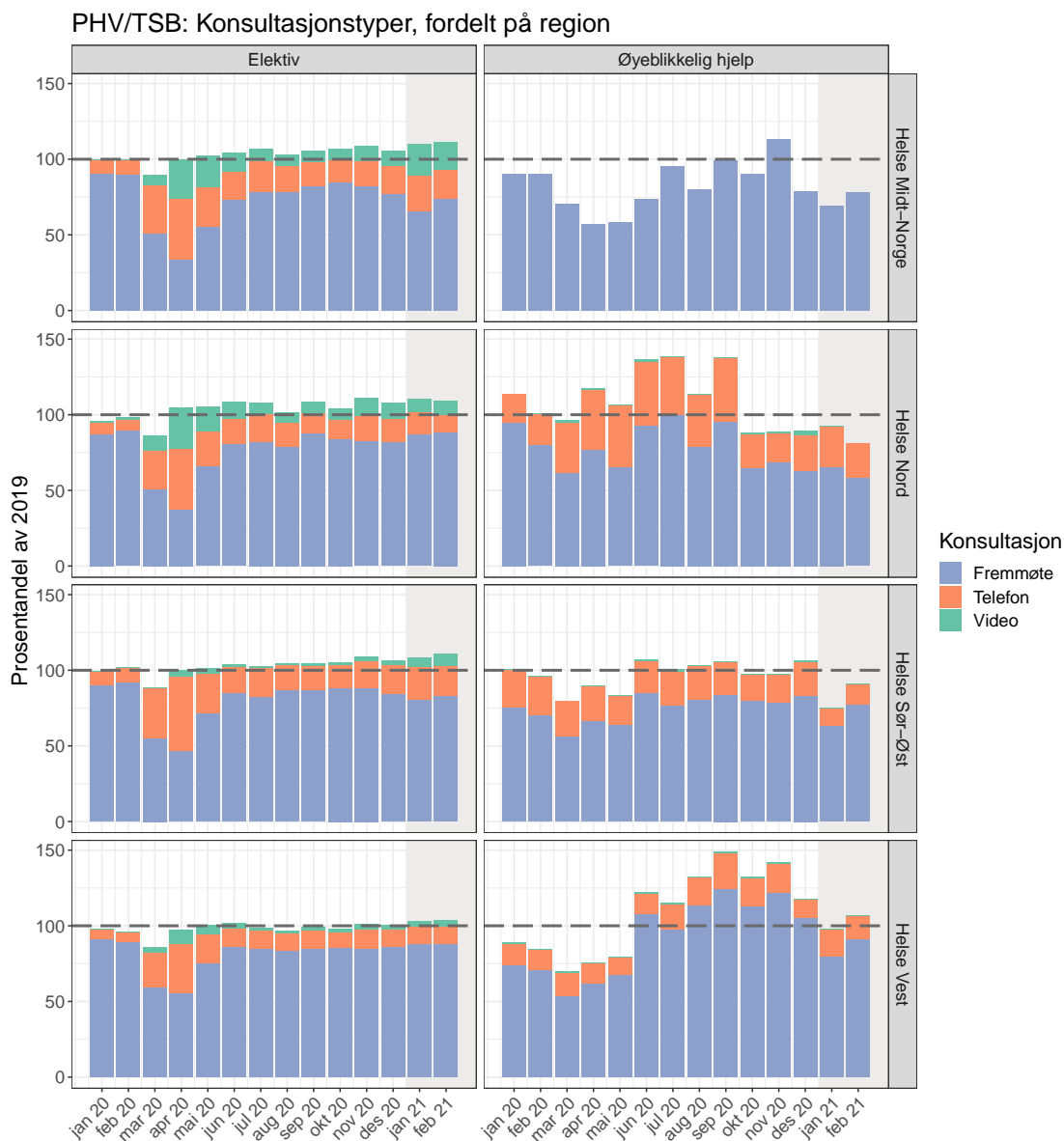
BUP, TSB og VOP har i stor grad tatt i bruk telefon- og videokonsultasjoner. Dermed har man i stor grad klart å opprettholde 2019-volum for polikliniske konsultasjoner og dagbehandling, se Figur 4.6. BUP skiller seg litt ut fra de andre sektorene, med en større nedgang i øyeblikkelig hjelp for mars-mai 2020, sammenlignet med 2019-nivået.

Det er litt varierende i hvilken grad de regionale helseforetakene har tatt i bruk telefon- og videokonsultasjoner, se Figur 4.7. Forskjellene i bruk av e-konsultasjoner er særlig tydelige når det gjelder øyeblikkelig hjelp, som gir utslag på det totale volumet. Merk at metoden vår ikke fanger opp e-konsultasjoner i Midt-Norge for øyeblikkelig hjelp (totalvolumet som vises er likevel korrekt), dette skyldes trolig ulik registreringspraksis. For elektiv aktivitet, ser vi at bruk av videokonsultasjoner er mest utbredt i Helse Nord og Helse Midt-Norge.

Figur 4.8 viser geografiske forskjeller i bruken av e-konsultasjoner, basert på pasientenes bostedsfylke. Vi ser at variasjonen var størst i starten av pandemien, samt litt økende variasjon mot slutten av 2020 og starten av 2021. Vi ser også tydelig at telefon er mer utbredt enn video, samt at bruken av e-konsultasjoner virker å være relativt lik på tvers av sektorene.

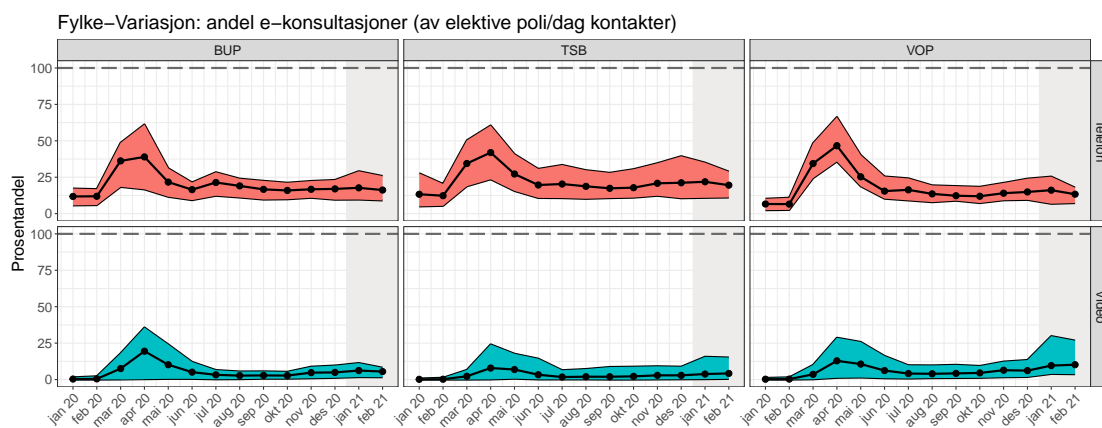


**Figur 4.6:** PHV/TSB: Antall polikliniske kontakter/dagbehandlinger for januar 2020 - februar 2021, fordelt på konsultasjonstype (farger), elektiv aktivitet og øyeblikkelig hjelp (venstre/høyre), samt sektor. Aktiviteten er oppgitt som prosentandel av tilsvarende måned i 2019 (justert for antall virkedager).



**Figur 4.7:** PHV/TSB: Aktivitet for januar 2020 - februar 2021, fordelt på konsultasjonstype (farger), elektiv aktivitet og øyeblikkelig hjelp (venstre/høyre), samt sykehusregion. Aktiviteten er oppgitt som prosentandel av tilsvarende måned i 2019 (justert for antall virkedager).

## Kapittel 4. Psykisk helsevern og rusbehandling



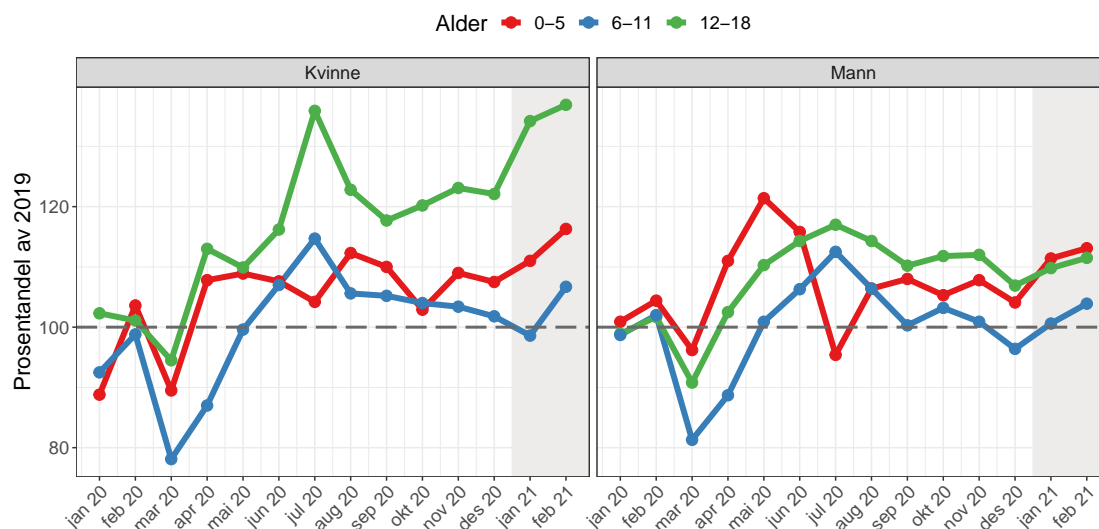
**Figur 4.8:** Det røde området viser variasjonen i aktivitet på tvers av pasientenes bostedsfylker. Bunnen av det røde området viser verdien for fylket med lavest verdi den måneden, mens toppen av det røde området er verdien for fylket med den største verdien den måneden. Verdiene er prosentandel av fylkenes egen aktivitet, slik at verdiene er sammenlignbare på tvers av fylker. Den svarte linjen i midten viser gjennomsnittlig månedlig verdi for alle fylker.

### 4.3.5 Pasientgruppers bruk av tjenestene

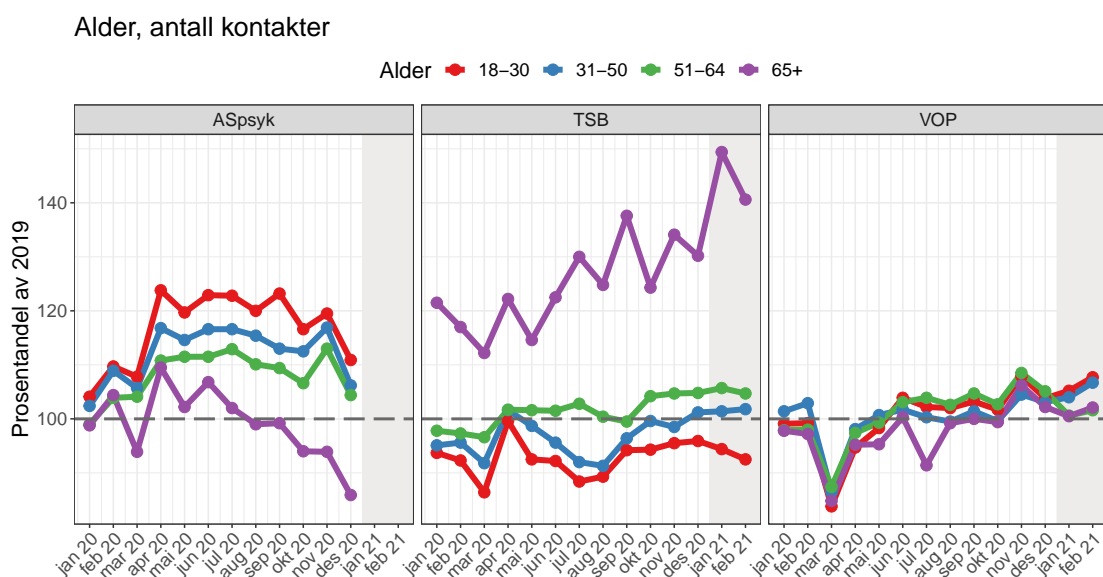
#### BUP

Etter nedstenging i første del av pandemien, økte aktiviteten i BUP. Vi ser av figur 4.9 at andel kontakter var høyere for alle tre aldersgrupper resten av 2020, sammenlignet med 2019, og tallene for 2021 viser en ytterligere økning i aktivitet. Økningen var særlig stor, og lå på et jevnt høyere nivå for jentene i aldersgruppen 12–18 år. Også for barna 0–5 år ser vi imidlertid en jevnt høyere aktivitet sammenlignet med 2019. Her er det mindre forskjeller mellom kjønnene.

BUP: Alder og kjønn, antall kontakter



**Figur 4.9:** BUP: Aktivitet for januar 2020 - februar 2021, fordelt på kjønn og aldersgrupper. Uttrykt som prosentandel av aktivitet for tilsvarende måned i 2019 (justert for antall virkedager).



**Figur 4.10:** VOP/TSB: Aktivitet for januar 2020 - februar 2021, fordelt på sektor og aldersgrupper. Uttrykt som prosentandel av aktivitet for tilsvarende måned i 2019 (justert for antall virkedager).

### Avtalespesialistene (psykologi/psykiatri)

Aktiviteten hos avtalespesialistene var noe høyere i 2020, sammenlignet med 2019. Sammenlignet med elektiv poliklinikk i VOP og TSB økte antall kontakter relativt mer fra 2019 hos avtalespesialistene. Aktivitetsnivået var jevnt høyere i 2020 for alle aldersgrupper unntatt voksne 65 år eller eldre (figur 4.10). For de eldste var antall kontakter under nivået for 2019 fra august og utover.

### Rusbehandling

Innen TSB hadde pasienter i aldersgruppen 65 år og eldre tydelig flere kontakter i hele 2020, sammenlignet med 2019, og aktiviteten var jevnt stigende (figur 4.11). Blant de yngste pasientene (18–30 år) var imidlertid aktivitetsnivået lavere i 2020.

Det ble en økt poliklinisk aktivitet, øyeblikkelig hjelp, ved TSB straks etter nedstengingen i mars, og en ny økning fra sensommeren og utover høsten 2020 (figur 4.12). For pasienter med ruslidelser og pasienter med alkohollidelser kom aktivitetstoppene til noe ulike tidspunkt.<sup>12</sup>

### Voksenpsykiatri

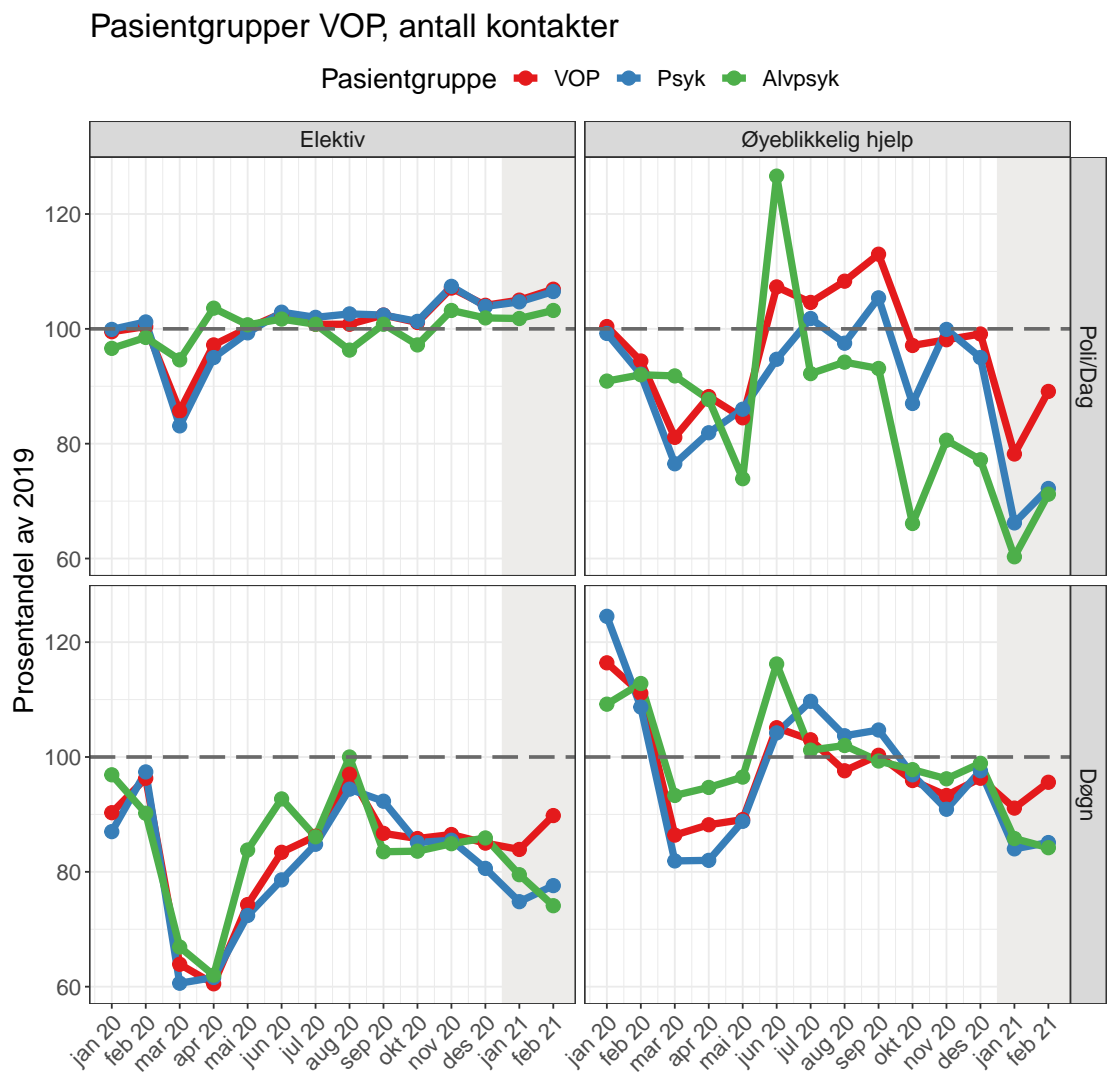
Etter nedtaket i mars har antall kontakter i voksenpsykiatrien holdt seg på et jevnt, og noe høyere nivå for alle aldersgrupper i 2020 sammenlignet med 2019. Ett unntak var en kortvarig nedgang i kontakter for de 65 år og eldre i juli (figur 4.10).

Pasienter med alvorlig psykisk lidelse<sup>13</sup> hadde en sterkere nedgang i antall kontakter i voksenpsykiatrien (VOP), sammenlignet med pasienter i VOP generelt (figur 4.11). Aktivitetsnedgangen

<sup>12</sup>Ved å bruke registrerte ICD-10-koder, har vi delt pasientene inn i ulike pasientgrupper innen rusbehandling. Se kapittel 4.1.2 for en fullstendig definisjon av de ulike pasientgruppene.

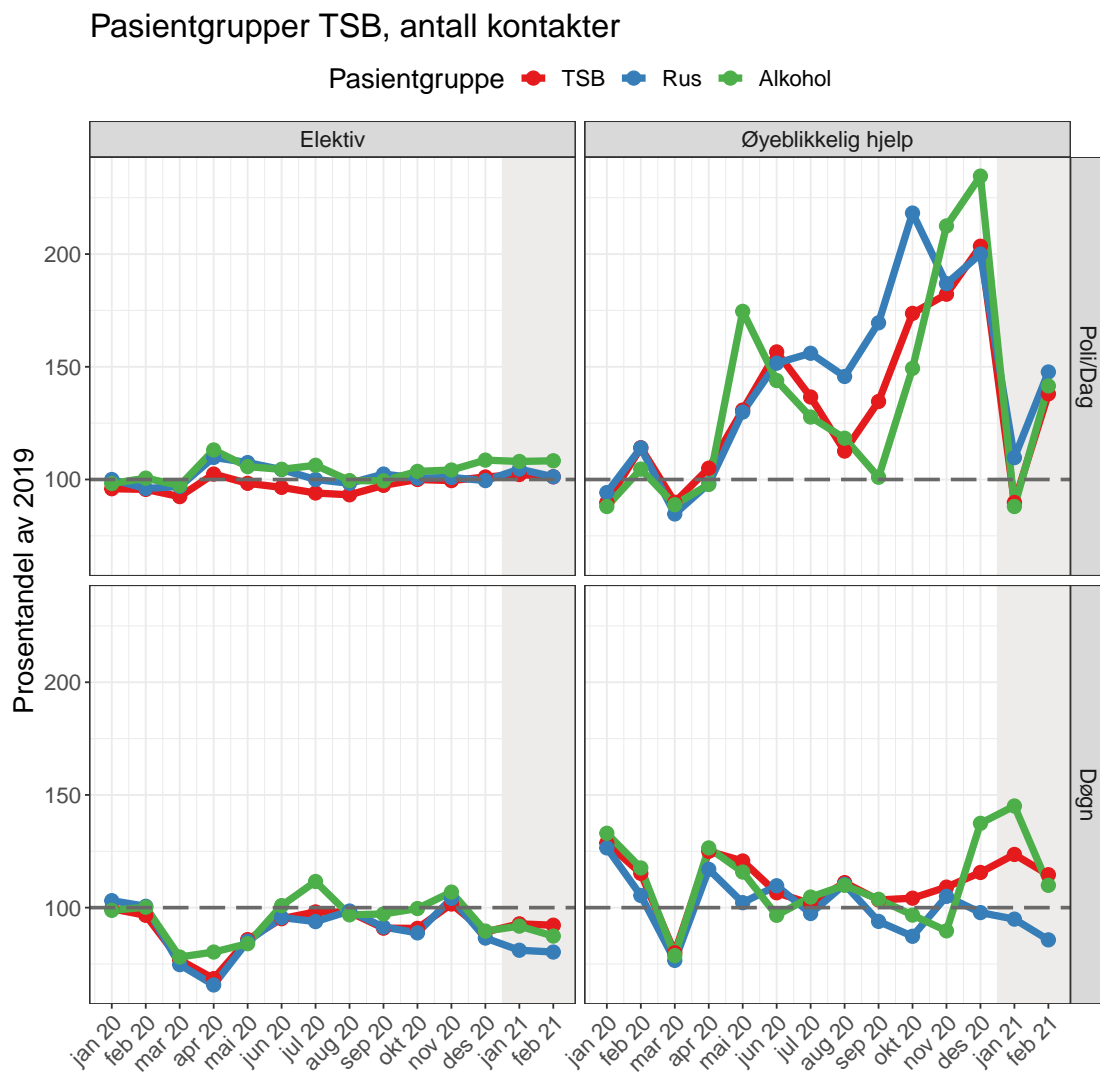
<sup>13</sup>Ved å bruke registrerte ICD-10-koder, har vi delt pasientene inn i ulike pasientgrupper innen voksenpsykiatri. Se kapittel 4.1.2 for en fullstendig definisjon av de ulike pasientgruppene.





**Figur 4.11:** PHV pasientgrupper: Aktivitet for de ulike pasientgruppene i januar 2020 - februar 2021, fordelt på og elektiv aktivitet/øyeblikkelig hjelp (venstre/høyre) og kontakttype.

var tydeligst for øyeblikkelig hjelp i poliklinikk/dag.



**Figur 4.12:** TSB pasientgrupper: Aktivitet for de ulike pasientgruppene i januar 2020 - februar 2021, fordelt på og elektiv aktivitet/øyeblikkelig hjelp (venstre/høyre) og kontakttype.

## 4.4 Oppsummering

I denne delrapporten har vi presentert analyser av aktivitetsutviklingen i psykisk helsevern og TSB under koronapandemien. Vi har sammenlignet aktiviteten i 2020 og starten av 2021 med tilsvarende tall fra 2019.

- Ved hjelp av vesentlig økning i bruken av telefon- og videokonsultasjoner har man i stor grad klart å opprettholde volumet for elektiv poliklinisk kontakt og dagbehandling, og for voksenpsykiatrien også for øyeblikkelig hjelp.
- Aktiviteten i barne- og ungsompsykiatrien økte betydelig, og i alle deler av landet, under pandemien. Økningen var mest uttalt for jenter i alderen 12–18 år, men den var også tydelig for barn 0–5 år. Økningen ser ut til å fortsette i 2021
- Pasienter med alvorlig psykisk lidelse hadde redusert bruk av PHV sammenlignet med 2019, kun elektiv poliklinikk ble opprettholdt
- Den relative aktivitetsøkningen fra 2019 var større hos avtalespesialistene enn ved poliklinikkene i voksenpsykiatrien
- De fylkesvise variasjonene i poliklinisk aktivitet var betydelig større innen TSB og hos avtalespesialistene (psykologi/psykiatri), sammenlignet med voksenpsykiatrien
- Aktivitetsøkningen i TSB var tydeligst hos menn 65 år og eldre; med et jevnt høyere forbruk sammenlignet med 2019

## Diskusjon

Første fase av pandemien ble preget av nedstenginger av sykehusaktivitet i hele landet. Nedstengingen ser vi tydelig på analysene her, både for elektiv og øyeblikkelig hjelp, når vi ser samlet på aktiviteten i psykisk helsevern (PHV) og TSB. Fra mai økte aktiviteten igjen, og har for poliklinikk/dag holdt et høyere nivå i 2020 sammenliknet med 2019. For døgnopphold kom imidlertid ikke aktiviteten tilbake til 2019-nivå for tjenestene sett under ett. Noe av den økte polikliniske aktiviteten fra mai kan skyldes behovet for å ta igjen nedtaket i første fase av pandemien, og en overgang fra døgn- til poliklinisk aktivitet. Det kan imidlertid se ut som om et økt behov hos noen pasientgrupper for behandling i spesialisthelsetjenesten også har påvirket aktivitetsnivået.

I barne- og ungdomspsykiatrien var det en tydelig økt aktivitet etter det første aktivitetsnedtaket, og i resten av 2020. Økningen skjedde i alle deler av landet. Den relative økningen i juli 2020, kan forstås som at behandlingstilbudet i større grad ble opprettholdt sommeren 2020. Antall kontakter økte for begge kjønn, men var mest uttalt for jenter i alderen 12–18 år. Dette er det samme resultatet som ligger til grunn for deler av Ukom sin rapport «Barn og unges psykiske helse ett år inn i pandemien». <sup>14</sup> Av Ukom sin undersøkelse går det dessuten frem at både kommunehelsetjenesten og lavterskeltilbud som hjelpetelefoner drevet av frivillige organisasjoner, har hatt økt pågang og sprengt kapasitet under pandemien. Den økte pågangen gir tydelige signal om barn- og unge sine reaksjoner på pandemien vi står i, og deres økte behov for hjelp.

Våre analyser viser også en økt aktivitet i BUP for barn 0–5 år. Blant flere årsaker til kontakt med BUP så tidlig i livet er barn i utvikling, adferdsproblematikk, mistanke om angst, eller oppfølging av barneverntjenesten.

---

<sup>14</sup><https://www.ukom.no/forside/nyheter/barn-og-unges-psykiske-helse-ett-aar-inn-i-pandemien/>

At barn og unge, som er i en sårbar fase av livet, ser ut til å være gruppen med størst øke i behov for hjelp fra det spesialiserte psykiske helsevernet under pandemien, er en bekymring, ikke bare for enkeltmennesker, men også for samfunnet; barn og unge er samfunnets fremtid.

Blant voksne pasienter i TSB fant vi økt aktivitet i øyeblikkelig hjelp, og særlig tydelig i den polikliniske aktiviteten. Det var spesielt i aldersgruppen 65 år og eldre at aktiviteten økte i 2020, sammenlignet med 2019. Analysene viser også at det både var pasienter med alkohollidelser og andre ruslidelser som fikk økt hjelp. Vi ser med andre ord at pasientgruppen har hatt et tydelig behov for spesialisert rusbehandling i 2020. Våre analyser gir ikke grunnlag for å forklare den økte aktiviteten, men kan sees i lys av nedstngig av aktivitet av samfunnet generelt. Vi vil likevel trekke fram funnet, for å vise pasientgruppens bruk av og behov for tjenester.

Aktiviteten i voksenpsykiatrien, samlet sett, har endret seg relativt lite fra 2019 til 2020, med unntak for planlagte innleggelse som ble redusert. Den relative oppgangen i aktivitet hos avtalespesialistene, kan har gitt noen voksne pasienter nødvendig behandling der, og ikke innen voksenpsykiatrien. Ser vi de to sektorene samlet, ser vi økt behandlingsaktivitet også for voksne.

For pasienter med alvorlig psykiske lidelser var nedtaket av aktivitet minst i den første del av pandemien, sammenlignet med pasienter med lettere psykiske lidelser og voksenpsykiatrien samlet. Senere i 2020 har aktiviteten for pasientgruppen med alvorlig psykisk lidelse vært relativt lavere enn for de andre - en forskjell som er særlig tydelig for poliklinisk øyeblikkelig hjelp. Vi tillater oss derfor å spørre hvordan pasientene med de mest alvorlige lidelsene blir ivaretatt under pandemien.

Bruk av telefon og video ved pasientkonsultasjon har, som forventet, økt i 2020 sammenlignet med 2019. Denne trenden synes å fortsette i 2021, og bidrar til å opprettholde aktivitetsnivået og dekke pasientene sitt behov for kontakt med spesialisthelsetjenesten. Video og telefon som kontakttipe ble benyttet av alle sektorer, men med sektor- og fylkesvise forskjeller i hvor stor grad de ble benyttet; vi så en større spredning i bruken innen TSB.

HOD har gjennom oppdragsdokumentet sagt at minst 15 prosent av pasientkonsultasjonene i spesialisthelsetjenesten skal være elektroniske, også i perioder utenfor pandemien. Det kan se ut som om vi er på vei mot målet om økt bruk av e-konsultasjoner, men at overgangen til 15 prosent i hele landet og for alle sektorer vil ta noe tid.

Bruk av telefon/video-konsultasjonar kan være noe av forklaringen til at andel konsultasjoner av lengre varighet er redusert i 2020 sammenlignet med 2019; mellom annet er kontakter med 1 time eller mer gått ned. I tillegg til en styrt omlegging til bruk av video/telefon, kan det tenkes at også behovet for å ha større turnover på pasienter har påvirket til kortere tid per kontakt med pasientene.

I lys av kunnskap om utfordringer i innbyggernes mentale helse ba regjeringen i mars en ekspertgruppe om å se på konsekvensen pandemien har hatt for folks psykiske helse og rusbruk, og foreslå konkrete tiltak for hvor innsatsen bør styrkes for å møte disse utfordringene.<sup>15</sup> Å møte disse utfordringene tidlig er viktig sett i lys av hvordan pandemien påvirker både mennesket og samfunnet. Hva som kommer etter pandemien vet vi ikke. Babaian<sup>16</sup> har illustrert dette som den fjerde pandemibølgen – en illustrasjon ment som utgangspunkt for refleksjon og diskusjon. Stikkord for kjennetegn ved denne fjerde bølgen er, i hans illustrasjon, psykisk traume, mental lidelse, økonomisk skade og utbrenthet. «What comes after is going to define and change society in ways we are just beginning to grasp». Å ha kjennskap til folks psykiske helse under pandemien

---

<sup>15</sup><https://www.regjeringen.no>

<sup>16</sup>Babaian, J. (2020). *The Pandemic's 4th Wave* Lasta ned 30. april 2021

er derfor viktig også for fremtidens samfunn.

## Kapittel 5

# Bruk av utvalgte somatiske helse-tjenester

### 5.1 Introduksjon

SKDE undersøkte i rapporten «Sørge-for-ansvaret under koronapandemien»<sup>17</sup> hvordan bruken av nødvendige somatiske helsetjenester var i den første tiden etter pandemiutbruddet, herunder akuttinnleggelser, kreft- og hjerteinfarktbehandling.

I denne delrapporten ønsker vi å undersøke bruken av somatiske spesialisthelsetjenester i det første året av pandemien. Definisjonen av nødvendige helsetjenester er utvidet fra forrige rapport, både med tanke på hvilke pasientgrupper som er tatt med og hva slags type helsetjenester som er inkludert i analysene. Når det gjelder hjerte-/karbehandling undersøkes i denne rapporten innleggelser for akutt hjerteinfarkt, samt bruk av angiografi og revaskularisering. I tillegg undersøkes endringer i omfang av innleggelser for hjertesvikt og hjerterytmeforstyrrelser. Videre har vi undersøkt hvordan spesialisert rehabilitering etter akutt hjerneslag ble påvirket i pandemiens første år, da rehabiliteringsaktiviteten var ett av områdene som ble lagt om etter pandemiutbruddet. Dette er beskrevet i kapittel 5.4.

Kreftbehandlingen i pandemiens første år er beskrevet i kapittel 5.5. Her har vi også undersøkt i hvilken grad pandemien kan ha påvirket diagnostiseringen av nye krefttilfeller for en rekke ulike kreftformer.

I kapittel 5.6 har vi undersøkt hvordan pandemien har påvirket behandlingen av noen grupper av kronisk syke pasienter. Dette er pasienter som har stort behov for oppfølging i spesialisthelsetjenesten. Noen av disse pasientgruppene er samtidig særlig utsatte for alvorlig forløp ved covid-19 sykdom, noe som kan tenkes å ha påvirket bruken av helsetjenester under pandemien. Det er derfor særlig viktig å belyse hvordan ivaretagelsen av disse pasientene har vært gjennom pandemiens første år.

Protesekirurgi er et eksempel på en type helsetjenester som kan ha stor innvirkning på livskvalitet og funksjonsnivå, til tross for at det ikke dreier seg om behandling av en akutt og livstruende tilstand. Dette er også en tjeneste som hovedsakelig gis til eldre, dvs. de som er mest utsatt for alvorlig forløp ved covid-19 sykdom. Det har derfor av interesse å undersøke hvordan

---

<sup>17</sup>Jf. Sørge-for-ansvaret under koronapandemien. [www.skde.no](http://www.skde.no).

spesialisthelsetjenesten har ivaretatt denne typen helsetjenester gjennom pandemien. Dette har vi undersøkt nærmere i kapittel 5.7.

I tillegg til en bredere behandling av bruken av nødvendige somatiske helsetjenester i pandemiens første år har vi sett nærmere på om bruken av somatiske spesialisthelsetjenester for personer med særlig lang reisevei til akuttsykehus har endret seg under pandemien, i lys av redusert flytilbud og bekymring for smitte ved bruk av offentlig transport. Dette er behandlet i kapittel 5.8.

### 5.2 Datakilder og metode

Det er benyttet personsensitive data (låste årsfiler) fra Norsk pasientregister (NPR) for somatiske spesialisthelsetjenester for årene 2019 og 2020. I enkelte analyser benyttes det også historiske data fra NPR for 2017 og 2018. For perioden 1. jan 2021-11. mars 2021 er det benyttet åpne månedsfiler fra NPR. Det er noe større usikkerhet knyttet til denne kilden, da dette er foreløpige og ufullstendige data. Data for avtalespesialister (låste årsfiler) inngår i analysene, men foreligger kun for perioden 2019-2020. Analyser av nye krefttilfeller er basert på tall publisert av Helsedirektoratet i relasjon til pakkeforløp for kreft<sup>18</sup>.

Analysene inkluderer alle bosatte i Norge. I analyser av geografisk variasjon er det tatt utgangspunkt i foretakenes opptaksområder. Det er derfor pasientens bosted, og ikke behandlingssted, som ligger til grunn i analyser av helsetjenesteforbruk i ulike områder.

Som hovedtilnærming sammenlignes aktivitet i det første pandemiåret (12. mars 2020-11. mars 2021) med aktivitet i samme periode foregående år (12. mars 2019-11. mars 2020). I analyser der aktivitet hos avtalespesialistene utgjør en vesentlig del av spesialisthelsetjenestetilbudet sammenlignes 2020 mot 2019, siden tall for 2021 foreløpig ikke er tilgjengelig.

Sykehusepisoder er i denne delrapporten beskrevet med utgangspunkt i inndato. Det er korrigert for avdelingsoverføringer og overføringer mellom sykehus, ved at tilfeller der innlagte pasienter overføres mellom avdelinger eller sykehus i løpet av et 8-timers tidsrom telles som ett sammenhengende opphold. Innleggelse innen 8 timer etter en akutt poliklinisk konsultasjon slås også sammen til én akuttinnleggelse.

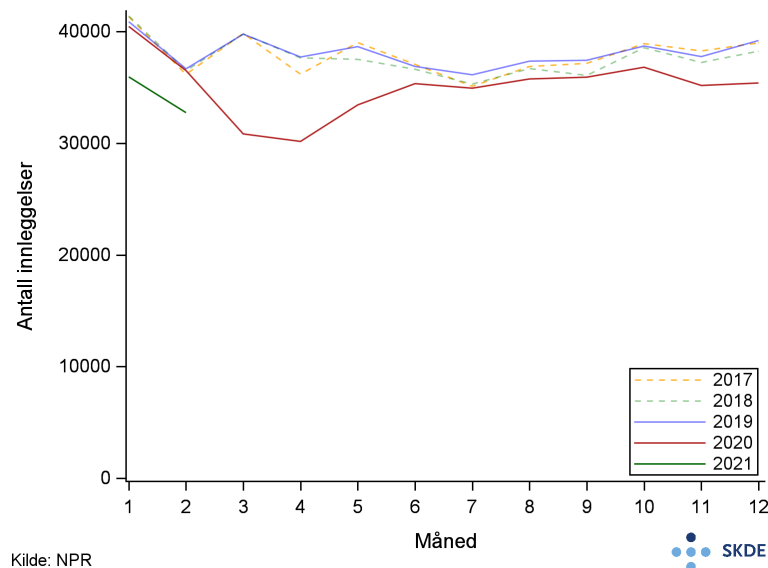
SKDE er eneansvarlig for analyser, tolkning og presentasjon av de utleverte data.

---

<sup>18</sup>Jf. [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no). Data ekstrahert 7. april 2021

### 5.3 Somatiske akuttinnleggelser

I pandemiens første fase, mars og april 2020, var det et betydelig fall i somatiske akuttinnleggelser<sup>19</sup>, 22 % (9 000 færre innleggelser) i mars og 20 % (7 500 færre innleggelser) i april, se figur 5.1. Fra juni til oktober var antallet akuttinnleggelser tilnærmet normalisert, etterfulgt av en ny nedgang som startet i november og vedvarte gjennom februar 2021.



**Figur 5.1:** Antall akuttinnleggelser i somatiske sykehus per måned, alle aldre, fordelt etter innskrivelsesmåned, perioden 2017 - februar 2021.

I det første pandemiåret (12. mars 2020 - 11. mars 2021) var det en samlet nedgang i akuttinnleggelser på omtrent 10 % (43 800 færre). For opptaksområdene varierte endringen fra -5 % til -15 %, se tabell B.1 i vedlegg.

Antall akuttinnleggelser for pasienter med kols<sup>20</sup> eller lungebetennelse<sup>21</sup> ble redusert med 42 % i pandemiåret. Det utgjør over en tredjedel av den totale reduksjonen i akuttinnleggelser. Det var nesten ingen akuttinnleggelser med influensa i pandemiåret, og dette bortfallet forklarer omtrent 6 % av reduksjonen i akuttinnleggelser.

Når akuttinnleggelser for covid-19 holdes utenfor, var det de lengste akuttinnleggelsene som ble mest redusert. I perioden mars-mai 2020 ble akuttinnleggelser mellom ett til fire døgn redusert med 18 % og innleggelsene mellom fem døgn og over en uke ble redusert med 25 %.

<sup>19</sup>Med innleggelse menes det som i NPR er kodet som innleggelse og hvor liggetiden er lenger enn null døgn. Kontakter hvor pasienten er utskrevet som død er definert som innleggelse. Innleggelser med hoveddiagnose Z37 (fødsel) er ekskludert. En innleggelse kan være planlagt eller akutt, og denne inndelingen følger den administrative kodingen, med unntak av innleggelser rett etter en akutt poliklinisk konsultasjon, der dette defineres som en akuttinnleggelse uavhengig av koding.

<sup>20</sup>Akutt innleggelse med kols er definert med hoveddiagnose J40-J44 eller bidiagnose J40-J44 i kombinasjon med R06.0, J09-J11, J12-J18, J20, J22, J46, J96.

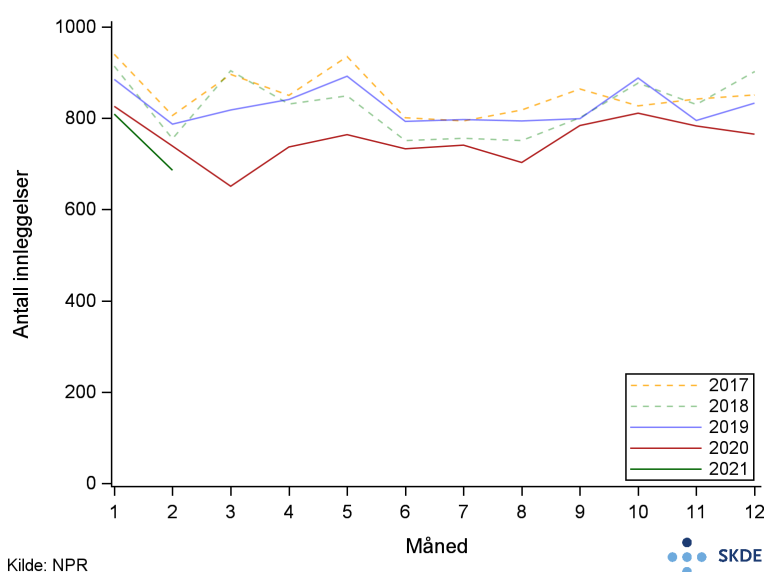
<sup>21</sup>Akutt innleggelse med lungebetennelse er definert med hoveddiagnose J12-J18, kols og covid-19 er ekskludert.



## 5.4 Hjerte-/karbehandling

### 5.4.1 Hjerteinfarkt, angiografi og revaskularisering

Antall akuttinnleggelser for hjerteinfarkt<sup>22</sup> ble samlet redusert med nesten 9 % i pandemiåret, se tabell 5.1. Hjerteinfarktregisteret<sup>23</sup> rapporterer også om stor nedgang, og spesielt for NSTEMI, der antall innrapporterte hjerteinfarkt i perioden mars - desember 2020 var 6 142, mot 7 132 i 2019 (-14 %). For STEMI var tilsvarende tall 2 570 og 2 456 (-4 %). Figur 5.2 viser at antall akuttinnleggelser med hjerteinfarkt var lavere samtlige måneder i 2020 sammenlignet med tilsvarende perioder i 2017 - 2019, og at trenden var den samme i januar/februar 2021. Det var også en tilsvarende reduksjon i akuttinnleggelser med angina<sup>24</sup> på 8 % i pandemiåret (ikke vist her).



**Figur 5.2:** Antall akutte innleggelser per måned med hjerteinfarkt, alle aldre, fordelt etter innskrivelsesmåned, perioden 2017 - februar 2021.

Nedgangen i akuttinnleggelser med hjerteinfarkt var ikke likt fordelt mellom regionene, se tabell 5.1. Reduksjonen var størst i opptaksområdet til Helse Sør-Øst (-11 %) og Helse Vest (-10 %). Helse Midt-Norge hadde en reduksjon på 5 %, mens akuttinnleggelser med hjerteinfarkt for bosatte i Helse Nord var tilnærmet uendret (-1 %).

Nasjonalt ble det i pandemiåret gjort færre koronare angiografier<sup>25</sup> (-7 %) sammenlignet med pre-pandemiåret, se tabell 5.1. De største endringene var i mars 2020 (-23 %), og i april og oktober 2020 (-14 % og -11 %, ikke vist i tabell). Reduksjonen i koronare angiografier fordeles forholdsvis likt mellom regionene, med en noe større reduksjon for befolkningen i Helse Sør-Øst (-9 %) sammenlignet med befolkningen i Helse Midt-Norge (-3 %).

Revaskularisering<sup>26</sup> er en samlebetegnelse for utblokkning (PCI) og operasjon (bypass) på hjertets

<sup>22</sup>Hjerteinfarkt er definert med hoveddiagnose I21 eller I22.

<sup>23</sup>Jf. «Drastisk nedgang i antall hjerteinfarkt under koronapandemien». [www.namdalsavisa.no](http://www.namdalsavisa.no)

<sup>24</sup>Angina er definert som hoveddiagnose I20.

<sup>25</sup>Angiografi er definert med prosedyrekoder: FYDB1, FNG, FNP02B, FNP12B, FNQ05B, FNQ12B, FNR22B, SFY0BB, SFN0CB, SFN0DB, SFY0EB, SXF0BB, SXF0CB, SXF0DB, SXF0EB.

<sup>26</sup>Revaskulering er definert med prosedyrekoder: FNG, FNA, FNB, FNC, FND, FNE. Tidligere koder også inkludert: FNP02B, FNQ05B, FNR22B, SXF0EK, SXF0FK, SFN0EK, SFN0FK.

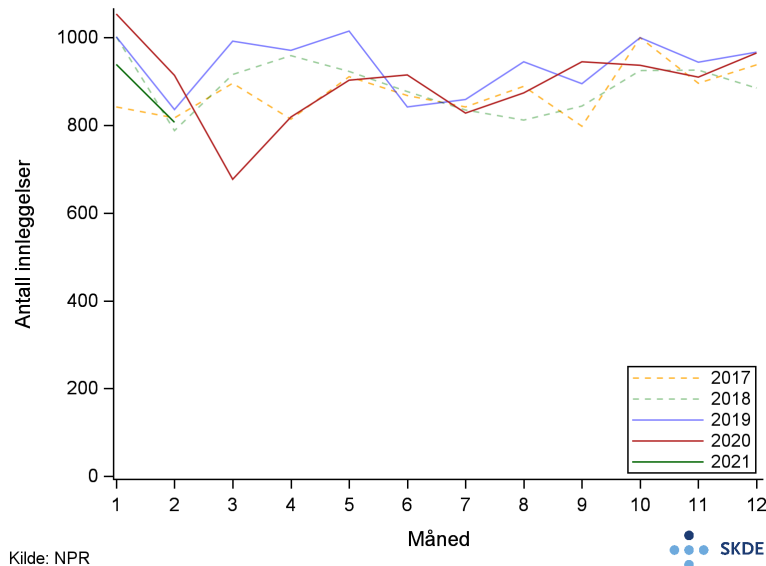
**Tabell 5.1:** Antall innleggelser med akutt hjerteinfarkt og antall sykehusopphold hvor det ble gjort angiografi i pandemiåret 12. mars 2020 - 11. mars 2021, endring og prosentvis endring sammenlignet med 12. mars 2019 - 11. mars 2020. Fordelt på opptaksområder.

Opptaksområde	Hjerteinfarkt			Angiografi		
	antall	endring	endring %	antall	endring	endring %
Finnmark	202	23	12,8 %	576	-94	-14,0 %
UNN	363	6	1,7 %	1264	-201	-13,7 %
Nordland	327	0	0 %	1154	161	16,2 %
Helgeland	176	-35	-16,6 %	521	-27	-4,9 %
Helse Nord RHF	1 068	-6	-0,6 %	3 515	-161	-4,4 %
Nord-Trøndelag	325	-1	-0,3 %	666	2	0,3 %
St. Olav	501	-44	-8,1 %	1746	-6	-0,3 %
Møre og Romsdal	556	-31	-5,3 %	1 219	-122	-9,1 %
Helse Midt-Norge RHF	1 382	-76	-5,2 %	3 631	-126	-3,4 %
Førde	218	-12	-5,2 %	433	-28	-6,1 %
Bergen	690	-92	-11,8 %	1982	-81	-3,9 %
Fonna	388	-38	-8,9 %	969	-43	-4,2 %
Stavanger	534	-64	-10,7 %	1620	-242	-13,0 %
Helse Vest RHF	1 830	-205	-10,1 %	5 004	-394	-7,3 %
Østfold	669	-74	-10,0 %	2 020	-276	-12,0 %
Akershus	846	-162	-16,1 %	3 351	-626	-15,7 %
OUS	249	-33	-11,7 %	1 134	-87	-7,1 %
Lovisenberg	108	-40	-27,0 %	433	-32	-6,9 %
Diakonhjemmet	126	-30	-19,2 %	499	-35	-6,6 %
Innlandet	695	-88	-11,2 %	1 957	-109	-5,3 %
Vestre Viken	783	-93	-10,6 %	2 803	-195	-6,5 %
Vestfold	460	-1	-0,2 %	1 326	-103	-7,2 %
Telemark	335	-13	-3,7 %	1 033	-33	-3,1 %
Sørlandet	416	-14	-3,3 %	2 127	-55	-2,5 %
Helse Sør-Øst RHF	4 684	-549	-10,5 %	16 683	-1 550	-8,5 %
Norge	8 964	-834	-8,5 %	28 833	-2 231	-7,2 %

blodårer. Tabell B.2 i vedlegg viser at det samlet var en reduksjon på 7 % i antall sykehusopphold hvor det ble gjennomført revaskularisering i 2020 sammenlignet med 2019. Størst prosentvis nedgang var i mars og oktober. Andelen som mottok revaskularisering i 2020 var imidlertid ikke vesentlig ulik andelen i 2019. Dette gjelder også om man sammenligner det første pandemiåret med samme periode forutgående år. Nedgangen i antall innlagte med hjerteinfarkt påvirket dermed ikke andelen som ble revaskularisert.

## 5.4.2 Hjertesvikt

Antall planlagte og akutte innleggelser for hjertesvikt<sup>27</sup> hadde en stor nedgang i mars og april 2020. I resten av 2020 og 2021 var antall innleggelser omtrent på nivå med 2019, se figur 5.3.



**Figur 5.3:** Antall planlagte og akutte innleggelser med hjertesvikt, alle aldre, fordelt etter innskrivelsesmåned, perioden 2017 - februar 2021.

Nasjonalt var det omtrent 19 500 unike pasienter med hjertesvikt i spesialisthelsetjenesten i pre-pandemiet. Det var en liten nedgang (-2 %) i antall pasienter med hjertesvikt i pandemiet, se tabell 5.2. Det var 1 150 planlagte og 9 300 akutte innleggelser i pre-pandemiet, og det var en større prosentvis nedgang for akuttinnleggelser og dagbehandling/poliklinisk behandling enn for planlagte innleggelser. Det var imidlertid lavt volum, spesielt for planlagte innleggelser, og tilfeldig variasjon kan gi store utslag på prosentvis endring.

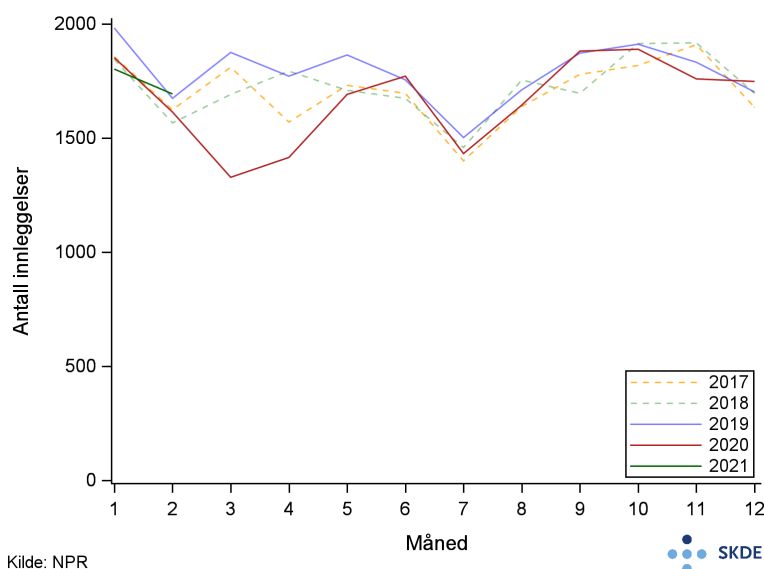
**Tabell 5.2:** Endring og prosentvis endring i antall pasienter, planlagte og akutte innleggelser og dagbehandling/polikliniske episoder for pasienter med hjertesvikt i pandemiet 12.mars 2020 - 11.mars 2021 sammenlignet med 12.mars 2019 - 11.mars 2020. Fordelt på opptaksområder.

Opptaksområde	Pasienter		Planlagt innleggelse		Akutt innleggelse		Dag/poliklinikk	
	endring	endring %	endring	endring %	endring	endring %	endring	endring %
Helse Nord RHF	-127	-6,1 %	-72	-33,6 %	-27	-3,0 %	-62	-1,9 %
Helse Midt-Norge RHF	-58	-2,2 %	95	54,6 %	-76	-5,7 %	-595	-9,7 %
Helse Vest RHF	9	0,2 %	1	0,7 %	-101	-6,2 %	415	6,8 %
Helse Sør-Øst RHF	-183	-1,7 %	-63	-10,4 %	-467	-8,5 %	-1965	-9,1 %
Norge	-357	-1,8 %	-39	-3,4 %	-671	-7,2 %	-2207	-6,0 %

<sup>27</sup>Hjertesvikt er definert med hoveddiagnose I50, I11.0, I13.0 eller I13.2.

### 5.4.3 Hjerterytmeforstyrrelser

Antall planlagte og akutte innleggelser for hjerterytmeforstyrrelser<sup>28</sup> hadde en stor reduksjon i mars og april 2020. Utover sommeren og høsten 2020 var antall innleggelser på nivå med tidligere år.



**Figur 5.4:** Antall planlagte og akutte innleggelser med hoveddiagnose hjerterytmeforstyrrelse, alle aldre, fordelt etter innskrivelsesmåned, perioden 2017 - februar 2021.

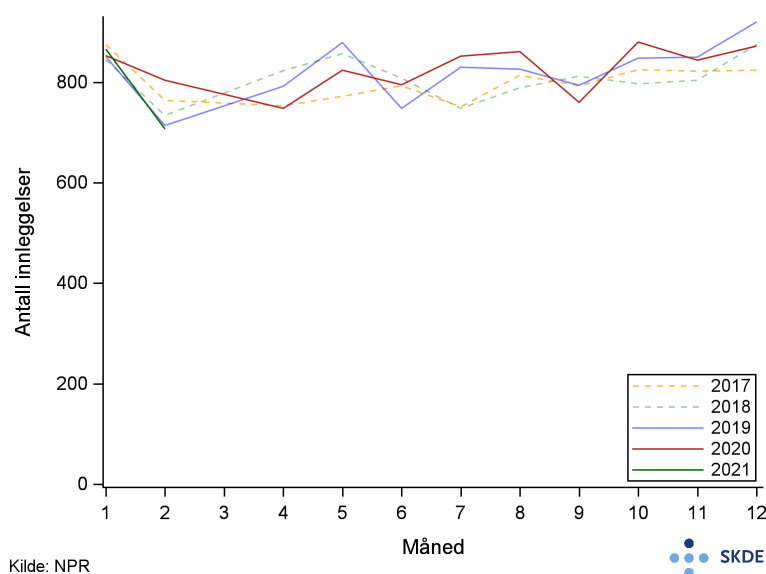
Nasjonalt var det omtrent 69 000 unike pasienter med hjerterytmeforstyrrelser i spesialisthelsetjenesten i pre-pandemiåret. I pandemiåret var det en liten nedgang (-5 %) i antall pasienter, se tabell 5.3. Det var 5 200 planlagte og 15 100 akutte innleggelser i pre-pandemiåret, og i pandemiåret var det en nedgang på henholdsvis 1 % og 7 %. Med unntak av akuttinnleggelser var nedgangen var størst for bosatte i Helse Nord, særlig for planlagte innleggelser og dag/poliklinikk. Bosatte i opptaksområdet Helse Midt-Norge hadde minst endring, og hadde som eneste region en økning i planlagte innleggelser i pandemiåret. Her er det imidlertid lave volum, slik at endringene må tolkes med forsiktighet.

**Tabell 5.3:** Endring og prosentvis endring i antall pasienter, planlagte og akutte innleggelser og dagbehandling/polikliniske episoder for pasienter med hjerterytmeforstyrrelse i pandemiåret 12. mars 2020 - 11. mars 2021 sammenlignet med 12. mars 2019 - 11. mars 2020. Fordelt på opptaksområder.

Opptaksområde	Pasienter		Planlagt innleggelse		Akutt innleggelse		Dag/poliklinikk	
	endring	endring %	endring	endring %	endring	endring %	endring	endring %
Helse Nord RHF	-508	-7,4 %	-69	-10,7 %	-112	-7,5 %	-922	-9,5 %
Helse Midt-Norge RHF	-24	-0,2 %	29	4,3 %	-56	-2,7 %	-403	-2,7 %
Helse Vest RHF	-570	-4,0 %	-14	-1,2 %	-247	-7,0 %	-1 374	-6,7 %
Helse Sør-Øst RHF	-2 116	-5,6 %	-16	-0,6 %	-659	-8,3 %	-3 579	-6,0 %
Norge	-3 211	-4,7 %	-70	-1,3 %	-1074	-7,1 %	-6 278	-6,0 %

<sup>28</sup>Hjerterytmeforstyrrelser er definert med hoveddiagnose I44, 45, I47, I48 eller I49.

### 5.4.4 Hjerneslag og rehabilitering etter hjerneslag



**Figur 5.5:** Antall akutte innleggelser med hjerneslag, alle aldre, fordelt etter innskrivelsesmåned, perioden 2017 - februar 2021.

Akuttinnleggelser for hjerneslag<sup>29</sup> har ligget ganske stabilt mellom 750 og 850 per måned i fireårsperioden 2017-2020, se figur 5.5. I pandemiåret ble antall akuttinnleggelser med hjerneslag redusert med 2 % (tilsvarende 190 færre pasienter), se tabell 5.4. Målt på regionnivå var det imidlertid kun nedgang for bosatte i Helse Sør-Øst, der akuttinnleggelser for hjerneslag ble redusert med 6 % i pandemiåret. I de øvrige regionene økte antall akuttinnleggelser for hjerneslag, og mest for bosatte i Helse Nord (+5 %). Innad i Helse Sør-Øst var det Diakonhjemmet, Sørlandet, Østfold, Akershus og Lovisenberg som hadde størst reduksjon. Det samme bildet, en reduksjon på 2 % nasjonalt, og en 6 % reduksjon for bosatte i Helse Sør-Øst, observeres også for forbigående blodpropp i hjernen (TIA, ikke vist i tabell eller figur).

Rehabilitering er et omfattende fagområde på tvers av spesialist- og kommunehelsetjenesten, og til denne rapporten har man kun hatt tilgang til data om rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Ulik kodepraksis i sykehusene for sekundær rehabilitering (rehabilitering i hjerneslagoppholdet) gjør også at kun primær rehabilitering<sup>30</sup> i sykehus og private rehabiliteringsinstitusjoner inkluderes i analysene. I pandemiåret mottok 13 % av de akutte slagtilfellene rehabilitering innen 30 dager etter slaget, mot 14 % i sammenligningsåret. Rundt 85 % av disse rehabiliteringsoppholdene var primær rehabilitering i sykehus, mens 15 % var opphold på private rehabiliteringsinstitusjoner. Gjennomsnittlig liggetid for akuttinnlagte slagpasienter gikk noe ned i pandemiåret (8,9 liggedøgn i pandemiåret, mot 9,8 i året forut for dette).

Nasjonalt varierte andel slagpasienter som fikk rehabilitering litt fra måned til måned gjennom hele pandemiåret, men det var ingen vesentlige endringer sammenlignet med pre-pandemiåret. Det var imidlertid vesentlig variasjon mellom boregionene mht endring i andel rehabilitering (se tabell 5.4). Helse Nord hadde høyest andel rehabilitering etter hjerneslag før pandemien (24 %), men størst reduksjon under pandemien (til 18 %). I Helse Nord var reduksjonen i bruk av rehabilitering etter hjerneslag størst for pasienter bosatt i opptaksområdene UNN og Finnmark,

<sup>29</sup>Hjerneslag er definert med hoveddiagnose I61, I63 eller I64.

<sup>30</sup>Primær rehabilitering er definert med hoveddiagnose Z50.89 eller Z50.80. Oppholdet gjennomføres i egne avdelinger hvor hensikten er rehabilitering.

**Tabell 5.4:** Antall innleggelser med akutt hjerneslag i pandemiåret 12. mars 2020 - 11. mars 2021, endring og prosentvis endring sammenlignet med 12. mars 2019 - 11. mars 2020. Andel hjerneslagepisoder mottok rehabilitering innen 30 dager etter slaget. Fordelt på opptaksområder.

Opptaksområde	Akutt hjerneslag			Andel rehabilitering	
	antall	endring	endring %	før pandemi	pandemiåret
Helse Nord RHF	1 130	57	5,3 %	24,0 %	17,7 %
Helse Midt-Norge RHF	1 536	43	2,9 %	11,8 %	12,6 %
Helse Vest RHF	1 885	20	1,1 %	9,8 %	7,7 %
Helse Sør-Øst RHF	5 229	-310	-5,6 %	14,1 %	13,7 %
Norge	9 780	-187	-1,9 %	14,0 %	12,8 %

og mesteparten forklares ved reduksjon av rehabilitering i sykehus.

Helse Vest hadde lavest andel rehabilitering etter hjerneslag før pandemien (10 %), men også her ble andelen som mottok rehabilitering redusert i pandemiåret (til 8 %). For Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst var det derimot små utslag.

### 5.4.5 Drøfting hovedfunn hjerte-/karbehandling

I pandemiens første år var det en vesentlig reduksjon i antall akuttinnleggelser med hjerteinfarkt (-9 %), og en liten reduksjon i akuttinnleggelser for hjerneslag (-2 %). Denne reduksjonen var ikke jevnt fordelt i befolkningen. Antall hjerteinfarkt ble mest redusert i Helse Sør-Øst (-11 %) og Helse Vest (-10 %). I boområdet til Helse Sør-Øst var det stor variasjon mellom opptaksområdene, hvor Lovisenberg, Diakonhjemmet og Akershus hadde mest uttalt nedgang (henholdsvis -27 %, -19 % og -16 %). Variasjonen innad i boområdet til Helse Vest var mindre. For akuttinnleggelser med hjerneslag hadde Helse Sør-Øst som eneste region en reduksjon (-6 %), mens det økte i de andre regionene (fra 1 % til 5 %). Innad i Helse Sør-Øst var det Diakonhjemmet, Sørlandet, Østfold, Akershus og Lovisenberg som hadde størst reduksjon.

Det har vært rapportert om færre TIA og lette hjerneslag i første fase av pandemien fra opptaksområdet Akershus<sup>31</sup>, men det er foreløpig ikke kommet rapporter om utviklingen fra siste del av 2020. Det er ikke klart hva som er grunnen til at enkelte opptaksområder har en mer uttalt reduksjon i antall innleggelser med hjerteinfarkt og hjerneslag. Helse Sør-Øst har hatt en større covid-19-belastning, og befolkningen har periodevis levd under strengere tiltak enn resten av landet, men det forklarer ikke nødvendigvis disse forskjellene.

Angiografi har i likhet med hjerteinfarkt blitt redusert, og ikke uventet var reduksjonen størst i Helse Sør-Øst og Helse Vest hvor nedgangen i hjerteinfarkt var størst. Helse Nord avvek fra de andre regionene ved at bosatte i Finnmark og UNN hadde en forholdsvis stor reduksjon i antall angiografier, til tross for en økning i antall hjerteinfarkt. En subanalyse viste at det var spesielt de planlagte angiografiene som stod for reduksjonen. Motsatt økte antall angiografier betydelig for bosatte i Nordland, til tross for et uendret antall hjerteinfarkt. Økningen i Nordland må ses i sammenheng med økt tilgjengelighet etter at det ble opprettet et nytt PCI-senter ved Nordlandssykehuset Bodø i 2020.

En meget stabil andel av akutte hjerteinfarkt (63 %) ble revaskularisert i 2020, og det var lite variasjon mellom opptaksområdene. En så lik praksis kan understøtte en tolkning om at populasjonene innlagt i hver region har rimelig lik sykkelighet og ikke minst at medisinsk praksis ikke varierte mye.

Nasjonalt var andelen hjerneslagpasienter som fikk rehabilitering lite påvirket av pandemien. Det var imidlertid en markert reduksjon i bruken av rehabilitering for slagpasienter i Helse Nord, og særlig for bosatte i opptaksområdet til UNN. Nedgangen i Helse Nord henger sammen med at rehabiliteringsavdelinger i nord ble omdisponert til covid-sengeposter våren og sommeren 2020.

Pasienter med hjertesvikt og hjerterytmeforstyrrelser hadde som de fleste andre tilstander et tydelig fall i innleggelser i mars/april 2020. Sammenlignet med tre-års perioden 2017-2019 ble imidlertid dette normalisert resten av året. Akuttinnleggelser og dagbehandling/poliklinikk ble mer redusert enn planlagte innleggelser for begge pasientgrupper. Det var en større reduksjon i antall pasienter og planlagte innleggelser i Helse Nord for pasienter med hjertesvikt og hjerterytmeforstyrrelser. Helse Midt-Norge hadde en økning i antall planlagte innleggelser for begge pasientgruppene. Ulik organisering av arbeidet, henvisningspraksis og pasientatferd kan alle være del av mulige årsaker til dette. Endringene, målt i volum, var imidlertid ikke store og resultatene må derfor tolkes med varsomhet.

---

<sup>31</sup>Kristoffersen, E. S., S. H. Jahr, K. W. Faiz, B. Thommessen og O. M. Rønning (2021). «Stroke admission rates before, during and after the first phase of the COVID-19 pandemic». *Neurological Sciences*. doi:10.1007/s10072-021-05039-y

## 5.5 Kreftbehandling

### 5.5.1 Tilfang av nye kreftpasienter

Tall fra Kreftregisteret<sup>32</sup> har de siste årene vist en årlig økning på ca 2 % i antall nye krefttilfeller i Norge. Underveis i pandemiåret rapporterte Kreftregisteret om 9 % reduksjon i maligne nye krefttilfeller, basert på patologimeldinger fra mars til september 2020<sup>33</sup>. For å undersøke forekomsten av nye krefttilfeller i hele det første pandemiåret er det her benyttet tall fra Helsedirektoratet<sup>34</sup>, publisert i relasjon til pakkeforløp kreft. Samlet sett ligger disse tallene noe lavere enn Kreftregisterets årlige rapporter om kreftforekomst (-7 % for 2019), blant annet på grunn av etterslep i registreringer og at kun pasienter behandlet i spesialisthelsetjenesten inngår. Primo april 2021 viser de foreløpige tallene fra Helsedirektoratet en samlet nedgang på 1,8 % i antall nye krefttilfeller i perioden mars 2020-februar 2021, sammenlignet med samme kilde og periode foregående år, jfr. tabell 5.5.

Dersom en kalkulerer inn en forventet økning på 2 % også fra 2019 til 2020, samt at avviket i forhold til Kreftregisterets tall er på nivå med 2019, antyder tallene at i størrelsesorden 650-700 færre krefttilfeller enn forventet (av totalt 35 000 forventede nye tilfeller) er blitt diagnostisert i perioden mars 2020-februar 2021, sammenlignet med samme periode foregående år. Det må imidlertid tas forbehold om korrekthet i de foreløpige tallene fra Helsedirektoratet.

**Tabell 5.5:** Antall nye kreftpasienter i pandemiåret 12.mars 2020 - 11. mars 2021, endring og prosentvis endring sammenlignet med 12.mars 2019 - 11.mars 2020. Fordelt etter behandlende regionale helseforetak. (Kilde: Helsedirektoratet)

Behandlende RHF	antall	endring	endring %
Helse Nord	2 858	-75	-2.6 %
Helse Midt	4 833	1	0.0 %
Helse Vest	5 605	-281	-4.8 %
Helse Sør-Øst	16 200	-172	-1.1 %
Norge	29 496	-527	-1.8 %

Nedgangen drives særlig av en betydelig reduksjon i nydiagnostiserte krefttilfeller i april og mai 2020 (-15 %), men ligger også lavere for januar 2021 (-11 %). For perioden sett under ett var nedgangen størst i Helse Vest (-5 %) og Helse Nord (-3 %). Helse Midt hadde ingen reduksjon.

Fordelt på krefttyper ser vi en relativt stor nedgang i nye tilfeller av brystkreft (-11 %), gynekologisk kreft<sup>35</sup> (-15 %) og hematologisk kreft (-11 %), jfr. figur 5.6. For brystkreft var nedgangen størst i april og mai (-34 %), mens nye tilfeller av gynekologisk og hematologisk kreft stort sett har ligget lavere gjennom hele pandemiåret. Antall nye lungekrefttilfeller falt med 5 % i pandemiåret, mens nye tilfeller av tykk- og endetarmskreft, prostatakreft og blærekreft økte med 2 - 6 %. Øvrige kreftformer (ikke vist i figur) økte samlet med 4 %.

### 5.5.2 Kreftbehandling

Figur 5.7 viser prosentvis endring i utvalgte former for kreftbehandling i det første pandemiåret, sammenlignet med samme periode foregående år. Kreft inkluderer her preinvasive svulster og

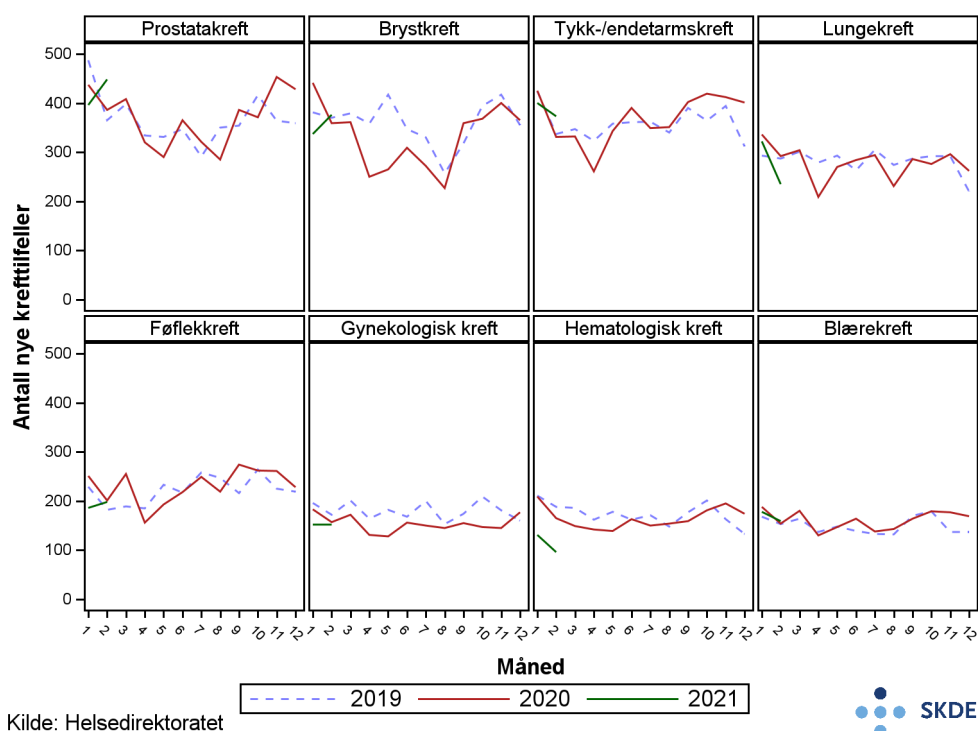
<sup>32</sup>Cancer in Norway 2016-2019

<sup>33</sup>Larønningen, S., J. G. A Skog, T. Johannesen, B. M. IK Larsen og G. Ursin (2021). Kreftdiagnostikk under Covid-19

<sup>34</sup>Jf. [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no). Data ekstrahert 7. april 2021

<sup>35</sup>Her definert som eggstokkreft, livmorkreft og livmorhalskreft.





**Figur 5.6:** Antall nye kreftpasienter per måned, alle aldre, fordelt etter innskrivelsesmåned og krefttype, perioden 2019 - februar 2021.

etterkontroll etter kreft<sup>36</sup>.

I pandemiens første år falt antall akuttinnleggelser der kreft var hoveddiagnose med 5 %, kurativ kreftkirurgi<sup>37</sup> med 3 %, strålebehandling<sup>38</sup> med 5 % og behandling i palliative enheter med 3 %, mens cellegiftbehandling<sup>39</sup> og andre polikliniske kontakter for kreft økte, se også figur 5.7. Akuttinnleggelser for kreft, kurativ kreftkirurgi og strålebehandling hadde alle lavere volum de fleste månedene i pandemiåret enn i sammenligningsperioden. Akuttinnleggelser for kreft var også noe redusert i starten av 2021 (-7 % i perioden 12. jan-13. mars). Antall cellegiftbehandlinger, andre polikliniske konsultasjoner og behandling ved palliative enheter falt kun den første pandemimåned før det tok seg opp til nivået fra sammenligningsåret. Kontakter for pasienter med metastatisk kreftsykdom, som har økt risiko for alvorlig forløp av covid-19 ved smitte, falt også i den første pandemimåned (-25 %), men har etter dette ligget høyere sammenlignet med forutgående periode.

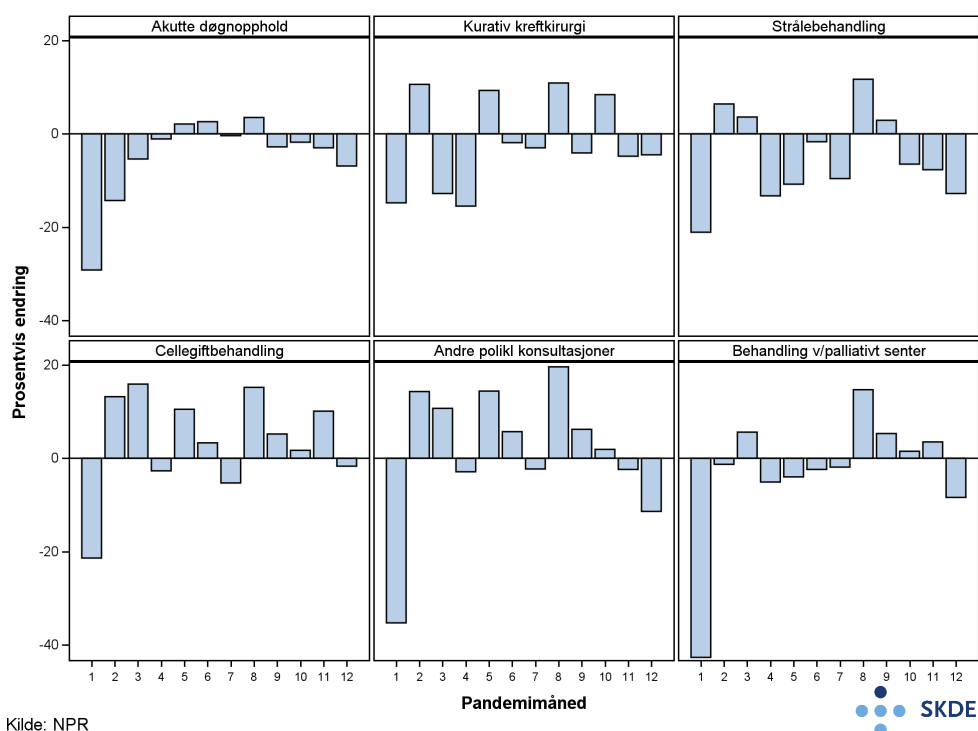
Overordnet sett var det relativt små forskjeller i tilpasninger på regionalt nivå. Akuttinnleggelser

<sup>36</sup>Inkluderer hoveddiagnosene C00-C97 (ondartede svulster), D00-D09 (preinvasive svulster) og Z08 (etterundersøkelse etter behandling for ondartet svulst). I tillegg er episoder med kreft som bidiagnose inkludert dersom det er kodet for behandling i palliativ enhet i samme episode. Pasienter med D0-diagnose alene utgjorde 6 % av utvalget, mens pasienter med Z08-diagnose alene utgjorde 12 % av utvalget.

<sup>37</sup>Kurativ kreftkirurgi er her definert ved et utvalgte kirurgiske prosedyrer i kombinasjon med diagnose for kreft i blære, bryst, bukspyttkjertel, eggstokk, endetarm, lever, livmor, lunge, mage, nyre, prostata, skjoldbruskkjertel, spiserør, testikkel, tykktarm og/eller ved melanom. Se definisjoner i rapporten [Kreftkirurgi i Helse Nord 2013–2016](#)

<sup>38</sup>Strålebehandling er definert som kreftdiagnose i kombinasjon med NCMP-kodene WEOA00 og/eller WEOB05, uavhengig av behandlingsnivå.

<sup>39</sup>Cellegiftbehandling er definert som kreftdiagnose i kombinasjon med NCMP-kode WBOC\*, og/eller kurI D-kode for medikamentell kreftbehandling eller takst 126 hos avtalespesialist, uavhengig av omsorgsnivå. Cellegiftkurer gitt ved sykehjem eller hos kreftsykepleiere i primærhelsetjenesten er ikke inkludert.



**Figur 5.7:** Prosentvis endring i kreftbehandling i pandemiåret (12.mars 2020 - 11.mars 2021), sammenlignet med samme periode foregående år. Pandemi måned 1 = 12.mars-11.april, 2 = 12.april-11.mai, osv.

der kreft var hoveddiagnose falt med 6-7 % for bosatte i Helse Vest og Helse Sør-Øst, men var stabile for bosatte i Helse Nord og økte i Helse Midt-Norge. Kurativ kreftkirurgi ble redusert med 7 % for bosatte i Helse Midt, men endret seg lite i de øvrige regionene. For stråleterapi var aktiviteten stabil i Nord, Helse Vest og Helse Sør-Øst i det første pandemiåret. Foreløpig mangler data for strålebehandling i Helse Midt-Norge for 2021, men tall for 2020 sammenlignet med 2019 antyder en større nedgang her enn i de andre regionene. Økningen i cellegiftbehandling var lik på tvers av regioner. Polikliniske kontakter (ekskl. stråle- og cellegiftbehandling) økte for bosatte i Helse Vest (+8 %) og Nord (+7 %), men endret seg lite for bosatte i Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst.

Nedgangen i antall behandlede kreftpasienter var noe lavere enn nedgangen i volum for de fleste av de nevnte behandlingstiltakene. Antall pasienter med akuttinnleggelse for kreft ble redusert med 5 %, mens antall pasienter med kurativ kreftkirurgi, strålebehandling og/eller behandling i palliative enheter ble redusert med henholdsvis 3 %, 2 % og 3 %. Derimot økte antall kreftpasienter med cellegiftbehandling med 4 % i det første pandemiåret.

Antall polikliniske kontakter i sykehus var uendret, mens antall polikliniske kontakter i sykehus per pasient (ekskl. stråle- og cellegiftbehandling) økte med 7 % i pandemiåret. Kreftpasienter som mottok strålebehandling hadde derimot en liten reduksjon (-4 %) i antall fremmøter per pasient i det første pandemiåret, sammenlignet med samme periode året før. Kortere behandlingsopplegg var endel av den nasjonale planen for å redusere smitte for pasienter som hadde behandling over mange uker.

Telefon-/videokonsultasjoner utgjorde 15 % av polikliniske konsultasjoner (ekskl. stråle- og cellegiftbehandling) for kreftpasienter i somatiske sykehus i pandemiåret, men utgjorde 27 %

av disse i april 2020. I februar og mars 2021 var andelen 17 %, men med betydelige variasjoner mellom foretak.

Avtalespesialistene stod for henholdsvis 7 % og 6 % av de polikliniske konsultasjonene for kreftpasienter (ekskl. stråle- og cellegiftbehandling) i 2019 og 2020. Polikliniske kreftkonsultasjoner utført av avtalespesialister ble redusert med 29 % i mars-mai 2020, og 7 % samlet for 2020 sammenlignet med 2019. Reduksjonen gjaldt særlig pasienter med prostata- eller føflekkreft.

### 5.5.3 Drøfting hovedfunn kreft

Undersøkelse av og/eller behandling av mistenkt eller kjent kreftsykdom har vært prioritert fra en tidlig fase av pandemiutbruddet. Pasienter med disse tilstandene har derfor i mindre grad enn andre opplevd å få sin behandling utsatt eller avlyst. Kreftområdet er likevel ikke uberørt av pandemien. Ett år ut i pandemien observeres færre nye krefttilfeller enn forventet. Foreløpige tall antyder en nedgang særlig for brystkreft, gynekologisk og hematologisk kreft. Trolig har både redusert kreftdiagnostikk (herunder redusert screening), færre tilfeldig påviste krefttilfeller ved annen medisinsk behandling, samt høyere terskel for å oppsøke helsetjenesten bidratt til dette. Ett år etter pandemiutbruddet er likevel nedgangen i nye krefttilfeller betydelig mindre enn rapportert av Kreftregisteret underveis i pandemiåret<sup>40</sup>. For eggstokkreft synes nedgangen i nye krefttilfeller å være større enn år-til-år variasjonen rapportert av Kreftregisteret<sup>41</sup> for perioden 2015-2019. For brystkreft er nedgangen også i kontrast til en svakt stigende forekomst de siste årene.

Kreftbehandlingen ble i en tidlig fase av pandemiutbruddet lagt om i tråd med nasjonale faglige anbefalinger for å redusere risiko for covid-19. Disse anbefalingene omfattet bl.a å forlenge intervaller mellom cellegiftkurer, utsette oppstart av strålebehandling eller bruke hormonblokade hvis medisinsk forsvarlig, kortere strålebehandlingsserier, økt bruk av telefonkontakter foran fremmøte på sykehus, samt utsetting av etterkontroller hos pasienter uten kjent aktiv sykdom. De observerte endringene i kreftbehandling i pandemiens første fase synes å være i tråd med disse endrede anbefalingene. Fra sommeren 2020 ser kreftbehandlingen ut til å være mer normalisert. Det observeres imidlertid et noe lavere nivå av akuttinnleggelser for kreft også i første kvartal 2021, noe som trolig både er en respons på økt koronasmitte i perioden, veldig lav influensaaktivitet, færre infeksjonssykdommer pga. av smittevern, samt at mange kreftpasienter kan ha isolert seg mer i hjemmet. Behovet for innleggelser har kanskje derfor ikke vært tilstede i samme grad.

Cellegiftbehandlingen økte i pandemiåret, til tross for færre nye kreftpasienter og at cellegiftbehandling har immundempende effekt. Denne trenden startet før pandemien, men har trolig også sammenheng med endrede behandlingsregimer etter pandemiutbruddet, samt kodingsartefakter. Pandemien har ført til økt behov for enerom i sengepostene ettersom alle innlagte med covidsymptomer har måttet isoleres inntil test svar har foreligget. Parallelt med dette har cellegiftbehandling gitt i forbindelse med døgnopphold gått ned, mens cellegiftbehandling gitt som poliklinisk behandling/dagbehandling har økt. Ettersom cellegiftbehandling for innlagte kodes som en engangshendelse, mens poliklinisk cellegiftbehandling kodes som serier, er deler av økningen kun en kodingsartefakt. I tillegg økte antall kreftpasienter som fikk cellegiftbehandling svakt i pandemiåret. Dette kan ha sammenheng med at cellegiftbehandling ble gitt som midlertidig utsettende behandling i påvente av kirurgi og strålebehandling, men det er uklart hvor stort omfanget av dette har vært.

---

<sup>40</sup>Larønningen, S., J. G. A Skog, T. Johannesen, B. M. IK Larsen og G. Ursin (2021). Kreftdiagnostikk under Covid-19

<sup>41</sup>Jf. Kreftregisteret. [www.kreftregisteret.no](http://www.kreftregisteret.no).

De faglige anbefalingene i kjølvannet av pandemien anbefalte også utsettelse av etterkontroller hos pasienter uten kjent aktiv sykdom. Koding av etterkontroller er tvilsom i NPR-data, og lar seg derfor vanskelig identifisere her. For polikliniske konsultasjoner for kreft (ekskl. stråle- og cellegiftbehandling) samlet, observeres det imidlertid ingen reduksjon i det første pandemiåret. Derimot økte antall polikliniske kontakter per kreftpasient, noe som kan tolkes som en seleksjon av mer alvorlig syke pasienter, eventuelt at e-konsultasjoner har kommet på toppen av fysiske konsultasjoner. E-konsultasjoner utgjorde 17 % av polikliniske kreftkonsultasjoner i februar og mars 2021, men med store variasjoner mellom foretak.

## 5.6 Kronikerbehandling

Pasienter med kronisk sykdom utgjør en stor andel av pasientene i spesialisthelsetjenesten og har vært en viktig pasientgruppe å beskrive i denne rapporten. Tabell 5.6 viser endringer i antall behandlede pasienter for et utvalg kronikergrupper<sup>42</sup> behandlet i somatiske sykehus og/eller hos avtalespesialister. Kroniske hjerte-/karsykdommer omtales i avsnittet om hjerte-/karlidelser, fra side 39. De inkluderte pasientgruppene er ikke gjensidig utelukkende, samme pasient kan derfor inngå i flere pasientgrupper. Videre er gruppene identifisert ut fra både hoved- og bidiagnose. En «kols-pasient» kan derfor, i denne sammenhengen, være behandlet for sin kols eller ha dette som en kompliserende tilstand ved annen behandling. Konsultasjoner hos avtalespesialister utgjør en vesentlig del av kontaktene med spesialisthelsetjenesten for mange kronikergrupper. Ettersom vi mangler data fra avtalespesialistene for 2021, sammenlignes her aktivitet i 2019 og 2020.

Antall unike pasienter i de utvalgte kronikergruppene ble samlet redusert med 7 %. For de fleste kronikergruppene i utvalget var det en nedgang i antall behandlede pasienter fra 2019 til 2020, jfr. tabell 5.6. Størst absolutt nedgang ble observert for diabetes (-14 %, tilsvarende 21 000 færre pasienter) og kols (-14 %, tilsvarende 6 000 færre pasienter), mens den relative nedgangen var størst for pasienter med hepatitt (-16 %, tilsvarende omlag 1 300 færre pasienter). For pasienter med migrene, Crohns/ulcerøs kolitt, epilepsi eller dialysekrevene nyresykdom observerte man derimot en økning i antall behandlede pasienter sammenlignet med 2019. Kronikerpasienter ekskl. kols og diabetes hadde samlet en reduksjon på 2 %.

**Tabell 5.6:** Antall behandlede pasienter for utvalgte kronikerdiagnoser i 2020, endring og prosentvis endring sammenlignet med 2019. Andel og prosentvis endring for behandlet i helseforetak eller avtalespesialist. Fordelt på pasientgrupper.

Pasientgruppe	Behandlede totalt			Behandlet HF		Behandlet avtalespes	
	antall 2020	endring	endring %	andel	endring %	andel	endring %
Diabetes	128 908	-20 988	-14,0 %	59,5 %	-1,1 %	56,3 %	-2,1 %
Kols	36 784	-6 036	-14,1 %	82,3 %	-10,9 %	21,4 %	-11,5 %
Grønn stær	57 895	-3 337	-5,4 %	17,2 %	-4,4 %	87,4 %	-0,7 %
Psoriasis	31 462	-2 741	-8,0 %	59,5 %	-2,8 %	44,9 %	-6,2 %
Astma (under 40 år)	25 698	-1 798	-6,5 %	43,1 %	-9,9 %	59,0 %	-0,5 %
Hepatitt	6 466	-1 268	-16,4 %	99,9 %	-16,2 %	0,2 %	-48,1 %
Revmatoid artritt	16 366	-753	-4,4 %	92,8 %	-2,9 %	8,5 %	-5,6 %
Parkinson	9 701	-435	-4,3 %	86,6 %	0,7 %	18,6 %	0,0 %
Multipel sklerose	12 871	-197	-1,5 %	97,1 %	3,5 %	6,9 %	-10,2 %
Kronisk nyresykdom, stadium 5	4 406	90	2,1 %	99,8 %	2,2 %	0,5 %	83,3 %
Epilepsi	21 773	368	1,7 %	97,9 %	3,1 %	2,9 %	-13,3 %
Crohns/ulcerøs kolitt	33 245	575	1,8 %	94,6 %	2,5 %	6,8 %	12,3 %
Migrene	22 357	2 688	13,7 %	65,2 %	13,3 %	37,0 %	21,4 %
<b>Totalt utvalgte grupper</b>	<b>400 107</b>	<b>-29 829</b>	<b>-6,9 %</b>	<b>66,1 %</b>	<b>-1,6 %</b>	<b>43,0 %</b>	<b>-1,4 %</b>

Antall behandlede pasienter i de omtalte kronikergruppene ble noe mer redusert i Helse Nord og Helse Vest (begge -11 %), enn i Helse Midt-Norge (-8 %) og Helse Sør-Øst (-7 %). Nedgangen

<sup>42</sup>Kronikergruppene (i alfabetisk rekkefølge) er her definert ved følgende diagnoser: Astma: Hoved-/bidiagnose J45-J46. Dersom det også er kodet for kols telles kun kols-diagnosen. Inkluderer kun personer under 40 år. Diabetes: Hoved-/bidiagnose E10 eller E11. Epilepsi: Hoved-/bidiagnose G40.0, G40.1, G40.2, G40.3, G40.4, G40.6, G40.7, G40.8 eller G40.9. Grønn stær: Hoved-/bidiagnose H40.1-H40.6, H40.8 eller H40.9. Crohns/ulcerøs kolitt: Hoved-/bidiagnose K50-K52. kols (kronisk obstruktiv lungesykdom): Hoved-/bidiagnose J40-J44. Når J40-J44 er bidiagnose er det stilt krav om følgende hoveddiagnose: R06.0, J09-J18, J20, J22, J46 eller J96. Hepatitt: Hoved-/bidiagnose B18. Kronisk nyresykdom, stadium 5: Hoved-/bidiagnose N18.5. Migrene: Hoved-/bidiagnose G43. Multipel sklerose (MS): Hoved-/bidiagnose G35-G37. Parkinson: Hoved-/bidiagnose G20. Psoriasis: Hoved-/bidiagnose L40-L41. Revmatoid artritt: Hoved-/bidiagnose M05-M06, M31.5, M32-M34, M35.1, M35.3 eller M36.0.

i behandlede pasienter skyldtes primært færre kols- og diabetespasienter. For diabetes var nedgangen størst i Helse Vest (-19 %), og minst i Helse Sør-Øst (-12 %). Motsatt var nedgangen for kols størst i Sør-Øst (-16 %) og Helse Nord (-15 %), og minst i Helse Vest (-10 %). Samlet hadde de øvrige pasientgruppene en noe større nedgang i Helse Nord (-5 %) og Helse Vest (-4 %) enn Helse Midt-Norge (-1 %). Mønsteret mht. hvilke pasientgrupper som ble redusert var imidlertid relativt likt på tvers av boregionene. I alle boområder var reduksjonen størst for diabetes (særlig diabetes type 1), etterfulgt av kols. Motsatt økte antall migrenepasienter i alle boregioner betydelig. Helse Nord avvek noe fra landsgjennomsnittet ved større nedgang i pasienter behandlet for astma (under 40 år) og Crohns/ulcerøs kolitt, men større økning for multipel sklerose.

Samtidig fant det sted et skifte ved at flere pasienter fikk poliklinisk behandling både i sykehus og hos avtalespesialister i 2020 (økning fra 3 % til 8 %). Dette gjaldt særlig diabetespasienter, der andelen pasienter som ble behandlet både i sykehus og hos avtalespesialister økte fra 1 % i 2019 til 14 % i 2020.

### 5.6.1 Døgnbehandling kronikere

For kronikergruppene samlet falt antall døgninnleggelser med 10 % fra 2019 til 2020. Det var jevnt over en noe større reduksjon i planlagte døgninnleggelser (-15 %) enn i akuttinnleggelser (-10 %). Med unntak av pasienter med Parkinsons sykdom hadde alle de utvalgte kronikergruppene færre akutte og planlagte døgnopphold i 2020 enn i 2019. For akuttinnleggelser var nedgangen, både absolutt og relativt, størst for kols (-18 %, tilsvarende 5 400 færre pasienter). Volumet av planlagte døgnopphold ble mest redusert for kols og diabetes, men falt prosentvis mest for multipel sklerose, revmatoid artritt og astma (alle med nedgang rundt 30 %).

**Tabell 5.7:** Antall akutte og planlagte døgnopphold for utvalgte kronikergrupper i 2020, endring og prosentvis endring sammenlignet med 2019. Fordelt på pasientgrupper.

Pasientgruppe	Akuttinnleggelser			Planlagte døgnopphold		
	antall 2020	endring	endring %	antall 2020	endring	endring %
Diabetes	29 564	-1 438	-4,6 %	8 747	-968	-10,0 %
Kols	24 518	-5 381	-18,0 %	4 565	-1179	-20,5 %
Grønn stær	345	-52	-13,1 %	336	-75	-18,2 %
Psoriasis	607	-113	-15,7 %	714	-176	-19,8 %
Astma (under 40 år)	805	-148	-15,5 %	363	-145	-28,5 %
Hepatitt	861	-162	-15,8 %	181	-24	-11,7 %
Revmatoid artritt	1442	-107	-6,9 %	916	-367	-28,6 %
Parkinson	3 138	12	0,4 %	1134	-71	-5,9 %
Multipel sklerose	2309	-264	-10,3 %	810	-364	-31,0 %
Kronisk nyresykdom, stadium 5	3 852	-350	-8,3 %	1 913	-115	-5,7 %
Epilepsi	6 399	-451	-6,6 %	3 629	-576	-13,7 %
Crohns/ulcerøs kolitt	6 059	-304	-4,8 %	1 679	-104	-5,8 %
Migrene	2 267	-162	-6,7 %	334	-11	-3,2 %

For de utvalgte kronikerdiagnosene samlet var det større reduksjon i døgnopphold uten overnatting (-20 %), enn i døgnopphold med ett (-7 %) eller flere (-11 %) liggedøgn. Pasienter med astma, revmatoid artritt, multipel sklerose eller hepatitt hadde en reduksjon i døgnopphold uten overnatting på mer enn 40 %.

Det var lite geografisk variasjon i reduksjon av akutte døgnopphold for de utvalgte kronikergruppene. Bosatte i Helse Midt-Norge hadde en nedgang på 7 %, og de øvrige en nedgang på 10 %. For elektive døgnopphold var det imidlertid en større nedgang i Helse Nord (-19 %), sammenlig-

net med de øvrige regionene som hadde en nedgang på 12 %-14 %. Samtidig økte dagbehandling for kronikergruppene i Helse Nord, mens den ble redusert i de øvrige regionene.

### 5.6.2 Poliklinisk behandling kronikere

Alle kronikergruppene hadde en nedgang i dagbehandlinger og de fleste kronikergruppene hadde også en nedgang i polikliniske kontakter. For polikliniske kontakter var nedgangen i volum størst for pasienter med psoriasis (-18 %) og kols (-17 %). Med unntak av kontakter i forbindelse med hepatitt eller Parkinson var nedgangen i dagbehandlinger/polikliniske kontakter prosentvis lavere enn for døgnopphold.

**Tabell 5.8:** Antall dagbehandling og polikliniske kontakter for utvalgte kronikergrupper i 2020, endring og prosentvis endring sammenlignet med 2019. Fordelt på pasientgrupper.

Pasientgruppe	Dagbehandling			Polikliniske kontakter			
	antall	endring	endring %	antall	endring	endring %	andel avtalespes
Diabetes	4 053	-681	-14,4 %	268 515	-8 800	-3,2 %	34,8 %
Kols	2 375	-392	-14,2 %	40 990	-8 179	-16,6 %	26,9 %
Grønn stær	2 526	-247	-8,9 %	123 480	-9 436	-7,1 %	78,9 %
Psoriasis	438	-144	-24,7 %	152 641	-32 907	-17,7 %	51,8 %
Astma (under 40 år)	351	-258	-42,4 %	45 111	-2 284	-4,8 %	61,9 %
Hepatitt	129	-77	-37,4 %	11 530	-2 708	-19,0 %	0,2 %
Revmatoid artritt	388	-227	-36,9 %	42 837	-4 155	-8,8 %	7,8 %
Parkinson	449	-182	-28,8 %	18 469	266	1,5 %	20,0 %
Multipel sklerose	643	-423	-39,7 %	40 948	-1 147	-2,7 %	3,2 %
Kronisk nyresykdom, stadium 5	1 761	-37	-2,1 %	130 524	8 549	7,0 %	0,0 %
Epilepsi	1 167	-98	-7,7 %	37 025	3 099	9,1 %	2,6 %
Crohns/ulcerøs kolitt	1 311	-447	-25,4 %	107 704	6 156	6,1 %	3,1 %
Migrene	468	-85	-15,4 %	45 340	9 233	25,6 %	46,8 %

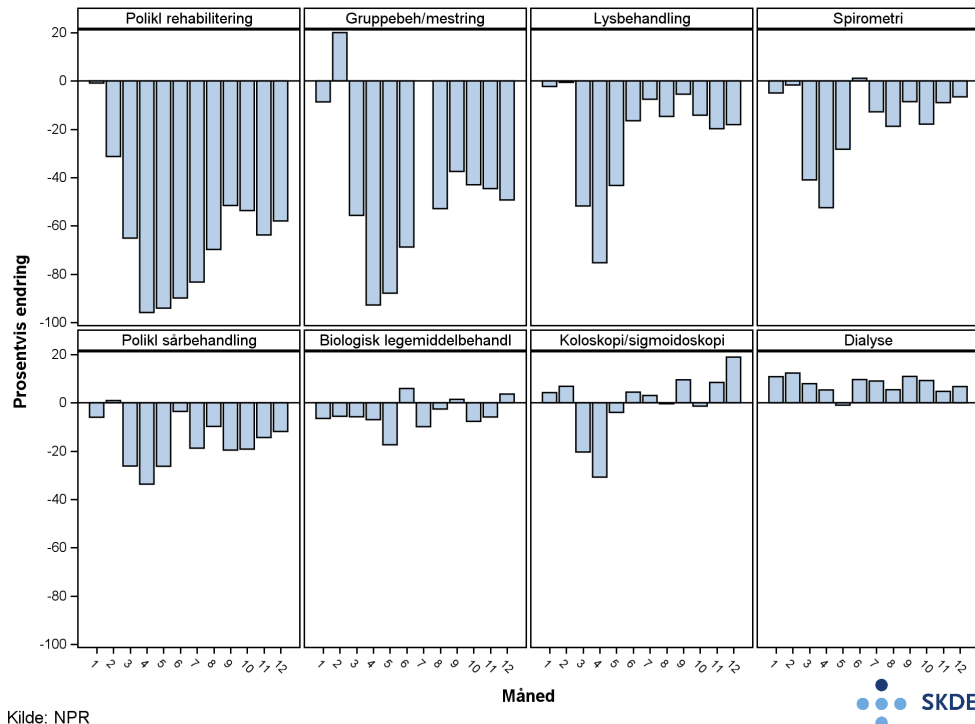
Telefon-/videokonsultasjoner utgjorde 30 % av polikliniske kontakter i sykehus for de utvalgte kronikergruppene i april 2020, mot 10 % i øvrige måneder i 2020. Prosedyrekrevende konsultasjoner som ved dialysekrevene nyresvikt og kontroll av pasienter med kols og grønn stær har i liten grad benyttet telefon/video. For polikliniske konsultasjoner hos eksempelvis epilepsipasienter utgjorde dette en betydelig andel.

Avtalespesialistene stod for fire av fem konsultasjoner for grønn stær, og over halvparten av konsultasjonene for astma (under 40 år) og psoriasis i 2020. I 2020 falt antall konsultasjoner i de utvalgte kronikergruppene behandlet hos avtalespesialister med 8 %. Nedgangen i volum gjaldt alle de største kronikergruppene behandlet hos somatiske avtalespesialister med unntak av migrene. Nedgangen var størst for psoriasis (-22 %), og også prosentvis større enn nedgangen for psoriasis konsultasjoner i sykehusene (-13 %). For grønn stær og astma var nedgangen prosentvis mindre enn i sykehusene, mens nedgangen i diabeteskonsultasjoner var prosentvis lik for avtalespesialister og sykehus.

Det var lite geografisk variasjon på regionnivå mht nedtak av polikliniske kontakter i sykehus for kronikergruppa sett under ett. Derimot var det tydelige forskjeller mht relative endringer i bruk av avtalespesialister. Slike konsultasjoner med redusert med 11 % for bosatte i Helse Vest, 7 % i Sør-Øst, og 2 % for bosatte i Helse-Midt og Helse Nord.

### 5.6.3 Endring i utvalgte prosedyrer for kronikere

Figur 5.8 viser endringer per måned i utvalgte prosedyrer<sup>43</sup> innenfor diagnostikk og behandling for kronikergruppen sett under ett.



**Figur 5.8:** Prosentvis endring i spesifikke prosedyrer for utvalgte kronikergrupper i 2020 sammenlignet med 2019. Tall for gruppebehandling i juli er utelatt pga. lavt volum.

Av eksemplene i figur 5.8 framgår det at det har vært en nedgang både i diagnostikk, behandling og opptrening/poliklinisk rehabilitering for kronikergruppene vi har inkludert. Nedgangen har vært særlig stor for poliklinisk rehabilitering (-61 %), og da spesielt for bosatte i Helse Nord (-85 %) og Helse Midt-Norge (-76 %). Denne aktiviteten ble mer enn halvert også i Helse Vest og Helse Sør-Øst. I tillegg har det vært en stor reduksjon i gruppebaserte tilbud (-44 %). Denne aktiviteten ble mest redusert for bosatte i Helse Nord (-53 %) og Helse Sør-Øst (-48 %).

Lysbehandling ble redusert med 24 % fra 2019 til 2020. I perioden mars-mai 2020 ble denne aktiviteten mer enn halvert. Aktiviteten var også betydelig redusert mot slutten av 2020 (-20 % i

<sup>43</sup>Prosedyrerne (i alfabetisk rekkefølge) er definert som følger: Biologiske legemiddelbehandling (ekskl kreft): Prosedyrekode 1XC02, 3AB07, 3AB08, 3AB13, 3AX13, 4AA23, 4AA24, 4AA26, 4AA27, 4AA31, 4AA33, 4AA34, 4AA36, 4AB01, 4AB02, 4AB04, 4AB05, 4AB06, 4AC03, 4AC05, 4AC07, 4AC10, 6BA02, 7XX09 eller 7XX10, i kombinasjon med diagnose for multipel sklerose/annen demyeliniserende sykdom (G35, G36-G37), kronisk inflammatorisk tarmsykdom (K50-K52), psoriasis/parapsoriasis (L40-L41), revmatologisk ledd- og rygg sykdom/psoriasis leddgikt/systemisk bindevevssykdom/vaskulitter (M30-36, M05-M14, M45 eller L40.5). Alle opphold med kreftdiagnose (C, D0 og B21) er ekskludert. Gruppebehandling inkl lærings- og mestring: Prosedyrekode A0099, ZWWA30 eller WPCCK00. Koloskopi/sigmoidoskopi: Prosedyrekode UJF42, UJF45, JUF42, JUF45, JUF32, JUF35, UJF32 og UJF35, eller takst 114a, 114c, 115a og 115b i normaltariff for avtalespesialister. Poliklinisk rehabilitering: Diagnose Z50.9 i kombinasjon med aktivitetskategori for dagbehandling/poliklinisk kontakt. Spirometri: Prosedyrekode GDFC00, GDFC05, GDFC10, GDFC20, GDFC25 eller GDFC30, eller takst 502a og 507c i normaltariff for avtalespesialister Dialyse: Diagnose Z49.1-Z49.2 Lysbehandling: Prosedyrekode QXGX00, QXGX10, QXGX25 og QXGX30, eller takst 254 og 255a i normaltariff for avtalespesialister Poliklinisk særbehandling: Prosedyrekode QAB, QBB, QCB, QDB eller QXB når inndato=utdato.



nov-des). Samlet sett ble lysbehandling mer redusert hos avtalespesialistene (-27 %) enn i sykehus (-20 %). Volum av lysbehandling gikk mest ned i Helse Sør-Øst (-28 %) og Helse Vest (-26 %), og minst i Helse Nord (-9 %).

Lungefunksjonsmålinger (spirometri), som brukes for å diagnostisere og kontrollere sykdomsutvikling ved kols, hadde en nedgang på 17 % fra 2019 til 2020. Slike undersøkelser ble nesten halvert i mars og april 2020, og har ellers ligget ca 10 % lavere i 2020 enn i 2019. Volumet gikk mest ned for bosatte i Helse Nord og Helse Sør-Øst (begge -18 %). Reduksjonen var større for pasienter med gjentatte spirometrier i løpet av ett år (-22 %) enn for pasienter med kun en årlig spirometriundersøkelse (-11 %).

Volumet av poliklinisk sårbehandling lå lavere gjennom hele 2020 (-16 %), sammenlignet med 2019, men ble særlig mye redusert i mars-mai (-29 %). Volumet gikk mest ned i Helse Nord (-27 %), men økte i Midt.

Biologisk legemiddelbehandling i sykehus av inflammatorisk sykdom ble redusert med 5 % fra 2019 til 2020. Nedgangen var størst for bosatte i Helse Midt-Norge (-8 %). Pasienter med psoriasis (-18 %), revmatiske sykdommer (-11 %) og multippel sklerose (-8 %) hadde alle nedgang, mens det var en svak økning for Crohns/ulcerøs kolitt. Vi mangler data for biologisk legemiddelbehandling utenfor sykehus, og vet derfor ikke om nedgangen er kompensert med andre administrasjonsformer.

Samlet sett var bruken av koloskopi/sigmoidoskopi ved inflammatorisk tarmsykdom i 2020 på nivå med 2019, unntatt for mars-april 2020 hvor det var en reduksjon. Regionalt var det imidlertid forskjeller, hvor det var en reduksjon for bosatte i Helse Nord (-14 %), økning i Helse Midt-Norge (12 %), og uendret i Helse Sør-Øst og Helse Vest.

Dialysebehandlingen har gått upåvirket av pandemien, også umiddelbart etter utbruddet, og viser en økning i alle regioner sammenlignet med 2019.

Antall kontakter per pasient ble redusert for de fleste av de utvalgte behandlingstiltakene i 2020, og prosentvis mest for poliklinisk rehabilitering, lysbehandling og poliklinisk sårbehandling.

### 5.6.4 Drøfting hovedfunn kronikerbehandling

De fleste kronikergruppene reduserte bruken av somatiske spesialisthelsetjenester i 2020 sammenlignet med 2019, dette gjelder særlig kols- og diabetespasienter. Endret terskel for å oppsøke helsetjenester tidlig i pandemien kan ha medvirket til dette. I tillegg har smitterisikoen fra andre infeksjoner enn covid-19 vært liten gjennom pandemiåret, noe som har redusert behovet for sykehusinnleggelser, eksempelvis akutte forverringer hos kols-pasienter. Endret livsførsel under pandemien kan også ha hatt betydning. Trolig har mange levd mer regelmessige liv under pandemien, noe som kan ha virket stabiliserende for diabetikere og dermed behovet for akuttinnleggelser. Samtidig var det en større reduksjon i planlagte døgninnleggelser enn i akuttinnleggelser for kronikergruppene, noe som kan være uttrykk for styrt nedtak fra helseforetakene ovenfor disse pasientgruppene.

Migrenepasienter skiller seg fra de øvrige kronikergruppene ved en sterk økning. Økningen er sannsynligvis ikke relatert til pandemien, men forklares trolig av at pasienter med kronisk migrane fra desember 2019 har fått offentlig finansiering for nye kostbare medikamenter. Disse medikamentene kan kun forskrives av spesialister i nevrologi/leger ved nevrologiske avdelinger. Økningen viser at man har evnet å tilby ny behandling til en pasientgruppe som tidligere har manglet gode behandlingstilbud, også under pandemien.

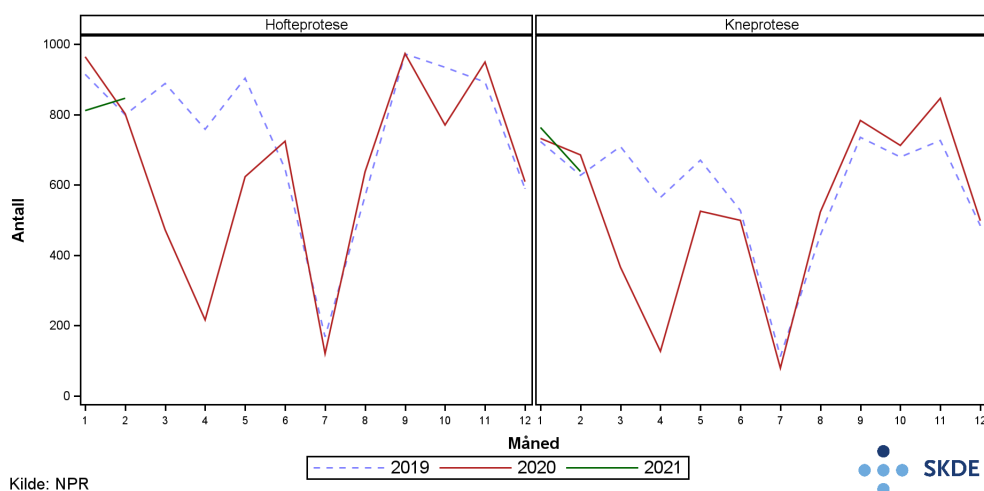
Det var en nedgang i antall pasienter med de utvalgte kronikerdiagnoser i 2020, hovedsaklig på grunn av færre kols- og diabetespasienter. Nedgangen var noe større for bosatte i Helse Nord og Helse Vest enn i de øvrige regionene. Nedtrekket i antall pasientkontakter for kroniske sykdommer viste imidlertid liten variasjon mellom regionene. For planlagte døgninnleggelser var det imidlertid en større nedgang for bosatte i Helse Nord enn i andre regioner. Samtidig var det i Helse Nord en dreining fra døgn- til dagopphold for disse diagnosene. Vi vet ikke i hvilken grad denne endringen eventuelt har kompensert for færre planlagte innleggelser. For alle regioner finner man at det er de samme pasientgruppene som har redusert bruken av spesialisthelsetjenesten, noe som kan tyde på sammenlignbar praksis på tvers av regionene.

Nesten alle de utvalgte behandlingsprosedyrene hadde nedgang. Størst reduksjon var det for gruppebehandling og poliklinisk rehabilitering. Mens gruppebehandling ble satt på vent av smittevernhensyn, ble areal og personell ved flere rehabiliteringsavdelinger omdisponert til covid-sengeposter. Dette blokkerte for rehabiliteringsaktivitet ved flere sykehus. Nedgangen for lysbehandling, spirometri og poliklinisk sårbehandling er trolig respons på endrede nasjonale anbefalinger, samt redusert aktivitet hos avtalespesialistene bl.a. knyttet til mangel på smittevernsutstyr tidlig i pandemien. Nedgangen i lungefunksjonsundersøkelser var mest uttalt for pasienter med gjentatte undersøkelser, og tolkes derfor som et uttrykk for redusert kontrollvirksomhet, mer enn nedgang i diagnostikk.

## 5.7 Protesekirurgi

### 5.7.1 Primære hofte- og kneproteser

Figur 5.9 viser at planlagt<sup>44</sup> innsettelse av både hofte<sup>45</sup> - og kneprotese<sup>46</sup>, ble kraftig redusert (fra -50 % til -60 %) i mars og april 2020 sammenlignet med samme periode i 2019. Resten av 2020 og 2021 var antallet innsatte proteser på nivå med, eller litt over, nivået fra tidligere år.



**Figur 5.9:** Antall planlagt innsatt primær hofte- og kneprotese per måned, alle aldre, fordelt etter innskrivelsesmåned, perioden 2019 - februar 2021.

I pandemiåret ble det satt inn færre planlagte primære hofte- og kneproteser (henholdsvis -15 % og -12 %) enn i året forut for dette, se tabell 5.9. Reduksjonen i planlagte hofte- og kneproteser var størst for bosatte i Helse Nord (henholdsvis -23 % og -17 %), og minst i Helse Midt-Norge (henholdsvis -8 % og -1 %).

Videre var det stor variasjon mellom opptaksområdene. Størst reduksjon for hofteproteser var i opptaksområdene Helgeland, Akershus og UNN (fra -31 % til -24 %). I motsatt ende var Førde og St. Olav hvor antallet økte (henholdsvis 8 % og 4 %). Tilsvarende for kneproteser var reduksjonen størst i opptaksområdene Finnmark, Diakonhjemmet, UNN og Lovisenberg (fra 42 % til -31 %). I motsatt ende var Nordland, St. Olav og Førde som økte (fra 5 % til 7 %). Her er det imidlertid små tall, slik at endringene må tolkes med varsomhet.

Nedtaket av planlagt protesekirurgi i de ulike regionene varierte gjennom det første pandemiåret. I første fase ble innsetting av planlagte hofte- og kneproteser redusert betydelig i alle regioner, og gjenopptatt i alle regioner fra mai 2020. Unntaket var planlagte hofteproteser for bosatte i Helse Nord, hvor aktiviteten ikke ble gjenopptatt i mai måned.

I oktober 2020, under den andre smittebølgen, var det en reduksjon i Helse Nord og Helse Sør-Øst for planlagte hofteproteser (henholdsvis -40 % og -20 %). De andre regionene hadde en mindre endring (-5 % til -10 %). I november 2020 var imidlertid alle regioner på samme nivå som året før. Planlagte kneproteser for befolkningen i Helse Nord hadde en reduksjon i oktober og desember 2020, mens de øvrige regionene er på nivå med eller over nivået i 2019.

<sup>44</sup>Planlagt følger av administrativ koding, planlagt eller akutt.

<sup>45</sup>Primære hofteproteser er definert med prosedyrekodene: NFB02, NFB12, NFB01, NFB11, NFB20, NFB30, NFB40, NFB99.

<sup>46</sup>Primære kneproteser er definert med prosedyrekodene: NGB0, NGB1, NGB20, NGB30, NGB40, NGB99.

**Tabell 5.9:** Antall innleggelser med planlagt innsatt primær hofte- og kneprotese i pandemiåret 12.mars 2020 - 11.mars 2021, endring og prosentvis endring sammenlignet med 12.mars 2019 - 11.mars 2020. Fordelt på opptaksområder.

Opptaksområde	Hofteprotese			Kneprotese		
	antall	endring	endring %	antall	endring	endring %
Finnmark	94	-23	-19,7 %	46	-33	-41,8 %
UNN	258	-82	-24,1 %	196	-90	-31,5 %
Nordland	231	-51	-18,1 %	226	15	7,1 %
Helgeland	131	-60	-31,4 %	102	-9	-8,1 %
Helse Nord RHF	714	-216	-23,2 %	570	-117	-17,0 %
Nord-Trøndelag	266	-75	-22,0 %	218	-19	-8,0 %
St. Olav	553	20	3,8 %	431	23	5,6 %
Møre og Romsdal	481	-52	-9,8 %	388	-16	-4,0 %
Helse Midt-Norge RHF	1 300	-107	-7,6 %	1 037	-12	-1,1 %
Førde	197	14	7,7 %	202	10	5,2 %
Bergen	604	-76	-11,2 %	525	-35	-6,3 %
Fonna	269	-54	-16,7 %	236	-20	-7,8 %
Stavanger	423	-124	-22,7 %	346	-69	-16,6 %
Helse Vest RHF	1 493	-240	-13,8 %	1 309	-114	-8,0 %
Østfold	552	-55	-9,1 %	391	-7	-1,8 %
Akershus	658	-247	-27,3 %	586	-186	-24,1 %
OUS	245	-73	-23,0 %	196	-55	-21,9 %
Lovisenberg	90	-3	-3,2 %	50	-22	-30,6 %
Diakonhjemmet	177	-20	-10,2 %	105	-75	-41,7 %
Innlandet	598	-157	-20,8 %	465	-6	-1,3 %
Vestre Viken	735	-117	-13,7 %	613	-125	-16,9 %
Vestfold	400	-87	-17,9 %	388	-69	-15,1 %
Telemark	288	-88	-23,4 %	259	-9	-3,4 %
Sørlandet	505	1	0,2 %	369	-25	-6,3 %
Helse Sør-Øst RHF	4 248	-846	-16,6 %	3 422	-579	-14,5 %
Norge	7 755	-1 409	-15,4 %	6 338	-822	-11,5 %

Tabell B.4 i vedlegget viser antall og prosentvis endring av planlagte hofte- og kneproteser som ble satt inn av behandler i egen eller annen region i pandemiåret. Andel planlagte hofteproteser satt inn i egen region varierte noe, hvor Helse Nord behandlet færrest selv (75 %, med en økning til 78 % under pandemiåret), og Helse Sør-Øst behandlet flest selv (99 %). For Helse Midt-Norge og Helse Vest lå disse andelen på rundt 90 %. Andel kneproteser behandlet i eget og annet foretak fulgte mønsteret for hofteproteser. For Helse Nord skyldtes nedgangen delvis færre pasienter behandlet utenfor regionen, og delvis lavere aktivitet i egen region.

### 5.7.2 Drøfting hovedfunn protesekirurgi

Planlagte primære hofte- og kneproteseoperasjoner ble vesentlig redusert i det første pandemiåret (henholdvis -15 % og -12 %). Planlagt protesekirurgi er ikke en akutt og livstruende tilstand, og kan således utsettes i en krisesituasjon, men samtidig har en utsettelse stor betydning for livskvalitet og funksjonsnivå.

Befolkningen i Helse Nord hadde størst reduksjon i innsetting av planlagte primære hofte- og kneproteser i pandemiåret, mens befolkningen i Helse Midt-Norge hadde minst reduksjon. I Helse Nord har ca en av fire protese pasienter fått utført protese kirurgi i annet RHF <sup>47</sup>. Disse gjestepasientene har vært særlige sårbare for ulike smitteverns- og reiserestriksjoner under pandemien.

Et annet moment er at Helse Nord RHF stod lenge i gul beredskap våren 2020, noe som muligens kan forklare hvorfor innsetting av hofteproteser ikke ble gjenopptatt i mai. Nedgangen i oktober kan ha vært en konsekvens av nedstengingen av Hammerfest sykehus, hvor de andre foretakene i regionen måtte planlegge for ivaretagelse av pasientene fra opptaksområdet til Hammerfest sykehus.

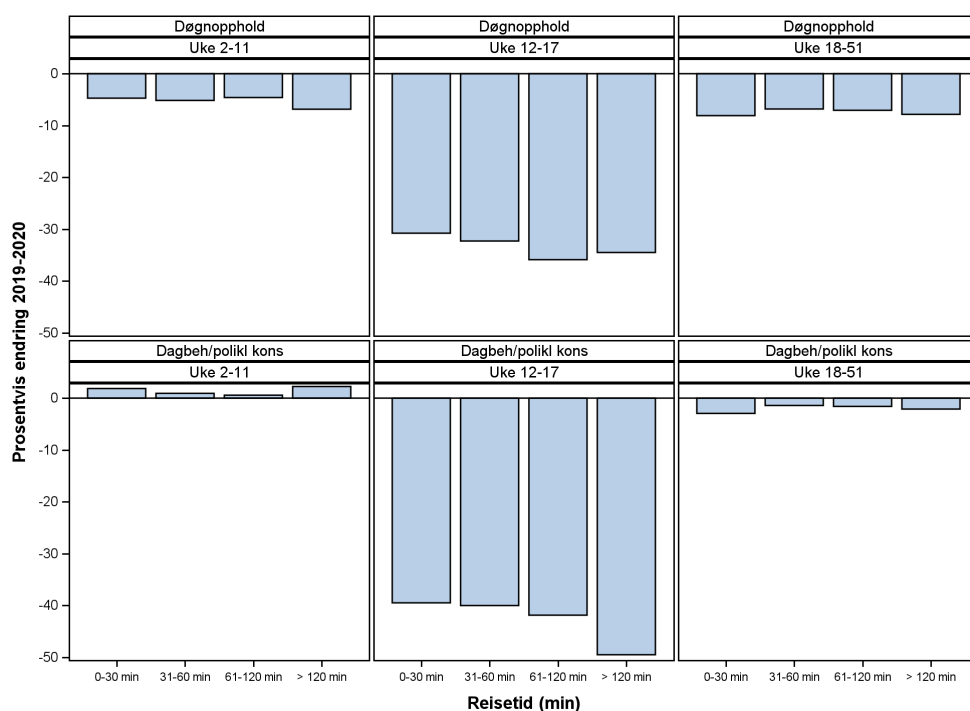
---

<sup>47</sup>Jf. Ortopedi i Helse Nord 2012-2016. [www.skde.no](http://www.skde.no)

## 5.8 Har lang reisetid til sykehus hatt betydning for bruk av spesialisthelsetjenester?

Redusert flytilbud våren 2020, i tillegg til bekymring for smitte ved bruk av offentlig kommunikasjon, kan potensielt ha påvirket bruken av spesialisthelsetjenester for pasienter med lang reisevei til sykehus. Figur 5.10 viser prosentvis endring i bruk av henholdsvis døgn og dag-/poliklinisk behandling ved somatiske sykehus, kategorisert etter periode og reisetid fra kommunesenteret i pasientens bostedskommune til nærmeste akutt sykehus. Reisetidsangivelsene er omtrentlige, da vi ikke har reisetidsangivelser etter faktisk bosted, og heller ikke reisetidsangivelser etter ny kommunestruktur.

Av figuren framgår det at omfanget av døgnbehandling i 2020 i liten grad ble påvirket av reisetid til akutt sykehus. Bruken av dagbehandling og polikliniske kontakter de første ukene etter pandemiutbruddet (uke 12-17) ble derimot noe mer redusert i kommuner med mer enn 2 timers reisevei til sykehus<sup>48</sup> (-49 %) enn i kommuner med kortere reisetid (reduksjon på omlag 40 %). Mindre bruk av lysbehandling, hørselsundersøkelser og konsultasjoner vedrørende sykdommer i bevegelsesapparatet stod for den største reduksjonen her. Utover dette ser vi få tegn til at nedtaket i forbindelse med pandemien har rammet pasienter med lang reisevei til sykehus hardere enn andre. Dette gjelder både for akutte og planlagte kontakter, og på tvers av boregioner.



**Figur 5.10:** Prosentvis endring i antall kontakter i 2020 sammenlignet med 2019, etter omsorgsnivå, periode og reisetid fra kommunesentra til nærmeste akutt sykehus.

<sup>48</sup>Kommuner med mer enn 2 timers reisevei til nærmeste akutt sykehus inkluderer her Bardu, Båtsfjord, Berlevåg, Brønnøy, Dyrøy, Gamvik, Hasvik, Kåfjord, Karasjøk, Kautokeino, Kvæningen, Lebesby, Loppa, Lurøy, Måsøy, Nordkapp, Nordreisa, Rødøy, Røst, Senja, Skjervøy, Sømna, Sørreisa, Steigen, Træna, Vadsø, Værøy og Vardø i Helse Nord, Leka og Røros i Helse Midt, Solund i Helse Vest, og Bykle, Dovre, Hemsedal, Hol, Lesja, Lom, Skjåk, Valle, Vang og Ål i Helse Sør-Øst.

## 5.9 Oppsummering hovedfunn

- Antall somatiske akuttinnleggelser ble redusert med 10 % (tilsvarende 44 000 færre innleggelser) i det første året av pandemien. Færre akuttinnleggelser ved kols og lungebetennelse stod for en betydelig del av denne reduksjonen.
- Det var en vesentlig reduksjon i antall akuttinnleggelser med hjerteinfarkt i pandemiens første år (-9 %, tilsvarende vel 800 pasienter ). Boområdene Helse Sør-Øst og Helse Vest hadde størst reduksjon. En stabil andel hjerteinfarkt ble revaskularisert i pandemiåret sammenlignet med forutgående år.
- Andelen pasienter som mottok rehabilitering i sykehus etter akutt hjerneslag ble redusert i Helse Nord i pandemiåret. Årsaken til dette er at rehabiliteringsavdelinger i nord ble omdisponert til covid-sengeposter etter pandemiutbruddet.
- Undersøkelse av og/eller behandling av mistenkt eller kjent kreftsykdom har fra tidlig fase av pandemiutbruddet vært prioritert. Pasienter med disse tilstandene har derfor i mindre grad enn andre opplevd å få sin behandling utsatt eller avlyst. Samlet var det likevel en liten nedgang i nydiagnostisert kreft i pandemiåret. For gynekologisk kreft (særlig eggstokkreft) og brystkreft kan nedgangen trolig ikke forklares av tilfeldig variasjon.
- De fleste kronikergruppene hadde redusert bruk av somatiske spesialisthelsetjenester i 2020 sammenlignet med 2019, dette gjaldt særlig kols- og diabetespasienter. Regelmessig livsførsel og lite smittetrykk fra andre infeksjonssykdommer enn covid kan ha påvirket behovet for akuttinnleggelser. Nesten alle behandlingsprosedyrer for kronikerne hadde nedgang. Størst reduksjon var for gruppebehandling og poliklinisk rehabilitering. Dette henger trolig sammen med henholdsvis smitteverntiltak og kapasitetsnedtak i enkelte regioner.
- Det er geografiske variasjoner mht. reduksjon i antall behandlede kronikerpasienter, hvor Helse Nord og Helse Vest hadde størst nedgang. På tvers av alle regioner finner man imidlertid de samme pasientgruppene som har redusert bruken av spesialisthelsetjenester, noe som kan tyde på sammenlignbar praksis på tvers av regionene.
- Det har vært en vesentlig reduksjon i innsetting av hofte- og kneproteser under pandemien. Boområdet Helse Nord hadde størst reduksjon, noe som delvis forklares med en nedgang i protesekirurgi utenfor egen region.
- Elektiv poliklinisk behandling (som lysbehandling og hørselsforbedrende tiltak) ble noe mer redusert blant pasienter med særlig lang reisetid til akuttsykehus umiddelbart etter pandemiutbruddet enn blant personer med kortere reisetid. Ellers er det få tegn til at reiseavstand har hatt vesentlig betydning for bruken av spesialisthelsetjenester under pandemien.

## Kapittel 6

# Tjenester med usikker helsegevinst

### 6.1 Innledning/bakgrunn

Dette kapitlet er Helse Midt-Norge (HMN) sitt bidrag inn i Pandemiprojektets andre leveranse. Som i prosjektet gjennomført høsten 2020, er temaet for analysene fra HMN, helsetjenester med diskutabel nytteverdi. Tematikken springer ut fra et pågående prosjekt som HMN leder og gjennomfører sammen med de andre regionale helseforetakene (RHF-ene), SKDE, Folkehelseinstituttet (FHI), Statens Legemiddelverk, Helsedirektoratet og Nye Metoder: Revurderingsprosjektet<sup>49</sup>.

### 6.2 Data og metode

Grunnlaget for analysene i rapporten er nasjonale aktivitetsdata fra Norsk pasientregister (NPR) for årene 2019 og 2020. I tillegg til data om alle sykehusopphold ved offentlige helseforetak og private sykehus, inngår også alle innrapporterte episoder hos de private avtalespesialistene for samme tidsperiode.

Behandlingene som er definert som helsetjenester med diskutabel nytteverdi, er definert ved hjelp av tilstandskoder og prosedyrekoder. Utgangspunktet er de 17 prosedyrene som ble definert i NHS-programmet the Evidence Based Intervention Programme (EBI). Disse behandlingene ble i Revurderingsprosjektet konvertert fra prosedyrekodeverket som benyttes i England (OPCS) til prosedyrekodeverkene som anvendes i Norge (NCSP). I tillegg ble det for hver enkelt behandling gjort kliniske vurderinger av forskjeller mellom engelsk og norsk helsetjeneste, slik at de definisjonene vi anvender her er relevante i en norsk kontekst.

Hovedperspektivet for analysene er sammenligninger mellom perioden med pandemi (2020) og normal driftssituasjon (2019). Dataene er analysert med programvaren Microsoft Power BI.

---

<sup>49</sup>Se «Revurdering av behandlingsmetoder», rapport avgitt fra Helse Midt-Norge RHF til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), 24.10.2019



<b>Prosedyrer</b>	
Akromionreseksjon ved impingement syndrom	Injeksjoner for ryggmerter uten isjas
Hemoroidektomi	Karkirurgi for åreknuter
Hysterektomi	Kirurgisk fjerning av benigne hudtumorer
Håndkirurgi ved karpaltunnelsyndrom	Kirurgisk fjerning av chalazion
Tonsillektomi	Kirurgisk fjerning av ganglion
Abrasio	Kirurgiske inngrep for snorking (alder 18+)
Brystreduksjon	Kneartroskopi
Håndkirurgi for Dupuytren's kontraktur	Operasjoner på kneets menisker (alder 45+)
Håndkirurgi ved triggerfinger	Øredrennleggelse, barn

**Tabell 6.1:** Utvalgte kirurgisk prosedyrer med diskutabel nytteverdi

### 6.3 Mulige effekter av pandemien

Både internasjonalt og i Norge er det økende interesse og systematisk tenkning rundt pasientsikkerhet og ressursbruk i tilknytning til tjenester som har lav nytteverdi for pasienter og samfunn. I Norge har Legeforeningen tatt initiativ til, og startet, Gjør kloke valg-kampanjen, som er en norsk versjon av Choosing wisely-kampanjen. Kampanjen startet i USA i 2012 og har til formål å redusere overbehandling og overdiagnostikk.

I Pandemiprojektets del 1, hvor vi undersøkte perioden januar – april 2020, så vi et mønster av en kraftigere reduksjon i aktivitet med diskutabel nytteverdi enn annen elektiv aktivitet. Dette kan tolkes som at en i perioden hadde prioritert nødvendige tjenester til svake pasientgrupper.

I et revurderingsperspektiv, kan man se på den ytre påvirkningen som pandemien representerer som en mulighet til å ta ned nivået på tjenester man er enige om å begrense. Dette vil i så fall være en styrt utvikling fra tjenestens side og gi grunnlag for en hypotese om at aktivitet med diskutabel nytteverdi vil reduseres under og etter pandemien. En rekke forhold vil alene, eller i samspill, kunne bidra til en slik nedgang:

- Endret pasientatferd som følge av redsel for koronasmitte og dermed høyere terskel for å oppsøke helsetjenesten
- Endret henvisningspraksis hos fastlegene, slik at færre pasienter henvises videre til spesialisthelsetjenesten
- Større tilbøyelighet til å velge konservativ behandling i samråd med lege når en første har oppsøkt helsetjenesten
- Utsettelse/nedprioritering av elektiv aktivitet ved sykehusene

På den andre siden, og som en konkurrerende hypotese, kan man forvente at aktiviteten forblir uforandret. En slik «normaliseringshypotese» understøttes særlig av følgende forhold:

- Etterhvert som pandemien vedvarer normaliseres pasientenes atferd i større grad. Pasienter vil da igjen oppsøke fastlege for oppfølging av ikke-akutte tilstander. Etterhvert som pandemien vedvarer vil fastlegenes henvisningspraksis også gå tilbake til praksisen før pandemien
- Etter påsken 2020 ba sentrale helsemyndigheter RHF/HF om å normalisere aktiviteten ved sykehusene i så stor grad som mulig. Dette kan ha ført til at mesteparten av elektiv behandling blir stabilisert på pre-pandemini nivå

- HOD og Helsedirektoratet har hatt høy oppmerksomhet rettet mot «behandlingsetterslepet» under pandemien. Dette kan eksemplifiseres ved at det i Oppdragsdokumentene til RHF-ene for 2021 har blitt stilt til rådighet 250 millioner kroner for å øke omfanget av kjøp av tjenester fra private for å redusere ventetider samt 200 millioner for å stimulere egne HF til å gjennomføre tiltak som reduserer ventetider ved poliklinikker. Dette kan ha ført til at RHF-ene/HF-ene har økt prioriteringen av all aktivitet, deriblant aktivitet med diskutabel nytteverdi

Ovennevnte forhold kan bidra til at også behandling med diskutabel nytteverdi stabiliseres eller øker i omfang under og etter pandemien.

Analysene i dette kapitlet danner utgangspunkt for en drøfting av hypotesene samt refleksjoner rundt forventet videre utvikling.

## 6.4 Problemstillinger

Aktivitetsanalysene fra første tertial 2020, viste en større reduksjon for helsetjenester med diskutabel nytteverdi, enn annen sammenlignbar aktivitet. Denne rapporten ser på hele aktivitetsåret 2020, og problemstillingen som belyses er:

- *Hvordan har Covid-19 pandemien påvirket omfanget av behandling med diskutabel nytteverdi?*
- *Hvordan utvikler den geografiske variasjonen seg?*
- *Påvirkes noen pasientgrupper mer enn andre?*

Ved å belyse problemstillingene håper vi at prosjektet kan bidra til ytterligere kartlegging av- og innsikt i - denne aktiviteten under pandemien, og slik utgjøre et grunnlag for drøftinger av årsaker til de mønstrene som framkommer:

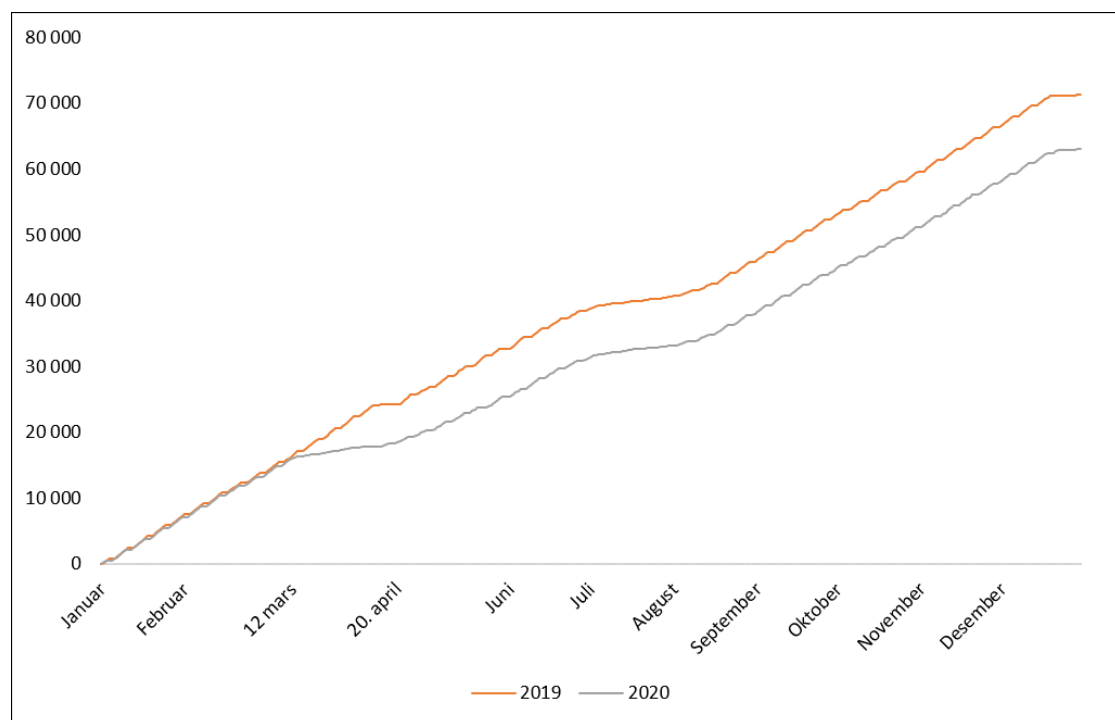
- Er det noe som tyder på at de umiddelbare endringene som oppsto ved pandemiutbruddet gir varig endring for aktiviteten med diskutabel nytteverdi?
- Er eventuelle endringer styrt fra sykehusene eller skyldes de henvisningspraksis og/eller pasientenes tilbøyelighet til å oppsøke helsevesenet? Er det andre forhold som kan antas å påvirke endringene?

## 6.5 Resultater

### 6.5.1 Overordnede funn

Første problemstilling vi ønsker å se nærmere på er hvordan pandemien har påvirket det totale omfanget av behandling med diskutabel nytteverdi.

Figur 6.1 viser kumulativ utvikling i antall opphold med diskutabel nytteverdi. Det overordnede bildet viser at denne behandlingen i praksis stanser opp fra 12. mars 2020 inntil den kommer i gang igjen i midten av april 2020. Vi ser at trenden for resten av 2020 er omtrent lik som i 2019.



**Figur 6.1:** Antall opphold for behandling med diskutabel nytteverdi, 2019 og 2020

Samlet ved årets slutt, er fasiten at aktiviteten sett under ett var 12 prosent lavere i 2020 enn i 2019 (63 007 mot 71 228 opphold i 2019).

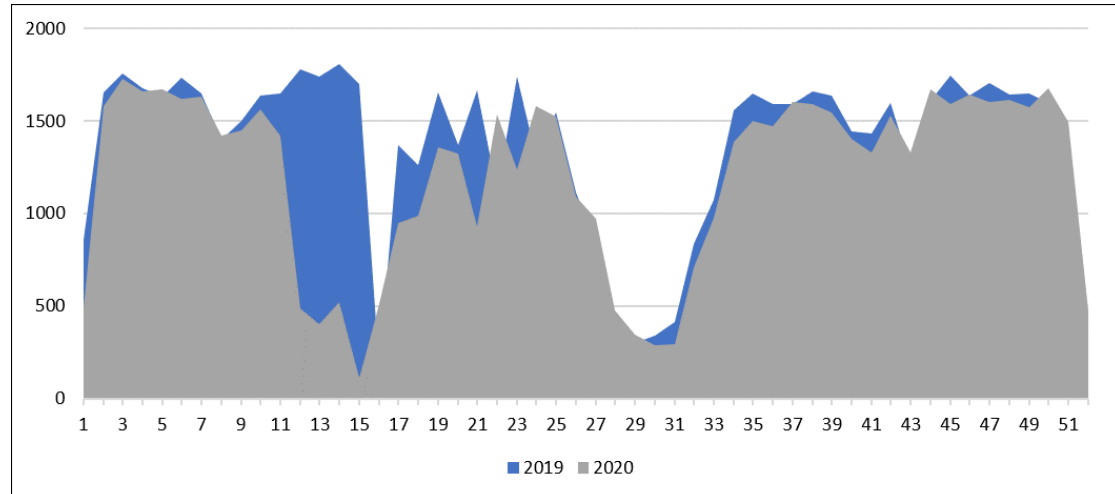
Det overordnede bildet er altså at det oppsto et aktivitetstap under pandemiens første bølge, men at trenden gjennom 2020 ble den samme som i 2019, etter at driftssituasjonen i sykehusene normaliserte seg. Ser vi på aktiviteten uke for uke, nyanseres hovedbildet litt. Figur 6.2 viser at antall opphold i 2020 ligger litt under antallet i 2019 i nesten alle ukene etter sommeren. Ser vi på perioden juni – desember, er nedgangen i aktivitet 2,2 prosent i 2020.

Figur 6.3 viser den relative endringen i aktivitet fra 2019 til 2020 innenfor hver måned justert for antall virkedager pr. måned. Vi ser at mot slutten av året, så skiller oktober måned seg ut med en relativ nedgang på kun 1 prosent når vi måler på denne måten. Dette kan ha sammenheng med at fristbruddrettighetene som midlertidig hadde blitt satt til side, ble gjeninnført i oktober. De justerte tallene viser imidlertid at i november og desember går aktiviteten ned igjen, og sammenlignet med året før er den henholdsvis 4 og 5 prosent lavere. Denne utviklingen har sammenfall med andre smittbølger i Norge.

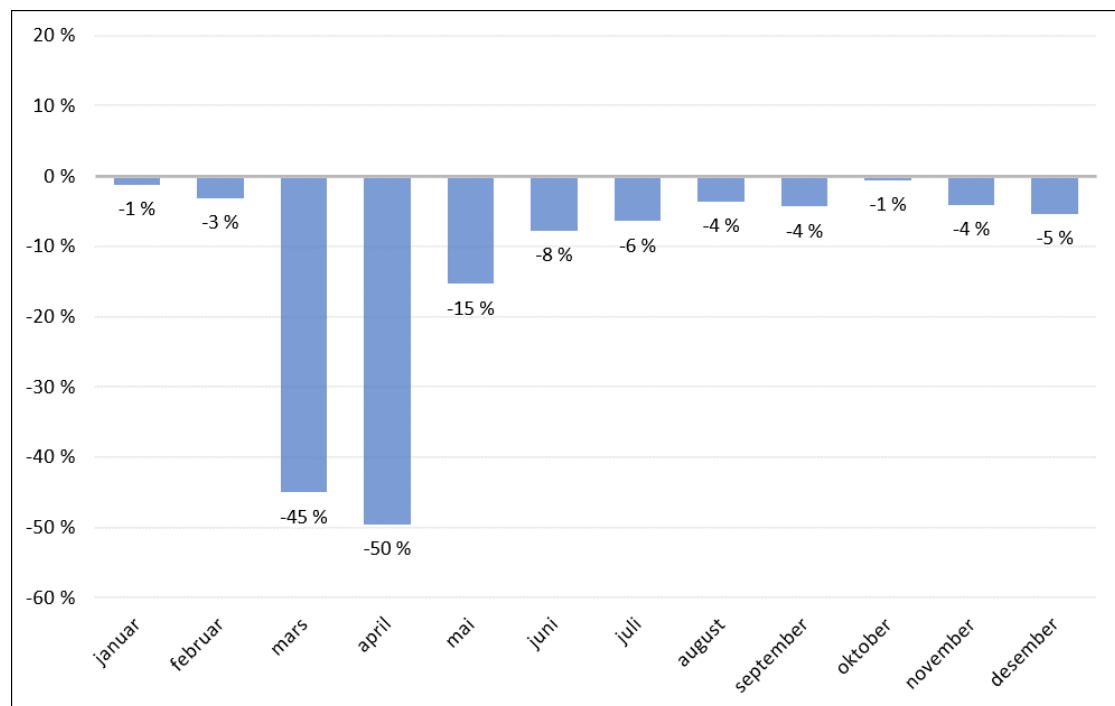
Annen elektiv dagkirurgi (justerte tall) viser måned for måned en økning høsten 2020, bortsett fra i desember måned som viser en nedgang på 4 prosent (se Figur 6.4). Økningen var på 2 prosent i

## Kapittel 6. Tjenester med usikker helsegevinst

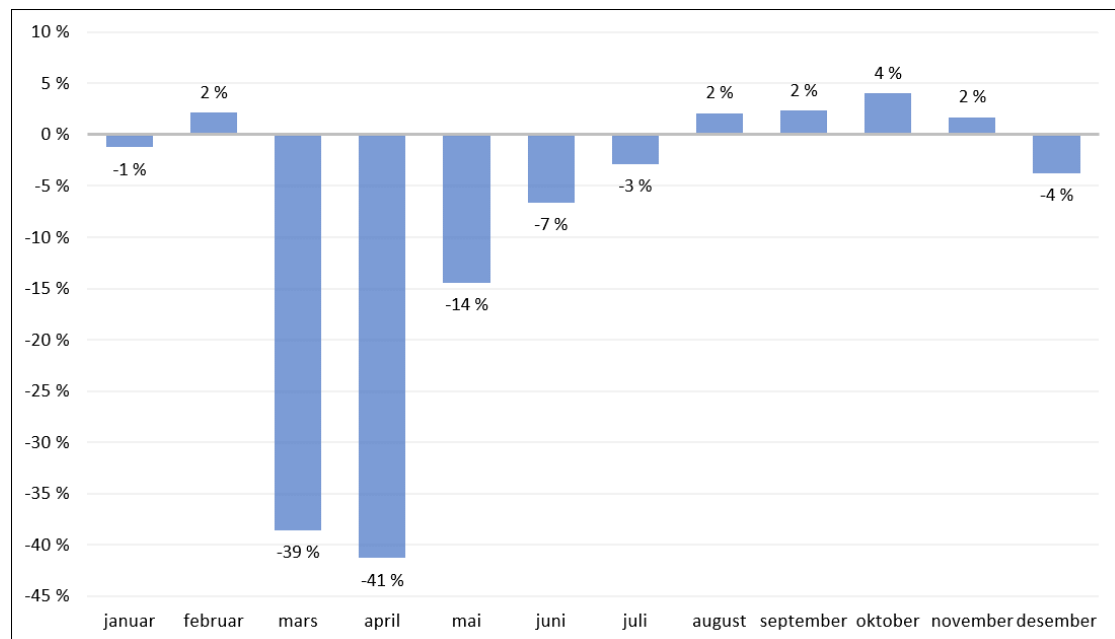
september og november, mens oktober viser en økning på 4 prosent. Vi ser med andre ord mønster av at på samme måte som under første smittebølge, så er den relative nedgangen i tjenester med diskutabel nytteverdi større enn for annen elektiv dagkirurgi.



**Figur 6.2:** Omfang av opphold for behandling med diskutabel nytteverdi etter ukenummer, 2019 og 2020



**Figur 6.3:** Endring i aktivitet med diskutabel nytteverdi, månedene i 2020 sammenlignet med 2019



**Figur 6.4:** Endring elektiv dagkirurgi ekskl. prosedyrer med diskutabel nytteverdi, månedene i 2020 sammenlignet med 2019

### 6.5.2 Geografisk variasjon

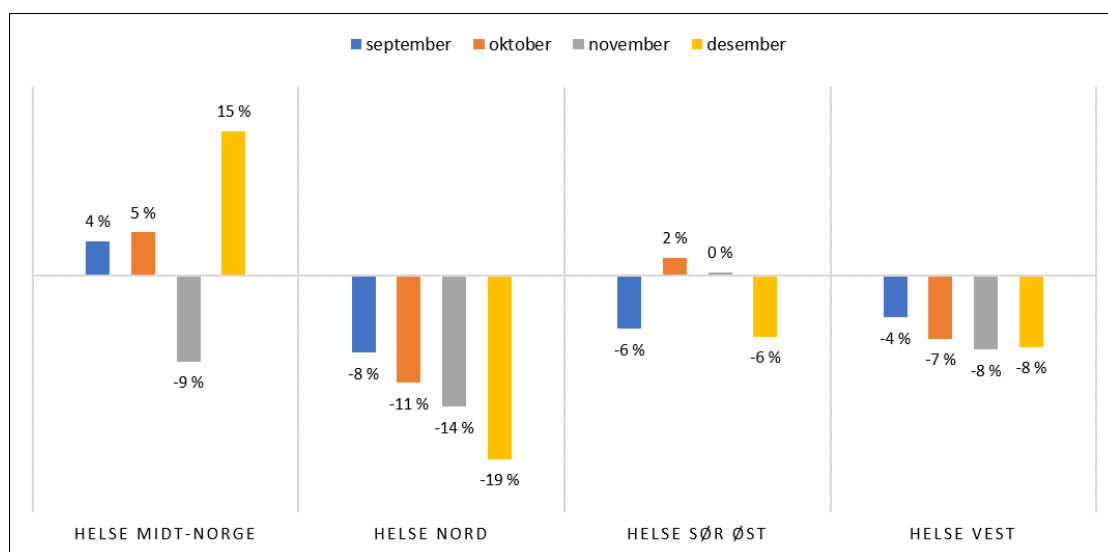
Når man ser på tallene regionvis, viser Tabell 6.2 at det er noe regional forskjell i nedgangen. Reduksjonen er størst i Helse Nord (17%) mens den er minst i Helse Midt-Norge (7%).

	Antall opphold			Prosentvis endring			
	2019	2020	Endring	alle tjenesteytere	HF	private sykehus	avtale-spesialister
Helse Midt-Norge	10 912	10 148	-764	-7 %	-6 %	-10 %	-7 %
Helse Nord	6 650	5 490	-1 160	-17 %	-19 %	-14 %	-5 %
Helse Sør-Øst	40 399	35 831	-4 568	-11 %	-11 %	-13 %	-13 %
Helse Vest	13 140	11 520	-1 620	-12 %	-14 %	-6 %	-8 %
Annet	127	18	-109	-86 %	-30 %	-100 %	-98 %
Total	71 228	63 007	-8 221	-12 %	-12 %	-10 %	-12 %

**Tabell 6.2:** Opphold for behandling med diskutabel nytteverdi pr region, 2019 og 2020

Som det framgår av Figur 6.5, er det også regionale forskjeller høsten 2020. Helse Nord har i løpet av høsten hatt et betydelig større nedtrekk enn f.eks. Helse Sør-Øst. Også Helse Vest reduserte aktiviteten for behandling med diskutabel nytteverdi relativt betydelig fra september til desember 2020 sammenlignet med 2019. Helse Midt-Norge økte aktiviteten i alle høstmånedene med unntak av i november som viser en nedgang på 9 prosent. I desember var det i Helse Midt-Norge en betydelig aktivitetsøkning på 15 prosent. Aktivitetsøkningen kan sannsynligvis ses i sammenheng med innsats forbundet med reduksjon av ventetider og innhenting av etterslep.

Fra perioden før pandemien, vet vi at forskjellene mellom regionene er relativt store selv etter man kontrollerer for innbyggertall og måler forbruket som rater pr. 100 000 innbyggere.



**Figur 6.5:** Endring i opphold for behandlinger med diskutabel nytteverdi pr måned, september-desember 2020 sammenlignet med september-desember 2019

En hypotese kan imidlertid være at pandemien vil føre til at områder med høyt tilbud/forbruk av tjenester vil ha større reduksjon enn områder med et lavt forbruk. I pandemiens første bølge, så vi et mønster der forbruket ble kraftig redusert i alle regioner, og at forskjellene i forbruk mellom regionene dermed besto. Vi har undersøkt dette nærmere basert på data for hele aktivitetsåret 2020.

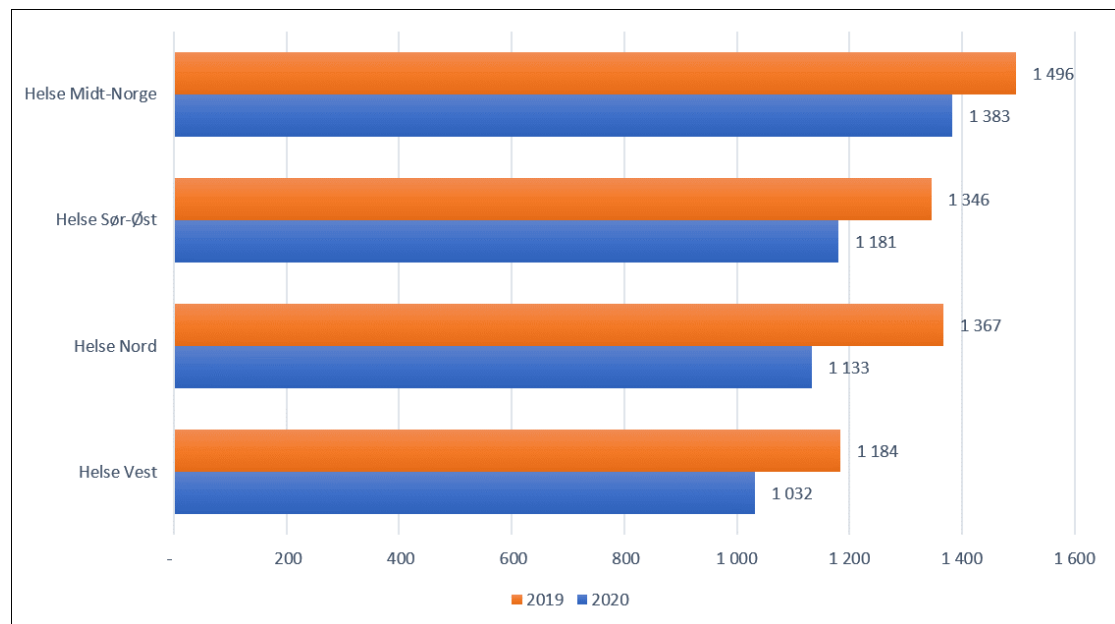
Når vi nå ser på året under ett, bekreftes mønsteret fra analysene etter 1. tertial. Også etter første smittebølge, gir aktivitetsutviklingen et forbruksmønster som viser relativt stor variasjon på region-nivå. I alle opptaksområdene reduseres volumet og forbruksraten går følgelig ned, men variasjonen mellom områdene består. Figur 6.6 og 6.7 viser oversikter for hhv bostedsregion og HF-opptaksområde.

Den bestående stabiliteten i geografiske forbruksforskjeller, kommer også fram i oversiktene i figur 6.8. Her er forbruksratene indekstert (landet = 1) for de to årene. I 2019 har innbyggere bosatt i Helse Midt-Norge et forbruk som er 12 prosent over landsgjennomsnittet (1,12), mens innbyggere i Helse Vest har et forbruk av helsetjenester med diskutabel nytteverdi som ligger 11 prosent under gjennomsnittet for landet. Helse Nord og Helse Sør-Øst ligger nært snittet for landet med henholdsvis 2 og 1 prosent over landet.

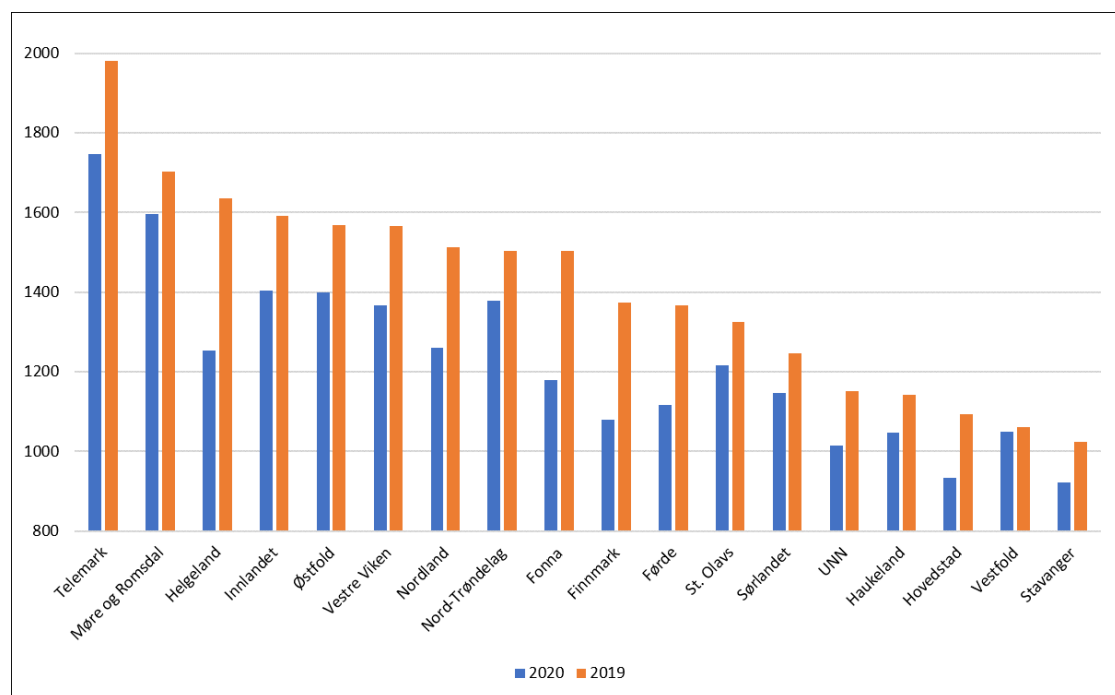
I 2020 ligger forbruket i Helse Midt-Norge 18 prosent over landssnittet, mens Helse Vest ligger 12 prosent under. Helse Nord og Helse Sør-Øst tenderer fortsatt rundt 1. Hovedtendensen består, samtidig som forskjellen mellom høyeste og laveste forbruk på regionnivå øker (Helse Midt-Norge og Helse Vest).

Hypotesen om at den pandemirelaterte nedgangen vil bidra til å jevne ut geografiske forskjeller får dermed, så langt, ikke støtte.

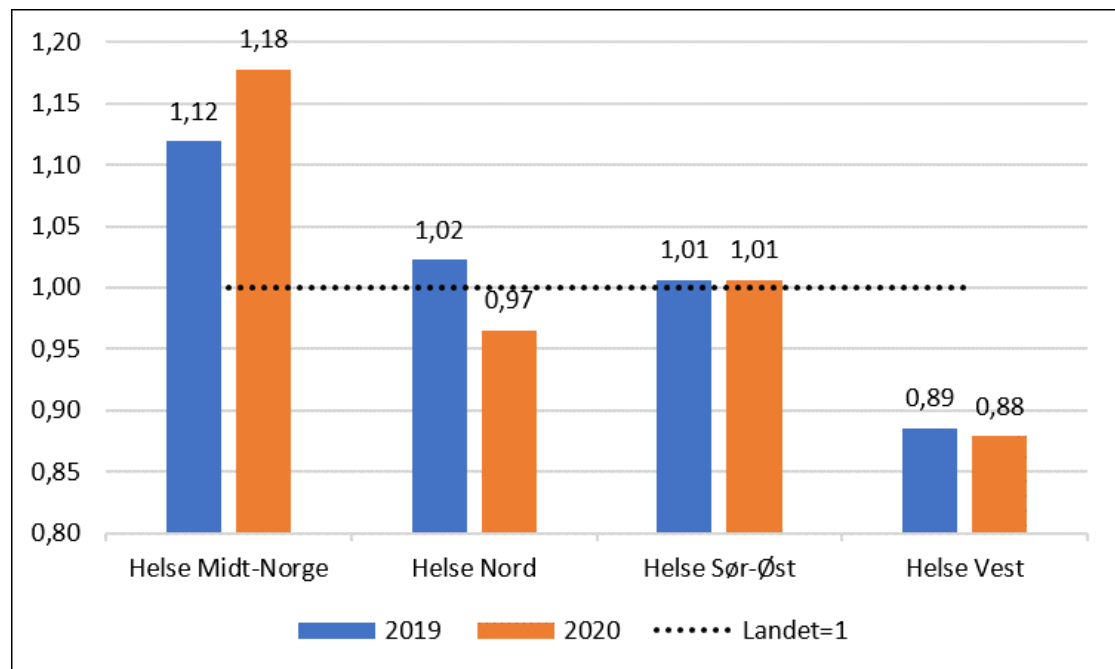
## Kapittel 6. Tjenester med usikker helsegevinst



**Figur 6.6:** Opphold per 100 000 innbyggere for behandling med diskutabel nytteverdi per helseregion, 2019 og 2020



**Figur 6.7:** Opphold per 100 000 innbyggere for behandling med diskutabel nytteverdi per HF-opptaksområde, 2019 og 2020



**Figur 6.8:** Opphold for behandling med diskutabel nytteverdi per 100 000 innbyggere pr region. 2019 og 2020, indeksering mot landsgjennomsnitt



### 6.5.3 Variasjon mellom fagområder

Når vi grupperer de ulike behandlingene etter fagområde, ser vi også at endringene fordeler seg ulikt (Tabell 6.3 under). For året under ett, viser dataene at det det var en nedgang i opphold for øre-nese-halssykdommer på hele 26 prosent (øredren barn, snorkeoperasjoner 18 år+ og fjerning av mandler). Dernest ble det utført 14 prosent mindre karkirurgi (operasjoner for åreknuter trad. teknikk og hemoroideoperasjoner) og inngrep for øyelidelsen Chalazion. Innenfor utvalget av behandlinger for kvinnesykdommer omfatter analysen abrasio (utskrapninger) og hysterektomier (fjerning av livmor). Disse behandlingene ble også tatt ned under pandemien første bølge, men den påfølgende økningen høsten 2020, førte til tilnærmet uendret volum for året totalt (-1%).

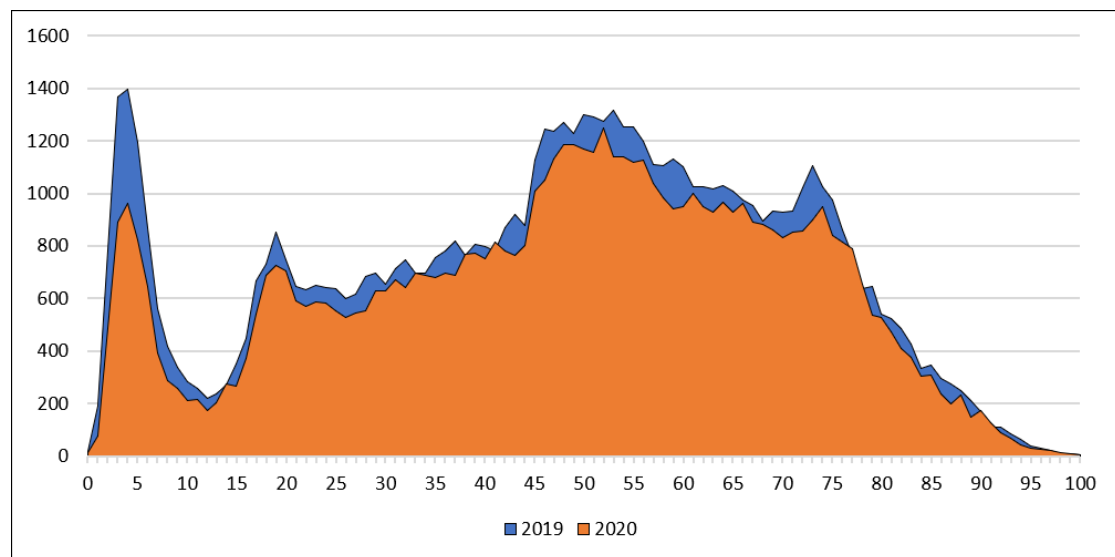
	Antall opphold			Prosentvis endring			
	2019	2020	Endring	alle tjenesteytere	HF	private sykehus	avtale-spesialister
Anestesiologi	742	787	45	6 %	9 %		6 %
Hudsykdommer	29 025	26 837	-2 188	-8 %	-6 %	-3 %	-11 %
Karkirurgi	5 127	4 403	-724	-14 %	-15 %	0 %	-22 %
Kvinnesykdommer	2 142	2 122	-20	-1 %	-8 %	-100 %	57 %
Øre-nese-halssykdommer	13 212	9 755	-3 457	-26 %	-27 %	-13 %	-27 %
Ortopedisk kirurgi	17 701	16 189	-1 512	-9 %	-9 %	-9 %	-2 %
Øyesykdommer	1 512	1 304	-208	-14 %	-16 %		-12 %
Plastikkirurgi	1 767	1 610	-157	-9 %	2 %	-21 %	
Total	71 228	63 007	-8 221	-12 %	-12 %	-10 %	-12 %

**Tabell 6.3:** Opphold for behandling med diskutabel nytteverdi pr fagområde, 2019 og 2020

### 6.5.4 Pasientenes alder

I analysen av sykehusaktiviteten i første tertial, hvor den første smittebølgen inngikk, sammenlignet vi aldersprofilen i pasientpopulasjonen i 2019 og 2020. Dataene viste så godt som ingen endring i gjennomsnittsalder og hovedbildet var at alle aldersgrupper mottok færre tjenester.

Dette hovedbildet bekreftes også i analysen når vi ser på hele 2020, men nyanseres noe for de yngste pasientene. Som det framgår av Figur 6.9, så oppstår det største volumavviket for pasientene i aldersspennet 2-6 år. Det var for eksempel 1 396 fireåringer som i 2019-populasjonen mottok behandling, mens det i 2020-populasjonen var 955.



**Figur 6.9:** Antall opphold for behandling med diskutabel nytteverdi etter alder og år

En alternativ måte å vise denne utviklingen på, er å se på relativ nedgang i de ulike aldersgruppene. Tabell 6.4 viser at i aldersgruppen 1-9 år, faller antallet opphold fra 29 til 59 prosent, med størst nedgang for de aller yngste.

Effekten av pandemien er med andre ord sterkere for de aller yngste pasientene. Vi vet også at den aktiviteten som ikke blir utført i 2020 for denne gruppa, hovedsakelig dreier seg om prosedyrer for øre-nese-hals lidelser. Innenfor utvalget av tjenester med diskutabel nytteverdi som vi ser på her, er dette innlegging av øredren og tonsillektomier. Vi vil anta at en av de viktigste årsakene til denne nedgangen, er at de generelle smittevernstiltakene i samfunnet påvirker behovet for disse tjenestene. Sosial distansering og forsterkede hygienetiltak gir antageligvis langt færre luftveisinfeksjoner med påfølgende komplikasjoner hos denne pasientgruppen.

	Antall 2019	Antall 2020	Endring	%-endring
1 år	189	77	-112	-59 %
2 år	781	484	-297	-38 %
3 år	1 368	891	-477	-35 %
4 år	1 396	964	-432	-31 %
5-9 år	3 380	2 409	-971	-29 %
10-19 år	4 317	3 674	-643	-15 %
20-29 år	6 551	5 845	-706	-11 %
30-39 år	7 435	6 934	-501	-7 %
40-49 år	10 352	9 469	-883	-9 %
50-59 år	12 231	11 055	-1 176	-10 %
60-69 år	9 961	9 323	-638	-6 %
70-79 år	8 895	8 027	-868	-10 %
80-89 år	3 690	3 218	-472	-13 %
90+ år	663	625	-38	-6 %

**Tabell 6.4:** Endring i opphold 2019-2020 for behandling med diskutabel nytteverdi pr aldersgruppe

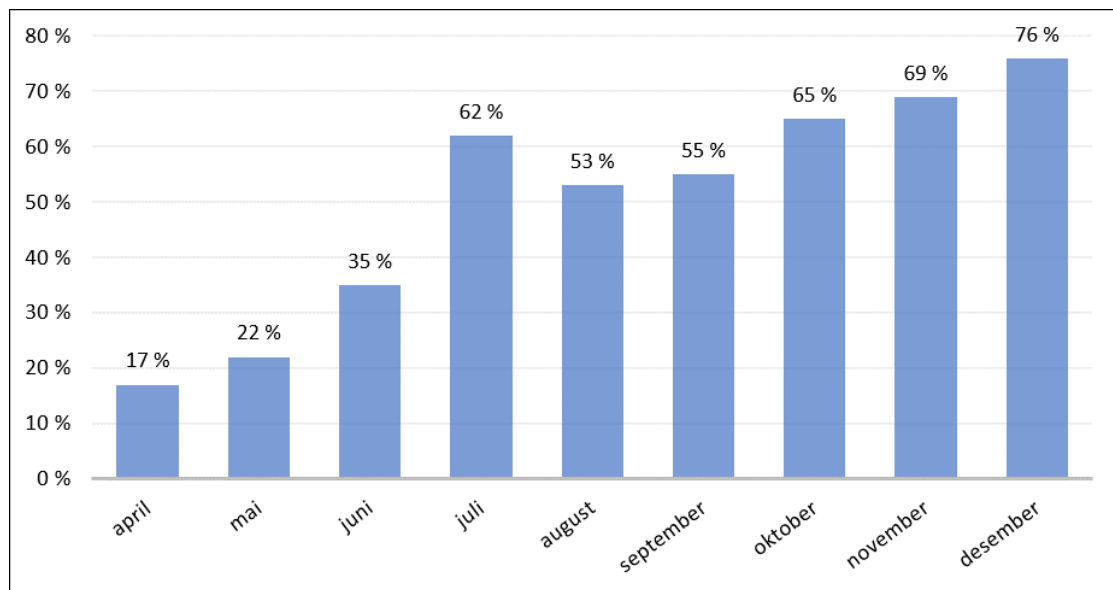
### 6.5.5 Har pasientatferd, henvisningspraksis og prioriteringen av aktivitet med diskutabel nytteverdi endret seg i løpet av 2020?

Innledningsvis listet vi opp følgende forhold, som kan antas å bidra til nedgang i aktiviteten:

- Endret pasientatferd som følge av redsel for koronasmitte og dermed høyere terskel for å oppsøke helsetjenesten
- Endret henvisningspraksis hos fastlegene, slik at færre pasienter henvises videre til spesialisthelsetjenesten
- Større tilbøyelighet til å velge konservativ behandling i samråd med lege når en første har oppsøkt helsetjenesten
- Utsettelse/nedprioritering av elektiv aktivitet ved sykehusene

Dersom ett eller flere av de overordnede forholdene er til stede, vil vi forvente at det kan føre til reduksjon i aktiviteten med diskutabel nytteverdi. Vi antar at pasientatferden, henvisningspraksisen, tilbøyeligheten til å velge alternativer til kirurgi samt utsettelse eller nedprioritering av denne aktiviteten i spesialisthelsetjenesten vil kunne avleses i forholdet mellom henvisninger inn til spesialisthelsetjenesten og utført aktivitet. Dersom det har skjedd merkbare endringer i et eller flere av forholdene over, vil vi anta at antallet henvisninger inn til spesialisthelsetjenesten etter 12. mars 2020 vil avta og/eller at aktiviteten i spesialisthelsetjenesten etterhvert vil avta. Som vi har sett innledningsvis har aktiviteten i spesialisthelsetjenesten så langt ikke avtatt. Figur 6.10 viser videre hvor stor andel av den utførte aktiviteten i 2020 som er utført for pasienter henvist etter 15. mars 2020.

Som figuren viser, er majoriteten av aktiviteten før sommeren utført for pasienter som ble henvist før pandemien startet. Dette er naturlig med tanke på at pasientene kan ha ventet noe samt hatt en eller flere utredningskonsultasjoner i forkant av den utførte prosedyren. Fra juli og utover er imidlertid flesteparten henvist etter 15. mars 2020. Fra august 2020 og utover øker denne andelen. Vi tolker dette som at pasientatferd, henvisningspraksis, valg av behandlingstilbud samt prioritering i spesialisthelsetjenesten sannsynligvis er relativt uforandret sammenlignet med perioden før pandemien.



**Figur 6.10:** Andel av opphold for aktivitet med diskutabel nytteverdi der henvisning var mottatt etter 15. mars 2020. HF og private sykehus

## 6.6 Diskusjon

Funnene fra våre analyser viser at det, med unntak av perioden 12.mars-15. april 2020, ikke har vært en merkbar reduksjon i aktivitet med usikker nytteverdi i pandemiperioden.

Videre forventet vi i utgangspunktet at den ulike smitte- og innleggelsesbelastning i de ulike landsdelene, ville ha betydning for omfanget av øvrig aktivitet og særlig aktivitet med diskutabel nytteverdi. I en norsk kontekst ville dette bety at man forventet en større nedgang i Helse Sør-Øst enn i øvrige regioner. Vi antok også at områder med høye forbruksrater i perioden før pandemien ville oppleve en større reduksjon enn andre områder. Våre analyser tyder på at dette ikke har vært tilfelle.

Når man ser på fagområdene hver for seg ser man også at utviklingen har vært noe ulik, med størst reduksjon for øre-nese-halssykdommer og nærmest ingen endring for kvinnesykdommer.

Aldersmessig har barn fått utført noe færre øre-nese-halsbehandling enn tidligere. Det antas at denne reduksjonen kan skyldes redusert sykdomsforekomst.

Pasientbehandlingen som er omtalt i dette kapitlet omfatter pasienter som i all hovedsak er henvist til behandling av sin fastlege. Vanligvis består forløpet av en utredningsfase, for noen pasienter en behandlingsfase der alternativer til kirurgi prøves ut, og deretter kirurgi, ofte etterfulgt av en eller flere kontroller. Analyser av mottatt henvisningsdato for pasientene som har blitt behandlet etter 15. mars 2020, tyder på at pasientenes tendens til å oppsøke fastlege for tilstandene analysert i dette kapitlet, fastlegenes tilbøyelighet til å henvise, spesialisthelsetjenestens valg av behandlingstilbud sammen med pasient samt den generelle prioriteringen av disse pasientgruppene er relativt uforandret i 2020 sammenlignet med perioden før pandemien.

Det er grunn til å forvente at høy oppmerksomhet rundt reduksjon av etterslep, samt sentrale helsemyndigheters økte bevilgninger til bruk av private spesialisthelsetjenester og reduksjon av polikliniske ventetider, kan bidra til at RHF-ene/HF-ene prioriterer all elektiv aktivitet og at aktiviteten med diskutabel nytteverdi dermed stabiliserer seg på pre-pandeminivå.

Fremtidige analyser bør følge med på om aktivitet med diskutabel nytteverdi hovedsakelig endres eller normaliseres utover i, og i etterkant av, pandemien.

## Kapittel 7

# Omfang og håndtering av redusert kapasitet

### 7.1 Datagrunnlag og analytisk metode

I dette kapitlet benyttes aktivitets- og ventelistedata fra Norsk Pasientregister (NPR). For «passert planlagt tid» benyttes data rapportert fra de enkelte RHF-ene. Effekten av pandemien måles og drøftes i form av endringer på pasientdata for nyhenviste, avviste, ventende, passert planlagt tid og somatisk aktivitet. Det gjøres ved å fremstille data i form av trendkurver som viser utvikling og i tabeller som viser % vis avvik mot relevant periode i 2019. En analytisk metode er å vise utvikling for ulike regioner som en indeksert kurve per måned fra jan 2019 til mars 2021 der gjennomsnitt per mnd i 2018 er basis (100%).

For å få med mest mulig oppdatert utvikling er data til og mars 2021 inkludert i analysene. Det er noe usikkerhet knyttet til kompletthet i datagrunnlaget for 2021 og det tas forbehold for en viss grad av etterregistrering. Sammenlikning av 2020 gjøres mot hele 2019 selv om pandemiens første bølge i hovedsak påvirker kapasiteten i sykehusene fra mars 2020. Data for januar til mars 2021 sammenliknes mot tilsvarende periode i 2019. I enkelte grafer starter ikke y-aksen på 0 for å synliggjøre effekt av endringer i trendkurver over tid.

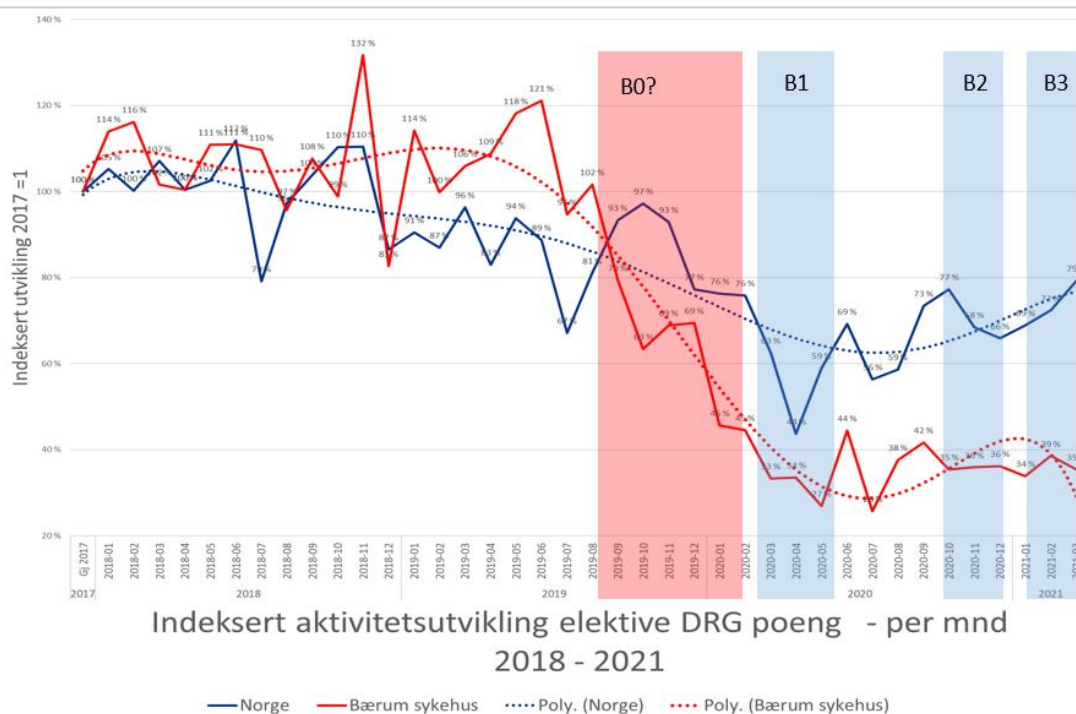
### 7.2 Generell elektiv aktivitetsutvikling

De fleste aktivitetsområder områder under pandemien har en tydelig redusert kapasitet under «bølge 1» av pandemien (mars – mai 2021) jf figur 7.1. Etter bølgen har lagt seg frem mot sommeren 2020 øker de fleste regioner sin elektiv aktivitet og henvisninger fra fastleger tar seg godt opp igjen mot 2019 nivå målt på nasjonalt nivå. De påfølgende 2 «bølger» (september – desember og januar – mars) flyter noe mer inn i hverandre, og treffer noe mer lokalt (se B3 i figur 7.1). Effekten på elektiv kapasitet er allikevel synlige i nasjonale tall i perioden oktober 2020 – mars 2021. Noe av fallet i elektive DRG poeng skyldes også omlegging fra døgn til dag/poliklinikk aktivitet (inkludert økt telefon og video konsultasjoner).

I figur 7.1 under vises aktiviteten for elektive DRG poeng for landet samlet (blå kurve) og Bærum sykehus (rød kurve). Bærum sykehus opplever et høyt smittetrykk under pandemien og har en vesentlig sterkere effekt i form av redusert elektiv kapasitet.

Det kan også se ut som om sykehuset opplever et sterkt fall i elektiv kapasitet i forkant av

«bølge 1». En slik reduksjon i forkant av «bølge 1» sees ikke for resten av landet. Denne perioden har ikke vært gjenstand for mer inngående analyse.



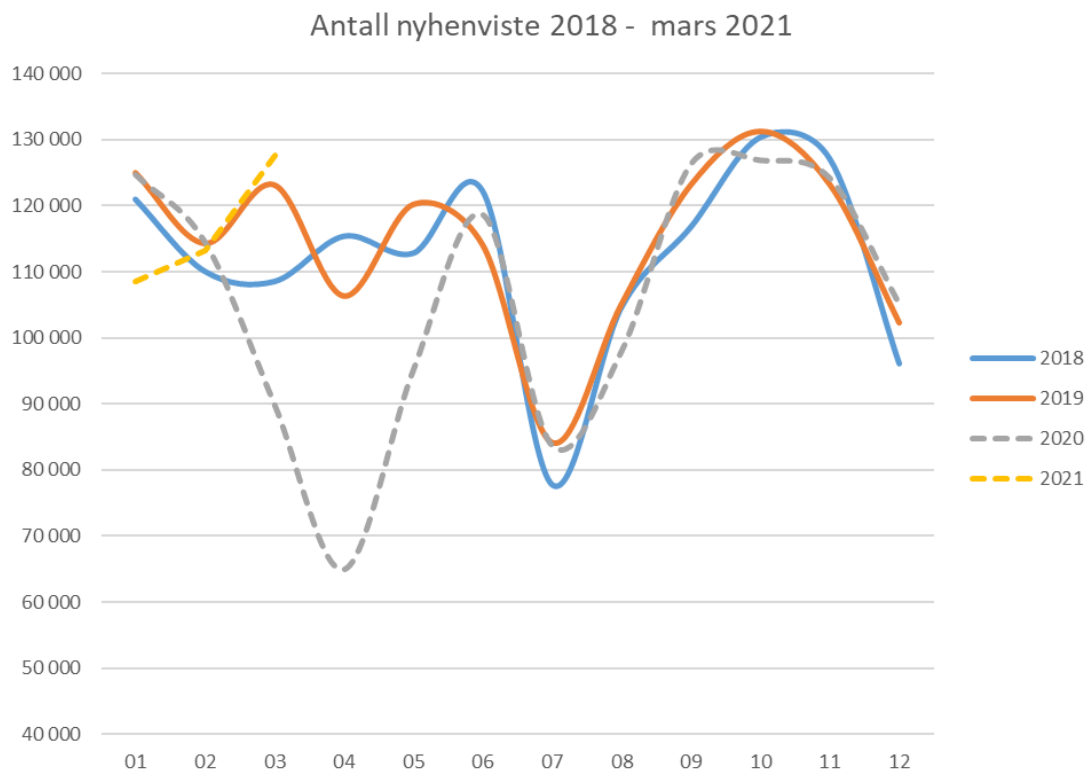
**Figur 7.1:** Elektive DRG poeng for landet og Bærum sykehus for perioden januar 2018 - mars 2021.

Det er forskjeller både mellom regioner og opptaksområder i hvilken grad en klarer å ta igjen «etterslepet» som oppsto under «bølge 1». En mer overordnet utvikling frem mot mars 2021 gir følgende bilde:

- Antall henvisninger i 2021 er på om lag samme nivå som i 2019, men har et samlet fall i 2020 som bidrar til å dempe økningen i antall nye ventende i 2020.
- Antall polikliniske konsultasjoner er noe økt både i 2020 og i 2021 med sammenlignet med 2019. Det kan virke som det kan være en varig effekt med vridning av elektiv aktivitet over fra døgn til dag/poliklinikk (inkludert telefon og videokonsultasjoner).
- Både antall elektive døgnopphold og liggedøgn reduseres både i 2020 og inn i 2021 sammenliknet mot 2019.

### 7.3 Antall nyhenviste

Per desember 2020 er antall henvisninger samlet redusert med 3,6 % målt mot samme periode i 2019. Størst forskjell er det i månedene mars, april og mai. I juni til desember var det på om lag samme nivå som i 2019, og i mars 2021 er antall henvisninger svakt over nivå i 2019, jamfør figur 7.2 under.



**Figur 7.2:** Antall nyhenviste fra januar 2020 til mars 2021

I antall er reduksjonen av henvisninger størst innen ortopedi og øre-nese-halssykdommer. I prosent er reduksjonen størst innen fagområdene hjerte- og lungesykdommer, mens antall nyhenviste innen psykisk helsevern barn og unge, har økt gjennom hele perioden, jf. tabell 7.1 og figur 7.2.

Økningen i nyhenviste for barn og unge treffe alle 4 helseregioner men kraftisket i Helse Nord og Helse Sør-Øst jf fig 7.3.

Mens utvikling av nyhenviste for PHV øker mest som reduseres henvisningene for lungesykdommer mest både samlet for 2020 og for de tre første periodene i 2021 målt mot samme periode i 2019. jf. tabell 7.2.

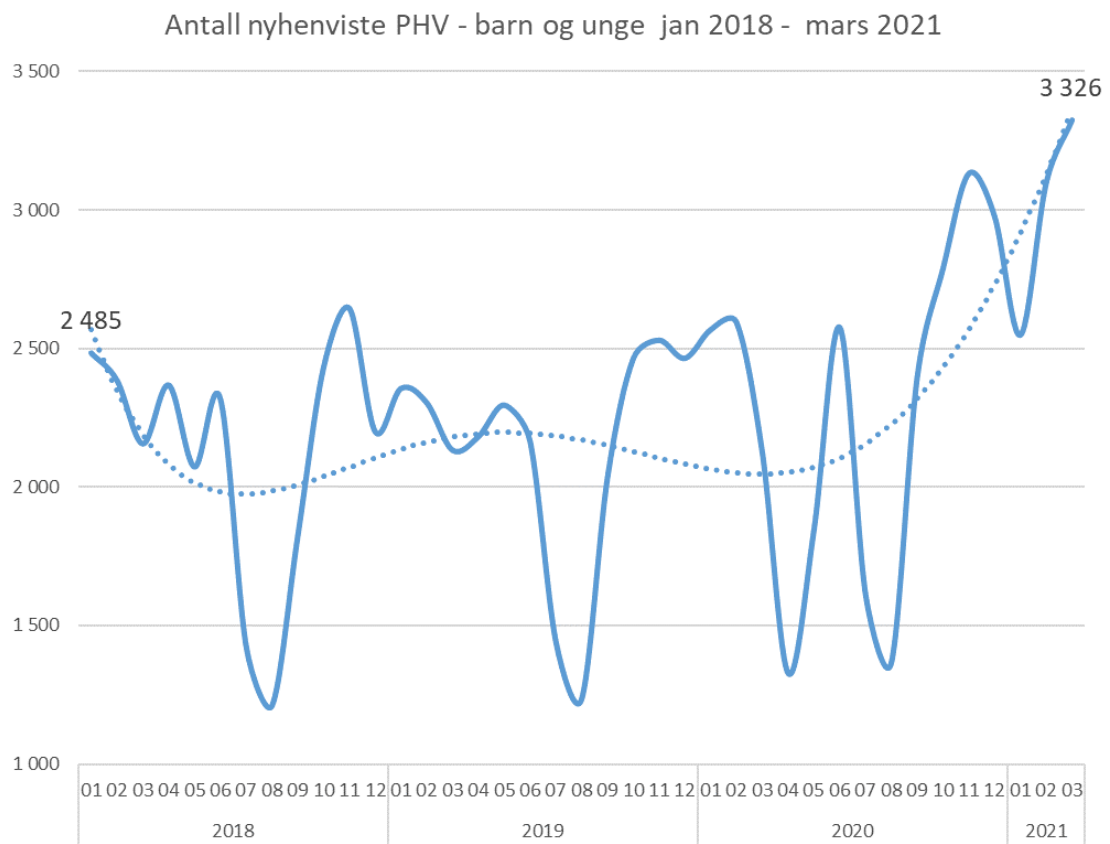
Utvikling av avviste følger utvikling av nyhenviste så den relative andelen avviste i 2020 og 2021 på samme nivå som i 2019. Her er det noe variasjon mellom regioner og fagområder men hovedbilde er at en ikke ser noen vesentlig endring av praksis for avviste under pandemien.



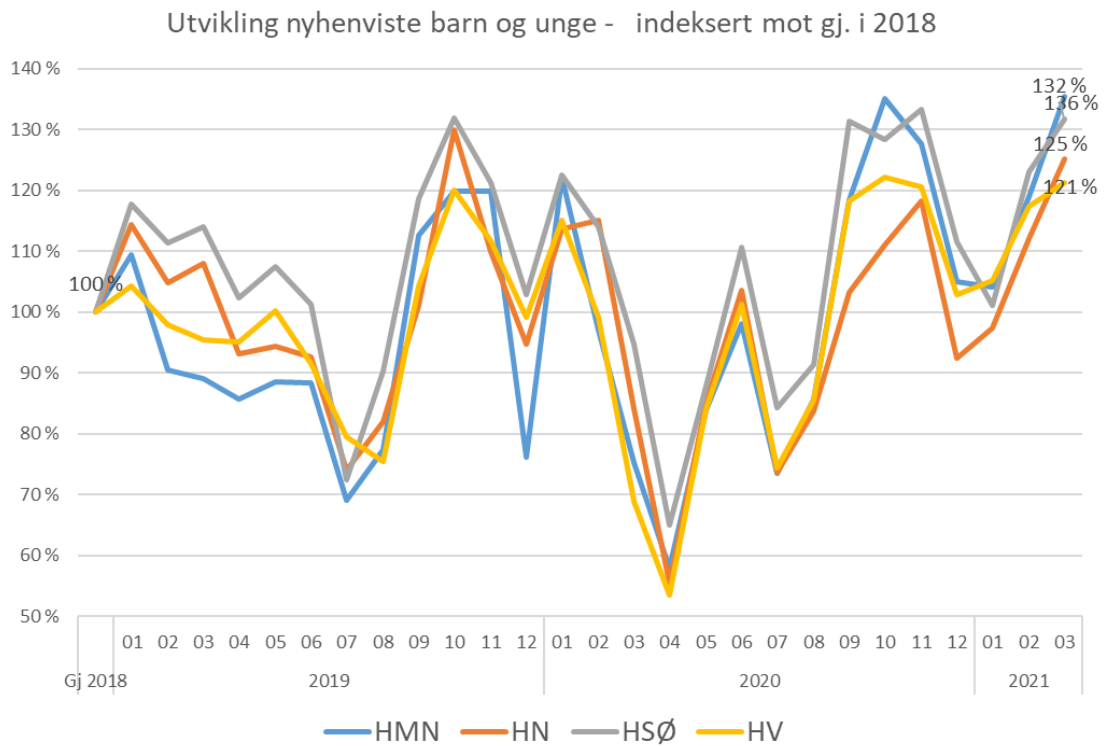
Kapittel 7. Omfang og håndtering av redusert kapasitet

Topp 20 fagområder	Nyhenv 2020	Endring 2020 i %	Endring 2021 i %
Ortopedisk kirurgi (inkludert revmakirurgi)	179 330	-7%	-6%
Øre-nese-hals sykdommer	117 595	-11%	-11%
Kvinnesykdommer og elektiv fødselshjelp	108 139	-5%	0%
Fordøyelsesykdommer	76 084	-11%	-10%
Psykisk helsevern voksne	72 876	-1%	8%
Hjertesykdommer	67 276	-12%	-12%
Øyesykdommer	59 606	-8%	-4%
Gastroenterologisk kirurgi	58 637	-5%	2%
Urologi	54 006	-6%	-4%
Barnesykdommer	44 284	-9%	1%
Hud og veneriske sykdommer	43 561	-2%	2%
Nevrologi	38 619	-7%	-4%
Revmatiske sykdommer (revmatologi)	36 963	-7%	-1%
Fysikalsk medisin og (re) rehabilitering	32 654	-9%	11%
Plastikk-kirurgi	28 874	-1%	-1%
Psykisk helsevern barn og unge	27 317	7%	32%
Lungesykdommer	26 642	-16%	-12%
Generell kirurgi	22 329	-16%	-19%
Mamma- og para-/tyreoideakirurgi	20 537	-8%	-9%
Endokrinologi	20 489	-1%	7%
<b>Totalsum</b>	<b>1 135 818</b>	<b>-7,5%</b>	<b>-3,2%</b>

Tabell 7.1: Antall nyhenviste akkumulert for perioden januar – desember i 2020, endring og prosentvis endring mot 2019, og akkumulert endring til og med mars 2021 målt mot same periode i 2019, fordelt på fagområder.



**Figur 7.3:** Antall nyhenviste fra januar 2018 til mars 2021 for barn og unge.



Figur 7.4: Antall nyhenviste fra januar 2020 til mars 2021 for barn og unge.

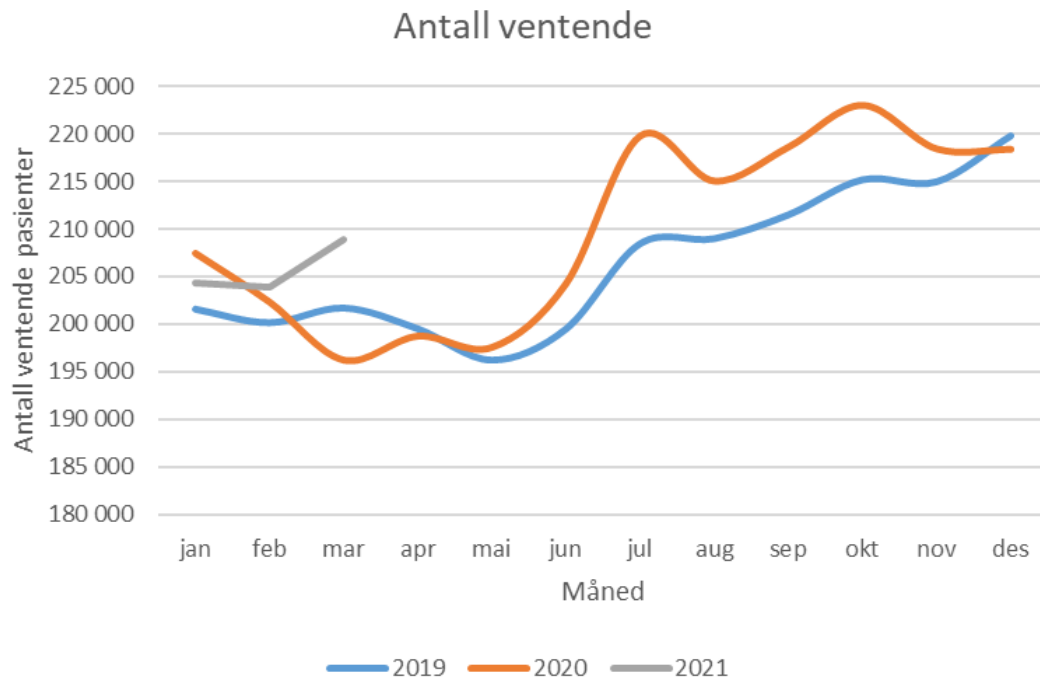
Kapittel 7. Omfang og håndtering av redusert kapasitet

Lungesykdommer	Endring 2020 i %	Endring 2021 i %
<b>Helse Midt-Norge</b>	-13,8 %	-12,86 %
Helse Møre og Romsdal OO	-20,1 %	-9,61 %
Helse Nord-Trøndelag OO	-15,4 %	-8,93 %
St. Olavs Hospital OO	-6,7 %	-17,83 %
<b>Helse Nord</b>	-12,0 %	-22,32 %
Finnmarkssykehuset OO	-22,1 %	2,34 %
Helgelandssykehuset OO	-18,0 %	-17,54 %
Nordlandssykehuset OO	-4,0 %	-28,63 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge OO	-11,5 %	-31,62 %
<b>Helse Sør-Øst</b>	-19,0 %	-13,12 %
Akershus universitetssykehus OO	-14,1 %	-13,25 %
Diakonhjemmet Sykehus OO	-33,5 %	-15,64 %
Lovisenberg Diakonale sykehus OO	-39,9 %	-28,07 %
Oslo universitetssykehus OO	-34,1 %	-23,49 %
Sykehuset i Vestfold OO	11,0 %	2,08 %
Sykehuset Innlandet OO	-17,2 %	-11,40 %
Sykehuset Telemark OO	-15,2 %	-5,10 %
Sykehuset Østfold OO	-6,0 %	10,52 %
Sørlandet sykehus OO	-16,8 %	-20,18 %
Vestre Viken OO	-30,7 %	-30,52 %
<b>Helse Vest</b>	-10,5 %	-3,48 %
Helse Bergen OO	-2,9 %	7,81 %
Helse Fonna OO	-8,0 %	-3,42 %
Helse Førde OO	-11,9 %	-14,29 %
Helse Stavanger OO	-28,8 %	-18,51 %
<b>Totalsum</b>	<b>-16,3 %</b>	<b>-12,25 %</b>

Tabell 7.2: Prosentvis endring i nyhenviste for fagområdet lungesykdommer i perioden januar – desember 2020 mot 2019, samt akkumulert for januar til mars 2021 mot same periode i 2019, fordelt på opptaksområder.

## 7.4 Ventende

Antall ventende var i desember 2020 ca 2% høyere enn i samme periode i 2019, jf. fig 7.4 Dette utgjør om lag 7000 flere ventende enn tilsvarende i desember 2019. Nivået må ses i sammenheng med et noe redusert henvisningsvolum samlet sett.



**Figur 7.5:** Antall ventende for perioden januar 2019 – mars 2021

Utviklingsbildet i forhold til 2019 er noe ulikt i de fire regionene, jf. figur 7.5.

I Helse Nord er det utviklingen innen kirurgiske fag og PHV som bidrar til den regionale forskjellen i utvikling frem mot mars 2021. Innen PHV er det spesielt en økning av antall ventende innen BUP som øker mest.

Siden antall nyhenviste også øker i samme periode, så øker antallet pasienter innen BUP som har ventet mer enn 30 dager. Dette omfatter alle regioner.

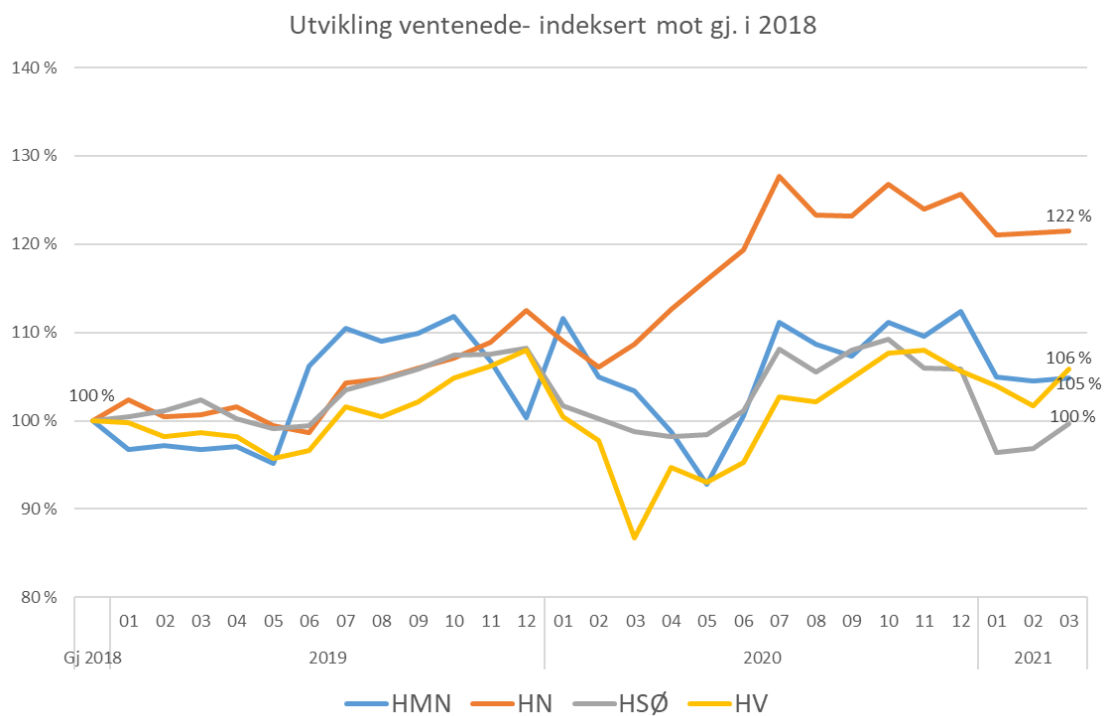
Samlet sett var det omlag 2 020 barn og unge som har ventet mer enn 30 dager. I samme periode i 2019 var dette 1 360 pasienter. Dette tilsvarer en økning fra mars 2019 til mars 2021 på om lag 30 %.

I tabell 7.3 ser en at de fleste av de kirurgiske fagene er tilbake til 2019 nivå. Et unntak er øyefaget og nevrologi, som fremdeles ligger høyt sammen med psykisk helsevern.

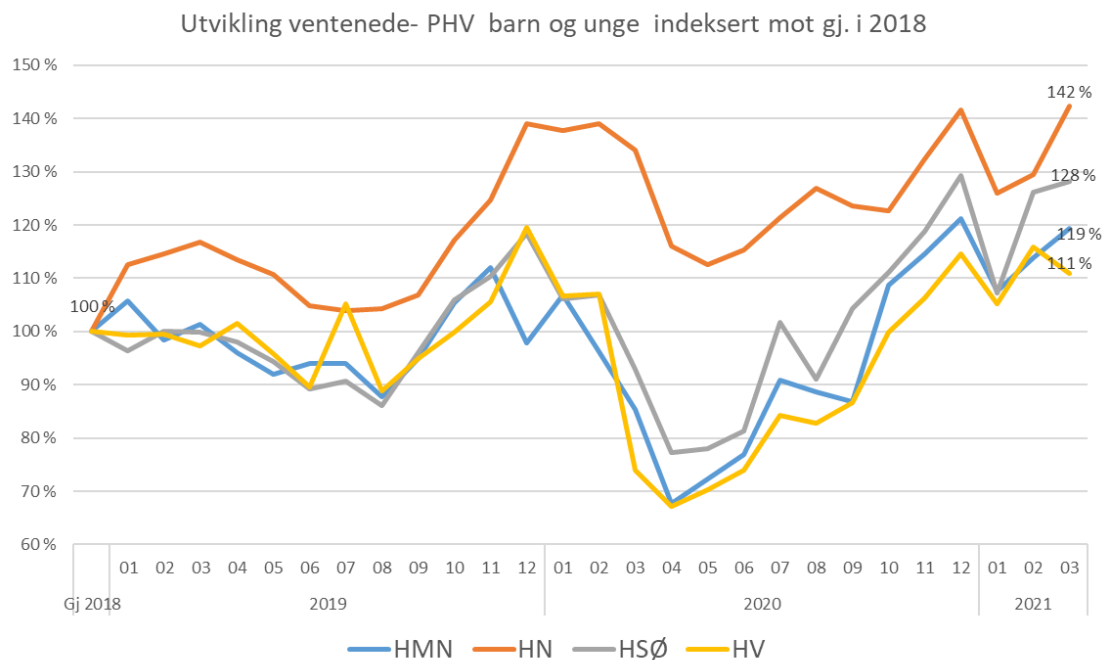
I tillegg til at antall ventende øker, går også samlet ventetid opp noe. Ventetid for lungesykdommer øker mest. Samlet sett er det noe reduksjon av ventetid inn i 2021.

Økningen i ventetider gjør at antallet langtidsventere (venter mer enn 1 år) også øker selv om samlet volum er lavt i forhold til totalt antall ventende (ca 1,6 % i mars 2021). I mars 2019 var det 1 396 som hadde ventet over et år, to år senere i 2021 var samme tall økt med 138% til over 3 300 pasienter som hadde ventet over 1 år.

## Kapittel 7. Omfang og håndtering av redusert kapasitet



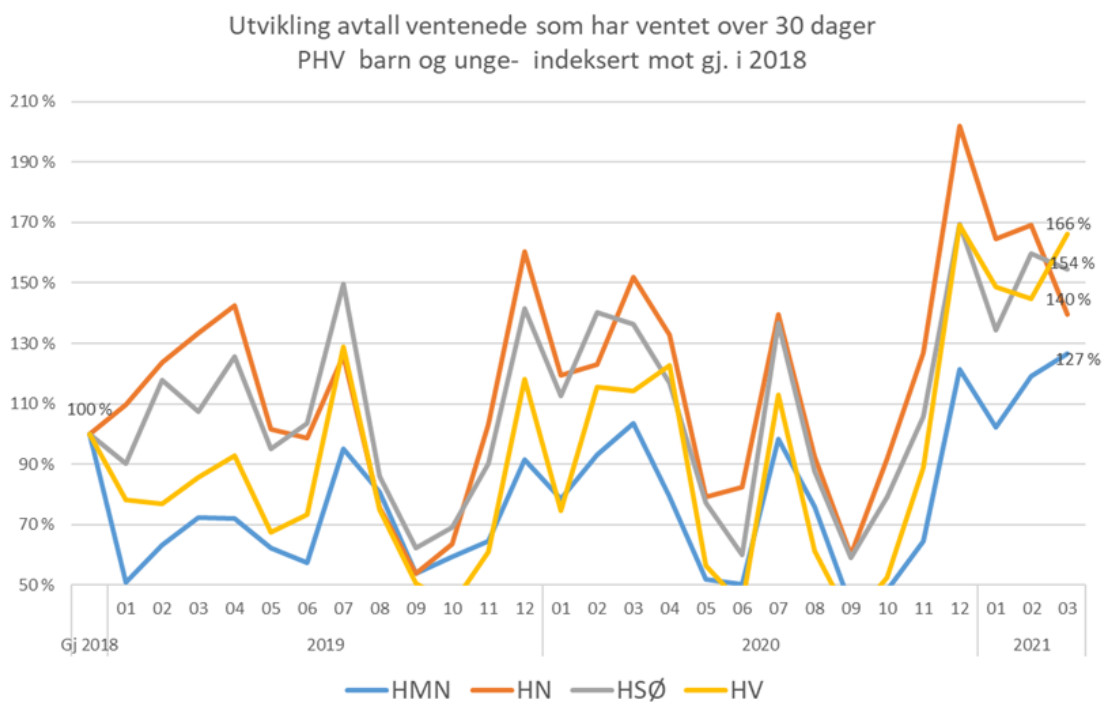
**Figur 7.6:** Indeksert utvikling fra 2018 av antall ventende januar 2019 – mars 2021



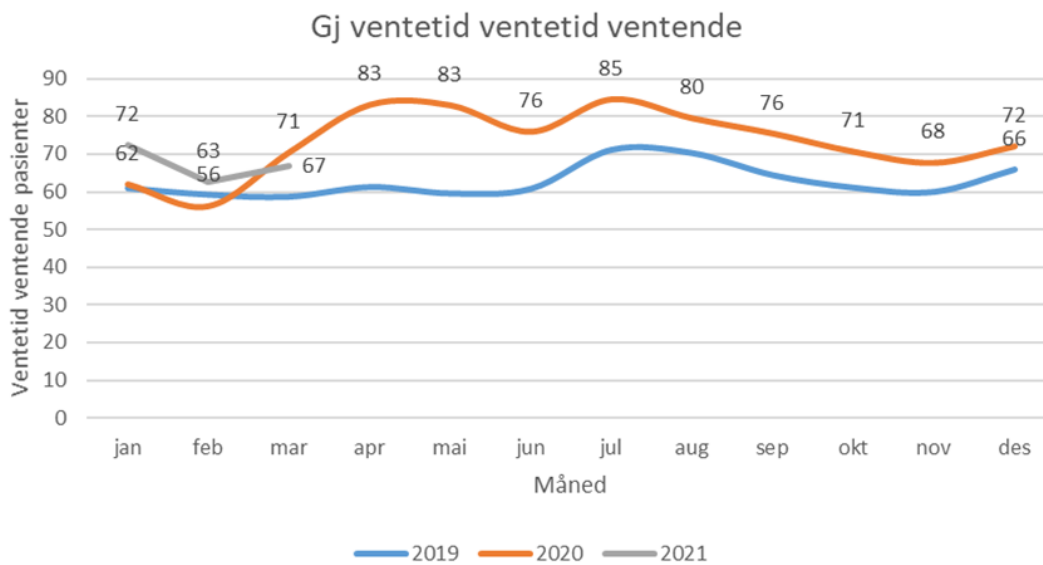
**Figur 7.7:** Indeksert utvikling av antall ventende for psykisk helsevern for barn og unge januar 2019 – mars 2021

Det er i Helse Sør-Øst og Helse Nord at denne økningen er størst jf. figur 7.10 og tabell 7.6 og 7.7.

## Kapittel 7. Omfang og håndtering av redusert kapasitet



**Figur 7.8:** Utvikling i antall ventende som har ventet over 30 dager. PHV barn og unge – indeksert mot gjennomsnittet i 2018.

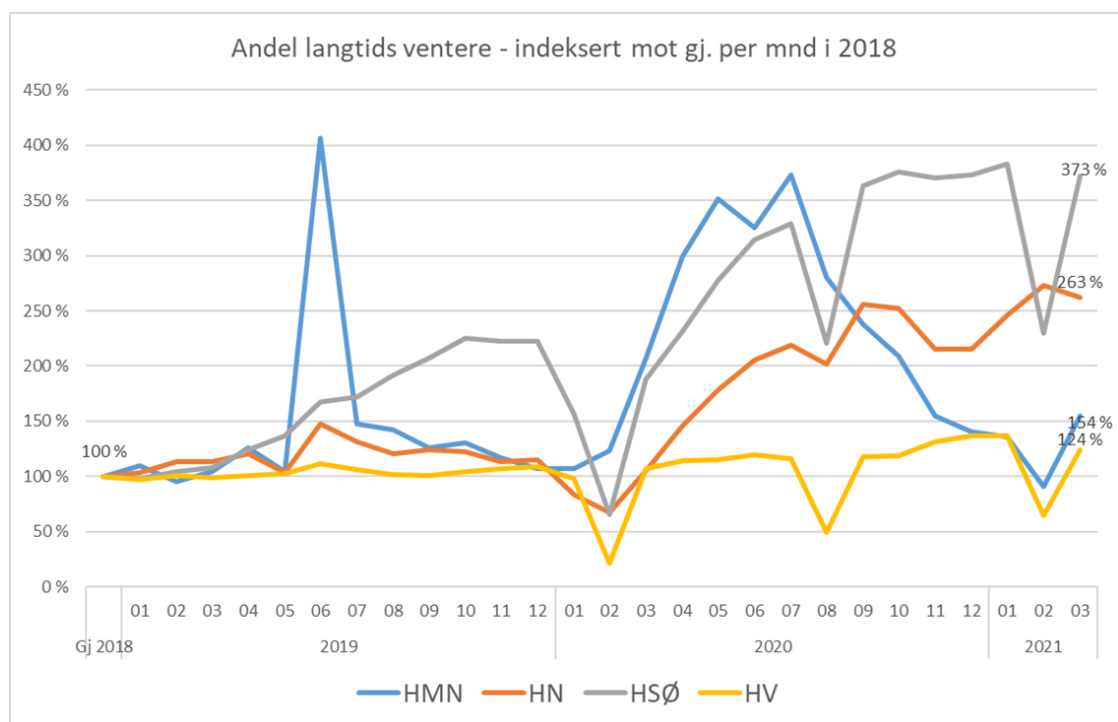


**Figur 7.9:** Ventetid for ventende for perioden januar 2019 – mars 2021.

## Kapittel 7. Omfang og håndtering av redusert kapasitet

Topp 25 fagområder	Ventende 2020	Endring 2020	Endring akk mar 2021
Ortopedisk kirurgi (inkludert revmakirurgi)	37 310	8 %	2 %
Øre-nese-hals sykdommer	30 135	7 %	-4 %
Øyesykdommer	14 572	7 %	7 %
Kvinnesykdommer og elektiv fødselshjelp	14 525	-2 %	3 %
Hjertesykdommer	8 775	-9 %	-6 %
Fordøyelsesykdommer	8 210	3 %	1 %
Gastroenterologisk kirurgi	7 963	1 %	-2 %
Urologi	7 921	2 %	4 %
Psykisk helsevern voksne	7 791	-1 %	18 %
Plastikk-kirurgi	7 172	-4 %	2 %
Hud og veneriske sykdommer	6 457	-10 %	-14 %
Nevrologi	6 335	1 %	15 %
Revmatiske sykdommer (revmatologi)	5 882	-3 %	0 %
Barnesykdommer	5 489	-11 %	2 %
Lungesykdommer	4 927	4 %	4 %
Fysikalsk medisin og (re) rehabilitering	4 643	6 %	21 %
Klinisk neurofysiologi	3 679	5 %	6 %
Karkirurgi	3 461	-4 %	-30 %
Generell kirurgi	3 227	-5 %	-18 %
Endokrinologi	3 197	11 %	28 %
Psykisk helsevern barn og unge	3 012	6 %	43 %
Kjevekirurgi og munnhulesykdom	1 912	-9 %	0
Mamma- og para-/tyreoideakirurgi	1 293	-11 %	0
Nevrokirurgi	1 024	8 %	0
Geriatrici	965	3 %	0
<b>Totalsum</b>	<b>199 876</b>	<b>1,92 %</b>	<b>1,9 %</b>

Tabell 7.3: Gjennomsnittlig antall ventende per måned i 2020 og prosentvis endring mot 2019. Akkumulerte tall for januar – mars 2021 er målt mot same periode i 2019, fordelt på topp 25 fagområder sortert etter antall ventende.



Figur 7.10: Indeksert utvikling fra januar 2019 til mars 2021 for ventende over 1 år.



## Kapittel 7. Omfang og håndtering av redusert kapasitet

Opptaksområder	Ventende 2020	Endring i 2020	Endring i 2021
<b>Helse Midt-Norge</b>	<b>27 275</b>	<b>2,83 %</b>	<b>8,1 %</b>
Helse Møre og Romsdal OO	10 992	-3,08 %	1,6 %
Helse Nord Trøndelag OO	5 686	6,71 %	8,4 %
St. Olavs Hospital OO	10 597	7,52 %	15,4 %
<b>Helse Nord</b>	<b>27 797</b>	<b>14,10 %</b>	<b>19,8 %</b>
Finnmarkssykehuset OO	5 185	14,39 %	36,6 %
Helgelandssykehuset OO	4 427	13,08 %	19,8 %
Nordlandssykehuset OO	7 722	10,08 %	8,2 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge OO	10 462	17,57 %	20,9 %
<b>Helse Sør-Øst</b>	<b>112 388</b>	<b>0,11 %</b>	<b>-3,6 %</b>
Akershus universitetssykehus OO	20 299	1,01 %	2,6 %
Diakonhjemmet Sykehus OO	4 166	4,29 %	0,9 %
Lovisenberg Diakonale sykehus OO	4 178	0,86 %	-8,8 %
Oslo universitetssykehus OO	7 615	-0,51 %	-7,6 %
Sykehuset i Vestfold OO	10 644	36,32 %	31,1 %
Sykehuset Innlandet OO	13 812	4,77 %	4,6 %
Sykehuset Telemark OO	8 049	-9,94 %	-17,8 %
Sykehuset Østfold OO	12 939	0,50 %	-8,3 %
Sørlandet sykehus OO	14 427	-0,56 %	-1,1 %
Vestre Viken OO	16 260	-14,74 %	-19,5 %
<b>Helse Vest</b>	<b>42 272</b>	<b>-0,95 %</b>	<b>5,0 %</b>
Helse Bergen OO	16 359	-1,60 %	2,3 %
Helse Fonna OO	8 373	-1,14 %	7,2 %
Helse Førde OO	5 938	3,70 %	7,3 %
Helse Stavanger OO	11 602	-2,14 %	5,8 %
<b>Totalsum</b>	<b>209 732</b>	<b>1,90 %</b>	<b>2,4 %</b>

**Tabell 7.4:** Gjennomsnittlig antall ventende per måned i 2020 og prosentvis endring mot 2019. Akkumulerte tall for januar – mars 2021 er måt mot same periode i 2019, fordelt på opptaksområder.

## Kapittel 7. Omfang og håndtering av redusert kapasitet

Topp 20 fagområder	Gj ventetid 2019	Gj ventetid 2020	Endring gj ventetid 2020	Endring gj ventetid 2021
Lungesykdommer	100	151	51 %	97 %
Plastikk-kirurgi	106	115	8 %	9 %
Øyesykdommer	81	100	23 %	13 %
Øre-nese-hals sykdommer	74	94	27 %	26 %
Kjevekirurgi og munnhulesykdom	94	93	-1 %	-21 %
Karkirurgi	74	89	20 %	-15 %
Hjertesykdommer	68	76	12 %	7 %
Ortopedisk kirurgi (inkludert revmakirurgi)	62	72	17 %	13 %
Generell kirurgi	55	62	13 %	-3 %
Endokrinologi	51	61	20 %	26 %
Nevrologi	56	61	8 %	13 %
Urologi	52	60	15 %	15 %
Revmatiske sykdommer (revmatologi)	52	60	15 %	14 %
Hud og veneriske sykdommer	57	59	2 %	-12 %
Fysikalsk medisin og (re) rehabilitering	48	56	17 %	8 %
Fordøyelsesykdommer	42	55	32 %	43 %
Gastroenterologisk kirurgi	65	54	-16 %	-23 %
Klinisk nevrofysiologi	46	54	18 %	19 %
Geriatri	43	52	20 %	11 %
Kvinnesykdommer og elektiv fødselshjelp	47	52	11 %	2 %
Nevrokirurgi	45	47	5 %	0 %
Barnesykdommer	41	43	5 %	6 %
Psykisk helsevern voksne	39	41	7 %	11 %
Psykisk helsevern barn og unge	34	34	2 %	5 %
Mamma- og para-/tyreoideakirurgi	31	34	9 %	1 %
<b>Totalsum</b>	<b>62</b>	<b>73</b>	<b>17,2 %</b>	<b>12,9 %</b>

Tabell 7.5: Gjennomsnittlig ventetid, for 2019 og 2020 samt akkumulert per mars 2021, prosentvis endring mot 2019 (samme periode), fordelt på topp 25 fagområder. Sortert på gjennomsnittlig ventetid i 2020.

Topp 10 fagområder - Helse Sør-Øst	Ventende 2020	Endring 2020 v i %	Endring akk mar i %
Lungesykdommer	499	130 %	476 %
Øyesykdommer	309	365 %	517 %
Øre-nese-hals sykdommer	227	49 %	451 %
Ortopedisk kirurgi (inkludert revmakirurgi)	111	75 %	180 %
Plastikk-kirurgi	111	37 %	106 %
Hjertesykdommer	57	54 %	122 %
Generell indremedisin	25	11 %	1
Karkirurgi	24	198 %	-12 %
Gastroenterologisk kirurgi	22	-87 %	-83 %
Fysikalsk medisin og (re) rehabilitering	19	200 %	543 %
<b>Totalsum</b>	<b>1 403</b>	<b>69,33 %</b>	<b>256,1 %</b>

Tabell 7.6: Gjennomsnittlig antall ventende per måned som har ventet over 1 år for 2020, prosentvis endring i 2020 og 2021 (mot same periode i 2019), fordelt på topp 10 fagområder i Helse Sør-Øst.

Topp 10 fagområder - Helse Nord	Ventende 2020	Endring 2020 v i %	Endring akk mar i %
Øre-nese-hals sykdommer	45	238 %	864 %
Øyesykdommer	37	363 %	307 %
Ortopedisk kirurgi (inkludert revmakirurgi)	25	136 %	159 %
Lungesykdommer	25	69 %	771 %
Karkirurgi	16	118 %	-45 %
Psykisk helsevern voksne	13	55 %	554 %
Hjertesykdommer	13	-18 %	30 %
Kjevekirurgi og munnhulesykdom	8	1760 %	#NUM!
Habilitering barn og unge	7	394 %	13
Plastikk-kirurgi	6	70 %	500 %
<b>Totalsum</b>	<b>194</b>	<b>133,13 %</b>	<b>343,6 %</b>

Tabell 7.7: Gjennomsnittlig antall ventende per måned som har ventet over 1 år for 2020, prosentvis endring i 2020 og 2021 (mot same periode i 2019), fordelt på topp 10 fagområder i Helse Nord.

## 7.5 Aktivitet somatikk

Det er benyttet en variabel fra NPR kalt «pasientgruppe» som er en rekoding av diagnosegrupper.

Pasientgrupper gir et bilde av oppfølgingen for noen sentrale pasientgrupper. Det er et fall i antall døgnopphold fra 2019 nesten alle pasientgrupper, jf. tabell 7.8 både samlet sett for 2020 (8,6% reduksjon) og akkumulert for mars 2021 målt mot samme periode i 2019 (9,6% reduksjon). I 2021 er det størst nedgang for lungesykdommer, med ca 50% reduksjon i 2021 målt mot samme periode i 2019.

Om vi ser på dag/poliklinikk aktiviteten i sykehusene har denne riktignok også falt i 2020(2,9% reduksjon) jf. tabell 7.9 men øker imidlertid inn i 2021i forhold til tilsvarende periode i 2019. Dette bidrar til noe reduksjon av antall ventende jf. figur 7.4.

Pasientgrupper - døgnopphold	Opphold 2020	Endring i 2020	Opphold mar 2021	Endring i 2021
<b>Alutt skade hofte/lår</b>	<b>10 844</b>	<b>-7,2 %</b>	<b>3153</b>	<b>-3,0 %</b>
Akutt skade hofte/lår - ikke kirurgi	1 459	-7,0 %	420	1,4 %
Akutt skade hofte/lår - kirurgi	9 385	-7,2 %	2733	-3,6 %
<b>Andre diagnosegrupper</b>	<b>362 695</b>	<b>-7,1 %</b>	<b>92767</b>	<b>-5,3 %</b>
<b>Hjertesykdommer</b>	<b>89 465</b>	<b>-8,6 %</b>	<b>24011</b>	<b>-5,9 %</b>
Hjerteinfarkt og andre smerter i brystkassen	14 303	-10,5 %	4031	-4,7 %
Sykdommer i hjerte og blodårer, ekskl. hjerteinfarkt og hjerneslag	75 162	-8,3 %	19980	-6,1 %
<b>Kreftsykdommer</b>	<b>62 601</b>	<b>-5,8 %</b>	<b>16018</b>	<b>-5,1 %</b>
<b>Lungesykdommer</b>	<b>43 817</b>	<b>-27,0 %</b>	<b>9199</b>	<b>-52,1 %</b>
KOLS	11 641	-20,0 %	2585	-33,1 %
Lungebetennelse	23 165	-33,1 %	4374	-64,8 %
Sykdommer i luftveiene, unntatt lungebetennelse	9 011	-16,8 %	2240	-23,7 %
<b>Sykdommer i muskler og ledd</b>	<b>45 504</b>	<b>-13,4 %</b>	<b>13037</b>	<b>-11,3 %</b>
Sykdommer i muskler og ledd	45 504	-13,4 %	13037	-11,3 %
<b>Sykdommer i nervesystemet inkl. hjerneslag</b>	<b>25 300</b>	<b>-8,1 %</b>	<b>6455</b>	<b>-7,7 %</b>
Sykdommer i nervesystemet inkl. hjerneslag	25 300	-8,1 %	6455	-7,7 %
<b>Øvrige indiretemedisinske sykdommer</b>	<b>129 306</b>	<b>-4,5 %</b>	<b>33448</b>	<b>-3,3 %</b>
Diabetes inkl. komplikasjoner	4 196	-7,7 %	1103	-6,5 %
Smerter i buk/bekken	12 839	-9,7 %	3299	-9,0 %
Sykdommer i fordøyelsessystemet	64 418	-2,9 %	16762	0,3 %
Sykdommer i nyrer, urinblære og prostata	47 853	-4,8 %	12284	-6,0 %
<b>Totalsum</b>	<b>769 532</b>	<b>-8,6 %</b>	<b>198088</b>	<b>-9,6 %</b>

Tabell 7.8: Antall døgnopphold i 2020 og pr mars i 2021, samt prosentvis endring foregående periode (akkumulerte tall for mars 2021 målt mot same periode i 2019, fordelt på diagnosegrupper.)

## 7.6 Antall med passert planlagt tid

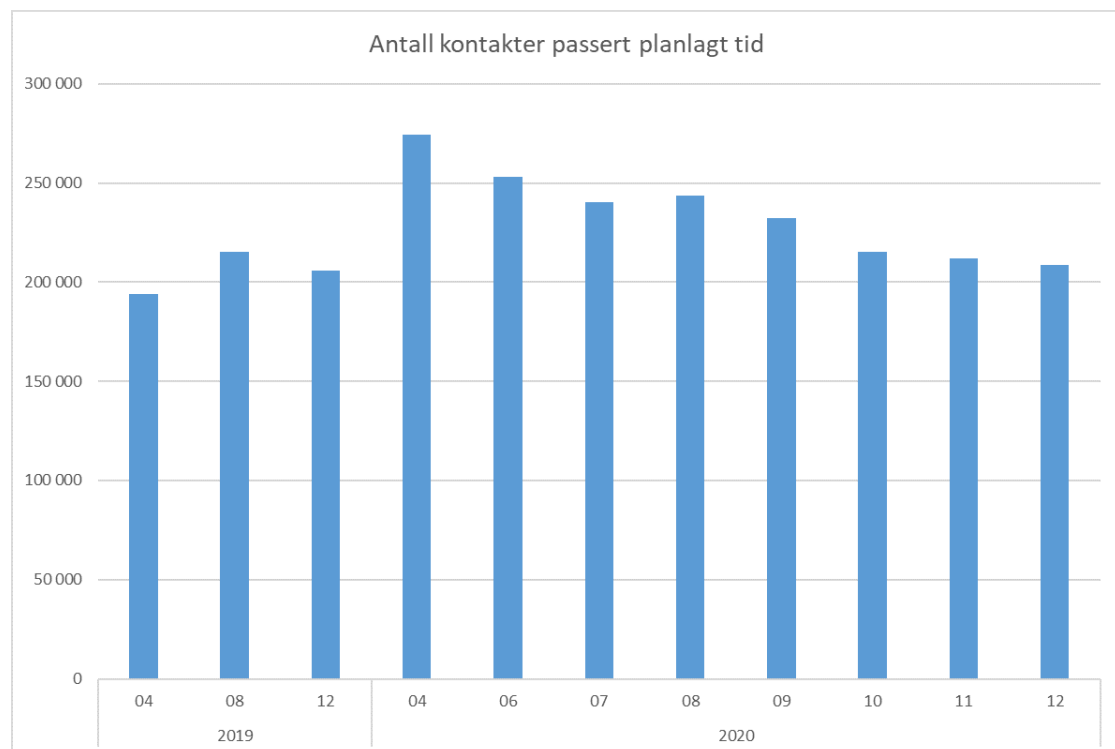
Antall med passert planlagt tid er om lag samme nivå i desember 2020 som desember 2019, som er en vesentlig reduksjon i forhold til det høye nivået april 2020. Jf. figur 7.10 og 7.11.

Det er noe forskjell i fagområder der lungesykdommer ligger på topp med 17 % av kontaktene, som per desember 2020 har passert planlagt tid, jf. tabell 7.10.

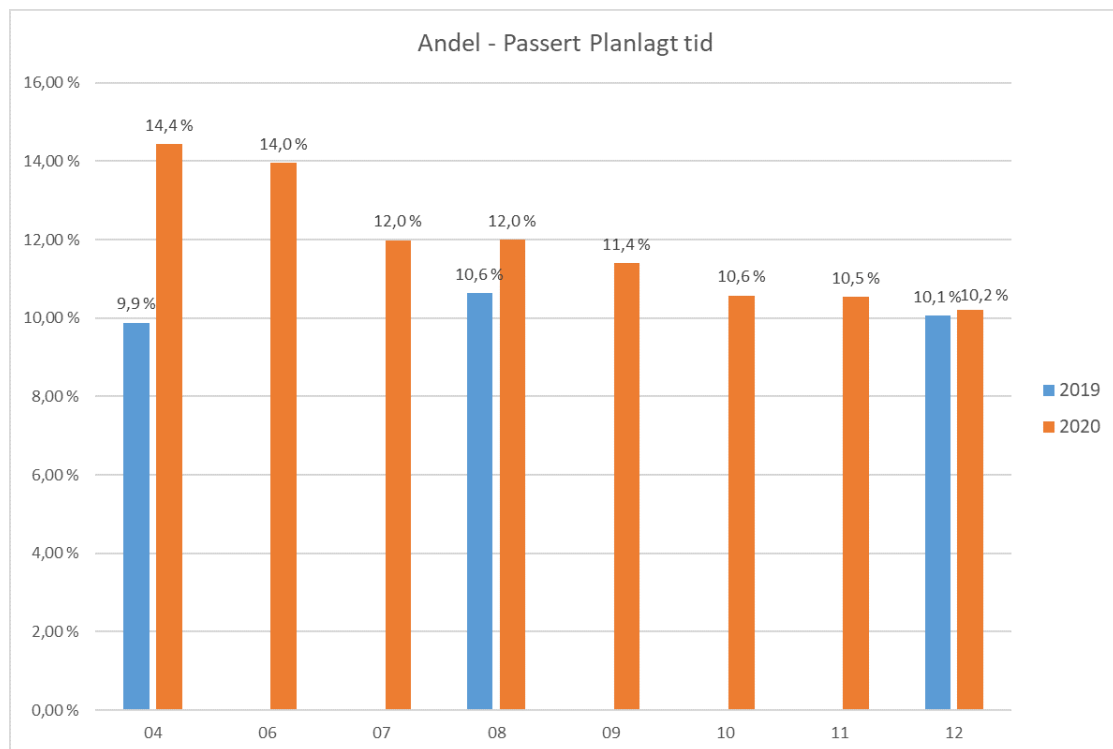
## Kapittel 7. Omfang og håndtering av redusert kapasitet

Pasientgrupper - dag/poliklinikk	Opphold 2020	Endring i 2020	Opphold mar 2021	Endring i 2021
⊖ Akutt skade hofte/lår	8 235	-11,7%	2 444	1,6%
Akutt skade hofte/lår - kirurgi	8 235	-11,7%	2 444	1,6%
⊖ Andre diagnosegrupper	3 266 208	-4,4%	923 958	2,4%
⊖ Hjertesykdommer	248 012	-8,1%	67 911	-9,9%
Hjerteinfarkt og andre smerter i brystkassen	22 940	-12,4%	6 526	-11,6%
Sykdommer i hjerte og blodårer, ekskl. hjerteinfarkt og hjerneslag	225 072	-7,6%	61 385	-9,8%
⊖ Kreftsykdommer	802 869	4,6%	202 779	4,5%
Kreftsykdommer	802 869	4,6%	202 779	4,5%
KOLS	24 143	-2,6%	6 382	-5,2%
Lungebetennelse	3 841	-45,1%	764	-75,6%
Sykdommer i luftveiene, unntatt lungebetennelse	112 970	-10,4%	33 781	-3,9%
⊖ Sykdommer i muskler og ledd	601 081	-4,6%	176 365	1,4%
Sykdommer i muskler og ledd	601 081	-4,6%	176 365	1,4%
⊖ Sykdommer i nervesystemet inkl. hjerneslag	311 779	7,9%	91 236	17,1%
Sykdommer i nervesystemet inkl. hjerneslag	311 779	7,9%	91 236	17,1%
⊖ Øvrige indremedisinske sykdommer	803 349	-3,0%	230 706	2,4%
Diabetes inkl. komplikasjoner	152 122	-2,7%	43 223	6,0%
Smerter i buk/bekken	48 964	-4,5%	14 061	0,4%
Sykdommer i fordøyelsessystemet	303 145	-2,6%	88 573	4,6%
Sykdommer i nyrer, urinblære og prostata	299 118	-3,2%	84 849	-1,1%
<b>Totalsum</b>	<b>6 182 487</b>	<b>-2,9%</b>	<b>1 736 326</b>	<b>2,4%</b>

Tabell 7.9: Dag/poliklinikk for 2020, og prosentvis endring mot 2019 i 2020 og 2021 (akkumulerte tall for mars 2021 målt mot same periode i 2019, fordelt på diagnosegrupper.)



Figur 7.11: Antall med passert planlagt tid 2019, og 2020.



**Figur 7.12:** Andel med passert planlagt tid 2019, og 2020.

Topp 20 fagområder	Antall passert planlagt tid	Antall passert i %
Lungesykdommer	11 040	17 %
Revmatiske sykdommer (revmatologi)	15 071	16 %
Plastikk-kirurgi	4 549	16 %
Øre-nese-hals sykdommer	22 250	14 %
Nevrologi	12 148	14 %
Øyesykdommer	20 203	14 %
Hjertesykdommer	21 919	13 %
Fordøyelsesykdommer	15 826	13 %
Endokrinologi	9 598	13 %
Gastroenterologisk kirurgi	6 727	11 %
Habilitering barn og unge	2 574	11 %
Barnesykdommer	7 616	9 %
Annet	2 238	9 %
Hud og veneriske sykdommer	2 993	8 %
Ortopedisk kirurgi (inkludert revmakirurgi)	12 908	8 %
Urologi	4 395	8 %
Fysikalsk medisin og (re) habilitering	2 167	6 %
Psykisk helsevern barn og unge	4 512	5 %
Psykisk helsevern voksne	6 575	5 %
Kvinnesykdommer og elektiv fødselshjelp	4 725	5 %
<b>Totalsum</b>	<b>190 034</b>	<b>11,02 %</b>

Tabell 7.10: Antall med passert planlagt tid per desember 2020, antall og andel passert planlagt tid, fordelt på topp 20 fagområder.

## 7.7 Døgnaktivitet innen TSB

### 7.7.1 Bakgrunn analyser TSB

Verdens gang (VG) hadde i januar 2021<sup>50</sup> flere artikler hvor det ble vist til at flere sykehus skrev ut rusavhengige fra døgnbehandling for å frigjøre kapasitet i forbindelse med covid-19 pandemien. Ifølge VG var minst 77 pasienter skrevet ut av pågående rusbehandling, ved til sammen 8 sykehus, samt at om lag 5 400 pasientavtaler ble utsatt i rusklinikkene.

Det ble vist til at utskrivningene skyldtes behovet for å frigjøre kapasitet for å forberede avdelinger på covid-19 smitte og mange ansatte i karantene, samt sikre smittevernet internt. Avisartiklene førte også til at Helseminister Høie redegjorde for praksis på bakgrunn av spørsmål i Stortinget<sup>51</sup>. Sakene og redegjørelsen omfattet den første koronaperioden mars-april 2020.

### 7.7.2 Problemstilling

På bakgrunn av avisartiklene har er følgende problemstilling undersøkt:

- Hvordan har Covid-19 pandemien påvirket utviklingen i døgnbehandling innen TSB i 2020?

Dette har omfattet å belyse: utviklingen i antall døgnopphold:

- på tvers av regioner
- ved ulike sektorer
- for utvalgte ruslidelser
- liggetid

### 7.7.3 Resultater

I første omgang har vi belyst hvordan utviklingen i antall døgnhold har vært gjennom 2020. Figur 7.13 viser den samlede utviklingen i antall døgnopphold i 2020, samt den prosentvise endringen sammenlignet med 2019.

I 2020 sank antall opphold fram til april, før det gradvis økte gjennom sommeren og utover høsten. I februar mars var det en liten økning i antall opphold sammenlignet med 2019. I april og mai var det henholdsvis 28 % og 23 % færre opphold, sammenlignet med samme periode i 2019. For de øvrige månedene er antallet opphold lavere enn 2019, men differansen er betydelig mindre. Analyser viser at alle regionene har tilsvarende utvikling i døgnopphold.

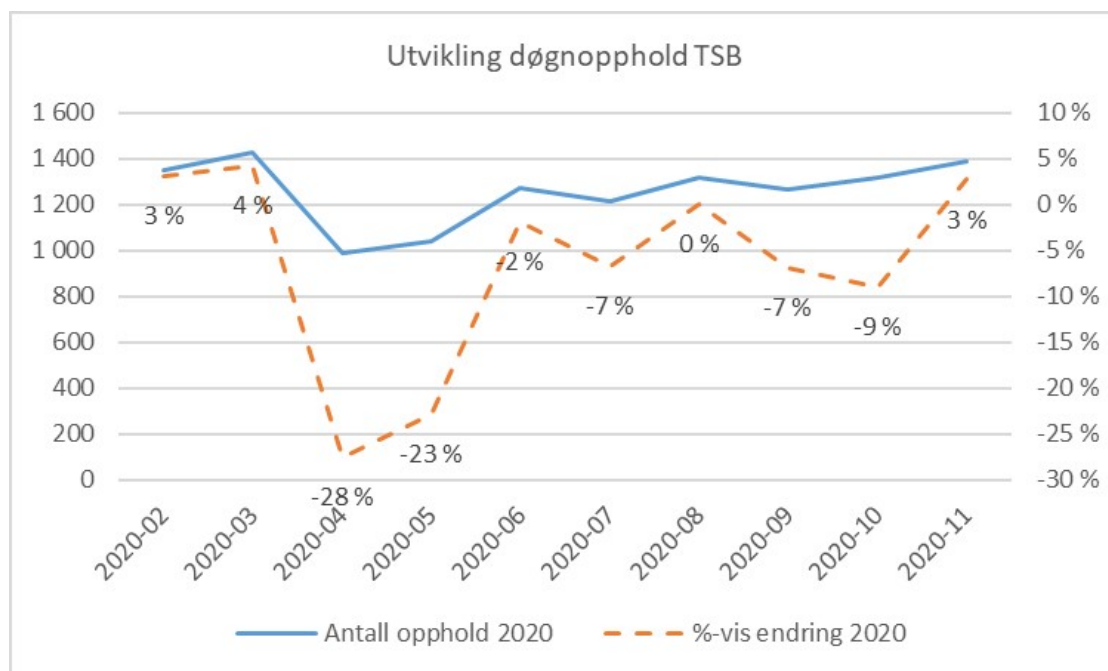
Figur 7.14 viser den prosentvise utviklingen i antall døgnopphold som henholdsvis startes og avsluttes i 2020, sammenlignet med 2019.

Figuren viser at det var en kraftig reduksjon i antall startede opphold fra februar og til april, sammenlignet med 2019. Frem til juni ble antall startede opphold på nivå med 2019, før antallet sank utover høsten til 20 % færre i oktober.

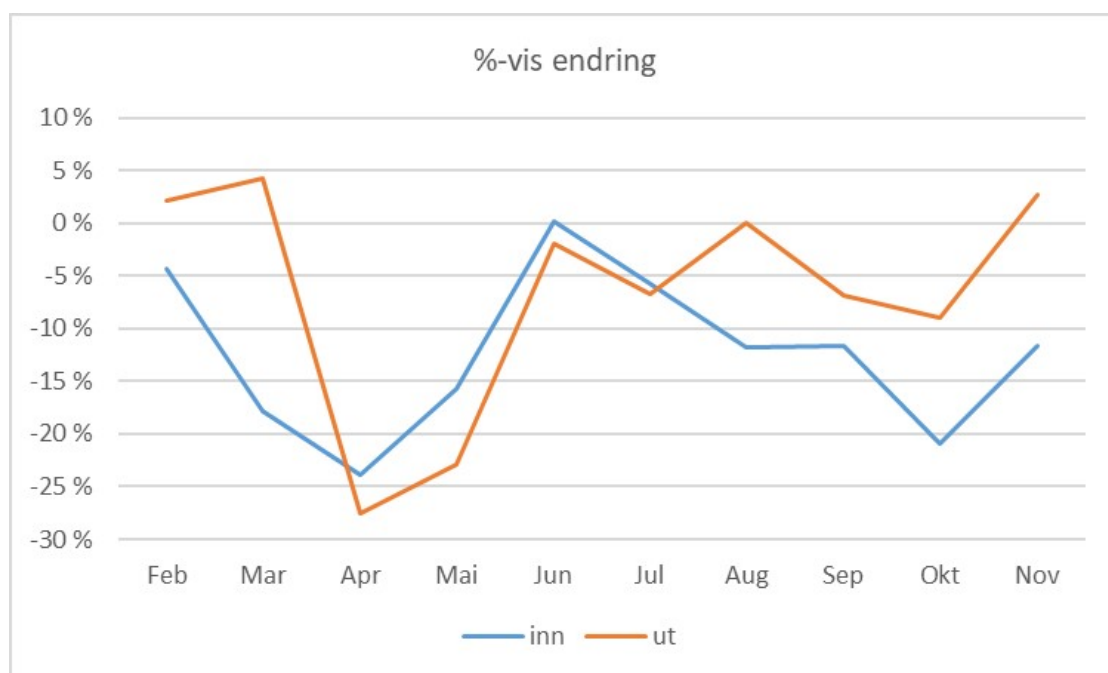
---

<sup>50</sup>Flere sykehus skrev ut rusavhengige for å frigjøre corona-kapasitet – VG, Ber Høie redegjøre for Stortinget om rus-utskrivelser – VG

<sup>51</sup>Skriftlig spørsmål – stortinget.no



**Figur 7.13:** Antall opphold og prosentvis endring pr måned fra 2019. Vi har utelatt januar og desember på grunn av usikkerhet rundt tallgrunnlaget.



**Figur 7.14:** Antall opphold per måned i 2020 og prosentvis endring fra 2019. Vi har utelatt januar og desember på grunn av usikkerhet rundt tallgrunnlaget.

I april var antallet avsluttede opphold om lag 30 % lavere enn i samme måned i 2019. Etter april økte antallet avsluttede døgnopphold frem til juni. Antallet varierte noe frem til november hvor det var noe høyere enn samme måned i 2019.

Figur 7.15 viser prosentvis endring i antall døgnopphold som henholdsvis starter og avsluttes



fordelt pr region.



**Figur 7.15:** Prosentvis endring i antall døgnopphold som henholdsvis starter og avsluttes i 2020. Vi har utelatt januar og desember på grunn av usikkerhet rundt tallgrunnlaget

Figurene viser at utviklingen i 2020 har vært noe ulik mellom regionene. Den viser likevel at alle regionene hadde færre startede opphold frem til mars-april, sammenlignet med samme periode 2019. Helse Vest hadde en reduksjon med henholdsvis 32 % og 46 % i mars og april, sammenlignet med samme måneder i 2019. Alle regionene hadde en økning i opphold etter april, men den prosentvise endringen fra 2019 varierer. Samlet for 2020 hadde Helse Vest en reduksjon på 21 %. I Helse Nord var reduksjonen 14 %, i Helse Sør-Øst 11 %, og 9 % i Helse Nord<sup>52</sup>.

Når det gjelder avsluttede opphold viser figuren at Helse Nord hadde en økende reduksjon frem til mai hvor antallet avsluttede opphold var 25 % lavere enn mai 2019. Antallet steg derimot jevnt over sommeren og utover høsten, før den sank igjen i november.

I Midt var antallet avsluttede opphold 10 % høyere i mars 2020, mens den sank betydelig til 25 % mindre i april. Antallet steg deretter til over 2019-nivået i juni, før den prosentvise endringen fra 2019 varierte mye fra måned til måned. Fra august til oktober sank derimot antallet til 25 % færre avsluttede opphold enn 2019.

I Helse Sør-Øst sank antallet avsluttede opphold og var om lag 20 % færre i april og mai. I juni og frem til august var antallet på nivå med 2019, før det sank noe utover høsten. I november var antallet avsluttede opphold om lag 12 % høyere enn samme periode i 2019.

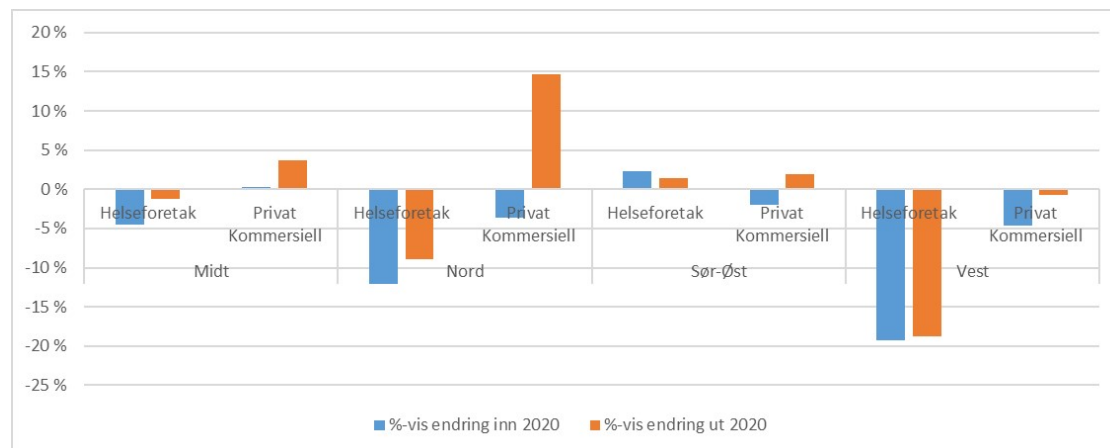
I Helse Vest sank antallet avsluttede opphold og var om lag 45 % lavere i april 2020. Antallet steg derimot jevnt frem mot august, hvor antallet var om lag 7 % lavere enn samme måned i 2019. Antallet sank betydelig i september før det lå om lag 10 % lavere i oktober og november.

Samlet for 2020 hadde Helse Vest en reduksjon i antall avsluttede opphold på om lag 19 %. I Helse Midt var reduksjonen 7 %, i Helse Nord 5 %, og 3 % i Helse Sør-Øst<sup>53</sup>.

Videre har vi i figur 7.16 viser den prosentvise endring i antallet unike pasienter som henholdsvis starter og avslutter døgnopphold i 2020 sammenlignet med 2019, og fordelt pr sektor.

<sup>52</sup>Perioden februar-november i 2019 og 2020.

<sup>53</sup>Perioden februar-november i 2019 og 2020.



**Figur 7.16:** Prosentvis endring i antall døgnopphold som henholdsvis starter og avsluttes i 2020. Vi har utelatt januar og desember på grunn av usikkerhet rundt tallgrunnlaget.

Figuren viser at det i alle regioner, med unntak av Helse Vest, har vært en økning i avsluttede opphold ved private leverandører, sammenlignet med 2019. Denne økningen er størst ved Helse Nord. Ved Helse Vest, Helse Nord og Helse Midt har det vært en reduksjon i antall avsluttede opphold ved helseforetakene, sammenlignet med 2019, mens det ved helseforetak i Helse Sør-Øst har vært en økning. Med unntak av for Helse Sør-Øst har det vært en reduksjon i antall startede opphold ved helseforetak, sammenlignet med 2019.

#### 7.7.4 Oppsummering

Formålet med undersøkelsen har vært å belyse hvordan døgntilbud innen TSB har utviklet seg i 2020, sammenlignet med 2019. Inntrykket fra avisartiklene var at rusinstitusjonene skrev ut et betydelig antall ruspasienter for å kunne håndtere pandemien.

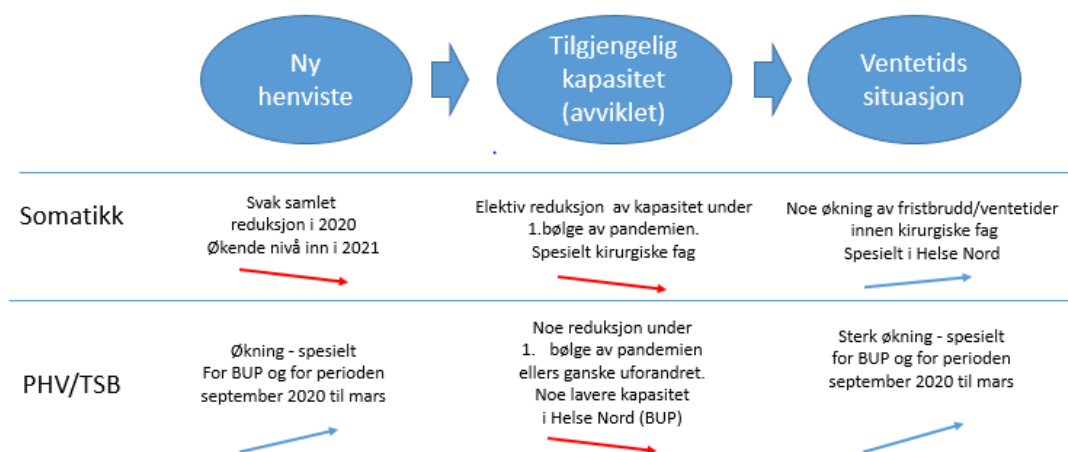
Analysen viser at det våren 2020 var en reduksjon i antall opphold sammenlignet med 2019. Særlig ser vi en reduksjon i antall startede opphold. Analysen viser samtidig at det har vært en reduksjon i antallet avsluttede opphold, sammenlignet med 2019. Dette tilsier dermed ikke at et stort antall pasienter ble skrevet ut for å kunne håndtere pandemien.

Sett bort fra en tilsynelatende stor økning i antall avsluttede opphold i desember 2020, ser det ut til at døgntilbudet har normalisert seg på nivå med 2019 utover høsten 2020.

Det er samtidig ikke store endringer i liggetidene, med unntak av for enkelte måneder. Liggetiden samlet for 2020 har vært omtrent på nivå med 2019. Det er imidlertid interessant at det ser ut til at ulike rusproblematikker har hatt ulik utvikling i 2020 sammenlignet med 2019. Antall opphold relatert til cannabis og kokain er betydelig lavere enn øvrige rusmidler.

## 7.8 Oppsummering - omfang og håndtering av redusert kapasitet

For å forstå effekten av C19 på ventetidssituasjonen må en følge utvikling av både ny henviste og kapasitetssituasjonen etter februar 2020. Jf figur 7.17



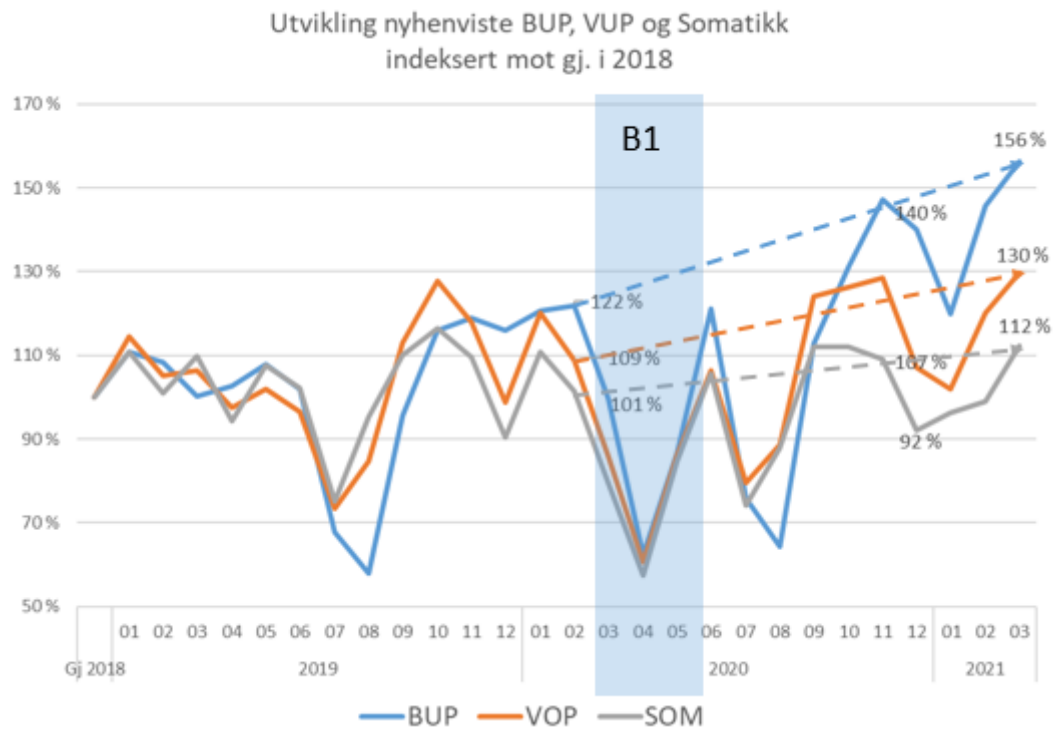
**Figur 7.17:** Sammenheng mellom ny henviste, tilgjengelig kapasitet og utvikling av ventetidsbilde under pandemien.

Reduksjonen i ny henviste demper noe av presset på kapasitet i somatikken, mens innen PHV får en motsatt effekt. Her øker henvisningene (dramatisk for BUP) fra høsten 2020 og inn i 2021. (Jf figur 7.18) og bidrar til å øke ventetidsutfordringen. Det kan virke som om reduksjon av kapasitet i Helse Nord som delvis kan spores tilbake til redusert tilgjengelige ressurser (regionen har lavere nivå på avviklede fra venteliste i 2020 enn øvrige regioner).

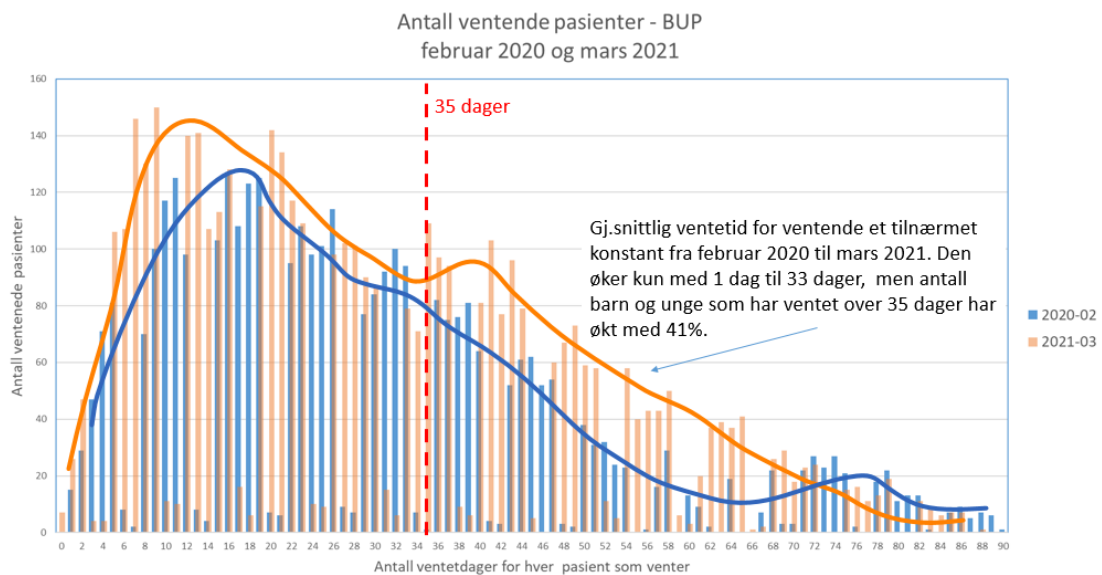
I forhold til et felles (nasjonalt) nivå for ny henviste øker dette vesentlig høsten 2020 og dette fortsetter inn i 2021. Lavest er veksten for somatiske fagområder. Samlet for 2020 er det en reduksjon mot 2019 og mars 2012 ligger ca 12 % over gjennomsnitt i 2018.

Den kraftigste veksten i ny henviste er for BUP pasienter som i desember 2020 lå 40 % over gj. i 2018 og i mars 2021 var dette hele 56%. På kort sikt har ikke sektoren (BUP) klare å ta unna en slik vekst uten å omprioritere eller skyve på pasienter. Dette vises tydelig i neste figur som viser faktisk ventetid for ca 4 500 barn og unge som ved utgangen av mars 2021 ventet på å få et tilbud i spesialisthelsetjenesten. 38 % av disse hadde ventet mer enn 35 dager.

Den kraftige veksten i ny henviste gjør at antall som venter med kort ventetid øker, mens andelen som venter over 35 dager øker med 41 %. Dette gjør at gj.snittlig ventetid kun øker med 1 dag fra 32 dager i februar 2020 til 33 dager i mars 2021. Antall barn og unge som har ventet over 35 dager er per mars 2021 på landsbasis økt med over 500 pasienter (41%) i forhold til februar 2020.



**Figur 7.18:** Indeksert utvikling av ny henviste fordelt på somatikk, BUP og VOP.



**Figur 7.19:** Antall ventetid for alle barn og unge i Norge per februar 2020 og mars 2021. Kun pasienter med ventetid under 90 dager vises i figuren.

# Vedlegg

## Vedlegg A

# Psykiatri og rusbehandling

### A.1 E-konsultasjoner, 2021

En kontakt regnes som en **telefonkonsultasjon** hvis:

- kontaktType = 7 (Telefonkonsultasjon med egenandel)

En kontakt regnes som en **videokonsultasjon** hvis:

- kontaktType = 6 (Videokonsultasjon)

### A.2 E-konsultasjoner, 2019 og 2020

For å fange opp e-konsultasjonene i datagrunnlaget fra 2019 og 2020, benyttet vi en definisjon fra Helse Vest.

En kontakt regnes som en **telefonkonsultasjon** hvis alle følgende kriterier er oppfylt:

- stedAktivitet = 3 (Telemedisinsk behandling – der behandlende lege er)
- kontaktType = 5 (indirekte pasientkontakt)
- polInDir = 13 (Indirekte kontakttype: Konsultasjon med egenandel)

En kontakt regnes som en **videokonsultasjon** hvis alle følgende kriterier er oppfylt:

- stedAktivitet = 3 (Telemedisinsk behandling – der behandlende lege er)
- kontaktType <> 5 (indirekte pasientkontakt) (Alle kontakttyper bortsett fra indirekte pasientkontakt)

## Vedlegg B

# Bruk av utvalgte somatiske helse-tjenester

### B.1 Tabeller og figurer

**Tabell B.1:** Antall akutte innleggelser i pandemiåret 12. mars 2020 - 11. mars 2021, endring og prosentvis endring sammenlignet med 12. mars 2019 - 11. mars 2020. Fordelt på opptaksområder.

Opptaksområde	antall	endring	endring %
Finnmark	6 611	-963	-12,7 %
UNN	15 517	-1 968	-11,3 %
Nordland	12 280	-703	-5,4 %
Helgeland	7 438	-772	-9,4 %
Helse Nord RHF	41 846	-4 406	-9,5 %
Nord-Trøndelag	12 869	-1 160	-8,3 %
St. Olav	25 525	-2 589	-9,2 %
Møre og Romsdal	22 329	-1 535	-6,4 %
Helse Midt-Norge RHF	60 723	-5 284	-8,0 %
Førde	9 787	-929	-8,7 %
Bergen	39 159	-3 687	-8,6 %
Fonna	16 322	-1 476	-8,3 %
Stavanger	25 774	-2 668	-9,4 %
Helse Vest RHF	91 042	-8 760	-8,8 %
Østfold	26 196	-1 863	-6,6 %
Akershus	40 148	-3 713	-8,5 %
OUS	17 293	-1 847	-9,6 %
Lovisenberg	7 860	-1 130	-12,6 %
Diakonhjemmet	9 034	-1 224	-11,9 %
Innlandet	28 310	-3 792	-11,8 %
Vestre Viken	34 877	-5 557	-13,7 %
Vestfold	19 043	-1 429	-7,0 %
Telemark	13 117	-2 250	-14,6 %
Sørlandet	22 822	-2 580	-10,2 %
Helse Sør-Øst RHF	218 700	-25 385	-10,4 %
Norge	412 311	-43 835	-9,6 %

## Vedlegg B. Bruk av utvalgte somatiske helsetjenester

**Tabell B.2:** Antall sykehusopphold hvor det er gjort revaskularisering i 2020, endring og prosentvis endring sammenlignet med 2019. Antall hjerteinfarkt i 2019 og 2020, og andel revaskularisert under sykehusoppholdet.

Måned	Revaskularisering			Hjerteinfarkt			
	2020	endring	endring %	2019	andel	2020	andel
Januar	1 218	-91	-7,0 %	885	64,1 %	826	64,9 %
Februar	1 078	-20	-1,8 %	787	64,7 %	739	61,6 %
Mars	1 003	-190	-15,9 %	818	61,9 %	651	64,8 %
April	1 037	-81	-7,2 %	841	63,6 %	737	64,9 %
Mai	1 095	-147	-11,8 %	892	63,6 %	764	66,1 %
Juni	1 094	-25	-2,2 %	793	64,4 %	733	62,5 %
Juli	963	-8	-0,8 %	797	59,2 %	741	63,6 %
August	1 030	-88	-7,9 %	794	65,1 %	703	67,3 %
September	1 144	2	0,2 %	799	61,5 %	784	62,6 %
Oktober	1 093	-176	-13,9 %	888	59,6 %	811	58,4 %
November	1 119	2	0,2 %	795	61,3 %	783	64,1 %
Desember	937	-132	-12,3 %	833	64,7 %	764	61,4 %
Norge	12 811	-954	-6,9 %	9 922	62,8 %	9 036	63,5 %

**Tabell B.3:** Antall, endring og prosentvis endring for innleggelser med akutt hjerneslag i pandemiåret 12. mars 2020 - 11. mars 2021 sammenlignet med 12. mars 2019 - 11. mars 2020. Andel hjerneslagepisoder mottok rehabilitering innen 30 dager etter slaget. Fordelt på opptaksområder.

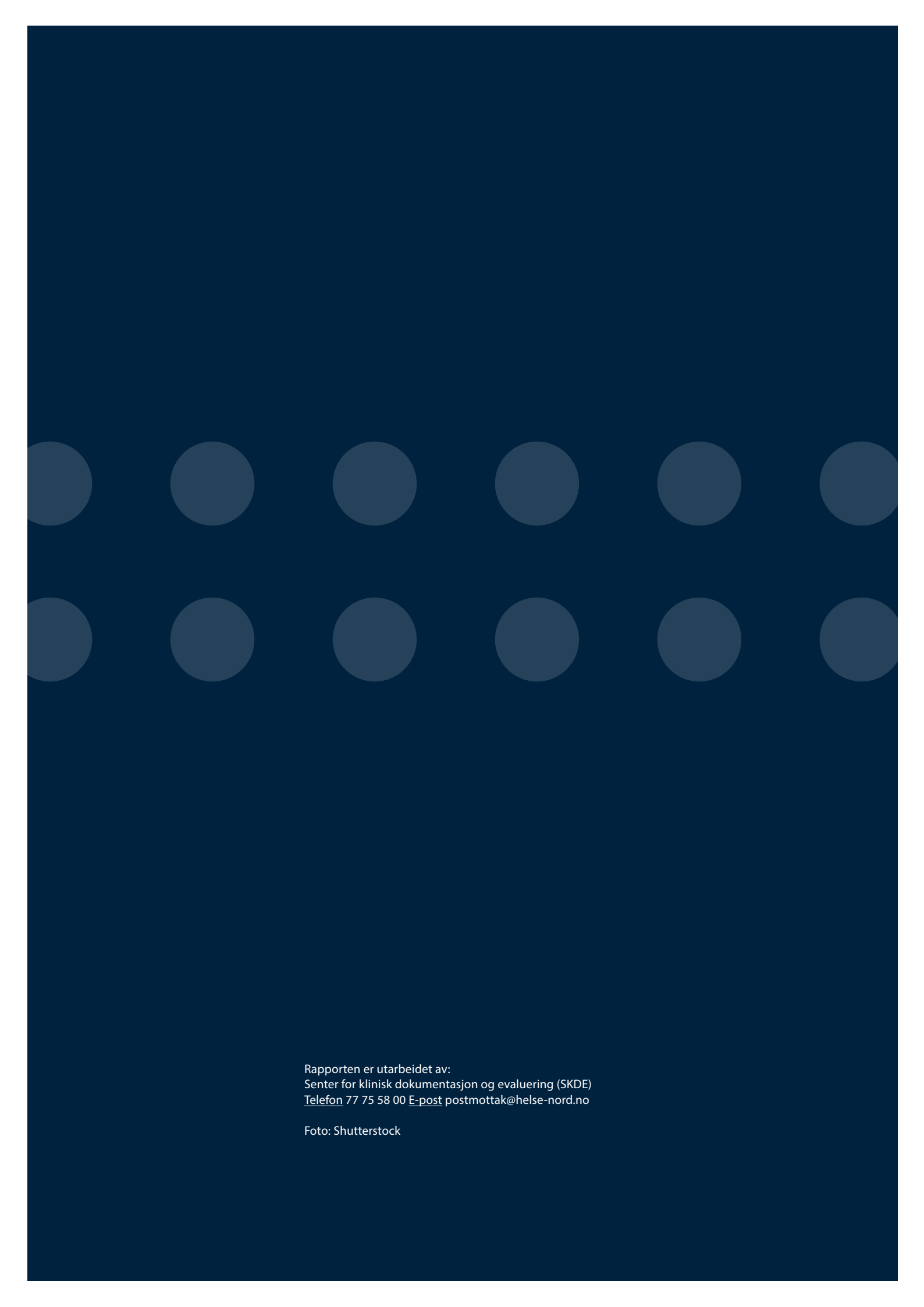
Opptaksområde	Akutt hjerneslag			Andel rehabilitering	
	antall	endring	endring %	før pandemi	pandemiåret
Finnmark	160	6	3,9 %	27,3 %	15,0 %
UNN	474	12	2,6 %	30,3 %	22,2 %
Nordland	324	49	17,8 %	15,6 %	15,1 %
Helgeland	172	-10	-5,5 %	17,6 %	12,8 %
Helse Nord RHF	1 130	57	5,3 %	24,0 %	17,7 %
Nord-Trøndelag	361	23	6,8 %	15,1 %	16,6 %
St. Olav	573	-27	-4,5 %	5,3 %	6,8 %
Møre og Romsdal	602	47	8,5 %	16,8 %	15,6 %
Helse Midt-Norge RHF	1 536	43	2,9 %	11,8 %	12,6 %
Førde	263	23	9,6 %	7,9 %	4,9 %
Bergen	743	-5	-0,7 %	10,6 %	11,8 %
Fonna	316	-49	-13,4 %	7,9 %	3,5 %
Stavanger	563	51	10,0 %	10,9 %	6,0 %
Helse Vest RHF	1 885	20	1,1 %	9,8 %	7,7 %
Østfold	662	-63	-8,7 %	7,3 %	7,6 %
Akershus	912	-76	-7,7 %	19,8 %	19,7 %
OUS	382	17	4,7 %	24,7 %	21,7 %
Lovisenberg	138	-11	-7,4 %	13,4 %	25,4 %
Diakonhjemmet	194	-71	-26,8 %	18,9 %	16,5 %
Innlandet	767	-36	-4,5 %	16,3 %	12,4 %
Vestre Viken	847	-37	-4,2 %	9,5 %	8,3 %
Vestfold	485	4	0,8 %	6,9 %	9,7 %
Telemark	360	14	4,0 %	6,9 %	8,6 %
Sørlandet	485	-56	-10,4 %	19,0 %	19,4 %
Helse Sør-Øst RHF	5 229	-310	-5,6 %	14,1 %	13,7 %
Norge	9 780	-187	-1,9 %	14,0 %	12,8 %



## Vedlegg B. Bruk av utvalgte somatiske helsetjenester

**Tabell B.4:** Antall innleggelser med planlagt innsatt primær hofte- og kneprotese i pandemiåret 12. mars 2020 - 11. mars 2021, endring og prosentvis endring sammenlignet med 12. mars 2019 - 11. mars 2020. Fordelt på opptaksområde og behandlende RHF.

Opptaksområde	Behandler	antall	Hofteprotese		antall	Kneprotese	
			endring	endring %		endring	endring %
	Eget RHF	559	-143	-20,4 %	445	-82	-15,6 %
	Annet RHF	155	-73	-32,0 %	125	-35	-21,9 %
Helse Nord RHF	Totalt	714	-216	-23,2 %	570	-117	-17,0 %
	Eget RHF	1 191	-50	-4,0 %	950	12	1,3 %
	Annet RHF	109	-57	-34,3 %	87	-24	-21,6 %
Helse Midt-Norge RHF	Totalt	1 300	-107	-7,6 %	1 037	-12	-1,1 %
	Eget RHF	1 365	-221	-13,9 %	1 214	-110	-8,3 %
	Annet RHF	128	-19	-12,9 %	95	-4	-4,0 %
Helse Vest RHF	Totalt	1 493	-240	-13,8 %	1 309	-114	-8,0 %
	Eget RHF	4 215	-840	-16,6 %	3 366	-575	-14,6 %
	Annet RHF	33	-6	-15,4 %	56	-4	-6,7 %
Helse Sør-Øst RHF	Totalt	4 248	-846	-16,6 %	3 422	-579	-14,5 %
Norge		7 755	-1 409	-15,4 %	6 338	-822	-11,5 %



Rapporten er utarbeidet av:  
Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE)  
[Telefon 77 75 58 00](tel:77755800) [E-post postmottak@helse-nord.no](mailto:postmottak@helse-nord.no)

Foto: Shutterstock