

HELSE  **NORD**

HELSE  **MIDT-NORGE**

HELSE  **VEST**

HELSE  **SØR-ØST**

Sørge-for-ansvaret under koronapandemien

Interregionalt pandemiprojekt

| | |
|----------------|--|
| Prosjektgruppe | Marte Bale, Eirik Holand, Linda Midttun, Nicolai Møkleby, Siv Mørkved, Petra Pohl, Lars Rønning, Randi Spørck, Eva Stensland, Kjetil Telle og Barthold Vonen |
| Analysegruppe | Ina Heiberg, Linda Midttun, Kjartan K. Osmundsen, Lars Rønning, Arpad Totth, Bård Uleberg og Asgeir Winge |
| Prosjektstøtte | Olav Helge Førde, Beate Hauglann, Tove Johansen, Janice Shu og Odd Søreide |
| Oppdragsgiver | Fagdirektørene i de regionale helseforetak |
| Gradering | Åpen |
| Dato | Oktober 2020 |
| Versjon | 1.0 |

ISBN: 978-82-93141-44-0

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 prosjekt ledet av SKDE og denne rapporten er et resultat av samarbeid mellom analyseressurser tilknyttet de fire regionale helseforetakene i dette prosjektet.

Det er gjort analyser av psykiatri og rusbehandling, «nødvendige» somatiske helsetjenester, tjenester med usikker helsegevinst og omfang og håndtering av nedtak av kapasitet.

Helse Sør-Øst RHF har i første fase av pandemiutbruddet hatt det største trykket av covid-19 pasienter, både i antall og målt i forhold til sengekapasitet. Helseforetakene i Nord, Midt og Vest har stort sett hatt et sengebelegg for covid-19-pasienter noe under gjennomsnittet for landet. Rundt 15. mars var alle norske helseforetak i gul beredskap. De fleste foretakene gikk til grønn beredskap i midten av april, mens fire foretak opprettholdt gul beredskap godt ut i mai/juni. De fleste foretakene er fortsatt i grønn beredskap ved utgangen av oktober.

Kurativ kreftbehandling ser ut til å være ivaretatt, men utredning for kreft er noe redusert særlig for tilstander med god prognose. Somatiske akuttinnleggelser gikk ned med 24 % for voksne og 39 % for barn i perioden 13. mars til 30. april 2020, sammenlignet med samme periode i 2019. Fra juni var omfanget av akuttinnleggelser om lag på samme nivå som i 2019. Akuttinnleggelser for pasienter med hjerteinfarkt og hjerneslag ble redusert med henholdsvis 17 % og 6 % i mars og april. Denne reduksjonen kan ha ført til helsetap for enkelte. Volumet av poliklinikk og dagbehandling for psykiatriske pasienter var uendret gjennom en betydelig økning i telefon- og videokonsultasjoner, mens både planlagte og akutte innleggelser ble redusert. For alvorlig psykisk syke var det en svak økning i elektiv dag/poliklinikk og en noe svakere reduksjon i akuttinnleggelser, sammenlignet med andre pasienter i psykisk helsevern. Tjenester med usikker helsegevinst hadde en større reduksjon (52 %) enn annen dagkirurgi (41 %) i uke 11-18 sammenlignet med samme periode i 2019.

For somatiske akuttinnleggelser var reduksjonen varierende mellom opptaksområdene, men samlet sett var ikke den geografiske variasjonen større i pandemiens første fase enn tidligere. Variasjonen i reduksjon i planlagte somatiske tjenester var noe større mellom opptaksområdene. Etter et betydelig fall i aktiviteten i perioden mars til mai har det generelt vært en tilnærmet normalisering fra og med juni 2020. Antall ventende pasienter er noe økt i september 2020 sammenlignet med 2019, og økningen er særlig stor i Helse Nord.

Denne rapporten løfter frem følgende læringspunkt:

Nedtak av elektiv virksomhet og omprioritering i spesialisthelsetjenesten var tilsynelatende dårlig forberedt.

Forskjeller i forutsetninger og realisering av planer for økning av intensivkapasitet og kohortisolering av covid-pasienter i helseforetakene kan ha bidratt til variasjon i nedtak av elektiv virksomhet.

Selv om detaljerte planer må lages i de enkelte institusjoner nært der tjenesten skal gis, kan det være hensiktsmessig å sikre et bredere nasjonalt plangrunnlag for denne type unntakstilstander for både primær- og spesialisthelsetjeneste.

Reduksjon i innleggelser for hjerteinfarkt og hjerneslag kan forstås som en svikt i sørge-for ansvaret hvor elementer utenfor spesialisthelsetjenesten kan ha vært viktige årsaksfaktorer. Aktiv informasjon til befolkningen om helsetjenestens grunnleggende evne og vilje til å ivareta alvorlig øyeblikkelig hjelp til befolkningen må inngå i fremtidige kommunikasjonsplaner for liknende kriser.

Den betydelige økningen i e-helsekonsultasjoner har ivaretatt sørge-for ansvaret for viktige pasientgrupper. Dette kan bidra til mer kostnadseffektive tjenester i spesialisthelsetjenesten både under normalsituasjon og store kriser, gitt at kvaliteten er tilfredsstillende.

Generelt sett synes spesialisthelsetjenesten å ha ivaretatt sitt «sørge-for-ansvar» også i denne uoversiktlige tiden med ekstraordinære utfordringer, selv om det nok er alvorlig syke pasienter som har fått begrenset oppfølging og muligens lidd et helsetap.

Innhold

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | Introduksjon | 5 |
| 2 | Covid-19-belastning og beredskap | 7 |
| 2.1 | Covid-19-belastning i helseforetakene | 8 |
| 2.2 | Beredskapsstatus i helseforetakene | 9 |
| 3 | Diskusjon | 11 |
| 3.1 | Sentrale funn | 11 |
| 3.2 | Ivaretagelse av «sørge-for-ansvaret» | 12 |
| 3.2.1 | Skjerming av prioriterte pasientgrupper | 12 |
| 3.2.2 | Geografisk variasjon i aktivitetsutvikling i covid-19-pandemiens første fase | 15 |
| 3.3 | Normalisering etter aktivitetsreduksjon i sykehusene | 16 |
| 3.4 | Erfaringer så langt | 17 |
| 4 | Psykisk helsevern og rusbehandling | 19 |
| 4.1 | Innledning | 19 |
| 4.2 | Problemstillinger | 19 |
| 4.3 | Resultater | 20 |
| 4.3.1 | E-konsultasjoner | 22 |
| 4.3.2 | Pasientgruppers bruk av tjenestene | 24 |
| 4.3.3 | Psykiatri | 25 |
| 4.3.4 | Rusbehandling | 25 |
| 4.4 | Oppsummering | 28 |
| 5 | Nødvendige somatiske helsetjenester | 29 |
| 5.1 | Innledning | 29 |
| 5.2 | Problemstillinger | 30 |
| 5.3 | Resultater | 30 |
| 5.3.1 | Akutte innleggelser voksne | 30 |
| 5.3.2 | Akutte innleggelser barn | 34 |
| 5.3.3 | Kreft | 36 |
| 5.4 | Oppsummering | 43 |
| 6 | Tjenester med usikker helsegevinst | 44 |
| 6.1 | Innledning | 44 |
| 6.2 | Problemstillinger | 45 |
| 6.3 | Resultater | 45 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 6.3.1 | Skiller utviklingen for prosedyrer med diskutabel nytteverdi seg fra den generelle utviklingen? | 45 |
| 6.3.2 | Er det forskjeller i utviklingen i aktiviteten og forbruket mellom opptaksområder? | 47 |
| 6.3.3 | Er det forskjeller i utviklingen i aktiviteten mellom fagområder? | 50 |
| 6.3.4 | Er endringene i aktivitet forskjellig mellom aldersgrupper? | 51 |
| 6.3.5 | Prosedyrer som har særskilt oppmerksomhet i revurderingsprosjektet (pilotprosedylene) | 52 |
| 6.4 | Oppsummering | 53 |
| 7 | Omfang og håndtering av nedtak av kapasitet | 54 |
| 7.1 | Generell aktivitetsutvikling siste måneder | 54 |
| 7.2 | Nyhenviste | 54 |
| 7.3 | Ventende | 58 |
| 7.4 | Antall med påbegynt helsehjelp og ventetid | 62 |
| 7.5 | Aktivitet somatikk | 65 |
| 7.6 | Antall med passert planlagt tid | 69 |
| | Referanser | 71 |
| | Vedlegg A Definisjoner | 73 |
| A.1 | Psykiatri og rusbehandling | 73 |
| A.1.1 | E-konsultasjoner | 73 |
| A.1.2 | Pasientgrupper | 73 |
| A.2 | Nødvendige somatiske helsetjenester | 74 |
| A.2.1 | Utvalg voksne | 74 |
| A.2.2 | Utvalg barn | 74 |
| A.2.3 | Utvalg kreft | 75 |
| | Vedlegg B Tabeller og figurer | 77 |
| B.1 | Psykiatri og rusbehandling | 77 |
| B.2 | Nødvendige somatiske helsetjenester | 80 |
| B.3 | Omfang og håndtering av nedtak av kapasitet | 86 |

Kapittel 1

Introduksjon

Likeverdige helsetjenester er en overordnet målsetting for norsk helsetjeneste også i krisetid. Her er de regionale helseforetakenes «sørge-for-ansvar» formalgrunnlaget for plikten til å sikre befolkningen gode og adekvate spesialisthelsetjenester også i en pandemisituasjon.

I første fase av covid-19-pandemien var usikkerheten om sykdomsutvikling i befolkningen stor, og virksomheten i spesialisthelsetjenesten ble planlagt med henblikk på å unngå for stor samlet belastning i spesialisthelsetjenesten. Et av tiltakene som ble innført var å begrense all planlagt behandling til et «absolutt nødvendig nivå»¹ for å sikre tilgjengelig intensivkapasitet i sykehusene.

To sentrale spørsmål som melder seg i forhold til «sørge-for-ansvaret» i covid-19-pandemiens første fase er hvorvidt de riktige pasientene ble prioritert for behandling, og om behandlingstilbudet har vært likeverdig uavhengig av hvor i landet pasientene bor. Etter hvert som tiltakene ble færre med en mer normalisert virksomhet i helsetjenesten, er det andre spørsmål som melder seg. Blant disse er spørsmålene om hvordan arbeidet med å redusere etterslep og ventelister nasjonalt, regionalt og lokalt gikk.

Samlet under én fane kan disse spørsmålene bidra til å belyse den overordnede problemstillingen som er tema for denne rapporten: **Hvordan har de regionale helseforetakene ivaretatt sitt «sørge-for-ansvar» under den pågående covid-19-pandemien?**

På denne bakgrunn besluttet fagdirektørene i de regionale helseforetakene 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 prosjekt ledet av SKDE og denne rapporten er et resultat av samarbeid mellom analyseressurser tilknyttet de fire regionale helseforetakene i dette prosjektet². Helse Vest RHF har hatt hovedansvar for analyser av psykiatri og rusbehandling, Helse Nord RHF har hatt hovedansvar for analyser av nødvendige somatiske helsetjenester, Helse Midt-Norge RHF har hatt hovedansvar for analyser av tjenester med usikker helsegevinst og Helse Sør-Øst RHF

¹«Prioriteringsnotat 25. mars 2020: Prioritering av helsehjelp i Norge under covid-19-pandemien», se www.helse-direktoratet.no

²De regionale helseforetakene sin behandling av opplysningene fra Norsk Pasientregister (NPR) for kvalitets- og styringsformål har behandlingsgrunnlag i personvernforordningen artikkel 6 nr. 1 bokstav c og e og artikkel 9 nr. 2 bokstav g, h, i og j. Helsedirektoratet avdeling helseregistre har utlevert opplysningene med hjemmel i Norsk pasientregisterforskrift § 3-6 og helseregisterloven § 20. Helsedirektoratets utleveringsvedtak gir det nødvendige supplerende rettsgrunnlaget i samsvar med personvernforordningen artikkel 6 nr. 3 og unntak fra forbudet mot behandling av helseopplysninger i artikkel 9 nr. 2 bokstav g, h, i og j.

har hatt hovedansvar for analyser av omfang og håndtering av nedtak av kapasitet. Etter første presentasjon av resultater fra prosjektet, den 7. september 2020 ønsket fagdirektørene en første samlet rapport. Alle fire helseregioner har bidratt til de innledende kapitlene 1-3 som er ført i pennen av SKDE.

Publikasjonen har benyttet data fra Norsk pasientregister (NPR) og er overlevert RHF fagdirektørene 3. november 2020. 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 beredskap

I covid-19-pandemiens første fase var usikkerheten rundt hvor mange pasienter som trengte behandling i spesialisthelsetjenesten stor. Helsedirektoratets «Prioriteringsnotat 25. mars 2020: Prioritering av helsehjelp i Norge under covid-19-pandemien»³ gav rammer for hvordan spesialisthelsetjenesten i en utfordrende ressursituasjon skulle ivareta pasienter. Notatet tok utgangspunkt i en forventet betydelig vekst i antall pasienter med covid-19 i spesialisthelsetjenesten, samtidig som befolkningen har andre behandlingstrengende helseutfordringer.

Eksisterende prioriteringskriterier knyttet til nytte, ressursinnsats og alvorlighet ble lagt til grunn i veilederen samtidig som det ble gitt noen mer spesifikke rammer for prioriteringer i driften av spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste.

For psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling ble det vektlagt å opprettholde polikliniske tjenestetilbud og dagbehandling, helst gjennom telefonkonsultasjoner og videomøter. Oppfølging av pasienter med alvorlig psykisk- eller ruslidelse, gjennom ambulante team og begrenset planlagt døgnbehandling samt å samarbeide med kommunene ved utskrivelse fra døgnbehandling skulle ivaretas. Det ble vektlagt å rette økt oppmerksomhet mot faren for overdose og selvmord.

For somatisk spesialisthelsetjeneste innebar disse rammene at pasienter i størst mulig grad skulle behandles på sitt lokalsykehus (men at sykehusene samtidig forberedte seg på å avlaste hverandre), reduksjon av planlagt behandling til et «absolutt nødvendig nivå», kritisk vurdering av operasjoner som sannsynlig kunne medføre respiratorbruk, respiratorberedskap eller intensivbehandling. Arbeid med konkretisering av prioriteringer knyttet til intensiv- og respiratorbruk skulle prioriteres og kreftscreening ble midlertidig stanset.

Helseforetakene fikk i foretaksmøtene samme dag i oppdrag å planlegge for å kunne møte en situasjon med 1 700 – 4 500 samtidige covid-19-pasienter i spesialisthelsetjenesten og en fire gangers økning intensivkapasitet⁴.

Den 16. april kom Legeforeningens fagmedisinske foreninger med prioriteringsråd i forbindelse med covid-19-pandemien⁵. Disse rådene er mer spesifikke og rettet mot prioriterte pasientgrupper innen de ulike fagområdene.

³Se www.helsedirektoratet.no

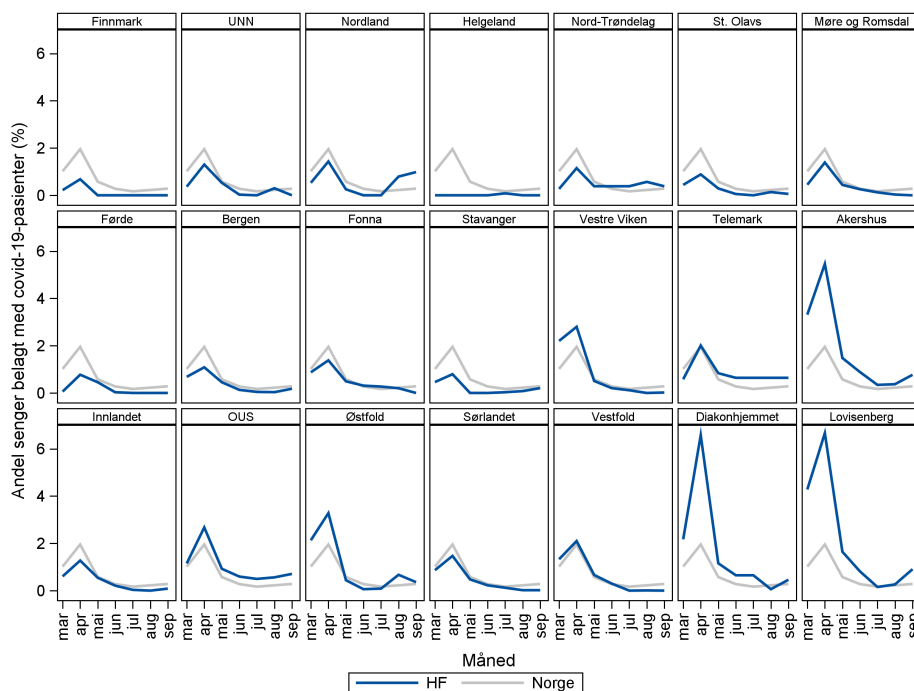
⁴Protokoller fra foretaksmøtene mellom Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene 25. mars 2020.

⁵Se www.legeforeningen.no

For å kunne vurdere ivaretagelsen av «sørge-for-ansvaret» i lys av de betydelige tiltakene og utfordringene som preget pandemiens første fase, kan særlig to forhold være sentrale – hvor stor direkte belastning har helseforetakene hatt fra covid-19-pasienter og hvilket beredskapsnivå har helseforetakene hatt under pandemien?

2.1 Covid-19-belastning i helseforetakene

I perioden mars til september 2020 for Norge sett under ett var andelen senger belagt med covid-19-pasienter størst i overgangen mellom mars og april, da rundt 2 % av sengene i den somatiske spesialisthelsetjenesten var belagt med covid-19-pasienter, jf. figur 2.1. Andelen belagte senger tar utgangspunkt i total sengekapasitet, da Norsk intensiv- og pandemiregisteret ikke har oversikt over intensivsenger. Dette innebærer at selv om covid-19-belastningen kan synes lav, var det et betydelig press på intensivressursene i enkelte helseforetak i mars og april. Totalt var i overkant av 300 pasienter innlagt i norske sykehus med covid-19 da. På samme tidspunkt mottok i overkant av 100 pasienter intensivbehandling, og disse ble i gjennomsnitt liggende nærmere 17 dager på intensivavdelingene, viser tall fra Norsk intensiv- og pandemiregister⁶.



Figur 2.1: Andel senger som er belagt med covid-19-pasienter per måned fra mars til september 2020, fordelt på helseforetakene (blå), sammenlignet med gjennomsnitt for Norge (grå). Kilde: Norsk intensiv- og pandemiregister.

Det var flest covid-19-pasienter i enkelte foretak i Helse Sør-Øst. På Lovisenberg diakonale sykehus og Diakonhjemmet var i overkant av 6,5 % av sengene belagt med covid-19-pasienter i april. Også Akershus universitetssykehus HF hadde en relativt stor andel covid-19-pasienter denne måneden, tilsvarende 5,5 % av sengekapasiteten. Det er Akershus universitetssykehus HF, Oslo universitetssykehus HF og Vestre Viken HF som har behandlet flest covid-19-pasienter.

Helseforetakene i Nord, Midt-Norge og Vest har stort sett hatt et sengebelegg for covid-19-

⁶Personlig meddelelse, Norsk intensiv- og pandemiregister.

pasienter noe under landet sett under ett.

2.2 Beredskapsstatus i helseforetakene

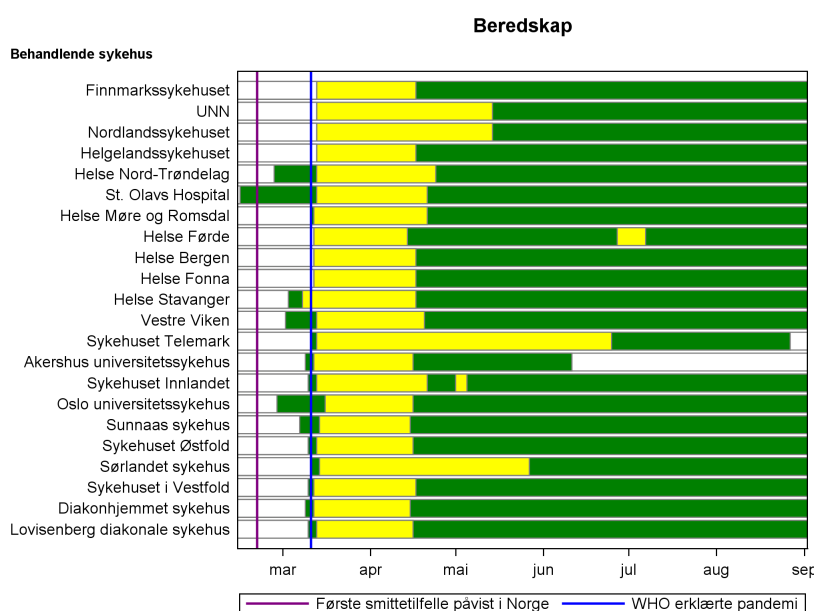
Ved behov utover normal drift forholder helseforetakene seg til ulike nivåer i sine beredskapsplaner. Beredskapsnivået skal uttrykke behovet for beredskapsledelse og mobilisering av ekstra personell og ressurser, og er ikke et direkte uttrykk for hvor alvorlig hendelsen er, i hvilken grad den ordinære driften blir påvirket, eller om «sørge-for-ansvaret» er truet⁷. Det er likevel sannsynlig at varierende beredskapsstatus kan påvirke ordinær drift og ivaretagelse av «sørge-for-ansvaret» i helseforetakene.

Beredskapsplanene til helseforetakene skiller i store trekk mellom grønn, gul og rød beredskap, men hvor det kan være flere nivåer mellom de ulike beredskapsfasene. I forbindelse med covid-19-pandemien er beredskapsplanene tilpasset forutsetninger og ressurser i de enkelte helseforetak, og det er ikke hensiktsmessig å gjengi alle i detalj her.

I store trekk innebærer de ulike nivåene:

- Grønn beredskap: Situasjonen krever økt oppmerksomhet. Beredskapsledelse etableres og enkeltfunksjoner kan forsterkes. Det er en uavklart situasjon der det kan bli behov for ekstraordinære tiltak og ressurser.
- Gul beredskap: Kriseledelse etableres, situasjonen må håndteres med ekstraordinære tiltak og ressurser.
- Rød beredskap: Det er stort behov for ekstraordinære tiltak og ressurser.

St. Olavs hospital HF etablerte som første helseforetak i Norge «pandemisk årvåkenhet», hvilket tilsvarer grønn beredskap, 15. februar 2020. Rundt 15. mars var alle norske helseforetak, samt Diakonhjemmet og Lovisenberg diakonale sykehus, i gul beredskap.



Figur 2.2: Endring i beredskapsstatus i helseforetakene fra 15. februar til 31. august 2020.

⁷«Koronaberedskapen - Beredskapsplaner og beredskapsnivåer i Helse Nord», se www.helse-nord.no

De fleste foretakene gikk igjen over til grønn beredskap i midten av april, mens fire foretak opprettholdt gul beredskap godt ut i mai/juni. Akershus universitetssykehus avviklet beredskapen i juni og Sykehuset Telemark avviklet beredskap i august. Øvrige foretak opprettholdt grønn beredskap ut august, jf. figur 2.2, og de fleste er fortsatt i grønn beredskap ved utgangen av oktober. Finnmarkssykehuset HF etablerte rød beredskap ved Hammerfest sykehus 15. oktober. Fra fredag 23. oktober ble pasientbehandlingen ved sykehuset stengt ned i 14 dager ⁸.

⁸Se www.finnmarkssykehuset.no

Kapittel 3

Diskusjon

3.1 Sentrale funn

- I hovedsak viste resultatene at prioriterte pasienter har vært skjermet og at sørge-for ansvaret derved samlet sett har vært ivaretatt
- Kurativ kreftbehandling ser ut til å være ivaretatt, men utredning for kreft er noe redusert særlig for tilstander med god prognose.
- Somatiske akuttinnleggelser gikk ned med 24 % for voksne og 39 % for barn i perioden 13. mars til 30. april 2020, sammenlignet med samme periode i 2019. Fra juni var omfanget av akuttinnleggelser om lag på samme nivå som i 2019.
- Akuttinnleggelser for pasienter med hjerteinfarkt ble redusert med 17 % og hjerneslag med 6 % i mars og april.
- Volumet av poliklinikk og dagbehandling for psykiatriske pasienter var uendret gjennom en betydelig økning i telefon- og videokonsultasjoner, mens planlagte og akutte innleggelser ble redusert. For alvorlig psykisk syke var det en svak økning i elektiv dag/poliklinikk og en noe svakere nedgang i akutte innleggelser, sammenlignet med andre pasienter i PHV.
- Tjenester med usikker helsegevinst hadde en større reduksjon (52 %) enn annen dagkirurgi (41 %) i uke 11-18 sammenlignet med samme periode i 2019.
- For somatiske akuttinnleggelser var reduksjonen varierende mellom opptaksområdene, men samlet sett var ikke den geografiske variasjonen større i pandemiens første fase enn tidligere. Variasjonen i reduksjon i planlagte somatiske tjenester var noe større.
- Etter et betydelig fall i aktiviteten i perioden mars til mai har det generelt vært en tilnærmet normalisering mot en ny normal fra og med juni 2020.
- Antall ventende pasienter er noe økt i september 2020 sammenlignet med 2019, og økningen er særlig stor i Helse Nord.

3.2 Ivaretagelse av «sørge-for-ansvaret»

3.2.1 Skjerming av prioriterte pasientgrupper

Kreft

Behandling av kreftpasienter var høyt prioritert i hele perioden der aktiviteten i helseforetakene ellers ble tatt ned. Volumet av kreftkontakter ble riktignok redusert i den akutte pandemifasen, men reduksjonen ser i grove trekk ut til å være 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 hormonblokkade hvis medisinsk forsvarlig, kortere strålebehandlingsserier, økt bruk av telefonkontakter foran fremmøte på sykehus, samt utsetting av etterkontroller hos pasienter uten kjent aktiv sykdom.

Aktivitetstallene viser at man i stor grad lyktes med å skjerme og prioritere kreftbehandlingen, herunder kurativ kreftkirurgi og cellegiftbehandling. Fremmøter til strålebehandling ble noe redusert etter pandemiutbruddet. Nedgangen i antall pasienter som møtte til poliklinisk strålebehandling var imidlertid mindre enn nedgangen i antall fremmøter til strålebehandling, noe som tyder på at nasjonale anbefalinger om å forkorte behandlingstiden der det var forsvarlig ble fulgt.

Antall akuttinnleggelser der kreft var hoveddiagnose falt overraskende med 20 prosent i ukene etter pandemiutbruddet. Det er uklart hva årsaken til dette er. En viss andel av sykehusinnleggelser, også øyeblikkelig hjelp innleggelser for kreft har relativt svak indikasjon eller representerer moderate endringer i kjent sykdom, ofte kalt «for sikkerhets skyld innleggelser». Det er å forvente at disse også er redusert i den aktuelle situasjonen. Ved utgangen av september var imidlertid antall akuttinnleggelser der kreft var hoveddiagnose på nivå med samme periode i 2019.

Pasienter med lungekreft hadde størst nedgang i døgninnleggelser (både akutte og elektive). Dette er pasienter man antar kan være særlig utsatt for alvorlig forløp ved covid-19-sykdom, noe som kan ha innvirket både på pasientinitierte kontakter og behandlingsbeslutninger i foretakene. Nedgangen i cellegiftbehandlinger var størst for tykktarmskreftpasienter. Selv om mange av disse pasientene får cellegift med palliativ (livsforlengende) hensikt kan dette også omfatte forsinkelser i kurativ (helbredende) behandling. For disse pasientene økte man tiden mellom hver kur for å redusere risiko for smitte. Bryst- og prostatakreftpasienter hadde størst reduksjon i polikliniske kontakter eksklusive stråle- og cellegiftbehandling, blant annet relatert til færre etterkontroller.

Mens kurativ kreftbehandling i stort ser ut til å ha vært ivaretatt under pandemiutbruddet, er det mer usikkerhet knyttet til utredninger for kreftsykdom. Av pakkeforløpsdata for kreft fra Helsedirektoratet⁹ framgår det at det var en reduksjon på 14-15 % i antall nye registrerte krefttilfeller i april og mai i år, sammenlignet med samme periode i 2019. Tall per september viser at det var diagnostisert 3 % færre nye kreftpasienter enn på samme tid i fjor. Denne moderate nedgangen taler mot at reduksjon i pakkeforløp og midlertidig stopp i screening programmene har hatt stor effekt. Nedtaket i utredning og polikliniske konsultasjoner har vært størst for kreftpasienter med relativt god prognose.

Akuttinnleggelser for andre prioriterte somatiske tilstander

Hva som ligger bak reduksjonen i akutte innleggelser er uklart. Sykehusene plikter å yte helsehjelp til pasienter ved behov for øyeblikkelig behandling. Det er derfor rimelig å lete etter årsaker enten ved en reduksjon i sykkelighet eller at primærhelsetjenesten har hatt en høyere terskel for akuttinnleggelser. Det er også tenkelig at pasientene selv har vært bekymret for å

⁹Se www.helsedirektoratet.no

oppsøke både primær- og spesialisthelsetjeneste. Bruken av fastlege gikk imidlertid opp med 18 % i mars og falt med 11 % i april, særlig knyttet til påsken, sammenlignet med 2019. Også hos legevaktene var aktiviteten høyere i mars og gikk ned i april. Det synes dermed som aktiviteten i kommunehelsetjenesten har vært forholdsvis normal mange steder, og at folk faktisk har oppsøkt legehjelp. Det kan derfor være mer naturlig å forklare reduksjonen i akuttinnleggelser med en lavere henvisningsfrekvens heller enn et redusert press på primærhelsetjenesten.

Akutte innleggelser for både hjertesvikt og hjerteinfarkt har en reduksjon i forbindelse med første fase av pandemien, og flere har stilt spørsmål om hva det kan skyldes. Tall fra Norsk hjerteinfarktregister viser at det i siste halvdel av mars (uke 12 og 13) var ca. 25 % reduksjon i innleggelser av pasienter med store blodpropper i hjertet (STEMI) og ca 45 % reduksjon i innleggelser av pasienter med mindre blodpropper i hjertet (NSTEMI). Hypotesen om en assosiasjon til infeksjonssykdommer har vært nevnt som forklaring. Hvilke konsekvenser reduksjonen i akuttinnleggelser for hjerteinfarkt har hatt må besvares i forskningsstudier. Det kan ikke utelukkes at disse pasientene har hatt et helsetap. Foreløpig statistikk over dødsårsaker i mars-mai 2020 viser en dødelighets-rate for hjerte- og karsykdommer på 50 per 100 000 innbygger, sammenlignet med 62 per 100 000 i 2018 (FHI 2020). Dødsrate for hjerte- og karsykdom har vært kraftig nedadgående de siste tiårene, og et videre fall er ikke uventet. Det er på nåværende tidspunkt vanskelig å si om raten har falt mer enn forventet, og hva som eventuelt er årsaken til det. Så langt er det ingen overdødelighet i forbindelse med covid-19-pandemien i Norge, da totaldødelighet er 190 dødsfall per 100 000 innbyggere, mot 192 i samme periode året før.

Akutte innleggelser med hjerneslag er redusert med 6 % i perioden 13.mars til og med 30.april. Norsk hjerneslagregister¹⁰ mottar registreringer direkte fra sykehusene, og rapporterer for en litt lengre periode. De ser 13 % færre hjerneslagpasienter i perioden mars til og med mai 2020. Årsaken er usikker, og registeret planlegger en studie som skal søke svar på dette. Dette gir ikke nødvendigvis umiddelbart utslag på dødelighetsraten, men kan ha ført til helsetap.

Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Til tross for et tydelig redusert omfang av innleggelser sammenlignet med 2019 i perioden mars-april, mindre for pasienter med alvorlige psykiske lidelser, er det samlede sørge-for ansvaret ivaretatt i første halvår 2020. Denne vurderingen er basert på at det samlede volumet for elektiv poliklinikk/dagbehandling i stor grad er opprettholdt, og for pasientgruppen med alvorlige psykiske lidelser ser man faktisk en liten økning sammenlignet med 2019. Nedtaket av øyeblikkelig hjelp tjenester er også noe lavere for de alvorlig psykisk syke.

Poliklinikk/dagbehandling har langt høyere volum enn innleggelser og utgjør den mest omfattende ressursbruken i feltet. For elektive poliklinikk-/dagbehandlingstjenester er virksomheten stort sett på nivå med 2019 eller tydelig høyere i perioden mars – august. Slik sett er anbefalingene fra Helsedirektoratet om at det som hovedregel bør benyttes telefonkonsultasjon eller videomøter fulgt.

Disse føringene har resultert i at akutte poliklinikk-/dagbehandlingstjenester erstatter en viss reduksjon i mars-mai med en etterfølgende økning til langt over 2019-nivå for ca. halvparten av foretakene. Her er det også et viktig funn for gruppen med alvorlige psykiske lidelser og BUP, hvor det kun er en beskjedne reduksjon i elektiv poliklinikk/dagbehandling i mars og april.

Reduksjonen i elektive døgnopphold (omtrent 40 % nedgang i april, sammenlignet med 2019) er større enn reduksjonen i akutte døgnopphold (omtrent 15 %), en utvikling som er overraskende lik

¹⁰Jf. omtale i [Dagbladet, 24. oktober 2020](#).

i alle regioner. En vesentlig økning i e-helsekonsultasjoner (video og telefon) sammenliknet med tilsvarende periode i 2019 har muligens kompensert for reduksjonen i døgnopphold. Økningen i telefon- og videokonsultasjoner er bemerkelsesverdig ved at nivået fra januar og februar 2020 øker med rundt 5 ganger i mars og rundt 7 ganger i april¹¹. Det er særlig bruk av videokonsultasjoner som har økt. I tillegg til føringene fra Helsedirektoratet omtalt ovenfor, har nok også en rask og vesentlig styrket finansiering av digitale helsetjenester vært en driver for å vri tilbudet mot digitale tjenester.

Enkelte svingninger har preget virksomheten. For eksempel sees en betydelig reduksjon i innleggelser for BUP i mars og april med senere økning. Dette funnet kan ikke uten videre forklares med styrt nedtak. Det kan like gjerne være uttrykk for både en viss utsettelse av avtaler eller en reduksjon i etterspørsel de første ukene etter nedstengningen med stengte barnehager, skoler, hjemmekontor og hjemmeundervisning og generell smittefrykt. Bekymring for omsorgen for barn med hjelpebehov og for barn isolert i dysfunksjonelle familier kan ha virket inn på økningen i bruk av døgninnleggelser og poliklinikk til langt over 2019-nivå i perioden juni til september.

En annen viktig observasjon av betydning for om «sørge-for-ansvaret» er ivaretatt er at det faktisk er en liten økning i antall elektive polikliniske kontakter for alvorlige psykiske lidelser i mars og april 2020 sammenlignet med 2019. Dette kan forstås som en behovsstyrt aktivitet med stabil drift og således kontinuerlig riktig prioritering.

Tjenester med usikker helsegevinst - «Revurderingsprosjektet»

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. Ved hensiktsmessig og målrettet skjerming av prioriterte pasientgrupper er det grunn til å vente relativt stor nedgang for disse helsetjenestene.

Inngrepene som omfattes av «revurderingsprosjektet»¹² er redusert med 25 % i 1. tertial. Når vi ser på perioden fra og med nedstengingen og ut 1. tertial (uke 11-18) er halvparten av aktiviteten borte (52 % reduksjon). Dersom vi ser på all annen planlagt dagkirurgi, så viser tallene en reduksjon på 17 % pr. 1. tertial, og 41 % i perioden etter nedstengingen. Revurderingsinngrepene har altså, som forventet, hatt en kraftigere nedgang enn annen planlagt dagkirurgi.

Avtalespesialistene bidrar til den største reduksjonen i ratetall, mens reduksjonen i helseforetakene er lik den gjennomsnittlige reduksjonen på 25 % i første tertial for denne gruppen. Private sykehus har den laveste reduksjonen. Det er mulig at endring i antall hjemler/stillingsprosen-ter hos avtalespesialistene og reduserte kjøp av tjenester fra private sykehus i 2020, uavhengig av pandemisituasjonen, kan ha bidratt til denne utviklingen. Sett hen til at denne typen inngrep er løftet frem med spørsmål om nytte og helsegevinst kunne man nok forventet at reduksjonen hadde vært enda mer uttalt.

¹¹Datakilden vår mangler nødvendig informasjon for å identifisere telefon- og videokonsultasjoner for BUP. For Helse Midt-Norge klarer vi ikke å identifisere e-konsultasjoner for øyeblikkelig hjelp, noe som trolig skyldes kodepraksis.

¹²Inngrepene som inngår i prosjektet er: Akromionreseksjon ved impingement syndrom, injeksjoner for ryggsmarter 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 snoring (alder 18+), brystreduksjon, kneartroskopi, håndkirurgi for Dupuytrens kontraktur, operasjoner på kneets menisker (alder 45+), håndkirurgi ved triggerfinger og øredrennleggelse for barn

Med en tydelig offentlig oppmerksomhet på alder som selvstendig risikofaktor for covid-19-sykdom kunne det vært nærliggende å forvente størst reduksjon blant de eldste for tjenester med usikker helsegevinst. Resultatene viser imidlertid at forskjellene for pasienter fra 70 år og oppover er mindre enn fra tilsvarende virksomhet i 2019. De aller eldste har ingen vesentlig reduksjon sammenlignet med 2019. Dog er volumet for de eldste lavt, noe som innebærer større usikkerhet ved tolkningen.

Den største nedgangen (35 % reduksjon i første tertial) ses for inngrep innen øre-nese-halssykdommer, plastikkirurgi og øyesykdommer. Det er likevel slik at utvalget av inngrep (sorterer under ulike fagområder) som er valgt ut som pilotinngrep i revurderingsprosjektet har større reduksjon (-31 % i første tertial) enn de øvrige inngrepene som inngår i prosjektet (-22 % i første kvartal). Det skyldes nok at oppmerksomheten er størst for pilotgruppen. Det er påfallende at det er avtalespesialister som bidrar til den største relative reduksjonen i utførte inngrep i pilotgruppen.

3.2.2 Geografisk variasjon i aktivitetsutvikling i covid-19-pandemiens første fase

Planlagte somatiske døgninnleggelser ble redusert med 30-40 % på landsbasis i mars – mai 2020 sammenlignet med året før. Generelt var reduksjonen størst for opptaksområdene i Helse Nord og minst i opptaksområdene i Helse Midt-Norge. Nedgangen var noe større for planlagte døgninnleggelser med medisinsk DRG enn for planlagte døgninnleggelser med kirurgisk DRG. For døgninnleggelser med medisinsk DRG var den prosentvise nedgangen over dobbelt så stor for bosatte i opptaksområdet Sørlandet som for bosatte i opptaksområdet OUS.

Også for planlagt somatisk dag- og poliklinisk behandling var reduksjonen størst for bosatte i opptaksområdene tilhørende Helse Nord i mars – mai sammenlignet med 2019 og lavest for bosatte i opptaksområdene tilhørende Helse Midt-Norge.

Antall akutte døgninnleggelser per 100 000 innbyggere falt med 24 % i perioden 13. mars – 30. april i 2020 sammenlignet med 2019. På tross av noe ulik nedgang for akuttinnleggelser generelt har ikke den samlede geografiske variasjon mellom helseforetakenes opptaksområder økt. Den samme tendensen gjelder for kreftområdet, både for akuttinnleggelser og planlagt kreftbehandling.

For inngrepene som inngår i Revurderingsprosjektet er variasjonen i forbruksrater både mellom helseregionene og mellom foretakenes opptaksområder tydelige både i første tertial 2019 og 2020. Vurdert med utgangspunkt i pasientenes bosted, varierer forskjellene mellom regionene fra en reduksjon på 17 % i Helse Midt-Norge til 31 % i Helse Vest. Med noen få unntak er en rangering av foretakene etter rater for opptaksområdene for denne gruppen prosedyrer lik for 2019 og 2020. Kun to opptaksområder endret rangering med mer enn to plasser. Dette kan tyde på at denne virksomheten ikke har blitt forstått som å ha vesentlig forskjellig betydning fra øvrig operativ virksomhet i foretakene, gitt at storparten av inngrepene er utført på lokalt sykehus/foretak.

Det er moderate geografiske forskjeller i aktivitetsutviklingen i mars til mai for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, minst for planlagt og størst for akutt poliklinisk eller dagbasert behandling. Dette kan nok først og fremst forklares med variasjon i lokale tilpasninger og lokal etterspørsel etter tjenester.

Det var, og er, særlig i Oslo-området at covid-19-belastningen i spesialisthelsetjenesten har vært størst. Det er ingen klar sammenheng mellom denne belastningen, beredskapsnivå og

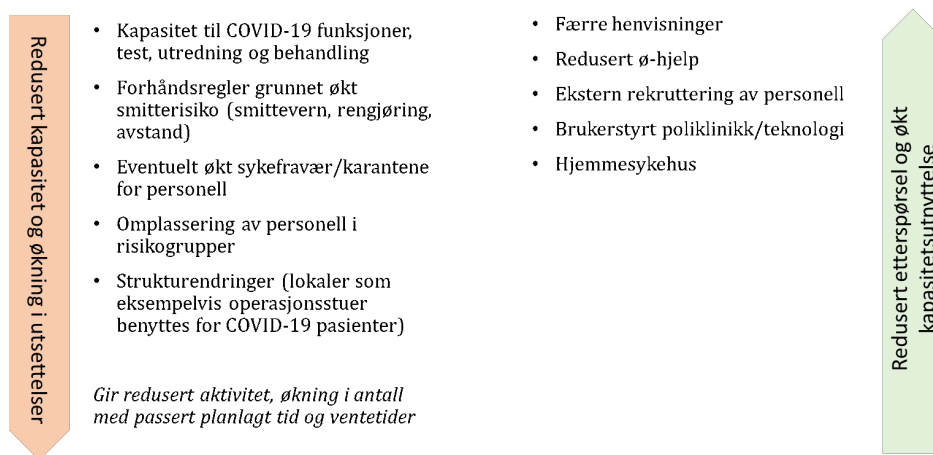
aktivitetsutviklingen. Verken bosatte i opptaksområdene tilhørende Lovisenberg diakonale sykehus, Diakonhjemmet, Akershus universitetssykehus, Oslo universitetssykehus eller Vestre Viken skiller seg ut med lavere aktivitet i pandemiens første fase, da belastningen knyttet til covid-19-pasienter var størst. Tvert i mot er det for bosatte i Nord-Norge aktivitetsnedgangen synes å være størst.

Sykehuset Telemark HF, Sørlandet sykehus HF, Universitetssykehuset i Nord-Norge HF og Nordlandssykehuset HF sto relativt lenge i gul beredskap sammenlignet med andre helseforetak. Samlet sett er det likevel ingen markert sammenheng mellom beredskapsstatus, aktivitetsnedgang og antall ventende pasienter i opptaksområdene.

3.3 Normalisering etter aktivitetsreduksjon i sykehusene

En rekke faktorer påvirker spesialisthelsetjenestens kapasitet under en pågående pandemi. Noen av disse er skissert i figur 3.1.

Etter et betydelig fall i aktiviteten i perioden mars til mai har det vært en differensiert normalisering fra og med juni 2020. Antall nyhenviste i perioden juni – september 2020 er på samme nivå som i samme periode i 2019, antall ventende er økt med om lag 7 000 og antall med passert planlagt tid er stabilisert med et nivå som i august 2020 er 13 % høyere enn i august 2019. For poliklinikk er aktiviteten i perioden juni – september 2020 3 % høyere enn i samme periode i 2019. Økt poliklinisk aktivitet er viktig for å stabilisere ventetider og redusere antall med passert planlagt tid. For kirurgisk døgntilrettelagt behandling er den samlede aktiviteten på samme nivå som i 2019, mens for medisinske døgnopphold er den samlede aktiviteten 6,5 % lavere enn i samme periode i 2019. Særlig ser vi reduksjon i planlagte medisinske døgnopphold hvor aktiviteten er 22 % lavere enn i samme periode i 2019. Reduksjonen i planlagte døgnopphold varierer fra 25 % i Helse Midt-Norge til 21 % i Helse Vest.



Figur 3.1: Illustrasjon av faktorer som påvirker kapasitet i spesialisthelsetjenesten

Ved utgangen av september er antall ventende noe høyere enn ved samme tidspunkt i 2019, men det er relativt store regionale forskjeller i antall ventende. Sammenlignet med september 2019 er det langt flere som venter med økende ventetid i Helse Nord RHF sine opptaksområder enn i de andre regionene.

I Nord-Norge er avstandene store og transport av personell og pasienter til og fra sykehus er en sentral utfordring. Særlig gjelder dette når ordinære flyavganger reduseres og blir

mer uforutsigbare og flyplasser stenger, slik tilfellet har vært under covid-19-pandemien. Kapasitetsutfordringer i flytrafikken har vært krevende mellom Vesterålen og Bodø/Tromsø, mellom Helgeland og Tromsø og mellom Finnmark og Tromsø, og det har vært et intenst tverrsektorielt samarbeid for å løse disse utfordringene¹³. Både restriksjoner for innreise i starten av pandemiperioden og situasjonen i land hvor vikarer vanligvis rekrutteres fra kan også ha påvirket kapasiteten. Det er utstrakt bruk av innleide utenlandske vikarer ved mange sykehus, ikke minst i Nord-Norge.

Både transportutfordringer, personellutfordringer og langvarig gul beredskap ved Nordlands-sykehuset HF og Universitetssykehuset i Nord-Norge HF kan ha hatt betydning for redusert aktivitet over tid, og noe senere opptrapping av aktiviteten i Helse Nord RHF. I andre foretak som stod enda lengre i gul beredskap som for eksempel Sykehuset Telemark og Sørlandet Sykehus har det imidlertid ikke vært så omfattende reduksjon i aktivitet.

Et naturlig spørsmål for den norske befolkning kan være hvorfor aktiviteten i sykehusene gikk så mye ned når det kom så få pasienter med covid-19. Et beslektet spørsmål er hvorfor det er så liten sammenheng mellom hvor i landet covid-19-pasientene fysisk kom, og hvor kapasiteten gikk ned.

Den nye hverdagen i norske sykehus er ikke en normalisering av aktiviteten i bredere forstand; det er enten snakk om en ny normal, eller premisser for drift i sykehusene som ikke vil bli normalisert før omfattende vaksinerings er gjennomført. Sykehusene må inntil videre drive med skallsikring, prescreening, testing av pasienter, luftveisisolasjoner, kohorter, områder eller enheter der uavklarte pasienter må vente på testresultater osv. Dette betyr blant annet en kontinuerlig større ressursbruk, for å oppnå samme produksjon som før pandemien.

3.4 Erfaringer så langt

Usikkerheten rundt pandemiutviklingen i Norge nødvendiggjorde omfattende tiltak og betydelig replanlegging for å sikre kapasitet i spesialisthelsetjenesten. Generelt sett synes spesialisthelsetjenesten å ha ivare tatt sitt «sørge-for-ansvar» også i denne uoversiktlige tiden med ekstraordinære utfordringer, selv om det nok er alvorlig syke pasienter som har fått begrenset oppfølging. Når det nå er gått noe tid er det uansett naturlig å se nærmere på om det finnes noen erfaringer som man kan trekke med seg i den videre håndteringen av denne pandemien, eller ved nye liknende situasjoner.

- Ut fra våre analyser var nedstengning og omprioritering tilsynelatende dårlig forberedt.
- Forskjeller i forutsetninger og realisering av planer for økning av intensivkapasitet og kohortisolering av covid-pasienter i helseforetakene kan ha bidratt til variasjon i nedtak av elektiv virksomhet.
- Selv om detaljerte planer må lages i de enkelte institusjoner nært der tjenesten skal gis kan det være hensiktsmessig å sikre et bredere nasjonalt plangrunnlag for denne type unntakstilstander både for primær- og spesialisthelsetjeneste.
- Reduksjon i akutte innleggelser for hjerteinfarkt og hjerneslag skyldes mest sannsynlig årsaksfaktorer utenfor spesialisthelsetjenesten. Aktiv informasjon til befolkningen om helsetjenestens grunnleggende evne og vilje til å ivareta alvorlig øyeblikkelig hjelp til befolkningen må inngå i fremtidige kommunikasjonsplaner for liknende kriser.

¹³Utfordringene er blant annet beskrevet her: www.helse-nord.no

- Den betydelige økningen i e-helsekonsultasjoner har ivaretatt sørge-for ansvaret for viktige pasientgrupper. Dette kan bidra til mer kostnadseffektive tjenester i spesialisthelsetjenesten både under normalsituasjon og store kriser, gitt at kvaliteten er tilfredsstillende.

Kapittel 4

Psykisk helsevern og rusbehandling

4.1 Innledning

Helsedirektoratets prioriteringsnotat¹⁴ hadde følgende føringer for psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i spesialisthelsetjenesten: Poliklinikk/dag skulle opprettholdes, men helst som telefon- og videokonsultasjoner. Døgninnleggelser skulle begrenses til det absolutt nødvendige, kombinert med økt samarbeid med kommunene ved utskrivelse.

4.2 Problemstillinger

- 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?
- Hvordan ble pasienter med alvorlig psykisk lidelser og ruslidelser ivaretatt i første fase av covid-19-pandemien?

Datakilder:

- **Sensitive NPR-data**, januar-april 2019 og 2020 (innskrivingsdato). Denne datakilden er brukt for alle tabeller/figurer i dette kapittelet som ikke inneholder tall fra og med mai.
- **Anonyme NPR-data**, januar-september 2019 og 2020 (utskrivingsdato). Alle figurer/tabeller som også inneholder tall fra mai eller senere er basert på denne datakilden ¹⁵.
- De fleste resultater i dette kapittelet er 2020-tall oppgitt som prosentandel av tilsvarende størrelse for samme periode i 2019. Det er justert for antall virkedager i hver måned, sammenlignet med tilsvarende måneder i 2019.

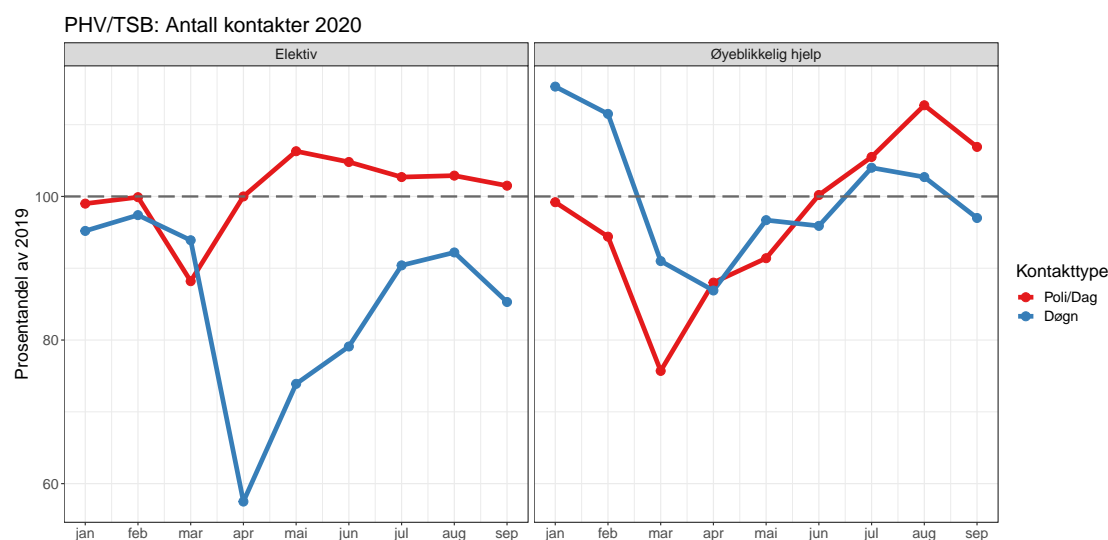
¹⁴«Prioriteringsnotat 25. mars 2020: Prioritering av helsehjelp i Norge under covid-19-pandemien», se www.helse-direktoratet.no

¹⁵Det er større usikkerhet knyttet til denne kilden, ettersom den er hentet ut på et tidspunkt hvor det innrapporterte datagrunnlaget ikke er komplett. Erfaringsvis så kan det være noen uker etterslep i innrapporteringen av data. For eksempel mangler det data fra mange private behandlingstilbud. For PHV/TSB mangler det opplysninger om utskrivingsdato og opptaksområde for henholdsvis 3 % og 0.5 % av registreringene.

4.3 Resultater

Figur 4.1 viser et forsiktig fall i elektiv aktivitet for mars, sammenlignet med fjoråret. Her var nedgangen litt større for polikliniske konsultasjoner og dagbehandling enn den var for døgnbehandling. For april var situasjonen en helt annen, da var poliklinikk/dagbehandling tilbake til normalt nivå mens døgnbehandling falt dramatisk til rundt 60 % av fjorårets nivå. Dette i tråd med anbefalingene om å begrense døgninnleggelse til det absolutt nødvendige. Når det gjelder poliklinikk/dag, er det i stor grad økt bruk av telefon- og videokonsultasjoner som gjorde at man klarte å opprettholde fjorårets volum. Dette utdypes videre i seksjonen om e-konsultasjoner. Poliklinikk/dag har holdt seg litt over fjorårets volum siden april, mens aktiviteten gjenopptas gradvis for døgnbehandling.

For øyeblikkelig hjelp har det ikke vært samme tydelige forskjell på poliklinikk/dag og døgn. Etter å ha ligget rundt 80-90 % av fjorårets aktivitet i mars-mai, var aktiviteten tilbake til normalt nivå fra og med juni. Her er det rimelig å anta at nedgangen blant annet kan skyldes færre henviste.



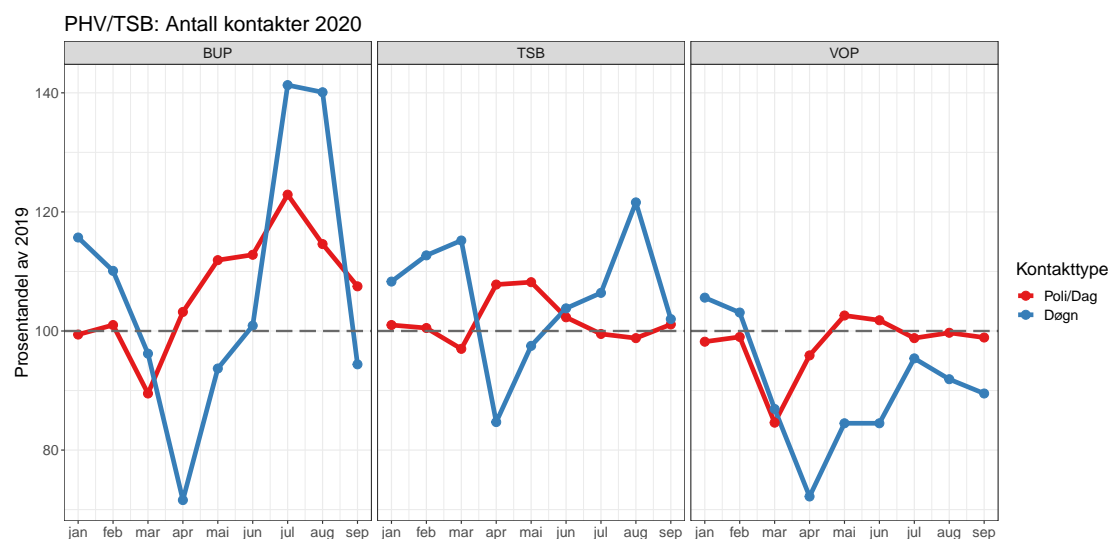
Figur 4.1: PHV/TSB: Aktivitet for januar-september 2020, uttrykt som prosentandel av aktiviteten i tilsvarende periode i 2019 (justert for antall virkedager). Oppdelt i elektiv aktivitet og øyeblikkelig hjelp (venstre/høyre), samt døgnbehandling og poliklinikk/dagbehandling (blå/rød).

Utviklingen fordelt på alle sektorene, barne- og ungdomspsykiatri (BUP), tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og voksenpsykiatri (VOP), vises i Figur 4.2. Merk at psykisk helsevern (PHV) brukes som fellesbetegnelse for BUP og VOP. Felles for sektorene er størst aktivitetsnedgang for døgnbehandling, med en bunn i april. Nå virker aktiviteten å være tilbake mot normalen for alle sektorene, men i litt mindre grad for VOP. BUP skiller seg ut med en markert økning fra fjoråret i juli og august, som muligens kan forklares med at skolestengning og andre tiltak førte til en omfattende offentlig diskusjon og bekymring for omsorgen for barn med hjelpebehov, eller for barn isolert i dysfunksjonelle familier.

Den samlede utviklingen for PHV/TSB har vært relativt lik for de ulike regionale helseforetakene, se Figur B.1 i vedlegg.

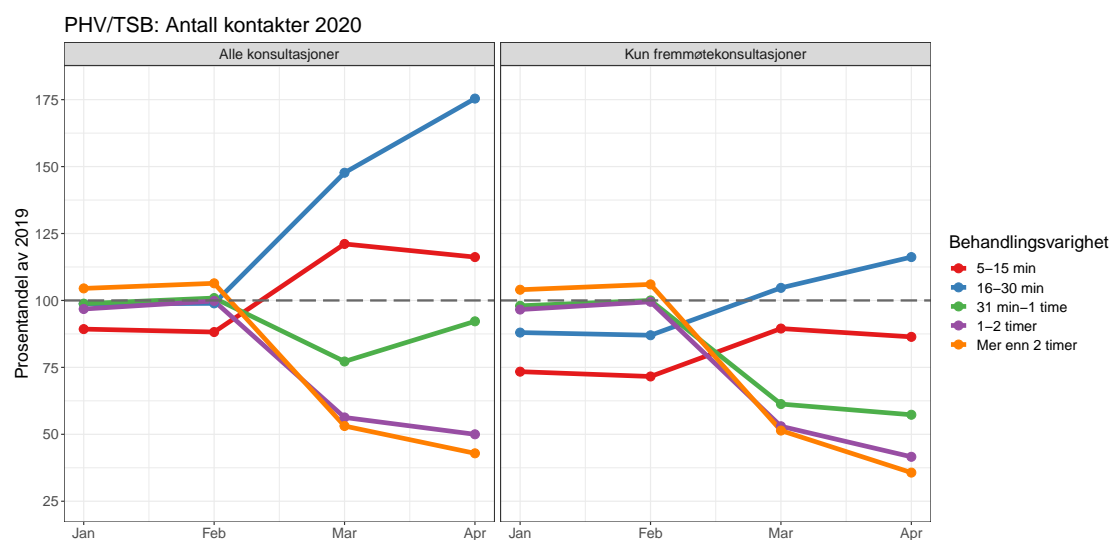
Behandlingsvarighetene for polikliniske konsultasjoner og dagbehandling endret seg vesentlig i mars og april. Antallet konsultasjoner med varighet i over én time i april var halvparten av tilsvarende antall for fjoråret. Samtidig har det vært en stor økning i antallet konsultasjoner

Kapittel 4. Psykisk helsevern og rusbehandling



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

med varighet under en halvtime, som gjør at man i sum har klart å ligge tett opp mot fjorårets volum for totalt antall konsultasjoner. Figur 4.3 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 4.3: PHV/TSB: Behandlingsvarighet for poliklinikk/dagbehandling, fordelt i fem varighetskategorier. Figuren til venstre inkluderer alle konsultasjonstyper i 2020, mens figuren til høyre kun inkluderer fremmøtekonsultasjoner i 2020. Begge figurene viser aktivitet for hver varighetskategori for januar-april 2020, uttrykt som prosentandel av den totale aktiviteten (alle konsultasjonstyper) for tilsvarende periode i 2019 (justert for antall virkedager).

Tabell 4.1 viser en aktivitetsoversikt for hvert enkelt opptaksområde, oppdelt i periodene mars-mai og juni-september. Tabellen skiller på både oppholdstype og hastegrad. Det er til dels store geografiske forskjeller, og størst innen øyeblikkelig hjelp for poliklinikk/dag. I enkelte

opptaksområder har man faktisk områder uten en tydelig opptrapping i aktiviteten mellom de to tidsperiodene, som er den helt klare nasjonale trenden. Se Tabell B.1 i vedlegg for tilsvarende tabell per helseforetak.

Tabell 4.1: PHV/TSB: Opptaksområde. Aktivitet for periodene mars-mai og juni-september 2020, uttrykt som prosentandel av aktiviteten i tilsvarende periode i 2019 (justert for antall virkedager). Oppdelt i elektiv aktivitet og øyeblikkelig hjelp, samt døgntilrettelagt og poliklinikk/dagbehandling.

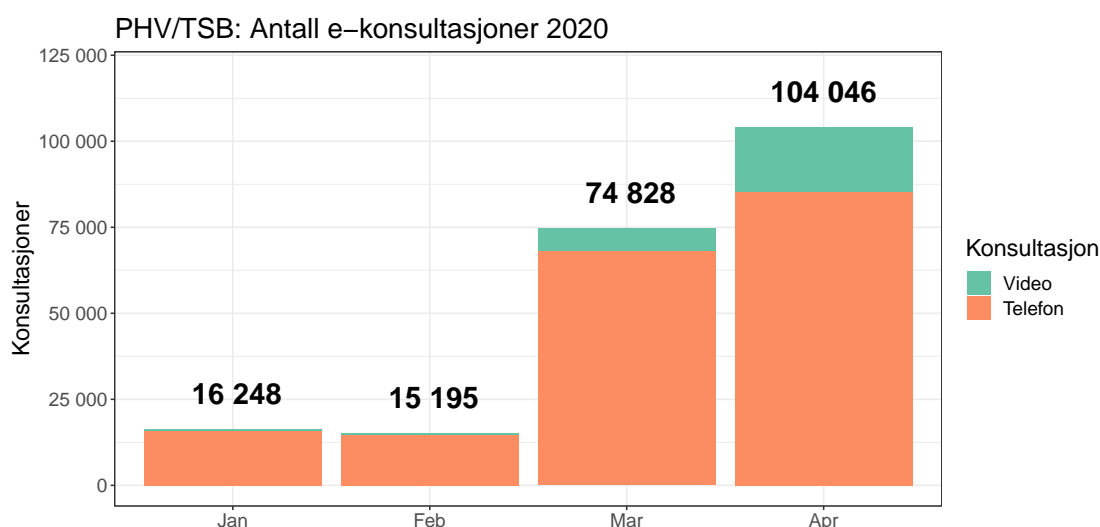
| Opptaksområde | Mars-mai | | | | Juni-september | | | |
|-----------------|----------|----------|--------------------|----------|----------------|----------|--------------------|----------|
| | Elektiv | | Øyeblikkelig hjelp | | Elektiv | | Øyeblikkelig hjelp | |
| | Døgn | Poli/Dag | Døgn | Poli/Dag | Døgn | Poli/Dag | Døgn | Poli/Dag |
| Akershus | 66,8 % | 98,0 % | 109,7 % | 105,4 % | 78,3 % | 104,8 % | 123,6 % | 128,7 % |
| Bergen | 81,2 % | 94,3 % | 99,6 % | 71,9 % | 96,9 % | 97,4 % | 110,0 % | 110,1 % |
| Diakonhjemmet | 85,5 % | 104,0 % | 94,4 % | 74,6 % | 86,1 % | 112,9 % | 111,7 % | 72,4 % |
| Finnmark | 72,1 % | 107,7 % | 84,6 % | 101,4 % | 81,4 % | 113,2 % | 103,6 % | 103,3 % |
| Fonna | 49,6 % | 88,9 % | 70,4 % | 73,6 % | 57,8 % | 93,3 % | 81,1 % | 84,8 % |
| Førde | 83,3 % | 100,6 % | 97,8 % | 53,8 % | 97,2 % | 96,6 % | 85,0 % | 72,0 % |
| Helgeland | 77,2 % | 92,9 % | 83,1 % | 133,5 % | 89,5 % | 97,1 % | 106,0 % | 162,5 % |
| Innlandet | 69,0 % | 100,3 % | 85,0 % | 80,9 % | 77,7 % | 102,0 % | 106,9 % | 99,5 % |
| Lovisenberg | 83,3 % | 93,1 % | 84,4 % | 66,4 % | 84,0 % | 103,3 % | 101,1 % | 63,4 % |
| Møre og Romsdal | 61,0 % | 95,9 % | 96,1 % | 56,0 % | 81,7 % | 103,3 % | 93,9 % | 71,3 % |
| Nordland | 70,8 % | 99,4 % | 86,1 % | 25,6 % | 75,8 % | 109,0 % | 91,7 % | 63,1 % |
| Nord-Trøndelag | 91,1 % | 88,5 % | 82,8 % | 134,0 % | 78,7 % | 101,1 % | 103,9 % | 83,1 % |
| Østfold | 78,8 % | 101,8 % | 79,5 % | 79,9 % | 81,6 % | 106,6 % | 92,6 % | 108,1 % |
| OUS | 74,3 % | 96,2 % | 81,0 % | 76,3 % | 80,6 % | 107,4 % | 96,6 % | 87,6 % |
| Sørlandet | 77,8 % | 92,9 % | 85,4 % | 122,0 % | 91,1 % | 101,9 % | 90,6 % | 124,9 % |
| St. Olavs | 84,6 % | 103,1 % | 84,2 % | 69,8 % | 103,5 % | 103,4 % | 96,1 % | 104,6 % |
| Stavanger | 81,1 % | 97,4 % | 99,0 % | 81,0 % | 88,9 % | 100,3 % | 97,5 % | 160,7 % |
| Telemark | 81,0 % | 107,7 % | 82,6 % | 66,5 % | 103,2 % | 106,5 % | 92,4 % | 102,0 % |
| UNN | 80,3 % | 100,1 % | 96,0 % | 143,5 % | 81,0 % | 105,9 % | 95,5 % | 130,7 % |
| Vestfold | 92,0 % | 119,6 % | 116,0 % | 123,8 % | 110,7 % | 124,3 % | 131,4 % | 112,7 % |
| Vestre Viken | 67,0 % | 89,9 % | 94,0 % | 59,7 % | 90,9 % | 92,7 % | 92,8 % | 78,5 % |

4.3.1 E-konsultasjoner

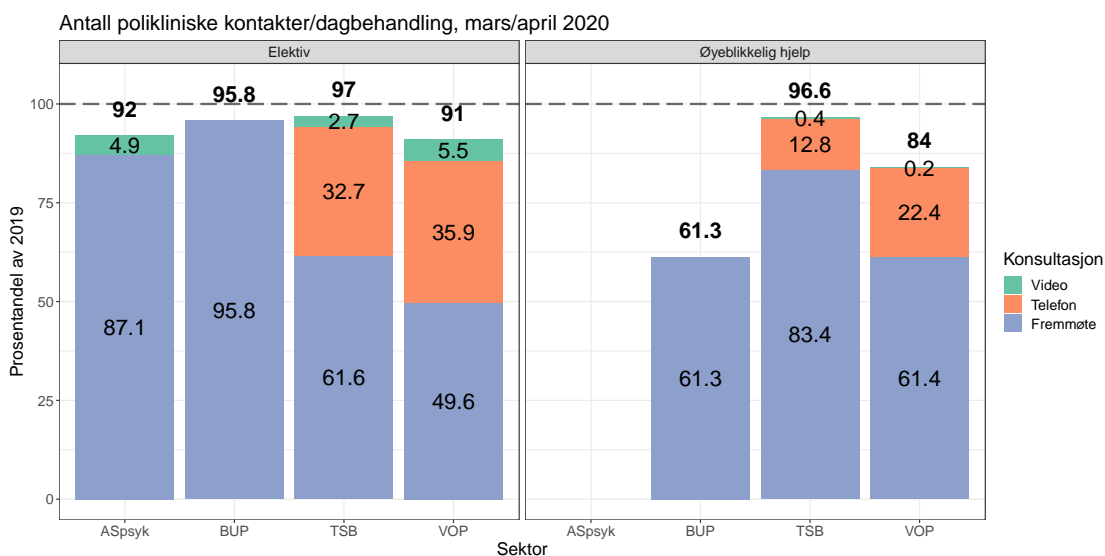
Registreringen av telefon- og videokonsultasjoner er komplisert. Flere kriterier må være oppfylt for at de skal telles med, og registreringspraksis har endret seg over tid. For resultatene i denne seksjonen tas det forbehold om mulighet for ulike registreringspraksiser for e-konsultasjoner. En nasjonal arbeidsgruppe er satt sammen for å utarbeide nasjonale retningslinjer for hvordan dette skal registreres og rapporteres fremover. Se vedlegg A for en beskrivelse av definisjonene vi har brukt for å identifisere telefon- og videokonsultasjoner i datagrunnlaget.

Antallet telefon- og videokonsultasjoner økte kraftig i mars og april, til henholdsvis 5 og 7 ganger nivået for januar/februar, illustrert i Figur 4.4. 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. Sammenlignet med januar ble det gjennomført 40 ganger flere videokonsultasjoner i april innen PHV/TSB.

TSB og VOP har i stor grad tatt i bruk telefon- og videokonsultasjoner. I mars og april ble derfor fjorårets volum for polikliniske konsultasjoner og dagbehandling i stor grad opprettholdt i disse sektorene, se Figur 4.5. Merk at datakilden vår ikke inneholder nødvendig informasjon for å identifisere telefon- og videokonsultasjoner for BUP, derfor fremstår det i figuren som at hele aktiviteten for BUP er fremmøtekonsultasjoner, noe som ikke er tilfellet. BUP skiller seg litt ut fra de andre sektorene, med en større nedgang i øyeblikkelig hjelp i mars/april, sammenlignet med fjorårets nivå.



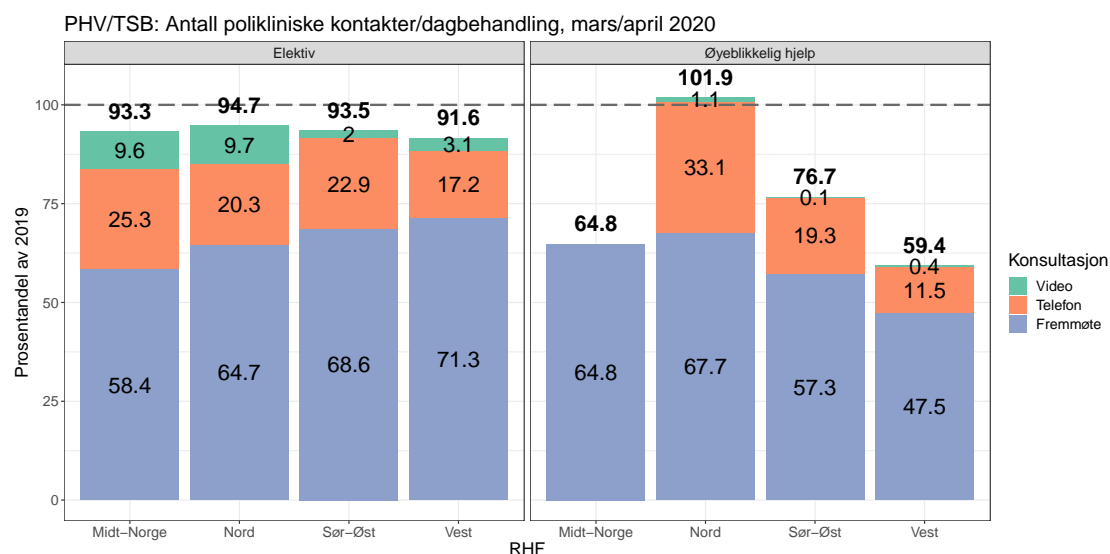
Figur 4.4: PHV/TSB: Antall e-konsultasjoner i januar-april 2020, oppdelt i telefon- og videokonsultasjoner.



Figur 4.5: PHV/TSB: Aktivitet for mars/april 2020, fordelt på konsultasjonstype (farger), elektiv aktivitet og øyeblikkelig hjelp (venstre/høyre), samt sektor (søyler). Totalhøyden til hver søyle (oppgitt med fet skrift) er sektorens aktivitet gitt som prosentandel av tilsvarende periode i 2019 (justert for antall virkedager). Søylen totalhøyde er summen av de tre konsultasjonstypene.

Det er litt varierende i hvilken grad de regionale helseforetakene har tatt i bruk telefon- og videokonsultasjoner, se Figur 4.6. 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 registreringspraksis.

Tabell 4.2 viser at det i mars/april var store variasjoner på tvers av de ulike opptaksområdene når det gjaldt bruk av telefon- og videokonsultasjoner.



Figur 4.6: PHV/TSB: Aktivitet for mars/april 2020, fordelt på konsultasjonstype (farger), elektiv aktivitet og øyeblikkelig hjelp (venstre/høyre), samt sykehusregion (søyler). Totalhøyden til hver søyle (oppgitt med fet skrift) er regionens aktivitet gitt som prosentandel av tilsvarende periode i 2019 (justert for antall virkedager). Søylen totalhøyde er summen av de tre konsultasjonstypene.

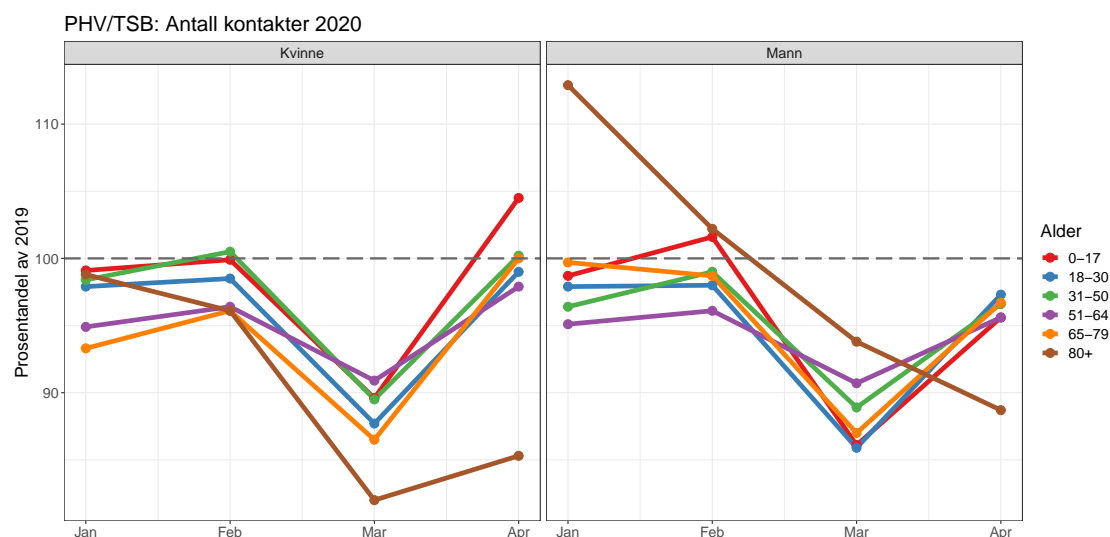
Tabell 4.2: PHV/TSB: Prosentandelen av poliklinikk/dagbehandling i mars/april 2020 som ble utført som henholdsvis telefon- eller videokonsultasjon. Oppdelt i elektiv aktivitet og øyeblikkelig hjelp. Egen fargeskala for henholdsvis telefon og video.

| Opptaksområde | Elektiv | | Øyeblikkelig hjelp | |
|-----------------|---------|--------|--------------------|-------|
| | Telefon | Video | Telefon | Video |
| Akershus | 19,5 % | 1,6 % | 12,4 % | 0,1 % |
| Bergen | 19,5 % | 2,0 % | 8,6 % | 0,9 % |
| Diakonhjemmet | 20,4 % | 3,9 % | 10,5 % | |
| Finnmark | 29,8 % | 9,7 % | 17,1 % | |
| Fonna | 14,1 % | 3,1 % | 2,6 % | |
| Førde | 24,5 % | 1,1 % | 10,5 % | |
| Helgeland | 16,6 % | 9,1 % | 3,7 % | 0,4 % |
| Innlandet | 36,0 % | 2,4 % | 53,2 % | 0,2 % |
| Lovisenberg | 22,5 % | 2,6 % | 16,9 % | 0,3 % |
| Møre og Romsdal | 27,4 % | 8,2 % | 1,6 % | |
| Nordland | 16,0 % | 13,1 % | 13,0 % | 8,7 % |
| Nord-Trøndelag | 18,3 % | 7,1 % | 11,1 % | |
| Østfold | 27,4 % | 2,2 % | 32,5 % | |
| OUS | 19,9 % | 3,4 % | 24,2 % | 0,3 % |
| Sørlandet | 33,5 % | 4,4 % | 47,1 % | 0,1 % |
| St. Olavs | 29,2 % | 11,5 % | 5,0 % | |
| Stavanger | 18,2 % | 5,7 % | 34,0 % | 0,9 % |
| Telemark | 20,8 % | 0,6 % | 4,8 % | |
| UNN | 24,1 % | 8,4 % | 54,3 % | 0,8 % |
| Vestfold | 24,1 % | 0,9 % | 9,0 % | |
| Vestere Viken | 22,4 % | 1,2 % | 9,1 % | |

4.3.2 Pasientgruppers bruk av tjenestene

Ser man på mottakerne av helsetjenestene innen PHV/TSB, er det relativt små demografiske forskjeller. De fleste demografier følger samme mønster med lavest aktivitetsnivå i mars og en økning til et april-nivå som ligger rett under fjoråret. Det er likevel et par observasjoner det er verdt å legge merke til. Figur 4.7 viser at utviklingen i mars var relativt lik for kvinner og menn, før

man for april ser at volumet for kvinnelige pasienter var nærmere fjorårets nivå enn for mannlige pasienter. Kvinner under 18 år skiller seg ut ved å ligge merkbart over fjorårets nivå for april. Ellers ser man også fra figuren at aldersgruppen 80 år eller eldre skiller seg ut for begge kjønn, ved å ikke ha den samme raske oppsvingen i aktivitet fra mars til april. Se Tabell B.2 i vedlegg for en demografisk oversikt per opptaksområde.



Figur 4.7: PHV/TSB: Aktivitet for januar-april 2020, fordelt på kjønn (venstre/høyre) og alder (farger). Uttrykt som prosentandel av aktivitet for tilsvarende periode i 2019 (justert for antall virkedager).

Ved å bruke registrerte ICD-10-koder, har vi delt pasientene inn i ulike pasientgrupper innen psykisk helsevern og rusbehandling. Se A for en fullstendig definisjon av de ulike pasientgruppene. Under følger det en oversikt over aktiviteten for disse gruppene i mars/april.

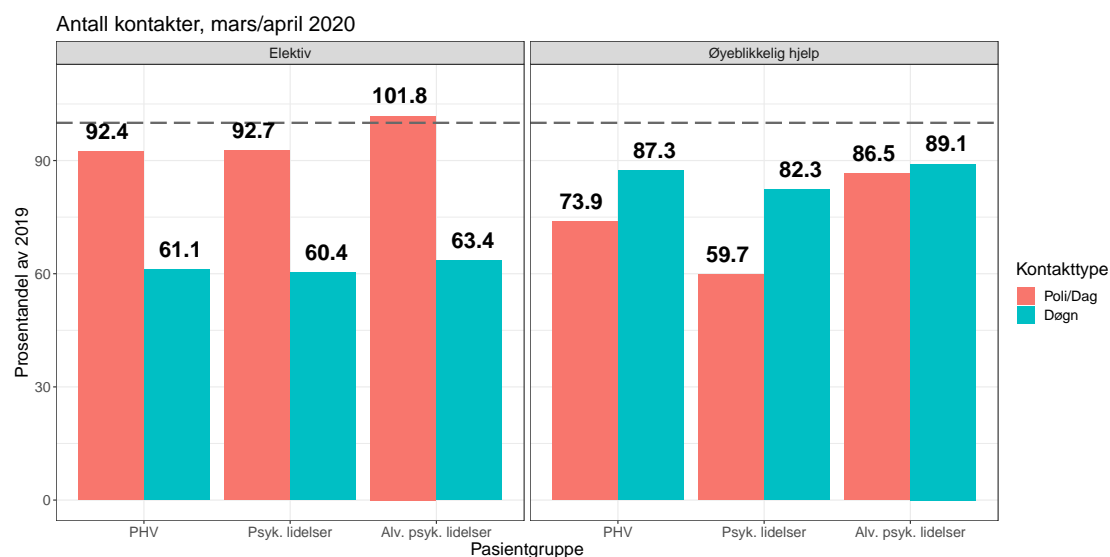
4.3.3 Psykiatri

Elektive polikliniske konsultasjoner og dagbehandling ble i stor grad opprettholdt for pasientgruppene innen psykisk helsevern i mars/april, men ellers var det til dels stor reduksjon i de resterende tjenestene. Figur 4.8 viser at elektive døgnopphold har den største reduksjonen fra fjorårets nivå. For direkte sammenligning av de ulike pasientgruppene gir det mest mening å konsentrere seg om elektiv poliklinikk/dagbehandling, da dette klart utgjør mesteparten av den totale aktiviteten. Her ser vi at aktiviteten for pasientene med de mest alvorlige lidelsene er opprettholdt i større grad, noe som kan tyde på gode prioriteringer i forbindelse med styrt nedtak. Videre viser Figur 4.9 at telefonkonsultasjoner i større grad er tatt i bruk for disse pasientgruppene. For de resterende kombinasjonene av kontaktttype og hastegrad er volumet så lite at resultatene i større grad kan påvirkes av tilfeldige variasjoner. Se Tabell B.3 i vedlegg for en oversikt over pasientgruppene innen psykiatri per opptaksområde.

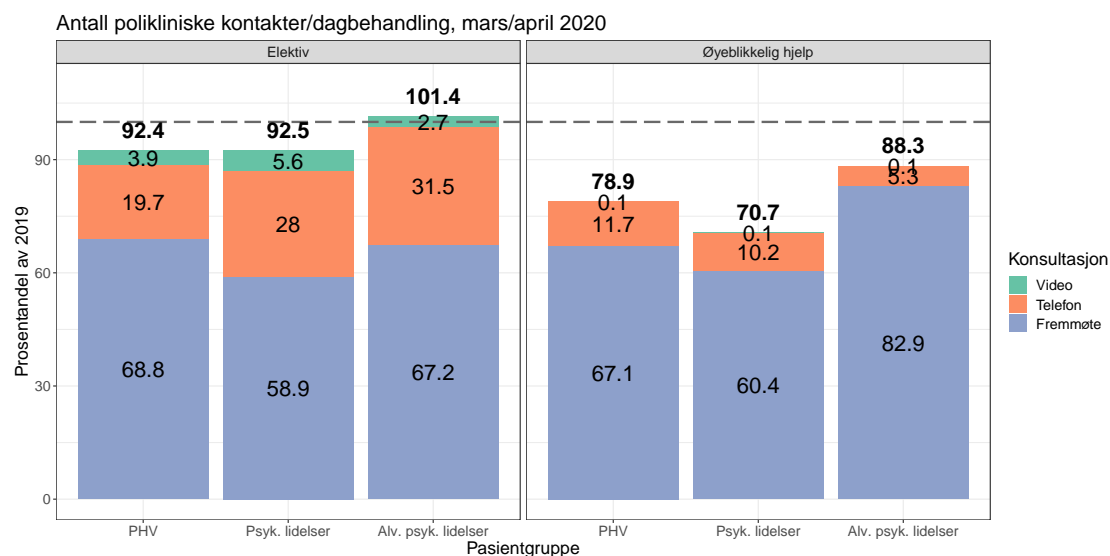
4.3.4 Rusbehandling

Vi ser de samme trekkene for pasientgruppene innen rusbehandling, som vi gjorde for psykisk helsevern. Figur 4.10 viser at nedtaket for elektiv poliklinikk/dagbehandling er størst for pasientene med de minst alvorlige lidelsene, selv om man i sektoren TSB gjennomgående har klart å holde oppe aktiviteten gjennom pandemien. Videre viser Figur 4.11 at telefon-

Kapittel 4. Psykisk helsevern og rusbehandling



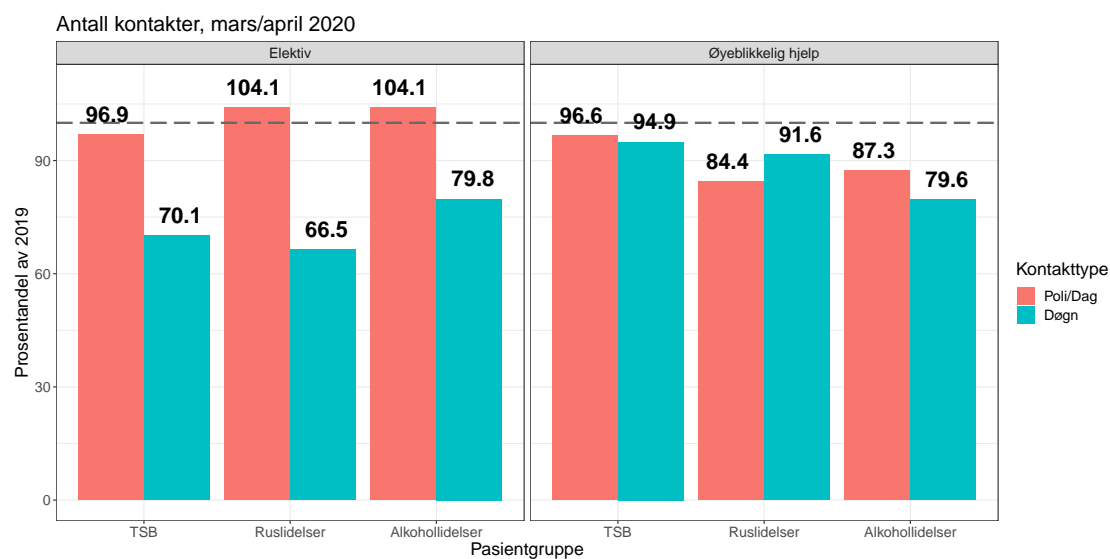
Figur 4.8: PHV pasientgrupper: Aktivitet for de ulike pasientgruppene i mars/april 2020, fordelt på kontakttype (farger) og elektiv aktivitet/øyeblikkelig hjelp (venstre/høyre).



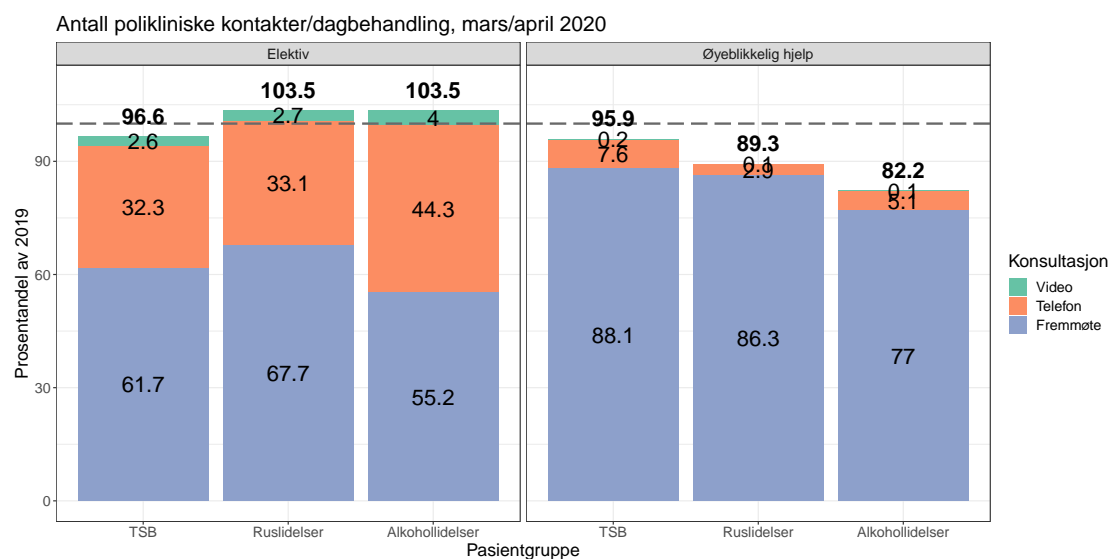
Figur 4.9: PHV pasientgrupper: Aktivitet for mars/april 2020, fordelt på konsultasjonstype (farger), elektiv aktivitet og øyeblikkelig hjelp (venstre/høyre). Totalhøyden til hver søyle (oppgitt med fet skrift) er pasientgruppens aktivitet gitt som prosentandel av tilsvarende periode i 2019 (justert for antall virkedager). Søylens totalhøyde er summen av de tre konsultasjonstypene.

og videokonsultasjoner i større grad er tatt i bruk for pasientgruppene med de mest alvorlige lidelsene. Se Tabell B.4 i vedlegg for en oversikt over pasientgruppene innen rusbehandling per opptaksområde.

Kapittel 4. Psykisk helsevern og rusbehandling



Figur 4.10: TSB pasientgrupper: Aktivitet for de ulike pasientgruppene i mars/april 2020, fordelt på kontakttype (farger) og elektiv aktivitet/øyeblikkelig hjelp (venstre/høyre).



Figur 4.11: TSB pasientgrupper: Aktivitet for mars/april 2020, fordelt på konsultasjonstype (farger), elektiv aktivitet og øyeblikkelig hjelp (venstre/høyre). Totalhøyden til hver søyle (oppgitt med fet skrift) er pasientgruppens aktivitet gitt som prosentandel av tilsvarende periode i 2019 (justert for antall virkedager). Søylens totalhøyde er summen av de tre konsultasjonstypene.

4.4 Oppsummering

I dette kapitlet har vi presentert analyser av aktivitetsutviklingen for psykiatri og rusbehandling. Vi har utført overordnede sammenligninger for første og andre tertial 2020 med samme periode i 2019, samt mer detaljerte analyser for første tertial 2020 der datagrunnlaget er rikere.

- 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.
- Det har vært et stort nedtak på elektiv døgntilrettelagt behandling, med en bunn i april på rundt 60 % av 2019-aktivitet.
- Siden april har man gradvis nærmet seg ordinært volum, for juli er man total sett for PHV/TSB på litt over 90 % av 2019-nivå.
- Utviklingen for VOP og TSB har store likhetstrekk, mens man for BUP ser en raskt økende aktivitet siden april, som nå ligger godt over 2019-nivå.
- Elektive polikliniske konsultasjoner og dagbehandling har i større grad blitt opprettholdt for pasientene med størst behov for behandling, noe som kan tyde på gode prioriteringer i det styrte nedtaket.

Kapittel 5

Nødvendige somatiske helsetjenester

5.1 Innledning

I dette kapitlet vil vi se nærmere på hvordan det gikk med de pasientgruppene tiltakene skulle bidra til å skjerme i en situasjon med frykt for overbelastning i helsetjenesten knyttet til den pågående covid-19-pandemien.

Det er tatt utgangspunkt i pasientgrupper hvor det ikke er tvil om nødvendigheten av sykehusbehandling, og hvor det er lite geografisk variasjon, jf. Eldrehelseatlas for Norge (Balteskard mfl. 2017). Sett hen til alvorlighetsgrad og retningslinjer for ivaretagelse av disse pasientgruppene ble liten variasjon tolket som et uttrykk for at dette var nødvendige helsetjenester hvor det var enighet om indikasjonstilling og behov for innleggelse i sykehus. De aktuelle pasientgruppene dette gjaldt var hjertesvikt, lungebetennelse, kols, hoftebrudd og hjerneslag. Sammen med hjerteinfarktpasientene, er det grunn til å vente at disse pasientgruppene, og ikke bare eldre men også yngre voksne, skulle ivaretas i sykehus, også under en pandemi.

I barnehelseatlasen ble all somatisk sykehusbruk for barn undersøkt. Analysene viste stort omfang og betydelig geografisk variasjon, også i bruk av akuttinnleggelser. Med skolestenging, hygiene-tiltak og sosial distansering, er det av interesse å undersøke om og hvordan innleggelsespraksisen for barn påvirkes i pandemiens første fase.

Behovet for å skjerme og ivareta kreftpasientene under pandemien har vært tydelig kommunisert både i Norge og internasjonalt. Norske helsemyndigheter har ikke gitt eksplisitte retningslinjer, men viser til de generelle prioriteringskriteriene alvorlighet, nytte og kostnadseffektivitet. I en uttalelse fra Norsk onkologisk forening 2020 ble det presisert at kreftpasienter som behandles med kurativt formål bør prioriteres for samtlige behandlingsnivå uten restriksjoner også i en pandemisituasjon. For pasienter med ikke-kurativ målsetning ble det gjort noen tillempninger i forhold til omfang og frekvens avhengig av prognose.

I dette kapitlet beskrives den umiddelbare effekten på akuttinnleggelser, og spesielt for disse pasientgruppene, i første fase av covid-19-pandemien.

5.2 Problemstillinger

- Hvilken påvirkning hadde covid-19-pandemien på akutte innleggelser for voksne og barn i pandemiens første fase, og varierer det mellom opptaksområdene?
- Hvordan ble pasientgrupper som trenger nødvendige helsetjenester (hjerneslag, hjertesvikt, hjerteinfarkt, hoftebrudd, kols, lungebetennelse og kreft) ivaretatt i første fase av covid-19-pandemien og varierer ivaretagelsen mellom opptaksområdene?

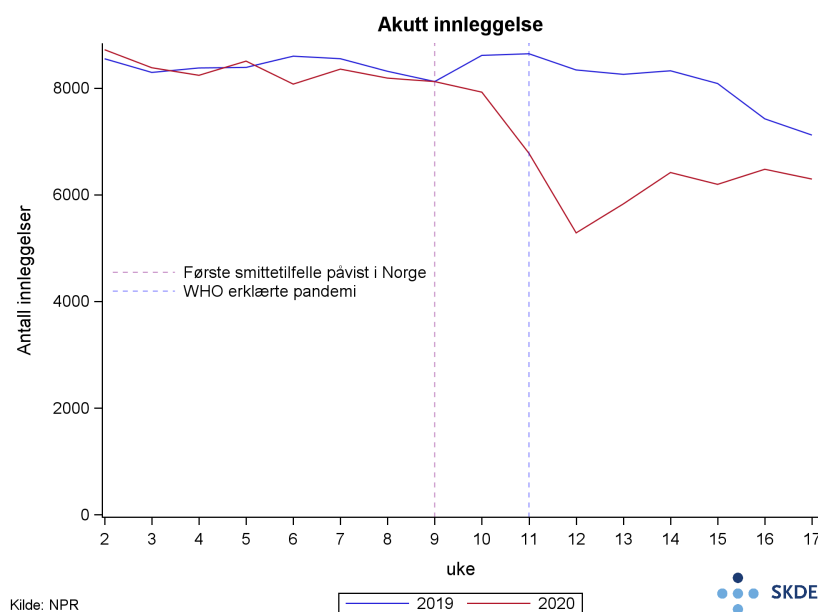
Analysene baserer seg på individdata fra NPR per 1. tertial 2019 og 2020.

5.3 Resultater

5.3.1 Akutte innleggelser voksne

Nedstengningen ble iverksatt 12. mars 2020 (uke 11), men i figur 5.1 er det tydelig at fallet i akutte innleggelser starter før den tid. Allerede fra uke 10 starter en nedgang, som når bunnen i uke 12. I uke 13 og 14 øker antallet innleggelser noe, og holder det nivået i ukene 15 til 17, men er fremdeles under nivået fra samme uker i 2019.

Analysen av aktiviteten tidligere år viser vanligvis en reduksjon i akutte innleggelser i forbindelse med påsken, og i uke 16 og 17 i 2019 framkommer det. Påsken i 2020 startet i uke 15, men uten en større reduksjon i antall akutte innleggelser.



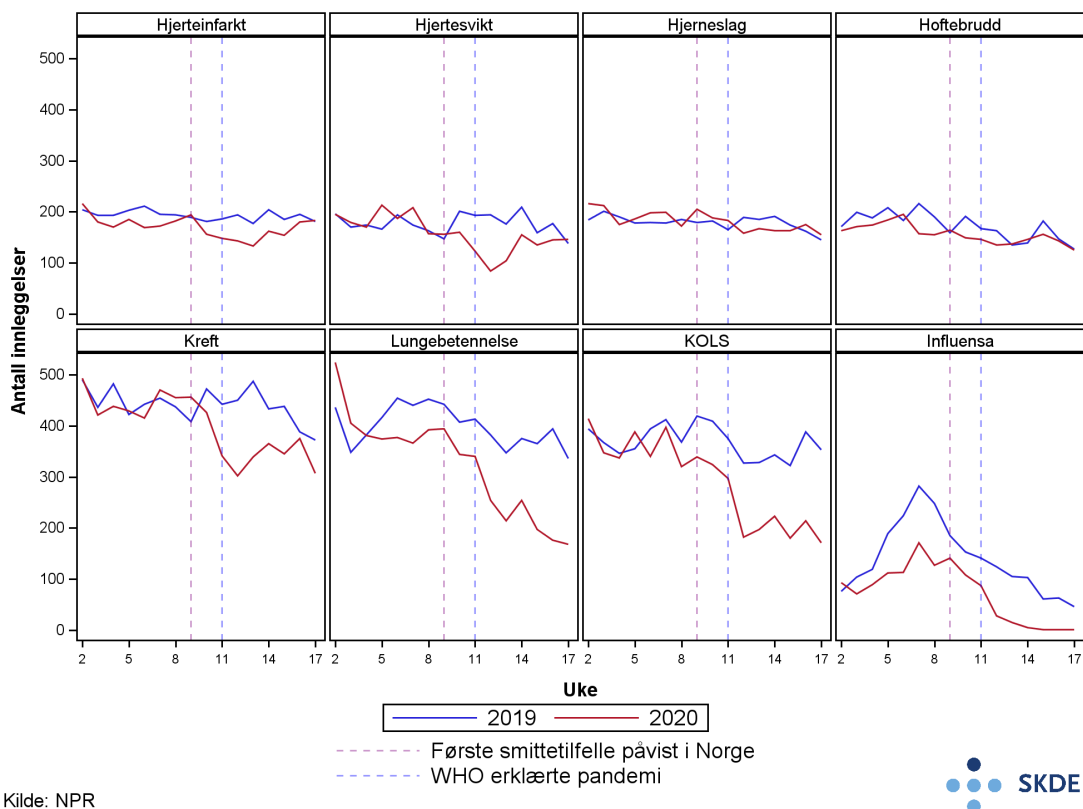
Figur 5.1: Antall akutte innleggelser per uke, 18 år og eldre. Uke 2 - 17 i 2020 sammenlignet med samme uker i 2019.

Antall akutte innleggelser per 100 000 innbyggere i første fase av covid-19-pandemien (13.mars - 30-april) for voksne er redusert med 24 %. Nasjonalt gjennomsnitt er 949, og det varierer fra 1 100 til 827 for bosatte i henholdsvis Bergen og Diakonhjemmet, se figur B.2.

Samlet sett er variasjonen i raten for 2020 på nivå med sammenligningsperioden i 2019. De enkelte opptaksområdene har ulik prosentvis nedgang i 2020, hvor det er størst nedgang på 30 %

og 29 % i henholdsvis Nord-Trøndelag og Stavanger, og minst nedgang hos Østfold, Akershus og OUS med 19 %.

For utvalgte pasientgrupper hvor det er forventet at beredskapen i sykehus er opprettholdt under covid-19-pandemien, viser figur 5.2 antall akutte innleggelser per uke for de respektive gruppene, og i likhet med akutte innleggelser samlet, jf figur 5.1, ser en et fall i antall innleggelser som starter omtrent da første smittetilfelle blir påvist i Norge. I tillegg er akutt innleggelse med influensa tatt med for å illustrere influensasasesongen i sammenheng med de utvalgte pasientgruppene.



Kilde: NPR



Figur 5.2: Antall akutte innleggelser per uke for utvalgte pasientgrupper, 18 år og eldre. Uke 2 - 17 i 2020 sammenlignet med samme uker i 2019.

Antall akutte innleggelser per uke i 2020 med diagnose hjerteinfarkt og hjertesvikt er henholdsvis under og over nivået fra 2019 i ukene 2-9. Det laveste antall akutte innleggelser per uke for begge tilstander er i uke 12 og 13. Mot slutten av perioden øker antallet, og i uke 17 er begge på nivå med fjorårets aktivitet. En subanalyse, se tabell B.5 i vedlegg, viser at andelen av pasienter med hjerteinfarkt som mottar revaskularisering i løpet av innleggelsen i perioden etter nedstengningen i 2020 er på nivå med andel revaskularisering i tilsvarende periode i 2019.

Ukentlige akutte innleggelser med diagnose hjerneslag i 2020 er ikke veldig ulik tilsvarende aktivitet i 2019, men en ser likevel at etter uke 11 er nivået i 2020 lavere enn i 2019. I perioden etter nedstengningen og fram til 30.april er det 6 % færre pasienter sammenlignet med tilsvarende periode i 2019, jamfør tabell B.6 i vedlegg. Lignende ser en for transitorisk iskemisk attack (TIA) med hoveddiagnose G45.8 og G45.9 (resultater ikke presentert i figur eller tabell), hvor det nasjonalt er en reduksjon på 7,4 % i perioden etter nedstengningen.

For pasientgruppen med kreft er akutte innleggelser i starten av 2020 på nivå med aktiviteten i 2019. I likhet med de andre utvalgte pasientgruppene i figur 5.2 skjer det her en reduksjon forut

nedstengningen. Laveste antall akutte innleggelser er i uke 12, hvorpå antallet stiger, men ikke opp til samme nivå som i 2019.

For pasienter med lungebetennelse og kols ses en forholdsvis stor reduksjon i antall akutte innleggelser per uke i 2020 sammenlignet med aktiviteten i 2019. Spesielt for lungebetennelse ser en tre uker inn i 2020 at nivået er lavere enn i 2019. Både kols og lungebetennelse viser et markant fall i aktiviteten etter uke 11.

For pasienter med hoftebrudd er 2020 på nivå med, eller litt under, antall akutte innleggelser per uke i 2019 tilnærmet samtlige uker. Det bemerkes at laveste antall akutte innleggelser per uke med hoftebrudd i 2020 er i uke 12 og 13.

Den siste delen av figur 5.2 viser akutte innleggelser med diagnose influensa. I følge FHI¹⁶ ble influensatoppen i 2020 nådd i uke 8, og i uke 13 gikk nivået for influensalignende sykdom under utbruddsgrensen. Nivået av influensa var lavt i alle regionene i Norge. Figur B.3 i vedlegg viser at influensasesongen 2019-2020 var av mindre omfang enn tidligere år, og hadde et betydelig fall etter uke 11.

En analyse av alder hos pasientene som blir akutt innlagt i perioden etter nedstengningen (13.mars - 30.april) viser lite variasjon mellom aldersgruppene, hvor alle har en nedgang på mellom 22 % til 27 % (ikke vist i tabell). For enkelte utvalgte pasientgrupper er det merkbare forskjeller mellom aldersgruppene (se tabell B.6 i vedlegg). Blant de med hjerteinfarkt er det størst nedgang blant de eldste (86 år eller eldre), lignende ser en for hjertesvikt at det er størst nedgang hos de to eldste aldersgruppene (76-85 år og 86 år eller eldre). Når det gjelder hjerneslag og hoftebrudd er det en økning hos de eldste (86 år eller eldre), i motsetning til de yngre aldersgruppene som har en reduksjon. For akutte innleggelser med lungebetennelse eller kols er det for aldersgruppene eldre enn 56 år størst reduksjon, mens de yngste (18-55år) har en mindre nedgang.

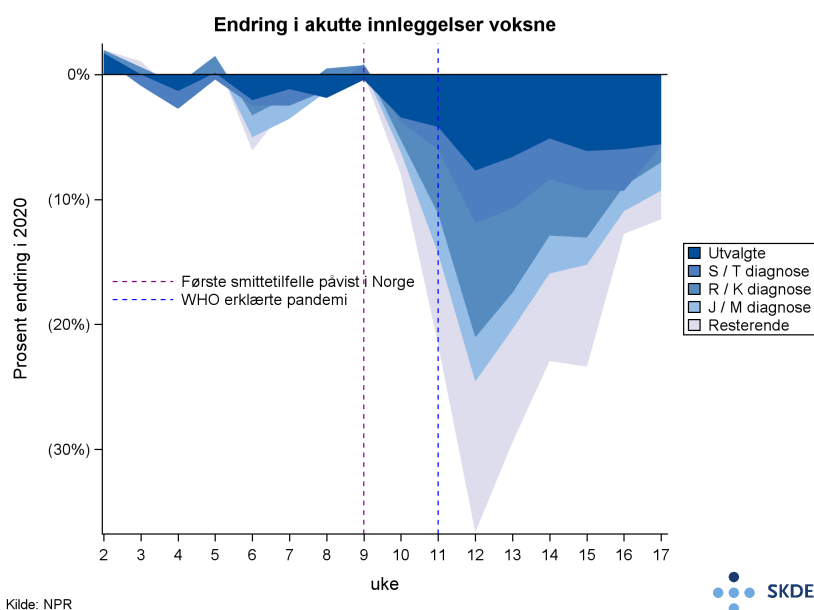
Videre er prosentvis endring fra 2019 til 2020 i akutte innleggelser per uke for de utvalgte pasientgruppene satt i sammenheng med endringen for andre diagnosegrupper i figur 5.3.

I starten av året er det mindre endringer i aktiviteten, men etter uke 9, hvor det første smittetilfellet i Norge blir påvist, ser en at aktiviteten endres vesentlig. Det går fra nesten 0 % i uke 9 til en nedgang på 37 % i uke 12. I uke 13 til 17 blir prosentvis endring per uke mindre, ikke bare fordi aktiviteten i 2020 øker, men også fordi aktiviteten i 2019 ble redusert mot slutten av første tertial. I uke 17 er forskjellen mellom 2020 og 2019 på omtrent 12 %.

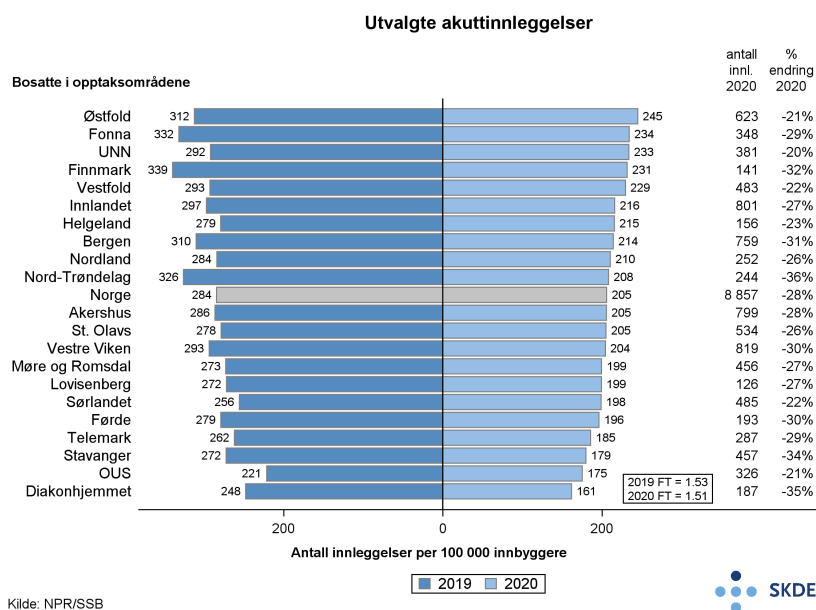
De utvalgte pasientgruppene (hjerteinfarkt, hjertesvikt, hjerneslag, hoftebrudd, kreft, lungebetennelse og kols) med mørkeblå skravering utgjør 27 % av nedgangen i akutte innleggelser i ukene 10-17. De andre gruppene er basert på ICD10-kapittel. Skader, forgiftninger og visse andre konsekvenser av ytre årsaker (S og T) utgjør 12 %. Kapittel R (Symptomer, tegn, unormale kliniske funn og laboratoriefunn) og K (Sykdommer i fordøyelsessystemet) utgjør samlet 19 %. Kapittel J (Åndedrett) og M (Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev) utgjør samlet 12 %. Resterende 30 % forklares av ICD-kapittel som ikke er nevnt spesifikt.

Figur 5.4 viser at antall akutte innleggelser per 100 000 innbyggere for utvalgte pasientgrupper i perioden etter nedstengningen i 2020 er mellom 245 og 162 for bosatte i henholdsvis Østfold og Diakonhjemmet. Nasjonalt gjennomsnitt for samme periode i 2019 er 284 akutte innleggelser per 100 000 innbyggere, som i 2020 er redusert til 206 per 100 000 innbyggere. Gjennomsnittlig antall akutte innleggelser for de utvalgte pasientgruppene er altså blitt redusert, men forholdet mellom høyeste og laveste rate i første fase av covid-19-pandemien er tilnærmet lik den i sammenligningsperioden i 2019. Hvis vi derimot ser på prosentvis endring i 2020 per

¹⁶Jf. Influensasesongen i Norge 2019-2020. Ukerapporter. www.fhi.no



Figur 5.3: Endring i akutte innleggelser for voksne per uke i 2020, sammenlignet med samme uker i 2019. Fordelt på utvalgte pasientgrupper (hjerteinfarkt, hjertesvikt, hjerneslag, lungebetennelse, kols, hoftebrudd eller kreft) og utvalgte ICD-10 diagnoser.

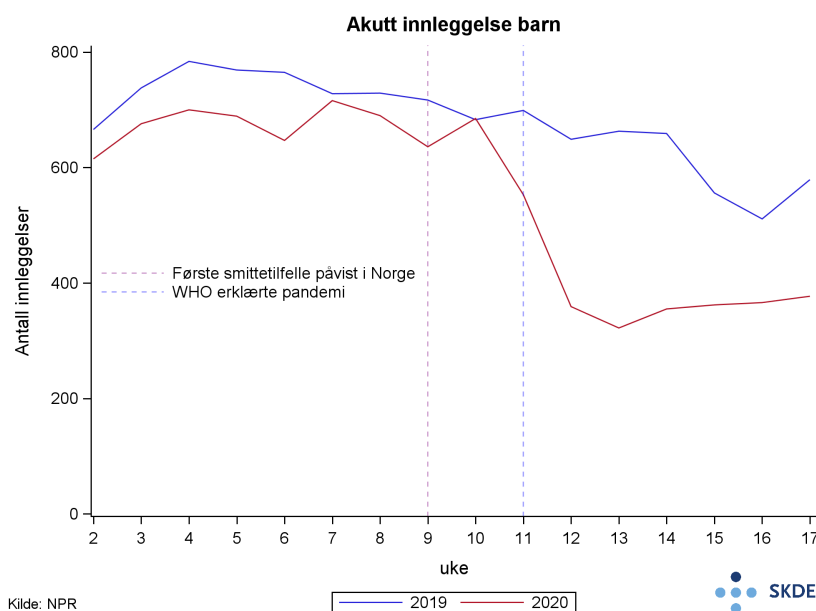


Figur 5.4: Antall akutte innleggelser per 100 000 innbyggere i perioden etter nedstengningen i 2020 (13.mars-30.april) og tilsvarende periode i 2019 for utvalgte pasientgrupper, fordelt på opptaksområde, justert for kjønn og alder. Antall akutte innleggelser i 2020 og prosentvis endring ifht 2019 i kolonne til høyre. Utvalgte pasientgrupper er akutt innleggelse med hjerteinfarkt, hjertesvikt, hjerneslag, hoftebrudd, kreft, lungebetennelse eller kols.

opptaksområde, så har Nord-Trøndelag og Diakonhjemmet størst reduksjon med henholdsvis 36 % og 35 %. Minst reduksjon har UNN med 20 % og Østfold og OUS med 21 %.

5.3.2 Akutte innleggelser barn

Torsdag 12.mars 2020 (uke 11) besluttet Helsedirektoratet å stenge skoler og barnehager fra kl 18.00 ¹⁷. Akutte innleggelser per uke hos barn har samme trend som hos voksne, hvor antallet reduseres forut nedstengningen, se figur 5.5. Det skal også bemerkes at nivået per uke i starten av 2020 er gjennomgående lavere sammenlignet med samme uker i 2019.



Figur 5.5: Antall akutte innleggelser per uke, 0-17 år. Uke 2 - 17 i 2020 sammenlignet med samme uker i 2019.

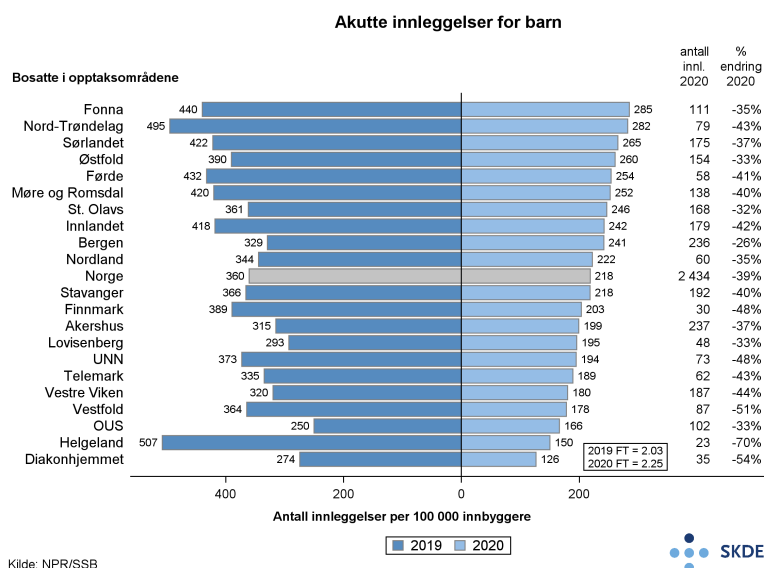
Antall akutte innleggelser per 100 000 innbyggere i første fase av covid-19-pandemien (13.mars - 30-april) for barn er redusert med 39%. Nasjonalt gjennomsnitt er 218, og det varierer fra 285 til 127 for bosatte i henholdsvis Fonna og Diakonhjemmet, se figur 5.6. Det er en reduksjon i aktiviteten, men forholdet mellom høyeste og laveste rate i 2020 er tilnærmet lik sammenligningsperioden i 2019. Det er likevel stor variasjon i prosentvis endring, fra 26 til 70 %, for de enkelte opptaksområder når en sammenligner perioden etter nedstengingen i 2020 med tilsvarende periode i 2019.

Figur 5.7 viser prosentvis endring i akutte innleggelser for barn per uke i 2020 sammenlignet med samme uker i 2019 fordelt på grupperte diagnoser. Reduksjonen i akutte innleggelser fram til uke 9 forklares primært av mindre virus- og luftveisinfeksjon. Flest innleggelser med virus- og luftveisinfeksjoner i 2020 sammenlignet med 2019 er i uke 10, og etter det reduseres nivået igjen betraktelig. Størst reduksjon i innleggelser ses i uke 13 med omtrent 50%. Aktiviteten i 2020 etter uke 12 endres ikke vesentlig, det er sammenligningsperioden i 2019 hvor aktiviteten går ned slik at prosentvis endring minker. Mot slutten av perioden ser en at nivået i 2020 er omtrent 30 % lavere enn i 2019.

Samlet endring for ukene 11 - 17 forklares av 29 % færre akutte innleggelser med virus- og luftveisinfeksjoner. Det er også tydelig at akutte innleggelser knyttet til skader hos barn har falt betraktelig da S- og T-diagnoser utgjør 23 % endringen. Videre utgjør symptomer, tegn unormale kliniske funn og laboratoriefunn (R-diagnoser) og sykdommer i fordøyelsessystemet (K-diagnoser) samlet 14 %, og her ser en at de diagnosene har størst endring i ukene 11 til 14.

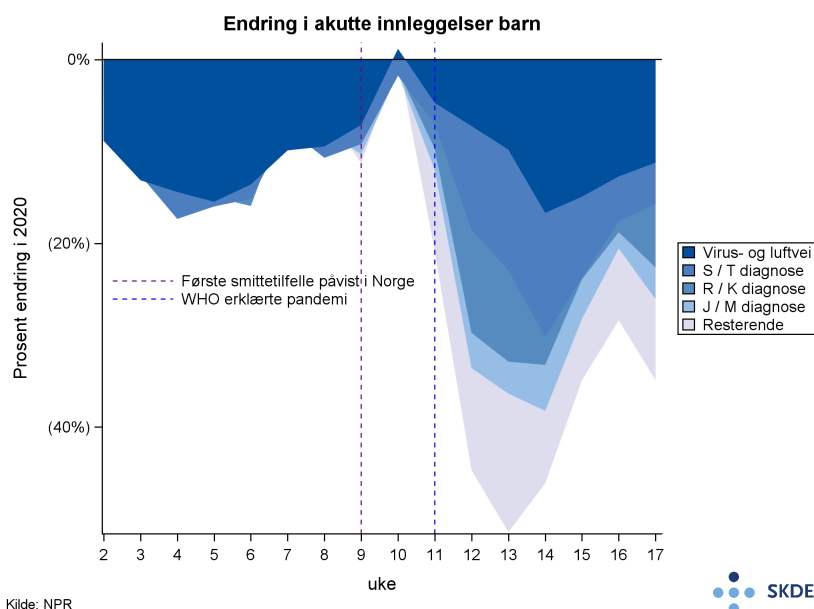
¹⁷Jf. www.helsedirektoratet.no

Kapittel 5. Nødvendige somatiske helsetjenester



Figur 5.6: Antall akutte innleggelser per 100 000 innbyggere for barn 0-17 år etter nedstengningen i 2020 (13.mars - 30.april) og tilsvarende periode i 2019, fordelt på opptaksområde, justert for kjønn og alder. Antall innleggelser i 2020 og prosentvis endring ifht 2019 i kolonne til høyre.

Åndedrett (J-diagnoser) og sykdommer i muskel-skjelettsystemet (M- diagnoser) forklarer 9 % av endringen, og restende 26 % er akutte innleggelser med diagnoser fra ICD10-kapittel ikke spesifikt nevnt.



Figur 5.7: Endring i akutte innleggelser for barn per uke i 2020 sammenlignet med samme uker i 2019. Fordelt på utvalgte virus- og luftveisinfeksjoner, ST, RK, JM og resterende diagnoser.

5.3.3 Kreft

Det var en overordnet målsetning at kreftpasienter ikke skulle få forverret prognose eller livskvalitet på grunn av pandemien. Nyten av kreftbehandling måtte likevel vurderes opp mot risiko knyttet til reiser og oppmøte på sykehus, da kreftpasienter har økt risiko for et alvorlig forløp ved covid-19 sykdom på grunn av nedsatt immunforsvar knyttet til sykdom og behandling. Norsk Onkologisk Forening kom i mars 2020 med faglige nasjonale anbefalinger som hadde som mål å gi best mulig kreftbehandling med færrest mulig oppmøter på sykehus. Man anbefalte her at kurativ strålebehandling burde tilbys med færrest mulige oppmøter, alternativt kunne oppstart av behandling utsettes (for prostatakraft ved å forlenge midlertidig hormonblokkade). For ikke-kurativ behandling med gode prognoser ble det anbefalt å velge behandlingsmetoder med minst mulig risiko for komplikasjoner og ledsagende sykehusinnleggelse. I tillegg anbefalte man en reduksjon i oppmøter på sykehus enten ved bruk av telefonkonsultasjoner eller ved å forlenge intervaller for medikamentell behandling. Oppfølging og kontroller av pasienter uten kjent residiv eller aktiv kreftsykdom ble anbefalt utsatt og ikke prioritert i en akutt pandemifase.

Med dette bakteppet ønsker vi i dette avsnittet å belyse følgende problemstillinger:

- Hvordan ble det samlede omfanget av spesialisthelsetjenester for pasienter med kreft påvirket av pandemiutbruddet?
- Hadde pandemiutbruddet konsekvenser for kirurgisk kreftbehandling, stråle- og cellegiftbehandling?
- Hvilke grupper av kreftpasienter ble særlig påvirket av endrede behandlingsstrategier etter pandemiutbruddet?
- Førte pandemiutbruddet til endret geografisk variasjon i omfang av kreftbehandling mellom opptaksområder?

Analysene baserer seg på individdata fra NPR per 1. tertial 2019 og 2020. I tillegg benyttes foreløpige, anonymiserte, og delvis sensurerte data til å beskrive overordnede aktivitetstrender for kreft ved utgangen av september 2020.

Omfang av spesialisthelsetjenester for kreftpasienter under pandemiutbruddet

Tabell 5.1 viser opphold/kontakter i norske helseforetak for pasienter med kreft som hoveddiagnose i perioden før (1.januar-12.mars) og etter (13.mars-30.april) covid-19-utbruddet i 2020, sammenlignet med tilsvarende perioder i 2019.

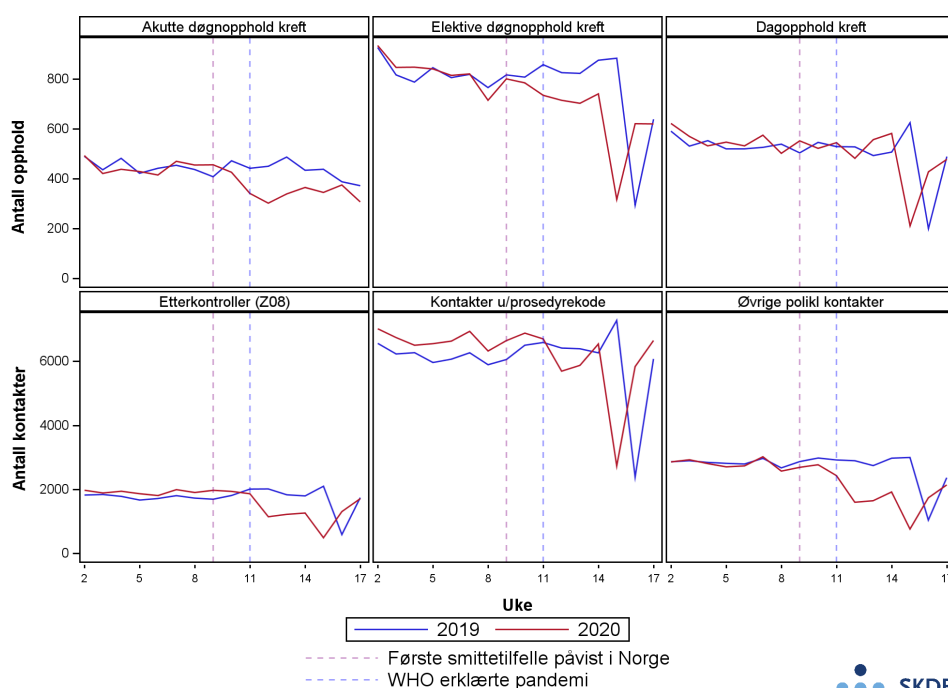
Tabell 5.1: Døgnopphold, dagopphold og polikliniske kontakter der kreft var hoveddiagnose i periodene før (1.1-12.3) og etter pandemiutbruddet (13.3-30.4). Antall og prosentvis endring sammenlignet med 1. tertial 2019.

| Indikator | Før | | Etter | |
|---|---------|---------|---------|---------|
| | antall | endring | antall | endring |
| Akutte døgnopphold | 4 327 | 1.0 % | 2 517 | -20.3 % |
| Elektive døgnopphold | 8 044 | 2.7 % | 4 854 | -14.9 % |
| Dagbehandlinger | 5 667 | 4.1 % | 3 333 | -3.4 % |
| Polikliniske kontakter ekskl stråle- og cellegiftbehandling | 192 511 | 5.4 % | 107 271 | -11.9 % |

Døgninnleggelse for kreft (korrigert for overføringer mellom avdelinger og sykehus) ble samlet redusert med 17 % i perioden etter pandemiutbruddet, mens dagbehandlinger var stabile, jf.

tabell 5.1. Akuttinnleggelser der kreft var hoveddiagnose falt med 20 % (tilsvarende ca 90 færre innleggelser per uke) i perioden etter pandemiutbruddet. Målt i volum var nedgangen størst for opphold med lungekreft eller Non-Hodgkin lymfom som hoveddiagnose (resultater ikke vist). Pasienter med metastaser og pasienter i palliativ behandling hadde samme relative nedgang som andre kreftpasienter. Nedgangen i akuttinnleggelser for kreft gjaldt alle opptaksregioner unntatt Nord, og var størst i Sør-Øst (-25 %), jf. tabell B.9 i vedlegget. I alle opptaksregioner var det også en sammenlignbar nedgang (-25 %) i akutte døgnopphold der kreft var bidiagnose, i hovedsak på grunn av færre innleggelser der sykdommer i åndedretsorganene var hoveddiagnose (resultater ikke vist).

Parallelt med nedgangen i akuttinnleggelser for kreft var det også en nedgang i planlagte innleggelser for kreft (-15 %), jf. figur 5.8. Nedgangen umiddelbart etter pandemiutbruddet var imidlertid mindre enn den styrte reduksjonen i forbindelse med påske (uke 15-16 i 2020 og uke 16-17 i 2019).



Kilde: NPR



Figur 5.8: Antall døgn- og dagopphold med hoveddiagnose kreft (øverst) og antall polikliniske kontakter for kreft, eksklusive stråle- og cellegiftbehandling (nederst) per uke i 2020 sammenlignet med samme uker i 2019

Polikliniske kontakter eksklusive stråle- og cellegiftbehandling ble redusert med 12 % etter pandemiutbruddet, sammenlignet med samme periode i 2019, jf. tabell 5.1. Til sammenligning var det en økning på 6 % i slike kontakter de første ukene av 2020. Fysiske oppmøter ble delvis erstattet av telefon-/videokonsultasjoner. Telefonkonsultasjoner med egenandel (ny i ISF-ordningen i 2020) utgjorde 31 % av slike konsultasjoner i ukene etter pandemiutbruddet, mot 2 % i starten av året.

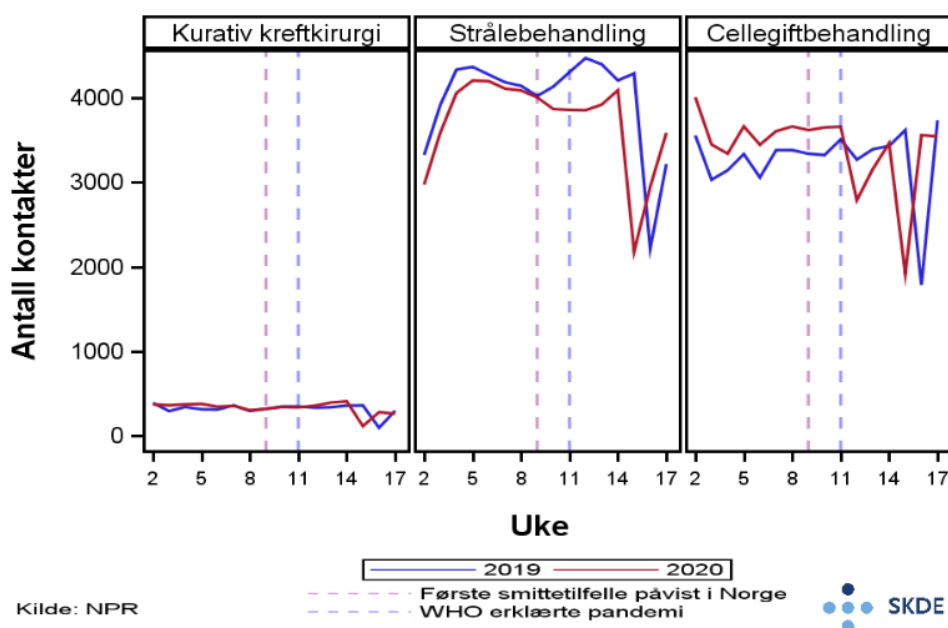
Polikliniske konsultasjoner kodet med Z08 (etterundersøkelse etter behandling for ondartet svulst) ble redusert med 27 % etter pandemiutbruddet, jf. figur 5.8. Nedtaket gjaldt alle opptaksområder, og ble i opptaksområdene Finnmark, OUS og Diakonhjemmet redusert med mer enn 40 % sammenlignet med 2019. Koding av kontroller er imidlertid et område med kjent

kodevariasjon, som gjør sammenligninger på tvers av opptaksområder utfordrende.

For mer enn 60 % av polikliniske kontakter eksklusive stråle- og cellegiftbehandling manglet det prosedyrekoder (diagnose Z08 ikke inkludert). Disse kontaktene holdt seg stabile (-4 %) i perioden, og inneholder trolig mange reelle kontroller. Samlet ble polikliniske kontakter kodet som etterkontroller og polikliniske kontakter uten prosedyrekoder redusert med 9 % etter pandemiutbruddet. Øvrige polikliniske kontakter¹⁸ ved sykehusene ble redusert med 34 % etter pandemiutbruddet, jf. figur 5.8. Her var den absolutte nedgangen størst for gruppebasert behandling, herunder opptrening. Kontakter hos avtalespesialister utgjorde ca 5 % av polikliniske kreftkonsultasjoner eksklusive stråle- og cellegiftbehandling i perioden, og falt med nærmere 40 % etter pandemiutbruddet.

Kirurgisk kreftbehandling, stråle- og cellegiftbehandling under pandemiutbruddet

Antall opphold med kurativ kreftkirurgi¹⁹ holdt seg stabil (-2 %) etter pandemiutbruddet, jf. figur 5.9. Endringen i opphold med kurativ kreftkirurgi var størst i opptaksregion Midt, med en nedgang på 11 %, mens opptaksregion Vest hadde en svak økning (+3 %).



Figur 5.9: Antall opphold for kurativ kreftkirurgi, samt antall kontakter for poliklinisk stråle- og cellegiftbehandling per uke i 2020 sammenlignet med samme uker i 2019

Antall fremmøter til poliklinisk strålebehandling ble redusert med 9 % (tilsvarende 360 færre strålebehandlinger per uke), sammenlignet med samme periode i 2019. Tendensen til redusert fremmøte til strålebehandling var imidlertid også til stede i starten av året (-3 %), jf. figur 5.9. Reduksjonen var størst for pasienter med prostatakreft (-13 %). Nedgangen i fremmøte til poliklinisk stråleterapi etter pandemiutbruddet gjaldt alle opptaksregioner med unntak av Nord (+2 %).

¹⁸Polikliniske kontakter eksklusive stråle- og cellegiftbehandling, etterkontroller og kontakter uten prosedyrekoder

¹⁹Kurativ kreftkirurgi er her definert ved et utvalg kirurgiske prosedyrer i kombinasjon med relevante kreftdiagnoser. Utvalget inkluderer følgende kreftgrupper: kreft i blære, bryst, bukspyttkjertel, eggstokk, endetarm, lever, livmor, lunge, mage, nyre, prostata, skjoldbruskkjertel, spiserør, testikkel, tykktarm og melanom. Se definisjoner i rapporten 'Kreftkirurgi Helse Nord 2013-2016'. (SKDE 2017)

Antall pasienter som gjennomgikk poliklinisk strålebehandling ble redusert med 7 % (tilsvarende 20 færre pasienter per uke), og er dermed lavere enn nedgangen i fremmøter til strålebehandling.

Antall pasienter som fikk poliklinisk cellegiftbehandling ble redusert med 7 % (tilsvarende ca 90 færre pasienter per uke) etter pandemiutbruddet, mens volumet av polikliniske cellegiftbehandlinger ble redusert med 5 % (tilsvarende 170 færre cellegiftbehandlinger per uke), jf. figur 5.9. Reduksjonen i antall polikliniske cellegiftbehandlinger gjaldt alle regioner unntatt Nord. Til sammenligning var det i starten av året en samlet økning på 11 % i polikliniske cellegiftbehandlinger sammenlignet med samme periode i 2019.

Endringer i omfang av behandling etter krefttype

Samlet ble antall unike kreftpasienter redusert med 16 % i ukene etter pandemiutbruddet, tilsvarende 1 200 færre kreftpasienter per uke. Nedgangen var størst for pasienter med kode for etterkontroll (-44 %). Nedgangen i behandlede kreftpasienter varierte fra -11 % i opptaksregion Midt til -17 % i Sør-Øst.

Med hensyn til krefttype var det størst absolutt nedgang for pasienter behandlet for bryst- eller prostatakraft, med henholdsvis 145 og 80 færre pasienter per uke i perioden etter pandemiutbruddet, jf. tabell B.8 i vedlegget. Den relative nedgangen var mest uttalt for pasienter med livmorhalskreft eller Hodgkins lymfom, begge med 29 % nedgang, tilsvarende 20-30 færre pasienter per uke. Pasienter med bukspyttkjertelkreft, magekreft eller nyrekreft var lite berørt av pandemiutbruddet, med endringer i størrelsesorden +/-5 % sammenlignet med samme periode i 2019.

Påvirket pandemiutbruddet den geografiske variasjonen i kreftbehandling?

Det ble observert forholdsvis liten variasjon i relative endringer i aktivitet knyttet til kreftbehandling etter pandemiutbruddet mellom opptaksregionene. Derimot var det relativt store forskjeller i tilpasning mellom opptaksområder på HF-nivå, jf. figur 5.2. Denne figuren angir prosentvise endringer per opptaksområde etter pandemiutbruddet i 2020 sammenlignet med samme periode i 2019 for et utvalg aktivitetsmål for kreftbehandling. Tall for strålebehandling i opptaksområdet Sørlandet mangler for 1. tertial 2020 i våre data, og er oppgitt som ”ukjent”.

På kreftområdet var det på HF-nivå størst forskjeller i respons på pandemiutbruddet for akuttinnleggelser, som varierte fra 50 % reduksjon i Telemark til 29 % økning i UNN. Tretten av 21 opptaksområder hadde imidlertid mer enn 15 % reduksjon i slike innleggelser. Også kurativ kreftkirurgi, som viste liten endring samlet sett, viste store kontraster i relativt nedtak mellom opptaksområdene etter pandemiutbruddet. Slike opphold økte med 62 % i Telemark, men ble redusert med 21 % i UNN.

Først og fremst illustrerer figuren den store variasjonen i umiddelbar respons på pandemiutbruddet mellom opptaksområder, samt på tvers av aktivitetsmål. Det gjør det vanskelig å oppsummere entydige trekk ved kreftbehandlingen innen de ulike opptaksområdene. Opptaksområdene med flest covid-19-pasienter i denne fasen (OUS og Akershus) hadde ikke større relativt nedtrekk i antall kreftkontakter enn andre. Derimot kan det se ut som opptaksområdene Innlandet, Vestre Viken og Sørlandet utmerket seg med relativt store nedtrekk på mange av indikatorene for kreftbehandling. Også Diakonhjemmet hadde store relative endringer i døgnbehandlinger for kreftpasienter. Motsatt synes det som om det var samlet sett var mindre utslag i antall kreftkontakter i opptaksområdene Finnmark, UNN, Nordland, Nord-Trøndelag og Lovisenberg.

Variasjonen mellom opptaksområder er noe mindre målt i endring av korrigerede DRG-poeng,

Tabell 5.2: Prosentvis endring etter pandemiutbruddet i 2020 for et utvalg aktivitetsmål for kreftbehandling, etter opptaksområde. Endringer relativt til samme periode i 2019.

| Opptaksområde | Akutt-innleggelser kreft | Elektive innleggelser kreft | Kurativ kreftkirurgi | Poliklinisk strålebehandling | Poliklinisk cellegiftbehandling | Andre polikliniske kontakter |
|-----------------|--------------------------|-----------------------------|----------------------|------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| Finnmark | -10,6 | -13,8 | n < 30 | 16,0 | 14,8 | -20,8 |
| UNN | 29,4 | -12,9 | -21,1 | -12,4 | 10,2 | -22,3 |
| Nordland | -3,8 | -12,1 | -1,7 | 28,1 | 3,4 | 4,3 |
| Helgeland | -23,1 | -19,8 | 7,5 | -19,2 | -5,6 | -0,5 |
| Nord-Trøndelag | -25,8 | -9,8 | 5,6 | 35,4 | -13,5 | -12,4 |
| St. Olavs | 5,4 | -2,9 | -5,2 | -21,6 | -2,5 | -9,2 |
| Møre og Romsdal | -21,9 | -20,7 | -19,8 | -28,4 | -4,3 | -17,3 |
| Førde | -25,0 | -5,0 | 7,3 | -31,1 | -9,1 | -21,5 |
| Bergen | -22,4 | -15,3 | 2,6 | -4,3 | -5,6 | -11,6 |
| Fonna | 0,9 | -21,3 | -14,3 | -25,6 | -4,5 | -22,9 |
| Stavanger | -42,3 | -7,8 | 14,8 | -15,2 | -7,9 | 9,7 |
| Østfold | -19,3 | -10,8 | -6,4 | -9,3 | -5,7 | -15,9 |
| Akershus | -9,5 | -6,8 | -8,4 | -7,8 | -8,9 | -18,8 |
| OUS | -19,8 | -5,8 | -6,4 | 8,6 | -10,4 | -14,2 |
| Lovisenberg | n < 30 | -9,5 | -7,7 | 31,5 | 8,5 | -8,0 |
| Diakonhjemmet | -36,4 | -31,5 | 2,0 | 6,5 | 4,5 | -19,6 |
| Innlandet | -29,1 | -29,2 | -14,7 | -23,1 | -16,4 | -7,5 |
| Vestre Viken | -34,5 | -27,6 | -1,0 | -24,9 | -14,6 | -21,4 |
| Vestfold | -9,0 | 16,0 | 33,0 | 13,5 | 1,6 | -2,7 |
| Telemark | -50,0 | -15,8 | 62,3 | -2,0 | -5,6 | -17,1 |
| Sørlandet | -25,5 | -22,2 | -17,7 | ukjent | 20,9 | -42,0 |
| Norge | -20,3 | -14,9 | -1,6 | 13,5 | -5,1 | -15,1 |

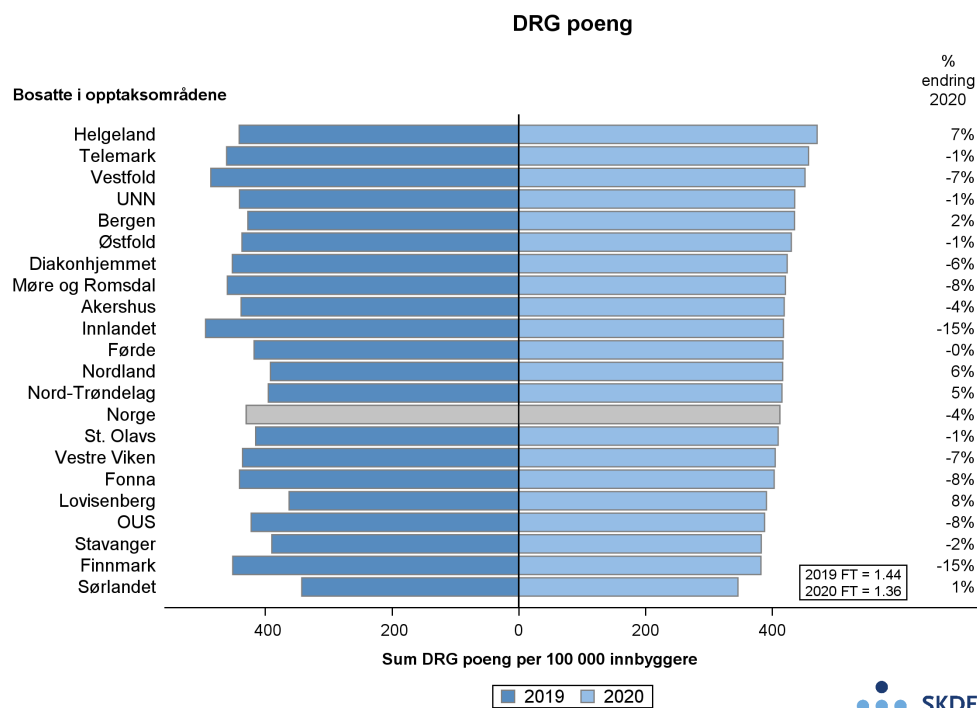
Fargekoder:

- Mer enn 30% reduksjon
- 15-30% reduksjon
- 5-15% reduksjon
- 5% reduksjon til 5% økning
- 5-15% økning
- Mer enn 15% økning

n < 30: Ikke oppgitt på grunn av små tall

hvor ti av 21 opptaksområder hadde endringer i størrelsesorden +/-5 % når det gjaldt kreftrelaterte opphold/kontakter (resultater ikke vist). Her hadde opptaksområdet Innlandet størst reduksjon (-18 %), etterfulgt av opptaksområdene Vestre Viken, Diakonhjemmet og Fonna som alle hadde reduksjon på 13-14 %.

Til tross for store relative endringer i tilpasningen på HF-nivå umiddelbart etter pandemiutbruddet, er det lite som tyder på markerte endringer i overordnet geografisk variasjon i forbruksrater på kreftområdet, målt som forholdstallet mellom området med høyest og lavest forbruksrate. Figur 5.10 viser rater for DRG-poeng for kreftrelaterte kontakter i perioden etter pandemiutbruddet. I perioden 13.mars-30.april i 2020 hadde opptaksområdet med høyest rate for kreftrelaterte DRG-poeng 1,4 ganger høyere rate enn opptaksområdet med lavest rate. Dette forholdstallet var uendret fra samme periode i 2019. Vi finner også uendret overordnet geografisk variasjon for akuttinnleggelser (jf. figur B.4 i vedlegget), kirurgisk kreftbehandling (figur B.5 i vedlegget), samt poliklinisk cellegiftbehandling (jf. figur B.7 i vedlegget). For poliklinisk strålebehandling var det derimot en tendens til noe økte forskjeller etter pandemiutbruddet, jf. figur B.6 i vedlegget. Her endret forholdstallet mellom høyeste versus laveste forbruksrate seg fra 1,8 i perioden 13.3-30.4 i 2019 til 2,2 i samme periode i 2020.



Kilde: NPR/SSB

Figur 5.10: Sum DRG-poeng for kreftrelaterte opphold/kontakter per 100 000 innbyggere i perioden etter pandemiutbruddet i 2020 (13.mars-30.april), fordelt på opptaksområde og justert for kjønn og alder. Prosentvis endring ifht 2019 i kolonne til høyre. FT=Forholdstall mellom høyeste og laveste rate

Utvikling i aktivitetsnivå for kreftpasienter per 30. september 2020

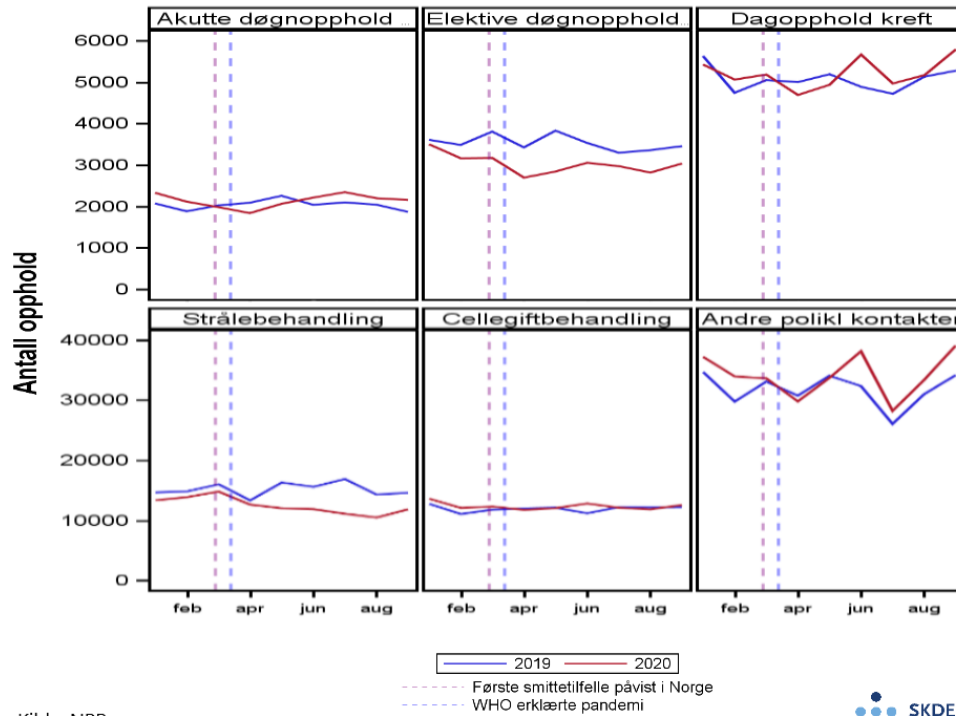
For å beskrive overordnede trender for kreftbehandling på litt lengre sikt er det benyttet foreløpige, anonymiserte data fra NPR per 30. september 2020. Disse dataene inneholder ikke diagnose- og prosedyrekoder, og avviker derfor noe i definisjoner fra tidligere avsnitt²⁰.

Figur 5.11 viser månedsvise akuttinnleggelser, elektive innleggelser og dagopphold for kreft i periodene januar-september i 2019 og 2020, mens utvikling i antall polikliniske kontakter i samme periode er vist i figur 5.11.

Status ved utgangen av september var at antall akuttinnleggelser for kreft (+5 %), dagopphold for kreft (+3 %), cellegiftbehandling (+3 %), samt polikliniske kontakter for kreft eksklusive stråle- og cellegiftbehandling (+7 %) var stabile eller høyere enn på samme tidspunkt i fjor. Derimot var elektive innleggelser for kreft (-14 %) og fremmøter til strålebehandling (-18 %) fortsatt lavere enn på samme tidspunkt i 2019. For strålebehandling kan endringen trolig relateres til omlegging av behandlingspraksis, en tendens man så allerede i starten av 2020. Når det gjelder elektive innleggelser for kreft startet nedgangen før pandemiutbruddet. Det er uklart hva som er driverne

²⁰Kreft er her definert ved hoveddiagnose i C-kapitlet, og omfatter anslagsvis 90 % av kontakter inkludert i omtalen av kreft i tidligere avsnitt. I det anonyme datasettet mangler ca 3 % av kontaktene informasjon om pasientgrupper (anonymisering foretatt for å redusere risiko for bakveisidentifikasjon). Det er uklart hvordan dette slår ut for omfang av kreftdiagnoser. Poliklinisk strålebehandling er her identifisert gjennom DRG-ene 851A, 851C, 851D, 851F, 851J, 851K, 851N, 851R og 851X, som omfatter 2 % flere kontakter enn definisjonen brukt i tidligere avsnitt (bl.a. lavenergetisk strålebehandling som brukes mot hudsykdommer). Cellegiftbehandling er identifisert gjennom DRG-ene 856D, 856F, 856G, 856J, 856K, 856M, 856N, 856O, 856R, 856X, og omfatter 95 % av poliklinisk cellegiftbehandling omtalt tidligere

bak dette, og om slike innleggelser delvis har blitt konvertert til dagbehandling. Dette krever mer detaljerte data for å besvare.



Kilde: NPR

Figur 5.11: Antall akuttinnleggelser, elektive innleggelser og dagopphold for kreft (øverst) og antall polikliniske stråle- og cellegiftbehandlinger og andre polikliniske kontakter for kreft (nederst) per måned i perioden jan-sep 2020 sammenlignet med samme uker i 2019

5.4 Oppsummering

Akutte innleggelser

- Reduksjonen i akutte innleggelser per uke for både voksne og barn starter før nedstengning ble iverksatt 12.mars 2020.
- Antall akutte innleggelser per uke for barn er gjennomgående lavere i 2020 enn samme uker i 2019.
- Den geografiske variasjonen i antall akutte innleggelser per 100 000 innbyggere hos voksne i første fase av covid-19-pandemien i 2020 (13.mars - 30.april) er tilnærmet lik variasjonen i tilsvarende periode i 2019. De ulike opptaksområdene har ulik prosentvis nedgang, som varierer fra 19 % til 30 %. Tilsvarende funn er det i antall akutte innleggelser per 100 000 innbyggere hos barn, men her varierer prosentvis endring for de ulike opptaksområdene mellom 26 % til 70 % nedgang.
- Variasjonen i antall akutte innleggelser per 100 000 innbyggere hos utvalgte pasientgrupper (hjerteinfarkt, hjertesvikt, hjerneslag, hoftebrudd, kreft, lungebetennelse og kreft) viser lite variasjon i første fase av covid-19-pandemien i 2020 (13.mars - 30.april), i likhet med sammenligningsperioden i 2019. Den prosentvise nedgangen for opptaksområdene varierer fra 21 % til 36 %.

Kreftbehandling

- Volumet av kreftkontakter ble redusert i den akutte pandemifasen. Mest overraskende er fallet i akuttinnleggelser for kreft.
- Kurativ kreftkirurgi ble skjermet og prioritert.
- Stråle- og cellegiftbehandling ble noe redusert i den første fasen, i tråd med nasjonale anbefalinger.
- Polikliniske etterkontroller ble redusert for å redusere pasientenes risiko for smitte
- Reduksjonen i kreftkontakter etter pandemiutbruddet var mest markert for pasienter med bryst- eller prostatakreft.
- Overordnet geografisk variasjon i kreftbehandling, målt som forholdstallet mellom høyeste og laveste forbruksrate, var stabil under pandemiutbruddet.

Kapittel 6

Tjenester med usikker helsegevinst

6.1 Innledning

De regionale helseforetakene (RHF-ene) har i 2019 og 2020 arbeidet med et prosjekt knyttet til utfasing av metoder (revurderingsprosjektet). Helseregionene samarbeider med Folkehelseinstituttet (FHI), Statens legemiddelverk (SLV), Helsedirektoratet, Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) og aktører i systemet for Nye metoder. Helse- og omsorgsdepartementet har bedt prosjektet ta utgangspunktet i 17 kirurgiske metoder som av NHS i England har blitt vurdert som prosedyrer med usikker nytteverdi (The Evidence-based Interventions Programme).²¹

Her ser vi på aktivitetsutviklingen for disse prosedyrene i pandemiperioden.

Tabell 6.1 viser hvilke kirurgiske prosedyrer som har blitt vurdert i revurderingsprosjektet. Måten behandlingene er avgrenset på i datagrunnlaget framgår av vedlegg til dette notatet.²²

Tabell 6.1: Utvalgte kirurgiske prosedyrer med diskutabel nytteverdi²³.

| Prosedyrer | |
|---|---|
| Akromionreseksjon ved impingement syndrom | Injeksjoner for rygg smerter 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 |

²¹I revurderingsprosjektet har det blitt gjennomført et eget arbeid for å oversette kodingen av disse prosedyrene til norske kirurgiske kodeverk, slik at denne aktiviteten kan identifiseres og analyseres i norske nasjonale aktivitetsdata fra Norsk pasientregister (se vedlegg for avgrensning og definisjon av prosedyrene som omfattes av arbeidet).

²²I aktivitetsdataene fra avtalespesialistene er det i tillegg trukket ut episoder merket med takster som korresponderer med de utvalgte prosedyrene.

²³For acromionreseksjon ved impingement syndrom, hysterektomi og håndkirurgi ved karpaltunnelsyndrom er det utarbeidet metodevarsler som er sendt inn til systemet Nye metoder. Det er planlagt tilsvarende prosess for hemoroidektomi og tonsillektomi. Hensikten er at disse prosedyrene skal være piloter i arbeidet med revurdering.

6.2 Problemstillinger

Utgangspunktet for oversiktene vi presenterer her er de kirurgiske prosedyrene i tabell 6.1. Datagrunnlaget er data fra Norsk pasientregister (NPR) for 1. tertial 2019 og 1. tertial 2020. Datagrunnlaget inneholder informasjon om all aktivitet ved private og offentlige sykehus i Norge, samt hos avtalespesialister.

Problemstillingene vi ønsker å besvare er: Hvordan var utviklingen for prosedyrer med diskutabel nytteverdi?

- Skiller utviklingen i denne aktiviteten seg fra den generelle utviklingen i elektiv kirurgisk behandling?
- Er det forskjeller i utviklingen i aktiviteten og forbruket mellom opptaksområder?
- Er det forskjeller i utviklingen i aktiviteten mellom fagområder?
- Er endringene i aktivitet forskjellig mellom aldersgrupper?
- Hvordan har utviklingen vært for prosedyrer som har særskilt oppmerksomhet i revurderingsprosjektet (pilotprosedyrene)?

Framover vil det være viktig å følge utviklingen i prioritering, tilbud og forbruk av disse tjenestene når aktivitetsnivået i helseforetakene øker. Trender i 2. og 3. tertial 2020, samt i 2021 vil etter hvert gi mer informasjon og kunnskap om denne typen aktivitet. Når slike data foreligger vil vi kunne se om disse behandlingene starter opp igjen og når sitt tidligere nivå.

6.3 Resultater

6.3.1 Skiller utviklingen for prosedyrer med diskutabel nytteverdi seg fra den generelle utviklingen?

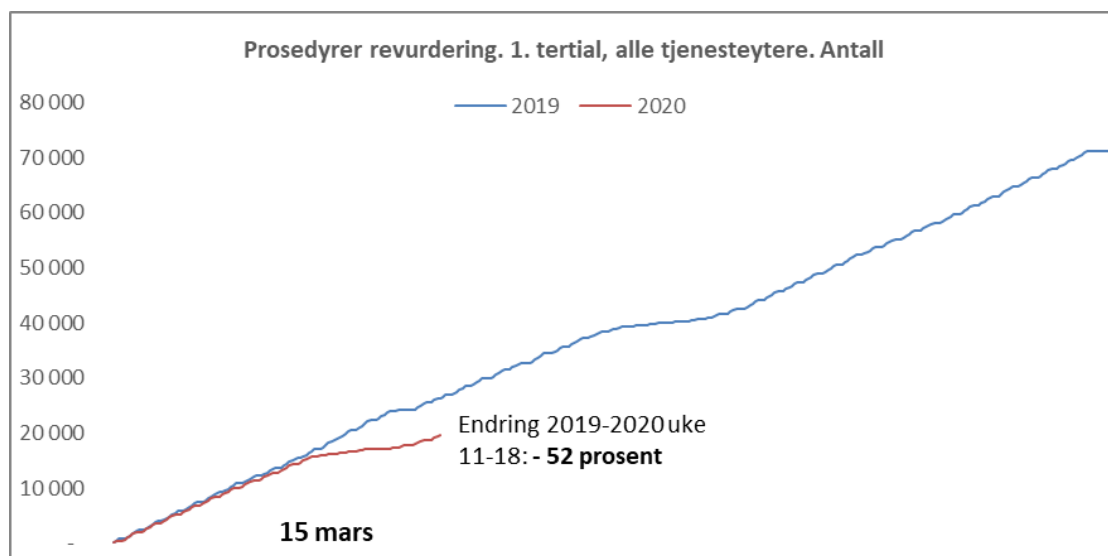
Når vi ser samlet på alle prosedyrene med diskutabel nytteverdi, viser hovedbildet en total nedgang pr. 1. tertial på 6 679 opphold (Tabell 6.2). Det representerer en nedgang nasjonalt på 25 prosent i antall opphold. Vi ser med andre ord en markant utflating fra og med 15. mars 2020. I perioden etter nedstengingen (uke 11-18), er reduksjonen på hele 52 prosent. (Figur 6.1)

Tabell 6.2: Antall sykehusopphold januar-april 2019 - januar-april 2020 for prosedyrer med diskutabel nytteverdi.

| År | Januar | Februar | Mars | April | Total |
|---------|--------|---------|--------|--------|--------|
| 2019 | 7 224 | 6 328 | 7 079 | 5 666 | 26 297 |
| 2020 | 6 956 | 5 943 | 3 954 | 2 764 | 19 617 |
| Endring | -268 | -385 | -3 125 | -2 902 | -6 680 |

Vi har også sammenlignet endringen i prosedyrene med diskutabel nytteverdi med endringen innen all annen elektiv dagkirurgi. Det framgår av tabell 6.3 under at det ble gjennomført 11 737 færre elektive dagkirurgiopphold pr. 1. tertial i 2020 sammenlignet med 2019. Dette representerer en relativ nedgang på 17 prosent. I pandemiperioden av 1. tertial (uke 11-18) har all annen elektiv dagkirurgi en nedgang på 41 prosent. Vi kan altså slå fast at prosedyrene med diskutabel nytteverdi har hatt en kraftigere nedgang enn annen elektiv dagkirurgi.

Figur 6.2 viser antall prosedyrer med diskutabel verdi pr. uke. Vi ser at volumet er noe lavere i 2020 også fram til nedstengningen 12. mars 2020 (uke 11). Fram til uke 11 ble det utført 7



Figur 6.1: Utvikling 1. tertial 2019-1. tertial 2020 for prosedyrer med diskutabel nytteverdi.

Tabell 6.3: Antall sykehusopphold januar-april 2019 - januar-april 2020. Elektiv dagkirurgi eksklusive prosedyrer med diskutabel nytteverdi.

| År | Januar | Februar | Mars | April | Total |
|---------|--------|---------|--------|--------|---------|
| 2019 | 19 021 | 16 174 | 17 793 | 14 389 | 67 377 |
| 2020 | 18 811 | 16 655 | 11 589 | 8 585 | 55 640 |
| Endring | -210 | 481 | -6 204 | -5 804 | -11 737 |

prosent færre prosedyrer sammenlignet med året før. Dette skyldes blant annet at det er utført færre skulderoperasjoner i 2020. Fram til nedstengningen ble det i 2020 totalt utført fra 1 380 til 1 687 prosedyrer pr. uke.

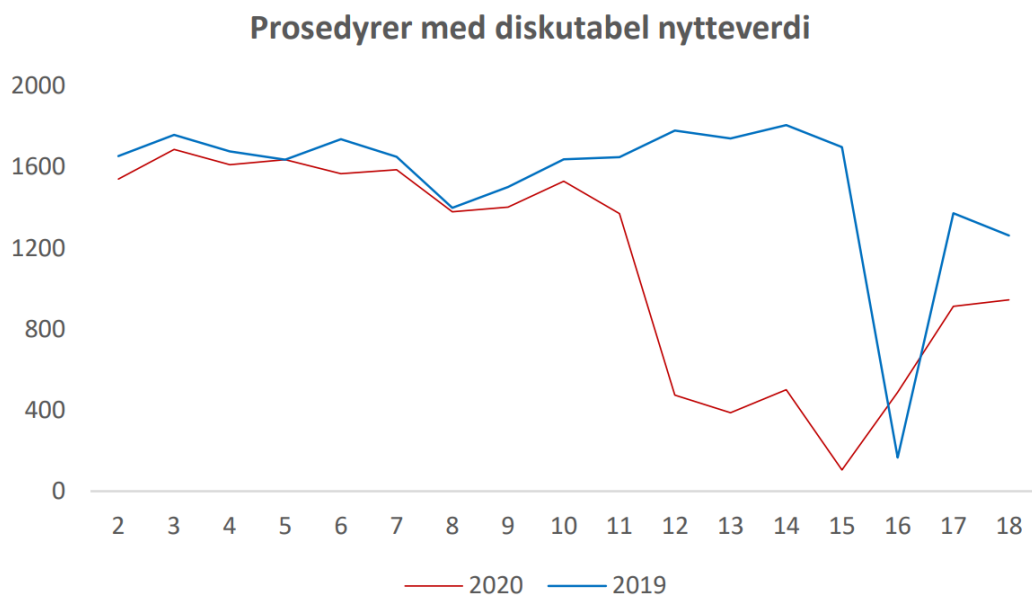
Tabell 6.4: Endring og prosentvis endring i sykehusopphold 2019 - 2020 for prosedyrer med diskutabel nytteverdi. Fordeling etter tjenesteyter.

| Tjenesteyter | Pr. 1. tertial | | Uke 11-18 | |
|--------------------|----------------|---------|-----------|---------|
| | Antall | Prosent | Antall | Prosent |
| Avtalespesialister | -1 953 | -31 % | -1 175 | -46 % |
| Offentlig | -4 375 | -25 % | -4 273 | -58 % |
| Privat | -352 | -16 % | -202 | -23 % |
| Total | -6 680 | -25 % | -5 650 | -52 % |

Vi ser at volumet faller markant fra uke 10 til 11, og at det fra og med uke 12 blir utført ca 400-500 prosedyrer i uken de neste tre ukene. Etter påske (uke 15), øker volumet igjen, for så å flate ut i uke 17. I siste uke av tertialet (18), og så lang vi har data pr. nå, ble det utført i overkant av 300 færre prosedyrer med diskutabel nytteverdi når vi sammenlignet 2020 med 2019.

Tabell 6.4 viser nedgangen fordelt på tjenesteyter. Fordelingen viser at det pr. 1. tertial er avtalespesialistene som har hatt størst nedgang (31 %), mens aktiviteten ved de private sykehusene er tatt minst ned (16 %) ²⁴. Etter nedstengningen og ut 1. tertial (uke 11-18) er den

²⁴Når vi ser på perioden samlet (1. tertial) vil endringene også kunne være uttrykk for endringer i aktiviteten i



Figur 6.2: Antall prosedyrer med diskutabel nytteverdi etter uke.

relative nedgangen størst ved hf-ene (58 %), mens nedgangen hos avtalespesialistene og ved de private sykehusene er henholdsvis 46 og 23 prosent.

6.3.2 Er det forskjeller i utviklingen i aktiviteten og forbruket mellom opptaksområder?

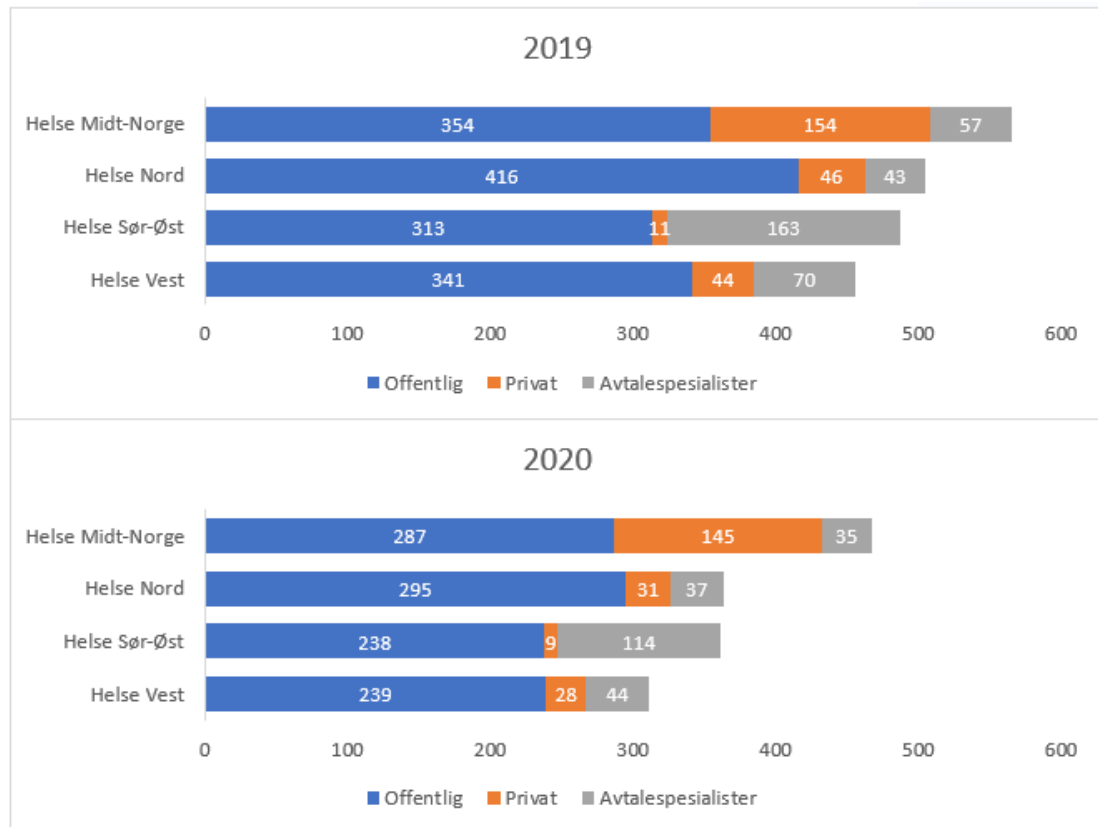
Når vi ser på pasientens bosted (Tabell 6.5), og sammenligner 1. tertial 2019 med 1. tertial 2020 er reduksjonen i aktivitet lavest i Midt-Norge (-17 %), mens reduksjonen er størst i Helse Vest (-31 %). Når vi sammenligner uke 11-18 de to årene, er det fortsatt i Helse Midt-Norge reduksjonen er minst (-43 %), mens det er innenfor Helse Nord at reduksjonen er størst (-59 %).

Tabell 6.5: Endring og prosent endring i opphold 2019 - 2020 for prosedyrer med diskutabel nytteverdi. Fordeling etter pasientens bostedsregion.

| Bostedsregion | Pr. 1. tertial | | Uke 11-18 | |
|------------------|----------------|---------|-----------|---------|
| | Antall | Prosent | Antall | Prosent |
| Helse Vest | -1 569 | -31 % | 1 166 | -55 % |
| Helse Nord | -701 | -29 % | -582 | -59 % |
| Helse Sør-Øst | -3 676 | -25 % | -3 140 | -53 % |
| Helse Midt-Norge | -694 | -17 % | -750 | -43 % |
| Total | -6 640 | -25 % | -5 638 | -52 % |

Fordelingene under (Figur 6.3) viser variasjonen i forbruksrater for prosedyrer med diskutabel nytteverdi i 2019 (øverst) og 2020 (nederst). Aktivitetsnedgang med samtidig befolkningsøkning gjør at ratene faller. Rangeringen mellom bostedsregionene forblir uendret, og i 2020 er forbruket fortsatt høyest i Helse Midt-Norge. Forskjellene mellom regionene øker.

perioden før pandemien brøt ut (1. jan – 15. mars).



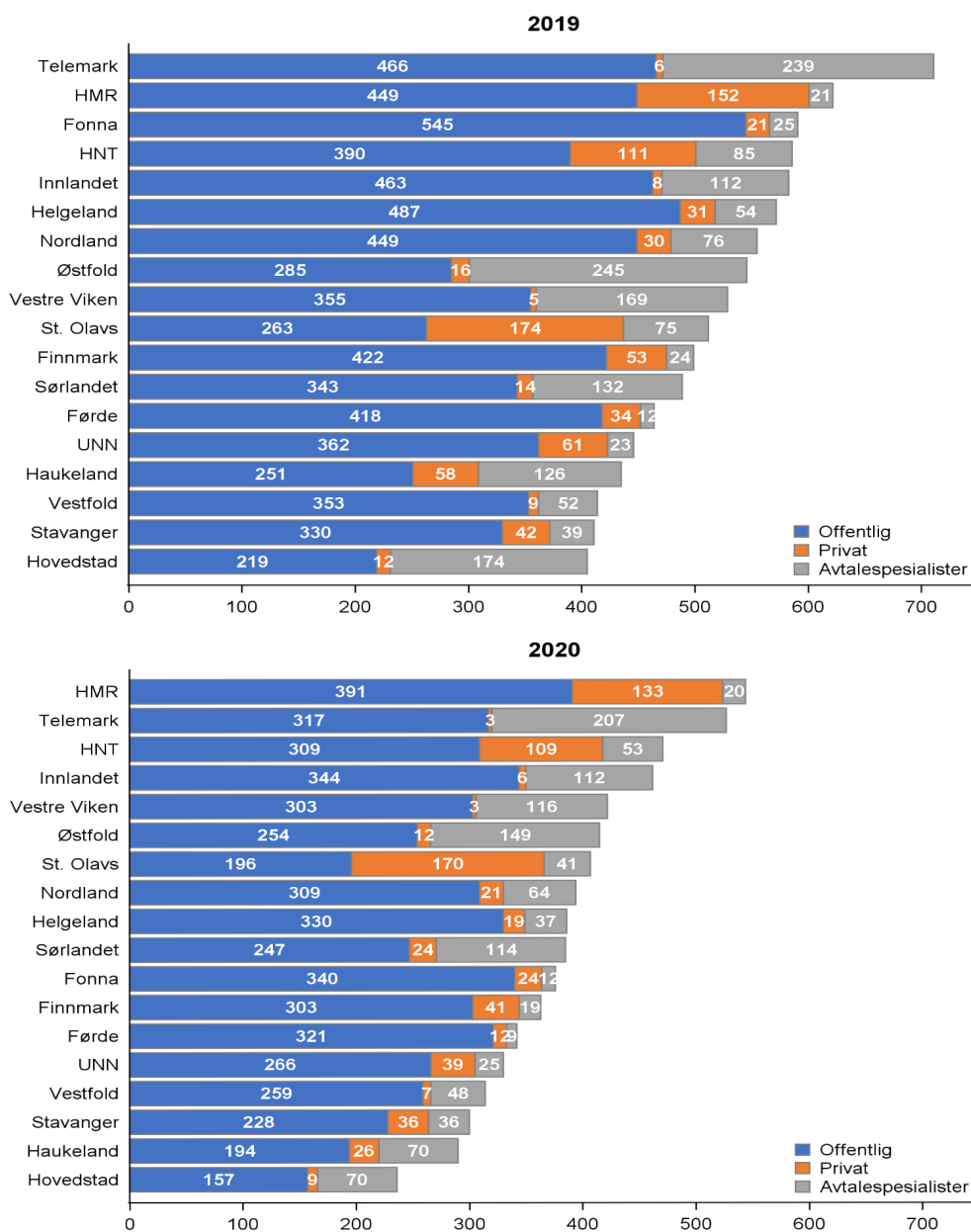
Figur 6.3: Sykehusopphold per 100 000 innbyggere for prosedyrer med diskutabel nytteverdi, pr. 1. tertial 2019 (øverst) og 1. tertial 2020 (nederst). Oversikter basert på pasientens bostedsregion.

Figur 6.4 viser tilsvarende forbruksrater brutt ned på HF-enes opptaksområder. I 1. tertial 2019 er det Telemarksykehuset som har den høyeste raten. I dette opptaksområdet ble det utført 711 prosedyrer med diskutabel nytteverdi pr. 100 000 innbygger. I opptaksområdet med lavest rate, hovedstadsområdet, var tilsvarende rate 405.

I 2020 var høyeste rate 544 (HMR, Helse Møre og Romsdal) mens laveste rate, 236 prosedyrer pr. 100 000 innbygger, var i hovedstadsområdet. Opptaksområdene Helse Fonna, hovedstadsområdet og Helse Bergen (Haukeland i fig.) har størst prosentvis nedgang i rater mellom årene med henholdsvis 56, 51 og 50 prosent nedgang. Innenfor opptaksområdene til Vestre Viken, Helse Nord-Trøndelag (HNT i fig.) og Helse Møre og Romsdal er den relative endringen i raten lavest med henholdsvis 25, 24 og 14 prosent.

Målt som rater, viser både oversiktene på region- og opptaksområdenivå at foretakene i Helse Midt-Norge har høyest andel prosedyrer utført ved private sykehus. Vi ser også at reduksjonen i det private innslaget er liten fra 2019 til 2020 i Helse Midt-Norge. Prosentvis nedgang i raten hos de private er 14 prosent i opptaksområdet til Helse Møre og Romsdal, mens innenfor St-Olavsområdet og opptaksområde Helse Nord-Trøndelag, er prosentvis nedgang i raten hos de private sykehusene 2 prosent.

Kapittel 6. Tjenester med usikker helsegevinst



Figur 6.4: Sykehusopphold per 100 000 innbyggere for prosedyrer med diskutabel nytteverdi, pr. 1. tertial 2019 (øverst) og 1. tertial 2020 (nederst). Oversikter basert på pasientens bostedsområde.

6.3.3 Er det forskjeller i utviklingen i aktiviteten mellom fagområder?

Når man ser på prosedyrene etter fagområde, ser man at utviklingen er forskjellig²⁵. Det er et spenn fra 35 til 13 prosent nedgang mellom fagområdene. Samlet er det Øre-nese-halssykdommer, plastikkirurgi og øyesykdommer som har den største nedgangen (35 %). Prosedyrene innenfor hudsykdommer og kvinnesykdommer har minst nedgang fra 2019 til 2020 (17 og 13 %). Dersom man sammenligner 2020 med 2019 i ukene etter nedstengningen (uke 11-18), er det et spenn fra 68 % nedgang for øre-nese-halssykdommer som har størst nedgang, til 39 % nedgang for hudsykdommer som har minst nedgang.

Tabell 6.6: Antall og prosent endring i sykehusopphold 1. tertial 2019-1. tertial 2020, og prosent endring i uke 11-18, for prosedyrer med diskutabel nytteverdi. Oversikter per fagområde.

| Fagområde/prosedyrer | Antall opphold 2019 | Antall opphold 2020 | %-endring 2019-2020 Pr. 1.tertial | %-endring 2019-2020 Uke 11-18 |
|---|---------------------|---------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| Øre-nese-halssykdommer | 5 175 | 3 338 | -35 % | -68 % |
| Øredrenninglegelse, barn | 1 544 | 926 | -40 % | -65 % |
| Tonsillektomi | 3 576 | 2 375 | -34 % | -70 % |
| Kirurgiske inngrep for snorking (alder 18+) | 55 | 37 | -33 % | -64 % |
| Plastikkirurgi | 639 | 418 | -35 % | -61 % |
| Brystreduksjon | 639 | 418 | -35 % | -61 % |
| Øyesykdommer | 506 | 331 | -35 % | -51 % |
| Kirurgisk fjerning av chalazion | 506 | 331 | -35 % | -51 % |
| Ortopedisk kirurgi | 6 779 | 4 713 | -30 % | -58 % |
| Kirurgisk fjerning av ganglion | 698 | 384 | -45 % | -73 % |
| Akromionreseksjon ved impingement syndrom | 530 | 316 | -40 % | -49 % |
| Håndkirurgi for Dupuytrens kontraktur | 555 | 389 | -30 % | -66 % |
| Håndkirurgi ved triggerfinger | 954 | 677 | -29 % | -55 % |
| Håndkirurgi ved karpaltunnelsyndrom | 2 822 | 2 017 | -29 % | -60 % |
| Operasjoner på kneets menisker (alder 45+) | 1 048 | 779 | -26 % | -46 % |
| Kneartroskopi | 172 | 151 | -12 % | -58 % |
| Karkirurgi | 2 034 | 1 450 | -29 % | -69 % |
| Hemoroidektomi | 1 328 | 925 | -30 % | -73 % |
| Karkirurgi for åreknuter | 706 | 525 | -26 % | -63 % |
| Hudsykdommer | 10 155 | 8 390 | -17 % | -39 % |
| Kirurgisk fjerning av benigne hudtumorer | 10 155 | 8 390 | -17 % | -39 % |
| Kvinnesykdommer | 818 | 715 | -13 % | -42 % |
| Hysterektomi | 453 | 348 | -23 % | -55 % |
| Abrasio | 365 | 367 | 1 % | -30 % |
| Anestesiologi | 191 | 262 | 37 % | -34 % |
| Injeksjoner for ryggsmarter uten isjias | 191 | 262 | 37 % | -34 % |
| Total | 26 297 | 19 617 | -25 % | -52 % |

²⁵Med unntak av anesthesiologi (+ 37 %). Dette er en begrenset aktivitet bestående av en atypisk prosedyre hovedsakelig utført av én avtalespesialist.

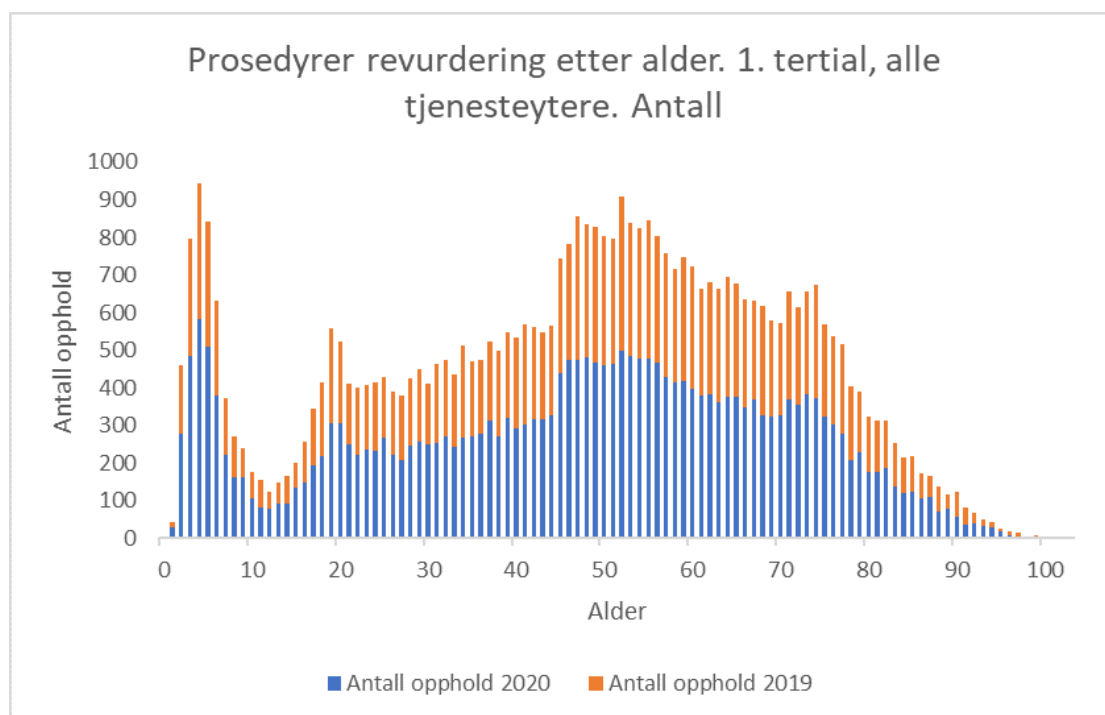
6.3.4 Er endringene i aktivitet forskjellig mellom aldersgrupper?

Pr. 1 tertial er det små endringer i pasientenes gjennomsnittsalder fra 2019 til 2020. Dette gjelder både offentlige og private tjenestetilbydere, jmf tabell 6.7. I perioden etter nedstengningen i 2020 øker pasientenes gjennomsnittsalder når vi ser på alle prosedyrene under ett. Som det framgår av tabellen øker snittalderen på de som mottok behandling i HF-ene fra 47 til 49 år når vi skiller ut ukene 11-18 (2020).

Tabell 6.7: Gjennomsnittsalder for pasienter behandlet med prosedyre med diskutabel nytteverdi, 1. tertial og uke 11-18, for 2019 og 2020. Fordelt etter tjenestetilbyder.

| Tjenesteyter | Pr.1.tertil | | Uke 11-18 | |
|--------------------|-------------|------|-----------|------|
| | 2019 | 2020 | 2019 | 2020 |
| Offentlig | 46 | 47 | 47 | 49 |
| Privat | 48 | 49 | 48 | 49 |
| Avtalespesialister | 45 | 46 | 45 | 48 |
| Total | 46 | 47 | 46 | 49 |

Figur 6.5 viser samlet volum for alle prosedyrer med diskutabel verdi fordelt etter alder. Oransje søyler viser fordelingen i 1. tertial 2019, mens blå søyler viser tilsvarende fordeling i 1. tertial 2020. Som det framgår av fordelingen, har den et likt mønster i de to periodene. Grovt sett kan vi si at alle aldersgrupper mottar færre tjenester, men at den relative nedgangen er lik for alle aldre. Tallene viser at det ikke er belegg for å si at de eldste i mindre grad enn andre har mottatt denne typen behandlinger etter at pandemien brøt ut.



Figur 6.5: Aldersfordeling for pasienter behandlet med prosedyre med diskutabel nytteverdi i 1. tertial 2019 (lyseblå søyler) og 1. tertial 2020 (mørkeblå søyler).

6.3.5 Prosedyrer som har særskilt oppmerksomhet i revurderingsprosjektet (pilotprosedylene)²⁶

Tabell 6.8 viser aktivitetsutviklingen for pilotprosedylene. Fem av de kirurgiske inngrepene som har et visst volum og som representerer et vesentlig ressursbruk er viet særlig oppmerksomhet og kalles «Pilot Nye metoder». Dette underutvalget har samlet en større reduksjon enn resten av intervensjonene som er inkludert i prosjektet.

Tabell 6.8: Endring i sykehusopphold 1. tertial 2019-1. tertial 2020 for prosedyrer med diskutabel nytteverdi. Oversikter over pilotprosedyrer vs. resterende prosedyrer.

| | Antall opphold 1.tertial 2019 | Antall opphold 1.tertial 2020 | %-endring 1. tertial | %-endring uke 11-18 |
|---|--|--|-------------------------|------------------------|
| Pilot Nye metoder | 8 709 | 5 981 | -31 % | -65 % |
| Akromionreseksjon ved impingement syndrom | 530 | 316 | -40 % | -73 % |
| Tonsillektomi | 3 576 | 2 375 | -34 % | -70 % |
| Hemoroidektomi | 1 328 | 925 | -30 % | -60 % |
| Håndkirurgi ved karpaltunnelsyndrom | 2 822 | 2 017 | -29 % | -55 % |
| Hysterektomi | 453 | 348 | -23 % | -49 % |
| Resterende prosedyrer revurdering | 17 588 | 13 636 | -22 % | -46 % |
| Total | 26 297 | 19 617 | -25 % | -52 % |

Skulderoperasjoner (akromionreseksjon) har et lavere volum i hele 2020 sammenlignet med 2019. De fire andre pilotene har inntil midten av mars opprettholdt omtrent samme aktivitetsnivå som i 2019, for deretter å flate ut. Aktiviteten er mest redusert hos avtalespesialistene, dernest HF-ene, mens private sykehus har lavest nedgang (Tabell 6.9).

Tabell 6.9: Endring i sykehusopphold 2019 - 2020 for pilotprosedylene i revurderingsprosjektet. Oversikter pr tjenesteyter.

| Tjenesteyter | Endring 1. tertial | %-endring 1. tertial | %-endring uke 11 - 18 |
|--------------------|--------------------|----------------------|-----------------------|
| Avtalespesialister | -480 | -48 % | -73 % |
| Offentlig | -2 053 | -30 % | -68 % |
| Privat | -192 | -23 % | -30 % |
| Total | -2 725 | -31 % | -65 % |

Også for pilotprosedylene er det minst nedgang i Helse Midt-Norge (16 %). Helse Nord har størst nedgang med 36 prosent (Tabell 6.10). Dersom man ser på ukene 11-18 er rangeringen den samme, men nedgangen større: 72 % nedgang i Helse Nord, 49 % nedgang i Helse Midt-Norge.

²⁶For acromionreseksjon ved impingement syndrom, hysterektomi og håndkirurgi ved karpaltunnelsyndrom er det utarbeidet metodevarsler som er sendt inn til systemet Nye metoder. Det er planlagt tilsvarende prosess for hemoroidektomi og tonsillektomi. Utgangspunktet for valg av piloter var at behandlingene skulle utgjøre et visst volum, representere et vesentlig ressursbruk, ha et forbruksmønster med en viss variasjon mellom bosteder, og at ulike spesialiteter burde inngå. Det har også vært et ønske å velge ut områder med private tilbydere.

Tabell 6.10: Endring i sykehusopphold 1. tertial 2019-1. tertial 2020 for pilotprosedyrene i revurderingsprosjektet. Oversikter etter pasientens bostedsregion

| Bostedsregion | Endring 1. tertial | %-endring 1. tertial | %-endring uke 11 - 18 |
|------------------|--------------------|----------------------|-----------------------|
| Helse Nord | -361 | -36 % | -72 % |
| Helse Vest | -701 | -34 % | -67 % |
| Helse Sør-Øst | -1 454 | -33 % | -61 % |
| Helse Midt-Norge | -209 | -16 % | -49 % |
| Total | -2 725 | -31 % | -65 % |

6.4 Oppsummering

I dette kapitlet har vi presentert analyser av aktivitetsutviklingen for et utvalg kirurgiske prosedyrer med diskutabel verdi. Vi har sammenlignet 1. tertial 2020 med samme periode i 2019, samt perioden fra uke 11 til 18 i 2020 med samme periode i 2019.

- Aktiviteten har en markant nedgang fra 15. mars og faller med 25 % i 1. tertial 2020. Fra og med nedstengningen og ut 1. tertial er reduksjonen 52 %.
- Sammenlignet med aktivitetsutviklingen for all elektiv kirurgi, har prosedyrene med diskutabel verdi hatt en større nedgang. Endringene for uke 11-18 tilsvarer hhv. 41 % og 52 %.
- Private sykehus har redusert aktiviteten minst (16 %), avtalespesialistene mest (31 %) når man sammenligner 1. tertial 2019 med 1. tertial 2020. Når man ser på uke 11-18 på tvers av årene er tilsvarende tall 23 % for de private sykehusene, 46 % for avtalespesialistene og 58 % for HF-ene.
- Det er stor forskjell i nedgangen mellom bostedsområdene (region).
- Det er relativt stor variasjon i forbruksrater mellom bostedsområdene og variasjonen forsterkes noe i 2020.
- Nedgangen er størst for øre-nese-halssykdommer, plastikk-kirurgi og øyesykdommer (35 %). Hudsykdommer og kvinnesykdommer har minst nedgang (17 og 13 %). Når vi ser på ukene 11-18 i de to årene er det et spenn fra 68 % nedgang for øre-nese-halssykdommer som har størst nedgang, til 39 % nedgang for hudsykdommer som har minst nedgang.
- Acromionreseksjon ved impingement syndrom, hysterektomi, håndkirurgi ved karpaltunnelsyndrom, hemoroidektomi og tonsillektomi har større reduksjon enn resten av inngrepene/prosedyrene som er inkludert i prosjektet.

Prosedyrene med diskutabel verdi har hatt større reduksjon enn annen behandling. Man kan hevde at pandemien har gitt en naturlig mulighet til å ta ned volumet av «unødvendige» inngrep.

Det blir svært interessant å følge utviklingen for dette området, og måle i hvilken grad denne aktiviteten tas opp igjen, når sykehusene kommer tilbake til normal drift av elektive tilbud.

Kapittel 7

Omfang og håndtering av nedtak av kapasitet

I dette kapittelet benyttes aktivitets- og ventelistedata fra Norsk Pasientregister (NPR). For «passert planlagt tid» benyttes data rapportert fra de enkelte RHF-ene.

7.1 Generell aktivitetsutvikling siste måneder

Under første fase av covid-19-utbruddet ble det observert en betydelig reduksjon i aktivitet i spesialisthelsetjenesten og i etterspørsel målt i antall henvisninger og ø-hjelpsopphold. Spesialisthelsetjenesten var i starten i en situasjon hvor det var knapphet på smittevernutstyr og en uavklart situasjon på hvor stor kapasitet covid-19-pasienter ville legge beslag på. Etter at regjeringens tiltak viste å ha god effekt ble det fra mai fokus på å normalisere aktiviteten.

Fra juni ser vi en differensiert normalisering:

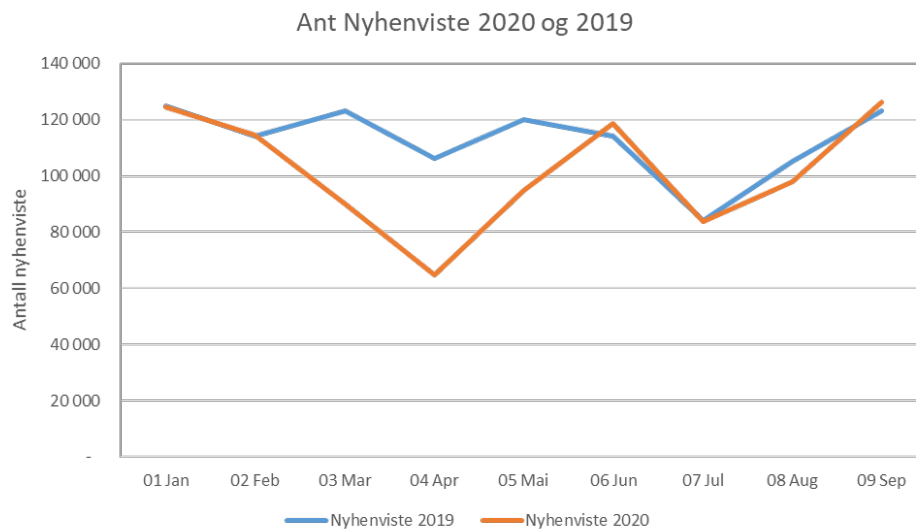
- Antall henvisninger er på samme nivå som i 2019.
- Antall polikliniske konsultasjoner er økt med 3 % sammenlignet med 2019.
- Antall døgnopphold med ø-hjelp er på samme nivå som i 2019.
- Antall planlagte døgnopphold er 12 % lavere enn i 2019.

Årsakene til at planlagte døgnopphold er 12 % lavere i perioden juni-september 2020 sammenlignet med 2019 er sammensatt og vil måtte analyseres når man får data for andre tertial 2020. For flere fagområder hvor polikliniske virksomhet ikke krever fysisk oppmøte ble aktiviteten normalisert relativt raskt med hjelp av telefon- og videokonsultasjoner. Fagområder som i større grad er basert på prosedyrerelatert diagnostikk og behandling hvor det kreves fysisk oppmøte fikk en større reduksjon i aktivitet. Dette er særlig synlig for kirurgiske fag som ØNH og øyesykdommer hvor vi ser en stor reduksjon i aktivitet og en økning i antall med passert planlagt tid.

7.2 Nyhenviste

Per september 2020 er antall henvisninger samlet redusert med 10 % målt mot samme periode i 2019. Størst forskjell er det i månedene mars, april og mai. I juni, juli og august var det på om lag samme nivå som i 2019, og i september er antall henvisninger 3 % høyere enn i september 2019, jamfør figur 7.1.

Kapittel 7. Omfang og håndtering av nedtak av kapasitet



Figur 7.1: Antall nyhenviste i 2020 og 2019, for perioden januar - september.

I antall er reduksjonen av henvisninger størst innen ortopedi og øre-nese-halssykdommer. I prosentvis reduksjon kommer fagområdene hjerte- og lungesykdommer høyest ut, jf tabell 7.1.

Tabell 7.1: Antall nyhenviste akkumulert for perioden januar - september i 2020, endring og prosentvis endring mot 2019, fordelt på fagområder.

Topp 20 fagområder. Akkumulert per sep 2020

| Fagområder | Nyhenviste 2020 | Endring mot 2019 | Endring mot 2019 (%) |
|---|-----------------|------------------|----------------------|
| Ortopedisk kirurgi (inkludert revmakirurgi) | 129 733 | (14 281) | -10% |
| Øre-nese-hals sykdommer | 85 412 | (12 198) | -12% |
| Kvinnesykdommer og elektiv fødselshjelp | 78 110 | (7 180) | -8% |
| Fordøysessykdommer | 54 773 | (8 161) | -13% |
| Psykisk helsevern voksne | 51 309 | (1 968) | -4% |
| Hjertesykdommer | 47 925 | (9 143) | -16% |
| Gastroenterologisk kirurgi | 42 781 | (3 047) | -7% |
| Øyesykdommer | 42 480 | (5 368) | -11% |
| Urologi | 38 871 | (3 189) | -8% |
| Hud og veneriske sykdommer | 32 014 | (1 039) | -3% |
| Barnesykdommer | 31 519 | (4 519) | -13% |
| Nevrologi | 27 810 | (3 134) | -10% |
| Revmatiske sykdommer (revmatologi) | 26 389 | (3 048) | -10% |
| Fysikalsk medisin og (re) rehabilitering | 23 080 | (3 369) | -13% |
| Plastikk-kirurgi | 21 530 | 18 | 0% |
| Lungesykdommer | 19 387 | (4 154) | -18% |
| Psykisk helsevern barn og unge | 18 416 | 261 | 1% |
| Generell kirurgi | 16 484 | (3 584) | -18% |
| Mamma- og para-/tyreoideakirurgi | 14 864 | (2 184) | -13% |
| Endokrinologi | 14 760 | (366) | -2% |
| Totalsum | 817 647 | (89 653) | -10% |

I tabell 7.2 vises fordeling per HF for nyhenviste i gruppen lungesykdommer. Det er stor variasjon mellom de ulike HF, hvor alle unntatt Nordlandssykehuset HF som øker med 5 %, har en nedgang på inntil 39 %.

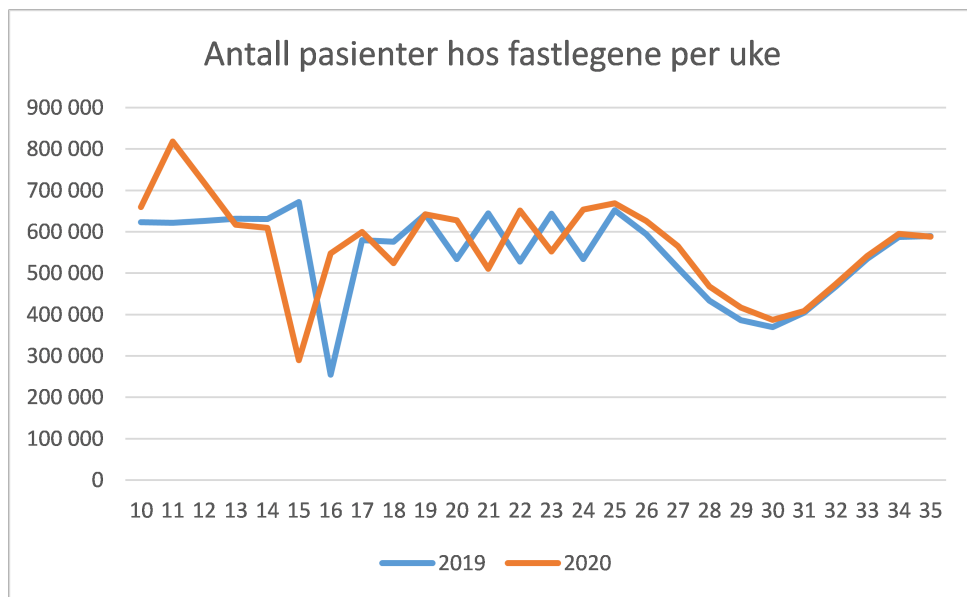
Reduksjonen i antall henvisninger synes ikke å skyldes redusert aktivitet hos fastlegene. Foreløpige tall for bruk av fastlegene til og med uke 35 viser en økning i antall pasienter og

Tabell 7.2: Prosentvis endring i nyhenviste for fagområdet lungesykdommer i perioden januar - september 2020 mot 2019, fordelt på opptaksområder.

Nyhenviste. Jan - sep 2020 . Lungesykdommer

| Helseforetak | Endring mot 2019 |
|---------------------------------------|------------------|
| Helse Midt-Norge | -15 % |
| Helse Møre og Romsdal HF | -19 % |
| Helse Nord Trøndelag HF | -17 % |
| St. Olavs Hospital HF | -10 % |
| Helse Nord | -9 % |
| Finnmarkssykehuset HF | -26 % |
| Helgelandssykehuset HF | -17 % |
| Nordlandssykehuset HF | 5 % |
| Universitetssykehuset i Nord-Norge HF | -12 % |
| Helse Sør-Øst | -19 % |
| Akershus universitetssykehus HF | -9 % |
| Diakonhjemmet Sykehus | -13 % |
| Lovisenberg Diakonale sykehus | -25 % |
| Oslo universitetssykehus HF | -39 % |
| Sykehuset i Vestfold HF | -17 % |
| Sykehuset Innlandet HF | -15 % |
| Sykehuset Telemark HF | -11 % |
| Sykehuset Østfold HF | -2 % |
| Sørlandet sykehus HF | -17 % |
| Vestre Viken HF | -15 % |
| Helse Vest | -10 % |
| Haraldsplass Diakonale sykehus AS | -12 % |
| Helse Bergen HF | -10 % |
| Helse Fonna HF | -13 % |
| Helse Førde HF | -7 % |
| Helse Stavanger HF | -30 % |
| Private | -35 % |
| Private sykehus | -35 % |
| Totalsum | -18 % |

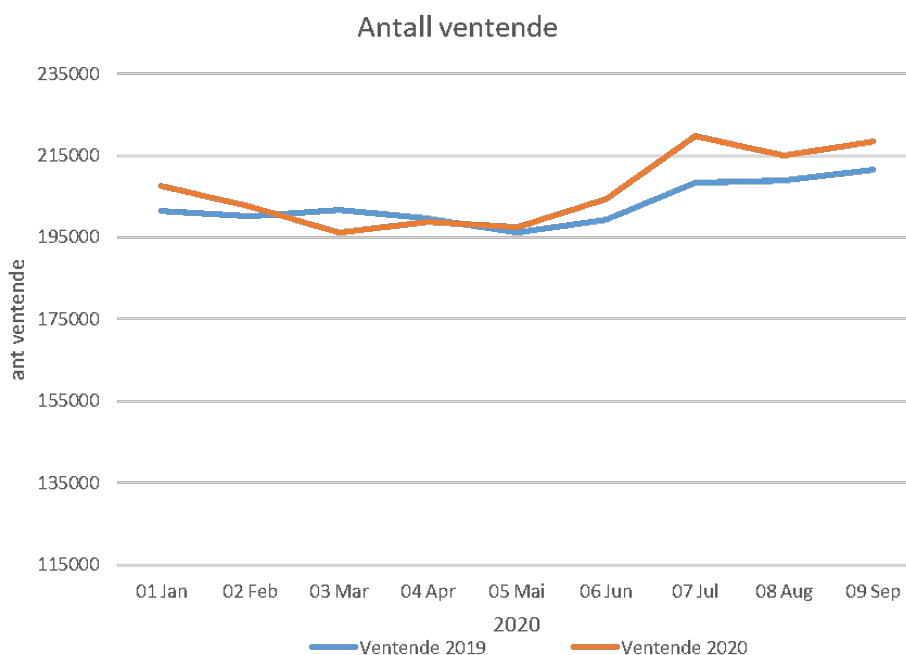
antall konsultasjoner sammenlignet med 2019, ref figur 7.2.



Figur 7.2: Kilde Helsedirektoratet. Antall pasienter hos fastlegene per uke

7.3 Ventende

Antall ventende er i september 2020 3,3 % høyere enn i samme periode i 2019, jmf fig 7.3. Dette utgjør om lag 7000 flere ventende enn tilsvarende i 2019. Nivået må ses i sammenheng med et redusert henvisningsvolum.



Figur 7.3: Antall ventende i 2019 og 2020, for perioden januar - september.

Utviklingsbildet i forhold til 2019 er noe ulikt i de fire regionene. Dette vises i tabell 7.3.

Tabell 7.3: Antall ventende per september i 2019 og 2020, antall og prosentvis endring i 2020, fordelt på opptaksområder.

Ventende per september 2020

| Regioner | Ventende 2019 | Ventende 2020 | Endring i 2020 | Endring i 2020 (%) |
|---------------|---------------|---------------|----------------|--------------------|
| Helse Midt | 28275 | 27613 | -662 | -2,3 % |
| Helse Nord | 24839 | 28886 | 4047 | 16,3 % |
| Helse Sør-Øst | 114992 | 117376 | 2384 | 2,1 % |
| Helse Vest | 43192 | 44340 | 1148 | 2,7 % |

Ventetid for ventende er ca 12 dager lengre i september 2020 enn på samme tid som i 2019, jmf figur 7.4.

Antall ventende øker mest innen ortopedi, øre-nese-hals sykdommer og øyesykdommer, jmf tabell 7.4. Men unntak av gastroenterologisk kirurgi og barnesykdommer er ventetid for ventende for topp 20 fagområder (målt i antall ventende) sammenlignet med samme periode i 2019.

Tabell 7.5 viser store variasjoner for ventende innen kirurgiske fagområder, både i antall og ventetid.

Etter ortopedi har fagområdet øre-nese-hals den største faktiske økningen av antall ventende. Her

Kapittel 7. Omfang og håndtering av nedtak av kapasitet

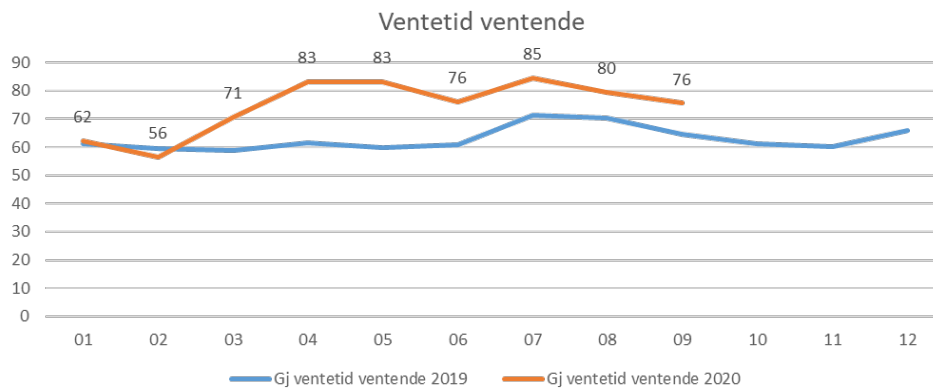
Tabell 7.4: Antall ventende og gjennomsnittlig ventetid i 2019 og 2020 per september, antall og prosentvis endring mot 2019, fordelt på fagområder.

| | Antall ventende | | | | | | Gj ventetid ventende | | | |
|---|-----------------|-------|------------------|------|------|------|----------------------|-------|--|--|
| | 2019 | 2020 | Endring mot 2019 | | 2019 | 2020 | Endring mot 2019 | | | |
| | | | | | | | | | | |
| Ortopedisk kirurgi (inkludert revmakirurgi) | 37848 | 40548 | 2700 | 7 % | 62 | 74 | 12,4 | 20 % | | |
| Øre-nese-hals sykdommer | 27914 | 30089 | 2175 | 8 % | 78 | 103 | 24,9 | 32 % | | |
| Øyesykdommer | 14181 | 15140 | 959 | 7 % | 84 | 102 | 17,8 | 21 % | | |
| Kvinnesykdommer og elektiv fødselshjelp | 15519 | 15130 | -389 | -3 % | 48 | 50 | 2,0 | 4 % | | |
| Hjertesykdommer | 9135 | 8856 | -279 | -3 % | 71 | 80 | 9,9 | 14 % | | |
| Fordøyelsesykdommer | 7800 | 8639 | 839 | 11 % | 45 | 61 | 16,7 | 37 % | | |
| Gastroenterologisk kirurgi | 8333 | 8128 | -205 | -2 % | 65 | 52 | -13,1 | -20 % | | |
| Urologi | 7720 | 8089 | 369 | 5 % | 55 | 61 | 6,1 | 11 % | | |
| Plastikk-kirurgi | 7969 | 7927 | -42 | -1 % | 111 | 110 | -1,3 | -1 % | | |
| Psykisk helsevern voksne | 7530 | 7838 | 308 | 4 % | 36 | 36 | -0,1 | -0 % | | |
| Nevrologi | 6573 | 6842 | 269 | 4 % | 58 | 59 | 1,3 | 2 % | | |
| Hud og veneriske sykdommer | 7032 | 6571 | -461 | -7 % | 56 | 58 | 1,5 | 3 % | | |
| Barnesykdommer | 5813 | 5289 | -524 | -9 % | 41 | 39 | -1,8 | -4 % | | |
| Lungesykdommer | 5139 | 5276 | 137 | 3 % | 105 | 176 | 71,1 | 68 % | | |
| Fysikalsk medisin og (re) rehabilitering | 4738 | 4967 | 229 | 5 % | 49 | 57 | 8,0 | 16 % | | |
| Karkirurgi | 4101 | 4022 | -79 | -2 % | 71 | 87 | 15,4 | 22 % | | |
| Klinisk neurofysiologi | 3561 | 3819 | 258 | 7 % | 46 | 51 | 5,4 | 12 % | | |
| Generell kirurgi | 3649 | 3476 | -173 | -5 % | 54 | 60 | 6,7 | 13 % | | |
| Endokrinologi | 2935 | 3470 | 535 | 18 % | 49 | 63 | 13,8 | 28 % | | |

Tabell 7.5: Antall ventende og gjennomsnittlig ventetid, for kirurgiske fagområder samlet, per september i 2019 og 2020, antall og prosentvis endring mot 2019, fordelt på opptaksområder.

| | Antall ventende | | | | | | Gj ventetid ventende | | | |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|------------------|-------------|-----------|-----------|----------------------|-------------|--|--|
| | 2019 | 2020 | Endring mot 2019 | | 2019 | 2020 | Endring mot 2019 | | | |
| | | | | | | | | | | |
| Helse Midt | 28275 | 27613 | -662 | -2 % | 56 | 58 | 1,6 | 3 % | | |
| Helse Møre og Romsdal OO | 11935 | 11379 | -556 | -5 % | 63 | 61 | -1,8 | -3 % | | |
| Helse Nord Trøndelag OO | 6041 | 6282 | 241 | 4 % | 54 | 61 | 7,0 | 13 % | | |
| St. Olavs hospital OO | 10299 | 9952 | -347 | -3 % | 50 | 53 | 2,4 | 5 % | | |
| Helse Nord | 24839 | 28886 | 4047 | 16 % | 61 | 81 | 19,9 | 32 % | | |
| Finnmarksykehuset OO | 4683 | 5094 | 411 | 9 % | 63 | 77 | 14,1 | 22 % | | |
| Helgelandssykehuset OO | 3914 | 4583 | 669 | 17 % | 62 | 77 | 14,7 | 24 % | | |
| Nordlandssykehuset OO | 7244 | 7921 | 677 | 9 % | 60 | 81 | 21,0 | 35 % | | |
| Universitetssykehuset i Nord-Norge OO | 8998 | 11288 | 2290 | 25 % | 62 | 85 | 23,8 | 39 % | | |
| Helse Sør-Øst | 114992 | 117376 | 2384 | 2 % | 65 | 78 | 12,7 | 19 % | | |
| Akershus universitetssykehus OO | 20885 | 21682 | 797 | 4 % | 77 | 91 | 14,3 | 19 % | | |
| Diakonhjemmet Sykehus OO | 4256 | 4459 | 203 | 5 % | 57 | 71 | 14,7 | 26 % | | |
| Lovisenberg Diakonale Sykehus OO | 4255 | 4454 | 199 | 5 % | 59 | 71 | 12,0 | 20 % | | |
| Oslo universitetssykehus OO | 7735 | 7953 | 218 | 3 % | 57 | 69 | 12,0 | 21 % | | |
| Sykehuset i Vestfold OO | 9882 | 11341 | 1459 | 15 % | 64 | 74 | 10,1 | 16 % | | |
| Sykehuset Innlandet OO | 13821 | 14303 | 482 | 3 % | 56 | 73 | 16,5 | 29 % | | |
| Sykehuset Telemark OO | 9073 | 8053 | -1020 | -11 % | 68 | 75 | 6,8 | 10 % | | |
| Sykehuset Østfold OO | 12679 | 13257 | 578 | 5 % | 68 | 77 | 9,1 | 13 % | | |
| Sørlandet sykehus OO | 14922 | 14875 | -47 | -0 % | 75 | 91 | 16,0 | 21 % | | |
| Vestre Viken OO | 17484 | 16958 | -526 | -3 % | 56 | 67 | 11,5 | 21 % | | |
| Helse Vest | 43192 | 44340 | 1148 | 3 % | 69 | 76 | 6,8 | 10 % | | |
| Helse Bergen OO | 17336 | 16813 | -523 | -3 % | 83 | 89 | 5,6 | 7 % | | |
| Helse Fonna OO | 8712 | 8705 | -7 | -0 % | 57 | 67 | 10,3 | 18 % | | |
| Helse Førde OO | 5638 | 6395 | 757 | 13 % | 57 | 70 | 13,0 | 23 % | | |
| Helse Stavanger OO | 11506 | 12427 | 921 | 8 % | 64 | 69 | 4,6 | 7 % | | |
| Totalsum | 211298 | 218215 | 6917 | 3 % | 64 | 76 | 11,0 | 17 % | | |

Kapittel 7. Omfang og håndtering av nedtak av kapasitet



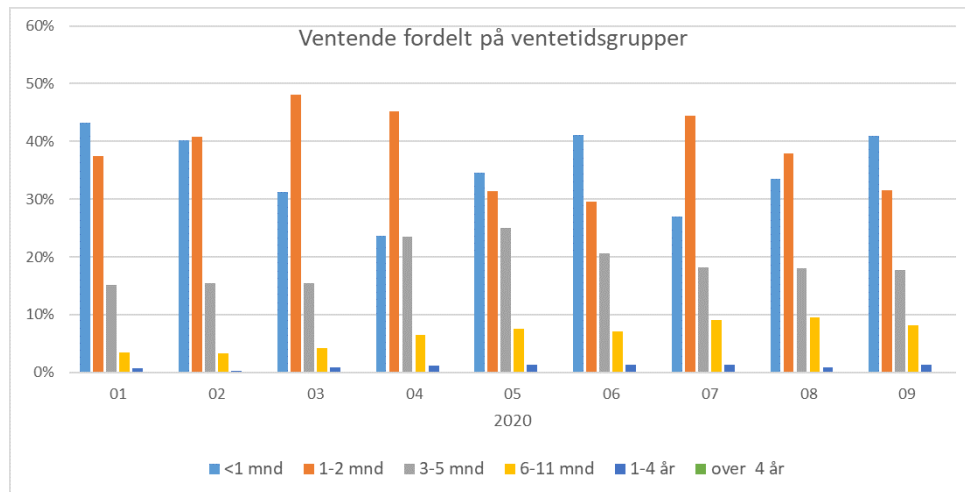
Figur 7.4: Ventetid for ventende for perioden januar 2019 - september 2020.

er det store forskjeller både på regions- og helseforetaksnivå, jmf tabell 7.6.

Tabell 7.6: Antall ventende og gjennomsnittlig ventetid, for fagområdet øre-nese-hals-sykdommer, per september i 2019 og 2020, antall og prosentvis endring mot 2019, fordelt på opptaksområder.

| | Ventetid og antall ventende - per september - øre - nese - hals sykdommer | | | | | | | |
|---------------------------------------|---|--------------|------------------|----------------------|-----------|------------------|-------------|-------------|
| | Antall ventende | | | Gj ventetid ventende | | | | |
| | 2019 | 2020 | Endring mot 2019 | 2019 | 2020 | Endring mot 2019 | | |
| Helse Midt | 3760 | 3247 | -513 | -14 % | 72 | 70 | -2,2 | -3 % |
| Helse Møre og Romsdal OO | 2150 | 1629 | -521 | -24 % | 80 | 78 | -2,4 | -3 % |
| Helse Nord Trøndelag OO | 375 | 406 | 31 | 8 % | 55 | 55 | -0,1 | -0 % |
| St. Olavs hospital OO | 1235 | 1212 | -23 | -2 % | 65 | 66 | 1,0 | 2 % |
| Helse Nord | 3798 | 5038 | 1240 | 33 % | 74 | 108 | 33,5 | 45 % |
| Finnmarksykehuset OO | 898 | 1091 | 193 | 21 % | 97 | 111 | 14,8 | 15 % |
| Helgelandssykehuset OO | 554 | 760 | 206 | 37 % | 47 | 95 | 47,6 | 101 % |
| Nordlandssykehuset OO | 1191 | 1395 | 204 | 17 % | 68 | 94 | 25,8 | 38 % |
| Universitetssykehuset i Nord-Norge OO | 1155 | 1792 | 637 | 55 % | 77 | 123 | 45,4 | 59 % |
| Helse Sør-Øst | 15018 | 16436 | 1418 | 9 % | 83 | 112 | 29,4 | 35 % |
| Akershus universitetssykehus OO | 2808 | 3188 | 380 | 14 % | 113 | 140 | 26,9 | 24 % |
| Diakonhjemmet Sykehus OO | 342 | 398 | 56 | 16 % | 83 | 104 | 20,8 | 25 % |
| Lovisenberg Diakonale Sykehus OO | 452 | 509 | 57 | 13 % | 93 | 114 | 21,0 | 23 % |
| Oslo universitetssykehus OO | 715 | 896 | 181 | 25 % | 85 | 113 | 27,6 | 32 % |
| Sykehuset i Vestfold OO | 1546 | 1802 | 256 | 17 % | 69 | 107 | 38,0 | 55 % |
| Sykehuset Innlandet OO | 2125 | 2131 | 6 | 0 % | 69 | 82 | 13,0 | 19 % |
| Sykehuset Telemark OO | 1485 | 1163 | -322 | -22 % | 74 | 78 | 4,1 | 6 % |
| Sykehuset Østfold OO | 1375 | 1645 | 270 | 20 % | 73 | 97 | 24,0 | 33 % |
| Sørlandet sykehus OO | 2537 | 3110 | 573 | 23 % | 89 | 143 | 54,7 | 62 % |
| Vestre Viken OO | 1633 | 1587 | -46 | -3 % | 67 | 86 | 18,7 | 28 % |
| Helse Vest | 5302 | 5336 | 34 | 1 % | 69 | 88 | 18,1 | 26 % |
| Helse Bergen OO | 1839 | 1634 | -205 | -11 % | 73 | 98 | 25,9 | 36 % |
| Helse Fonna OO | 1145 | 1165 | 20 | 2 % | 66 | 77 | 11,0 | 17 % |
| Helse Førde OO | 628 | 799 | 171 | 27 % | 56 | 89 | 32,6 | 58 % |
| Helse Stavanger OO | 1690 | 1738 | 48 | 3 % | 73 | 84 | 10,6 | 14 % |
| Totalsum | 27878 | 30057 | 2179 | 8 % | 78 | 103 | 24,8 | 32 % |

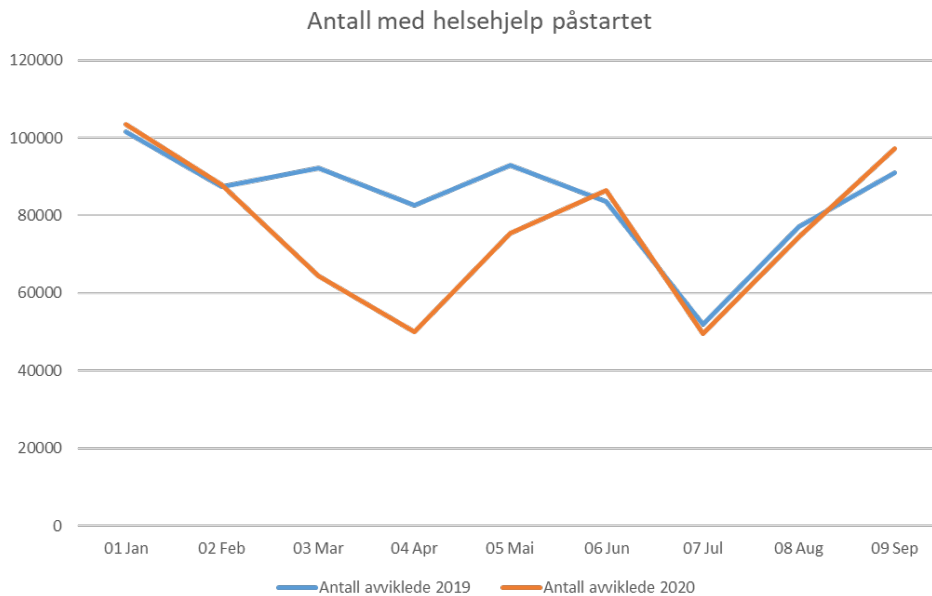
Figur 7.5 viser antall ventende fordelt på ventetidsgrupper. Figuren viser en normalfordeling i januar med flest ventende i gruppen < 1 måned. Fra mars reduseres nyhenvisninger og gruppen som har ventet < 1 måned faller, samtidig som antall som har ventet 1-2 måneder øker. I mai ser vi at gruppen som har ventet 1-2 måneder prioriteres og reduseres. I juni normaliseres antall nyhenviste og vi får en økning i gruppen som har ventet < 1 måned, noe som samtidig reduserer snitt ventetid for ventende. Vi ser en økning i gruppen som har ventet 6-11 måneder fra mars og frem til september. I september er det en tilnærmet fordeling som noe er mer lik januar men gruppene som har lengst ventetid har en større andel og dette påvirker ventetiden.



Figur 7.5: Ventende fordelt på ventetidsgrupper, for perioden januar - september 2020.

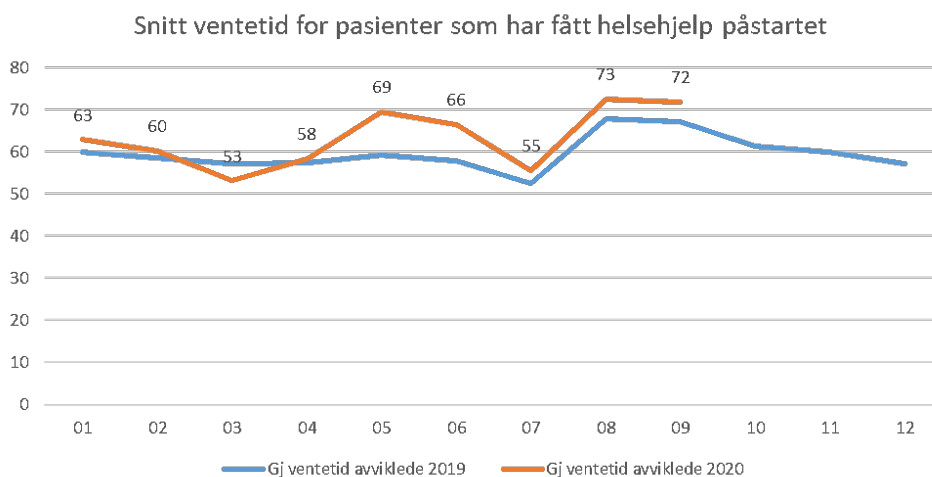
7.4 Antall med påbegynt helsehjelp og ventetid

Etter en betydelig reduksjon i perioden mars til mai er antall med helsehjelp påstartet mer normalisert, ref figur 7.6.



Figur 7.6: Antall med helsehjelp påstartet i 2019 og 2020, fordelt på perioden januar - september.

Ventetid for pasienter som fikk helsehjelpen påstartet er økt i 2020, noe som er særlig tydelig i perioden mai og juni, jmf figur 7.7. Per september er ventetiden økt med ca 5 dager sammenlignet med samme periode i 2019.

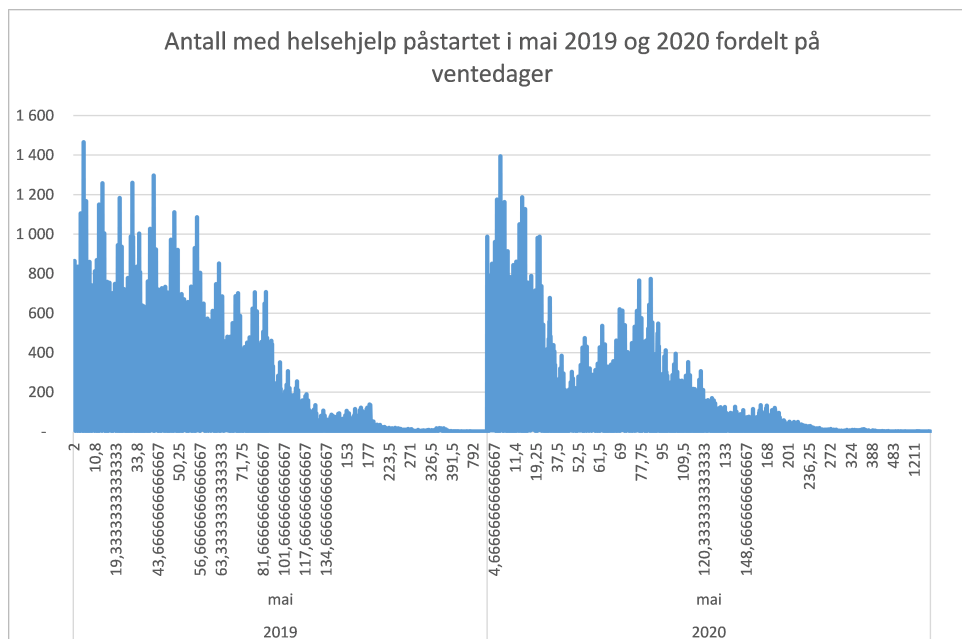


Figur 7.7: Snitt ventetid for pasienter som har fått helsehjelp påstartet for perioden januar 2019 - september 2020.

Tabell 7.7: Antall med helsehjelp påstartet og gjennomsnittlig ventetid per september i 2019 og 2020, antall og prosentvis endring mot 2019, fordelt på fagområder.

| | Antall med helsehjelp påstartet | | | | Gj ventetid med helsehjelp påstartet | | | |
|---|---------------------------------|-------|------------------|---------|--------------------------------------|------|------------------|---------|
| | 2019 | 2020 | Endring mot 2019 | | 2019 | 2020 | Endring mot 2019 | |
| Barnesykdommer | 3006 | 3077 | 71 | 2,4 % | 60 | 54 | -6 | -10,6 % |
| Endokrinologi | 1445 | 1534 | 89 | 6,2 % | 68 | 74 | 5 | 7,6 % |
| Fordøyelsesykdommer | 4803 | 5153 | 350 | 7,3 % | 43 | 50 | 6 | 15,0 % |
| Fysikalsk medisin og (re) habilitering | 2321 | 2621 | 300 | 12,9 % | 60 | 68 | 8 | 12,5 % |
| Gastroenterologisk kirurgi | 4426 | 4643 | 217 | 4,9 % | 53 | 59 | 6 | 12,0 % |
| Generell kirurgi | 1822 | 1839 | 17 | 0,9 % | 58 | 58 | 1 | 1,4 % |
| Hjertesykdommer | 4734 | 4684 | -50 | -1,1 % | 63 | 63 | 0 | -0,6 % |
| Hud og veneriske sykdommer | 3477 | 3075 | -402 | -11,6 % | 67 | 58 | -10 | -14,3 % |
| Karkirurgi | 1443 | 1620 | 177 | 12,3 % | 79 | 88 | 9 | 11,6 % |
| Klinisk nevrofysiologi | 1318 | 1621 | 303 | 23,0 % | 78 | 69 | -9 | -11,6 % |
| Kvinnesykdommer og elektiv fødselshjelp | 7636 | 8197 | 561 | 7,3 % | 53 | 56 | 3 | 6,3 % |
| Lungesykdommer | 2035 | 2073 | 38 | 1,9 % | 64 | 69 | 5 | 8,0 % |
| Ortopedisk kirurgi (inkludert revmakirurgi) | 14132 | 15691 | 1559 | 11,0 % | 81 | 88 | 7 | 8,0 % |
| Plastikkirurgi | 2054 | 2175 | 121 | 5,9 % | 94 | 88 | -6 | -6,4 % |
| Psykisk helsevern voksne | 4446 | 5184 | 738 | 16,6 % | 44 | 45 | 1 | 2,0 % |
| Revmatiske sykdommer (revmatologi) | 2731 | 2830 | 99 | 3,6 % | 67 | 69 | 2 | 3,5 % |
| Urologi | 3766 | 3785 | 19 | 0,5 % | 58 | 64 | 6 | 10,0 % |
| Øre-nese-hals sykdommer | 8723 | 9120 | 397 | 4,6 % | 91 | 107 | 16 | 17,9 % |
| Øyesykdommer | 4352 | 4782 | 430 | 9,9 % | 90 | 110 | 20 | 22,5 % |

Figur 7.8 viser antall som fikk helsehjelp påstartet på y-aksen og antall ventedager på x-aksen for mai 2019 og mai 2020. I mai 2019 har denne en fordeling hvor flest med kort ventetid avvikles og med en reduksjon i antall med lengre ventetid som gir et snitt på 59 dager. I 2020 ser vi en profil med et klart lavere volum med pasienter som har ventet mellom 30 til 60 dager, noe som gir en snitt ventetid på 69 dager. I mai 2020 avvikles en stor andel som har ventet i 3-5 måneder, noe vi også ser på ventetidsprofilen for ventende. Det er derfor sannsynlig at det ble prioritert å avvikle gruppen som hadde ventet 3 – 5 måneder og at det var en forskyvning i gruppen som har ventet 1 – 2 måneder over til 3 – 5 måneder.



Figur 7.8: Antall med helsehjelp påstartet i mai 2019 og mai 2020 fordelt på antall ventedager

7.5 Aktivitet somatikk

Det er benyttet en variabel fra NPR kalt «pasientgruppe» som er en rekoding av diagnosegrupper. Variabelen er brukt fordi den finnes i NPR's månedlige anonyme datasett.

Pasientgrupper gir et bilde av oppfølgingen for noen sentrale pasientgrupper. Det er vekst i antall opphold fra 2019 for pasienter med sykdommer i nervesystemet inkludert hjerneslag, jmf tabell 7.8. Det er størst nedgang i lungebetennelse, hjerteinfarkt og andre smerter i brystkassen og sykdommer i luftveiene.

Tabell 7.8: Alle opphold (poliklinikk/dag/døgn) akkumulert for perioden januar - september, for 2019 og 2020, antall og prosentvis endring mot 2019, fordelt på diagnosegrupper.

| Alle opphold pasientgrupper - Akk. sep 2020 | | | | |
|---|------------------|------------------|------------------|----------------|
| Pasientgrupper | 2019 | 2020 | Endring mot 2019 | |
| Andre diagnosegrupper | 2 856 342 | 2 673 015 | -183327 | -6,4 % |
| Akutt skade hofte/lår - ikke kirurgi | 1 176 | 1 084 | -92 | -7,8 % |
| Akutt skade hofte/lår - kirurgi | 14 436 | 13 309 | -1127 | -7,8 % |
| Andre diagnosegrupper | 2 840 730 | 2 658 622 | -182108 | -6,4 % |
| Hjertesykdommer | 271 996 | 244 014 | -27982 | -10,3 % |
| Hjerteinfarkt og andre smerter i brystkassen | 31 442 | 26 977 | -4465 | -14,2 % |
| Sykdommer i hjerte og blodårer, ekskl. hjerteinfarkt og hjernesla | 240 554 | 217 037 | -23517 | -9,8 % |
| Kreftsykdommer | 625 400 | 623 303 | -2097 | -0,3 % |
| Kreftsykdommer | 625 400 | 623 303 | -2097 | -0,3 % |
| Lungesykdommer | 160 921 | 134 559 | -26362 | -16,4 % |
| KOLS | 29 023 | 26 097 | -2926 | -10,1 % |
| Lungebetennelse | 32 503 | 22 054 | -10449 | -32,1 % |
| Sykdommer i luftveiene, unntatt lungebetennelse | 99 395 | 86 408 | -12987 | -13,1 % |
| Sykdommer i muskler og ledd | 504 633 | 460 426 | -44207 | -8,8 % |
| Sykdommer i muskler og ledd | 504 633 | 460 426 | -44207 | -8,8 % |
| Sykdommer i nervesystemet inkl. hjerneslag | 232 995 | 243 027 | 10032 | 4,3 % |
| Sykdommer i nervesystemet inkl. hjerneslag | 232 995 | 243 027 | 10032 | 4,3 % |
| Øvrige indremedisinske sykdommer | 713 250 | 672 900 | -40350 | -5,7 % |
| Diabetes inkl. komplikasjoner | 117 557 | 112 124 | -5433 | -4,6 % |
| Smerter i buk/bekken | 48 691 | 44 609 | -4082 | -8,4 % |
| Sykdommer i fordøyelsessystemet | 280 431 | 265 709 | -14722 | -5,2 % |
| Sykdommer i nyre, urinblære og prostata | 266 571 | 250 458 | -16113 | -6,0 % |
| Anonymisert | 33 822 | 31 685 | -2137 | -6,3 % |
| Anonymisert | 33 822 | 31 685 | -2137 | -6,3 % |
| Totalsum | 5 399 359 | 5 082 929 | -316430 | -5,9 % |

Antall ø-hjelpsopphold samlet for alle omsorgsnivå er i september 2020 9 % lavere enn i samme periode i fjor. Både i august og september ligger elektiv aktivitet noe over 2019 nivå, jmf figur 7.9. Dette bidrar til en reduksjon i ventetider og etterslep.

Akkumulert per september 2020 er antall elektive kirurgiske døgnopphold er 15 % lavere enn i samme periode i 2019. I september er antall elektive kirurgiske døgnopphold på 97 % av 2019 nivået, jmf figur 7.10.

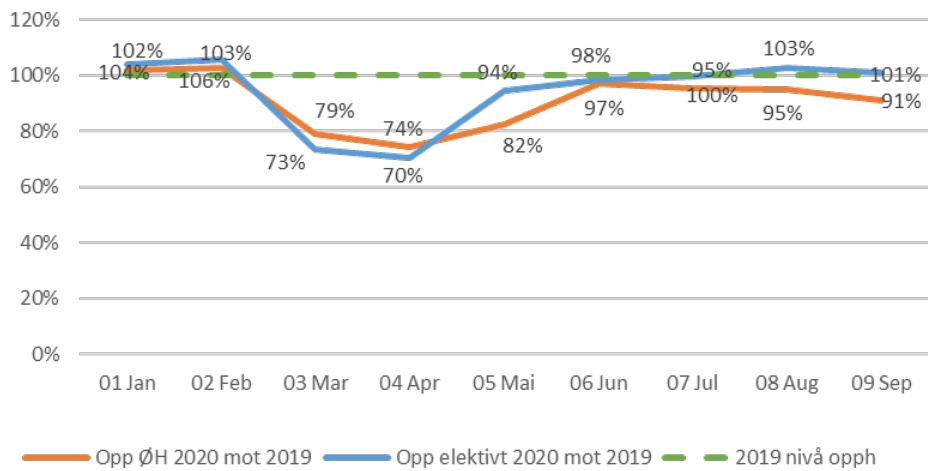
Antall døgnopphold er i perioden juni – september 2020 på 95 % av nivået i 2019. Størst reduksjon finner vi i planlagte døgnopphold som er 12 % lavere enn i samme periode i 2019. For planlagte medisinske døgnopphold er aktiviteten i 2020 78 % av nivået i samme periode i 2019, jmf tabell 7.9.

Gjennomsnittlig liggetid er 2,3 % lavere enn i samme periode i 2019. Den gjør et hopp i mars men fra og med april ligger den betydelig lavere og normaliserer seg noe mot 2019 nivå i august og september, jmf figur 7.11.

Om en skiller antall døgnopphold på kirurgiske og medisinske DRG'er ser en at nivået i september nærmer seg januar/februar nivå i 2020, jmf figur B.9.

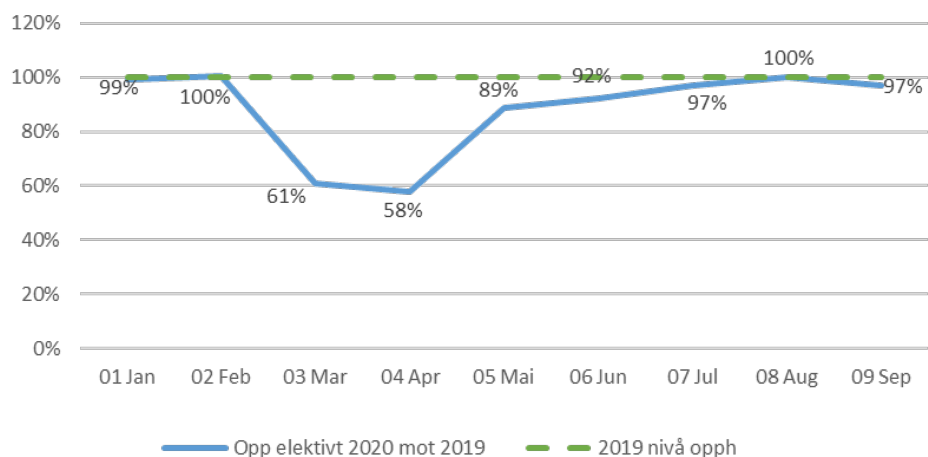
Antall polikliniske konsultasjoner er akkumulert 5 % lavere enn i samme periode i 2019. Allerede

Alle opphold- % vis endring mot 2019



Figur 7.9: Alle opphold (poliklinikk/dag/døgn) i 2020 vist som prosentvis andel av alle opphold i 2019, fordelt på øhjelp og elektiv, og opphold i 2019 som referanselinje på 100 %, for perioden januar - september.

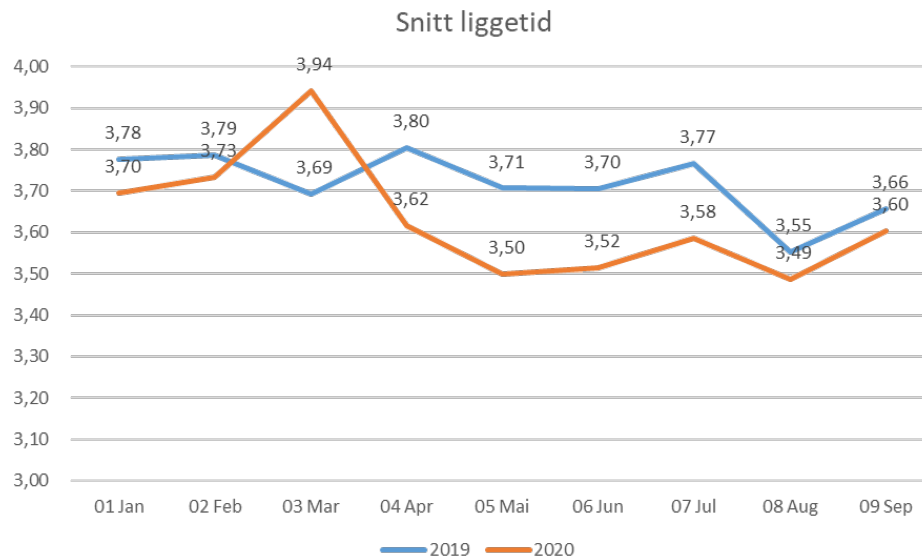
Alle elektive kirurgiske opphold* % vis endring mot 2019



Figur 7.10: Elektive innleggelser med kirurgisk DRG i 2020 som andel av nivået i 2019, innleggelser i 2019 som referanselinje 100 %.

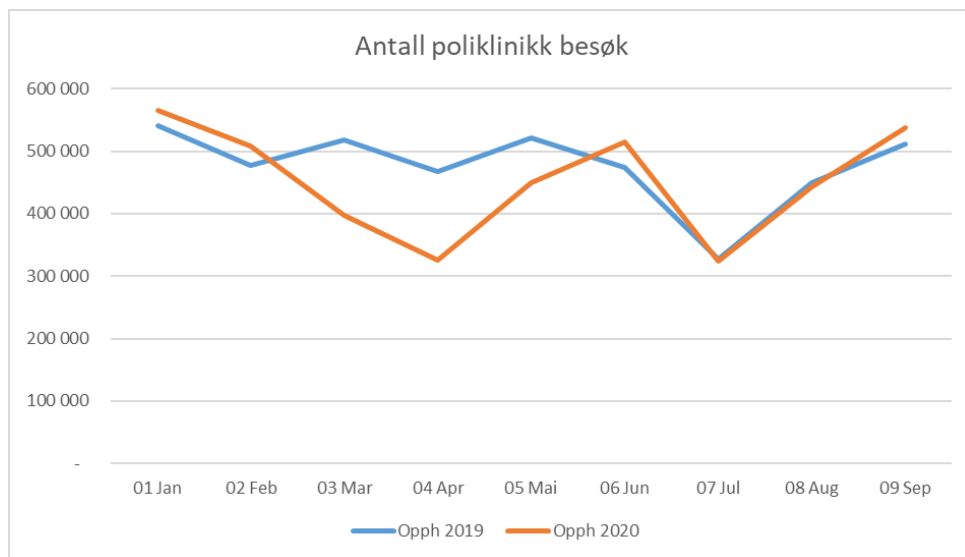
Tabell 7.9: Døgnopphold akkumulert for juni - september, for 2019 og 2020, nivå i 2020 vist som andel av nivå i 2019 fordelt på akutt og elektiv som er videre fordelt på annet, kirurgi og medisin.

| Døgnopphold | jun - sept 2019 | jun - sept 2020 | Andel av 2019 |
|---|-----------------|-----------------|---------------|
| Akutt = uten opphold / venting | 198 606 | 194 878 | 98 % |
| Annet | 35 830 | 34 412 | 96 % |
| Kirurgi | 25 717 | 27 508 | 107 % |
| Medisin | 137 059 | 132 958 | 97 % |
| Planlagt eller venting over 24 timer | 80 460 | 70 899 | 88 % |
| Annet | 8 410 | 7 684 | 91 % |
| Kirurgi | 39 594 | 37 757 | 95 % |
| Medisin | 32 456 | 25 458 | 78 % |
| Totalsum | 279 066 | 265 777 | 95 % |



Figur 7.11: Gjennomsnittlig liggetid i 2019 og 2020, for perioden januar - september.

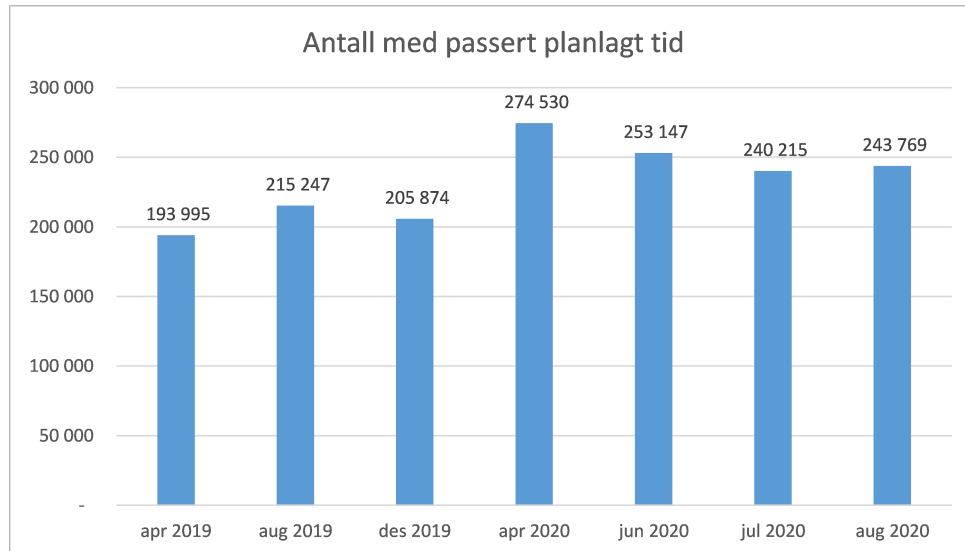
i juni er poliklinikk aktiviteten oppe på 2019 nivå og i september er antall polikliniske opphold 5 % over 2019 nivået, jmf figur 7.12.



Figur 7.12: Antall polikliniske kontakter for 2019 og 2020, for perioden januar - september.

7.6 Antall med passert planlagt tid

Antall med passert planlagt tid er om lag 28 500 høyere enn i august 2019, dette er en økning på 13 % sammenlignet med samme periode i 2019, jmf figur 7.13.



Figur 7.13: Antall med passert planlagt tid i april, august og desember 2019, og april, juni, juli og august 2020.

Størst økning finner i de kirurgiske fagene øre-nese-hals sykdommer, øyesykdommer og ortopedi. For fagområdene nevrologi, lungesykdommer, barnesykdommer, psykisk helsevern voksen og hud har en reduksjon i antall med passert planlagt tid målt mot samme periode i 2019, jmf tabell 7.10.

Tabell 7.10: Antall med passert planlagt tid per august 2019 og 2020, antall og prosentvis endring mot 2019, fordelt på fagområder.

| Fagområde | aug 2019 | aug 2020 | Endring | |
|---|----------------|----------------|---------------|-------------|
| Øre-nese-hals sykdommer | 21 511 | 32 189 | 10 678 | 50 % |
| Øyesykdommer | 19 774 | 25 448 | 5 674 | 29 % |
| Hjertesykdommer | 22 107 | 22 623 | 516 | 2 % |
| Fordøyelsesykdommer | 15 968 | 18 315 | 2 347 | 15 % |
| Ortopedisk kirurgi (inkludert revmakirurgi) | 12 597 | 16 837 | 4 240 | 34 % |
| Revmatiske sykdommer (revmatologi) | 12 061 | 14 944 | 2 883 | 24 % |
| Lungesykdommer | 15 135 | 13 982 | -1 153 | -8 % |
| Nevrologi | 14 435 | 11 717 | -2 718 | -19 % |
| Endokrinologi | 9 133 | 10 082 | 949 | 10 % |
| Barnesykdommer | 10 787 | 8 648 | -2 139 | -20 % |
| Gastroenterologisk kirurgi | 6 259 | 7 988 | 1 729 | 28 % |
| Kvinnesykdommer og elektiv fødselshjelp | 5 316 | 6 626 | 1 310 | 25 % |
| Psykisk helsevern voksne | 7 034 | 6 182 | -852 | -12 % |
| Urologi | 3 322 | 5 290 | 1 968 | 59 % |
| Plastikk-kirurgi | 3 827 | 4 468 | 641 | 17 % |
| Psykisk helsevern barn og unge | 3 583 | 4 391 | 808 | 23 % |
| Hud og veneriske sykdommer | 4 160 | 3 641 | -519 | -12 % |
| Fysikalsk medisin og rehabilitering | 2 725 | 3 529 | 804 | 30 % |
| Annet | 2 750 | 2 570 | -180 | -7 % |
| Habilitering barn og unge | 2 039 | 2 496 | 457 | 22 % |
| Totalsum | 215 247 | 243 769 | 28 522 | 13 % |

Referanser

- Balteskard, L., P. Otterdal, A. H. Steindal, T. Bakken, O. H. Førde, F. Olsen, L. Leivseth og B. Uleberg (jun. 2017). *Eldrehelsetatlas for Norge*. Red. av W. F. Sellæg og B. Vonen. SKDE rapport, 2/17. ISBN: 978-82-93141-29-7.
- FHI (2020). *Foreløpige tall for dødsårsaker i perioden mars–mai 2020*.
- Norsk onkologisk forening (2020). *Prioriteringsråd under COVID-19 pandemien*.
- SKDE (2017). *Kreftkirurgi i Helse Nord 2013-2016*.

Vedlegg

Vedlegg A

Definisjoner

A.1 Psykiatri og rusbehandling

A.1.1 E-konsultasjoner

For å fange opp e-konsultasjonene i datagrunnlaget, benytter vi en nylig etablert 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)

A.1.2 Pasientgrupper

Definisjon av de ulike pasientgruppene vi ser på, basert på ICD-10-koder:

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: (F30-F39, med unntak av kodene nevnt nedenfor), (F40-F48), (F50-F59), (F60-F69), (F90-F98).
3. Pasienter med alvorlig psykiske lidelser: Minst én kontakt med hoved- eller bidiagnose fra en eller flere av følgende diagnosegrupper: (F20-F29), F30.1, F30.2, F30.8, F30.9, F31, F32.3, F33.3.
4. Pasienter med ruslidelser: Minst én kontakt med hoved- eller bidiagnose fra en eller flere av følgende diagnosegrupper: F11, F12, F13, F14, F15, F16, F18, F19.
5. Pasienter med alkohollidelser: Minst én kontakt med hoved- eller bidiagnose F10.

A.2 Nødvendige somatiske helsetjenester

Med **innleggelse** menes det som i NPR er kodet som innleggelse og hvor liggetiden er lenger enn null døgn. I tillegg er kontakter med liggetid null dager og hvor pasienten er utskrevet som død, definert som innleggelse. Videre er innleggelser med hoveddiagnose Z37 (fødsel) ekskludert. En innleggelse kan være **planlagt eller akutt**, og denne inndelingen følger den administrative kodingen, med unntak av elektive innleggelser som forut har en akutt poliklinikk, de tas med som en akutt innleggelse.

Alle innleggelser hvor pasienten er utskrevet innen 1.tertial er inkludert i analysene. Figurer med ukentlige innleggelser tar utgangspunkt i inndato.

En akutt innleggelse hvor pasienten overføres innen 8 timer til annen avdeling eller annet sykehus, vil kun telle som en innleggelse. Derimot vil en akutt innlagt pasient som utskrives, og blir akutt innlagt igjen etter at det har gått minst åtte timer siden utskrivelsen, telles som to innleggelser.

Tabellene i vedlegg B.2 er delt i to perioder, før og etter nedstengning. Perioden før nedstengning, 01.januar til og med 12.mars, og perioden etter, 13.mars til og med 30.april. Det beregnes prosentvis endring mot tilsvarende periode i 2019.

A.2.1 Utvalg voksne

Utvalget er pasienter 18 år eller eldre som har en akutt innleggelse, som definert over, ved somatiske sykehus. Utvalgte tilstander er definert ved ICD10-koder.

Hjerneslag og subaraknoidalblødning, heretter omtalt som hjerneslag, er definert med hoveddiagnose I60, I61, I63 eller I64.

Hoftebrudd er definert med hoved- eller bidiagnose S72.0, S72.1, S72.2 i kombinasjon med relevante kirurgiske prosedyrekoder (NCSP) for reposisjon og osteosyntese(NFJ) eller primære total- eller delprotese(NFB01, NFB02, NFB11, NFB12, NFB20, NFB30, NFB40 eller NFB99).

Hjertesvikt er definert med hoveddiagnose I11.0, I13.0, I13.2, I50.0, I50.1 eller I50.9.

Hjerteinfarkt er definert med hoved- eller bidiagnose I21 eller I22.

Lungebetennelse er definert med hoveddiagnose J12-J18. Kols-assosiert lungebetennelse er utelatt fra denne analysen ved å utelate de med bidiagnose for kols (J40-J44). Covid-19-diagnoser, U07.1 eller U07.2, er også ekskludert.

KOLS er definert med hoved- eller bidiagnose J40-J44. Når J40-J44 står som bidiagnose er det krav om følgende hoveddiagnose: R06.0, J09-J18, J20, J22, J46 eller J96.

Influensa Influensa er med hoveddiagnose J10 eller J11.

A.2.2 Utvalg barn

Utvalget er barn i alderen 0 til og med 17 år som har en akutt innleggelse i somatiske sykehus, med unntak av episoder med gynekologiske hoveddiagnoser (i kategoriblokkene N70-N77 -Infeksjonssykdommer og andre betennelsestilstander i kvinnelige bekkenorganer, N80-N98 - Ikke-inflammatoriske tilstander i kvinnelige kjønnsorganer, N99 - Andre forstyrrelser i urinveier og kjønnsorganger, Z30-Z39 - Kontakt med helsetjenesten i forbindelse med reproduksjonsspørsmål, O00-O99 -Svangerskap, fødsel og barseltid).

Virus- og luftveisinfeksjon er definert med hoveddiagnose (ICD10) i kategoriblokkene B00-02 (herpes simplex, varicella, herpes zoster), B08 (andre virusinfeksjoner kjennetegnet ved hud- og slimhinnelesjoner), B15-19 (virushepatitt), B25 (cytomegalovirus), B27 (mononukleose), B33-34 (andre virussykdommer ikke klassifisert annet sted, virusinfeksjon med uspesifisert lokalisasjon), J00-06 (akutte infeksjoner øvre luftveier), J09-16 (influenza og pneumoni), J18 (pneumoni uspesifisert mikroorganisme) eller J20-22 (andre akutte infeksjoner nedre luftveier).

A.2.3 Utvalg kreft

I tillegg til behandling i somatiske sykehus er også avtalespesialister inkludert i analysene av kreft.

Kreft er definert som hoveddiagnose C00-C97 (ondartede svulster), D00-D09 (preinvasive svulster) eller Z08 (etterundersøkelse etter behandling for ondartet svulst). Pasienter med D0-diagnose alene utgjorde 2 % av utvalget, mens pasienter med Z08-diagnose alene utgjorde 9 % av utvalget.

Strålebehandling er definert ved NCMP-kodene WEOA00 og/eller WEOB05, uavhengig av behandlingsnivå. Bosatte i opptaksområdet til Sørlandet sykehus er utelatt i analyser av strålebehandling, da rapportering for stråleterapi ved Sørlandet sykehus mangler i våre data for 1. tertial 2020.

Cellegiftbehandling er definert som kreftdiagnose i kombinasjon med NCMP-kode WBOC* (alle), og/eller kurID-kode for medikamentell kreftbehandling eller takst 126 hos avtalespesialist, uavhengig av omsorgsnivå. Cellegiftkurer gitt ved sykehjem eller hos kreftsykepleiere i primærhelsetjenesten er ikke inkludert.

Kirurgisk kreftbehandling er definert ved hoveddiagnose kreft i kombinasjon med kirurgisk DRG, uavhengig av omsorgsnivå. Subanalysen av kurativ kreftkirurgi inkluderer utvalgte kirurgiske prosedyrer ved 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 Helse Nord 2013-2016" (SKDE 2017).

Telefonkonsultasjoner med egenandel er definert ved følgende kriterier:

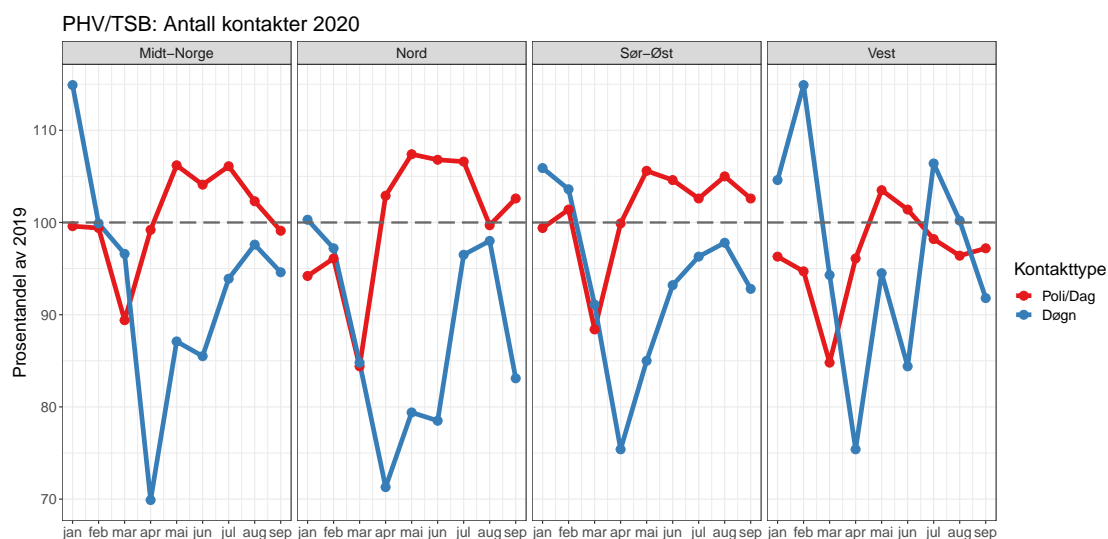
- stedAktivitet=3 (Telemedisinsk behandling–der behandlende lege er) i kombinasjon med
- kontaktType=5 (indirekte pasientkontakt) i kombinasjon med
- polInDir=13 (Indirekte kontakttype: Konsultasjon med egenandel).

Vedlegg

Vedlegg B

Tabeller og figurer

B.1 Psykiatri og rusbehandling



Figur B.1: PHV/TSB: Aktivitet for januar-august 2020, fordelt på sykehusregion. Uttrykt som prosentandel av aktiviteten i tilsvarende periode i 2019 (justert for antall virkedager). Oppdelt i døgnbehandling og poliklinikk/dagbehandling (blå/rød).

Vedlegg B. Tabeller og figurer

Tabell B.1: PHV/TSB: Helseforetak. Aktivitet for periodene mars-mai og juni-september 2020, uttrykt som prosentandel av aktiviteten i tilsvarende periode i 2019 (justert for antall virkedager). Oppdelt i elektiv aktivitet og øyeblikkelig hjelp, samt døgntilrettelagt og poliklinikk/dagbehandling.

| Helseforetak | Mars-mai | | | | Juni-september | | | |
|---------------------------------------|----------|----------|--------------------|----------|----------------|----------|--------------------|----------|
| | Elektiv | | Øyeblikkelig hjelp | | Elektiv | | Øyeblikkelig hjelp | |
| | Døgn | Poli/Dag | Døgn | Poli/Dag | Døgn | Poli/Dag | Døgn | Poli/Dag |
| Akershus universitetssykehus HF | 51,0 % | 97,4 % | 106,9 % | 110,1 % | 65,4 % | 104,1 % | 118,8 % | 128,6 % |
| Finnmarkssykehuset HF | 74,3 % | 105,4 % | 89,5 % | 50,5 % | 99,2 % | 110,5 % | 75,9 % | 221,9 % |
| Helgelandssykehuset HF | 73,1 % | 91,3 % | 106,8 % | 137,9 % | 88,4 % | 93,4 % | 100,3 % | 161,2 % |
| Helse Bergen HF | 123,0 % | 97,1 % | 102,8 % | 84,6 % | 137,0 % | 100,0 % | 111,2 % | 101,0 % |
| Helse Fonna HF | 77,4 % | 97,8 % | 67,4 % | 75,3 % | 93,8 % | 103,0 % | 81,6 % | 82,7 % |
| Helse Førde HF | 79,0 % | 102,6 % | 99,0 % | 43,0 % | 92,0 % | 98,9 % | 82,1 % | 65,2 % |
| Helse Møre og Romsdal HF | 63,0 % | 96,3 % | 97,1 % | 52,2 % | 85,2 % | 103,2 % | 93,1 % | 70,5 % |
| Helse Nord Trøndelag HF | 103,4 % | 87,1 % | 84,3 % | 118,2 % | 72,9 % | 100,1 % | 101,3 % | 76,8 % |
| Helse Stavanger HF | 83,8 % | 96,6 % | 98,6 % | 76,4 % | 86,8 % | 101,8 % | 98,2 % | 103,2 % |
| Nordlandssykehuset HF | 72,2 % | 103,4 % | 79,7 % | 20,5 % | 78,5 % | 110,5 % | 98,0 % | 61,3 % |
| Oslo universitetssykehus HF | 74,7 % | 95,1 % | 79,1 % | 78,8 % | 82,9 % | 107,0 % | 94,2 % | 81,8 % |
| Sørlandet sykehus HF | 77,0 % | 91,3 % | 84,2 % | 121,5 % | 89,9 % | 100,1 % | 93,0 % | 126,9 % |
| St. Olavs Hospital HF | 74,2 % | 102,2 % | 83,4 % | 57,7 % | 97,8 % | 102,7 % | 93,5 % | 114,1 % |
| Sykehuset i Vestfold HF | 78,9 % | 94,1 % | 89,5 % | 95,6 % | 87,6 % | 98,7 % | 97,7 % | 90,4 % |
| Sykehuset Innlandet HF | 69,5 % | 100,6 % | 85,0 % | 81,3 % | 67,4 % | 101,2 % | 108,9 % | 100,2 % |
| Sykehuset Østfold HF | 81,2 % | 100,1 % | 81,1 % | 79,5 % | 87,4 % | 103,8 % | 95,0 % | 105,3 % |
| Sykehuset Telemark HF | 76,5 % | 104,3 % | 86,3 % | 68,2 % | 110,6 % | 102,5 % | 93,5 % | 100,2 % |
| Universitetssykehuset i Nord-Norge HF | 80,5 % | 100,4 % | 91,4 % | 142,3 % | 82,3 % | 105,8 % | 100,3 % | 125,1 % |
| Vestre Viken HF | 73,5 % | 103,6 % | 109,2 % | 66,1 % | 96,9 % | 107,8 % | 109,1 % | 87,4 % |

Tabell B.2: PHV/TSB: Kjønn og alder. Aktivitet for mars-april 2020, uttrykt som prosentandel av aktivitet i tilsvarende periode i 2019 (justert for antall virkedager).

| Opptaksområde | Kvinne | | | | | Mann | | | | |
|-----------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| | 0-17 | 18-30 | 31-50 | 51-64 | 65+ | 0-17 | 18-30 | 31-50 | 51-64 | 65+ |
| Akershus | 97,8 % | 95,4 % | 95,9 % | 92,8 % | 85,2 % | 92,8 % | 92,6 % | 96,0 % | 92,9 % | 62,4 % |
| Bergen | 101,1 % | 88,1 % | 95,2 % | 96,1 % | 77,3 % | 93,2 % | 88,1 % | 82,1 % | 84,7 % | 94,8 % |
| Diakonhjemmet | 83,5 % | 97,7 % | 93,3 % | 86,1 % | 100,2 % | 91,1 % | 96,9 % | 95,2 % | 98,7 % | 101,5 % |
| Finnmark | 88,1 % | 108,1 % | 101,1 % | 94,3 % | 64,9 % | 78,5 % | 106,6 % | 114,4 % | 95,4 % | 54,1 % |
| Fonna | 90,3 % | 91,1 % | 88,6 % | 103,8 % | 97,6 % | 96,8 % | 92,5 % | 91,8 % | 95,8 % | 103,4 % |
| Førde | 93,3 % | 88,5 % | 90,7 % | 93,3 % | 94,0 % | 75,5 % | 115,3 % | 100,8 % | 92,1 % | 108,7 % |
| Helgeland | 82,6 % | 89,0 % | 81,5 % | 91,7 % | 69,7 % | 89,8 % | 84,5 % | 102,7 % | 128,7 % | 165,8 % |
| Innlandet | 115,5 % | 94,0 % | 90,8 % | 97,3 % | 87,7 % | 92,9 % | 86,7 % | 93,0 % | 100,9 % | 93,0 % |
| Lovisenberg | 85,9 % | 91,5 % | 89,4 % | 98,2 % | 118,1 % | 84,0 % | 85,6 % | 81,9 % | 80,9 % | 77,6 % |
| Møre og Romsdal | 99,0 % | 90,1 % | 95,8 % | 95,6 % | 69,3 % | 86,3 % | 101,1 % | 98,5 % | 78,9 % | 92,4 % |
| Nordland | 98,4 % | 95,3 % | 84,5 % | 90,4 % | 60,1 % | 89,9 % | 114,5 % | 90,3 % | 107,6 % | 71,2 % |
| Nord-Trøndelag | 101,2 % | 84,7 % | 80,6 % | 87,5 % | 100,8 % | 85,3 % | 82,3 % | 86,6 % | 89,6 % | 90,9 % |
| Østfold | 106,0 % | 89,8 % | 95,2 % | 96,4 % | 89,7 % | 77,5 % | 84,9 % | 98,7 % | 100,7 % | 105,4 % |
| OUS | 76,2 % | 92,6 % | 105,5 % | 94,6 % | 110,6 % | 84,3 % | 88,6 % | 90,2 % | 93,8 % | 112,1 % |
| Sørlandet | 79,4 % | 87,2 % | 92,9 % | 95,2 % | 114,8 % | 77,1 % | 91,6 % | 88,1 % | 81,7 % | 87,0 % |
| St. Olavs | 99,7 % | 92,5 % | 98,9 % | 87,2 % | 100,3 % | 95,7 % | 93,5 % | 98,9 % | 102,0 % | 94,6 % |
| Stavanger | 92,4 % | 100,3 % | 95,2 % | 97,1 % | 83,5 % | 87,6 % | 86,1 % | 91,1 % | 93,6 % | 93,7 % |
| Telemark | 88,0 % | 86,7 % | 97,8 % | 122,4 % | 96,9 % | 105,4 % | 102,7 % | 107,6 % | 103,0 % | 105,0 % |
| UNN | 104,4 % | 99,1 % | 97,1 % | 91,5 % | 106,2 % | 104,5 % | 73,5 % | 100,3 % | 93,4 % | 98,3 % |
| Vestfold | 106,6 % | 100,0 % | 92,9 % | 80,0 % | 84,4 % | 101,8 % | 90,9 % | 91,0 % | 93,5 % | 102,9 % |
| Vestre Viken | 102,8 % | 93,6 % | 95,1 % | 92,8 % | 82,2 % | 91,4 % | 96,5 % | 105,1 % | 97,2 % | 82,8 % |

Vedlegg B. Tabeller og figurer

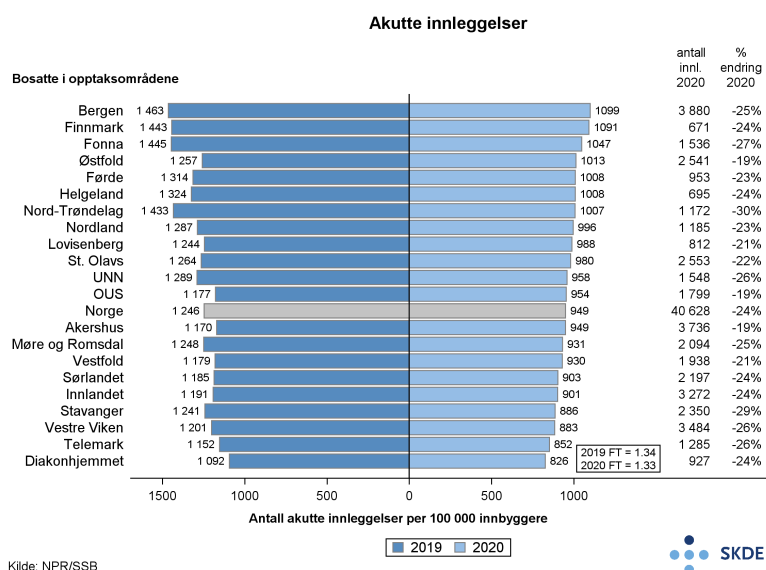
Tabell B.3: PHV: Pasientgrupper. Elektiv aktivitet for mars-april 2020, uttrykt som prosentandel av elektiv aktivitet i tilsvarende periode i 2019 (justert for antall virkedager).

| Opptaksområde | Døgn | | | Poli/Dag | | |
|-----------------|--------|----------------|---------------------|----------|----------------|---------------------|
| | PHV | Psyk. lidelser | Alv. psyk. lidelser | PHV | Psyk. lidelser | Alv. psyk. lidelser |
| Akershus | 43,8 % | 45,2 % | 54,3 % | 93,7 % | 92,4 % | 96,2 % |
| Bergen | 77,4 % | 58,0 % | 73,5 % | 94,4 % | 95,4 % | 95,1 % |
| Diakonhjemmet | 56,6 % | 116,7 % | 80,0 % | 95,3 % | 95,1 % | 107,8 % |
| Finmark | 67,6 % | 65,3 % | 81,8 % | 97,6 % | 109,4 % | 105,1 % |
| Fonna | 61,4 % | 70,0 % | 44,0 % | 94,2 % | 99,1 % | 96,3 % |
| Førde | 74,7 % | 66,7 % | 85,7 % | 92,3 % | 97,1 % | 96,8 % |
| Helgeland | 77,5 % | 58,8 % | 87,5 % | 85,2 % | 84,5 % | 94,8 % |
| Innlandet | 54,6 % | 47,5 % | 61,7 % | 94,7 % | 92,0 % | 101,9 % |
| Lovisenberg | 68,0 % | 76,3 % | 61,5 % | 88,3 % | 86,9 % | 97,5 % |
| Møre og Romsdal | 93,1 % | 41,3 % | 217,5 % | 92,2 % | 93,3 % | 110,5 % |
| Nordland | 57,2 % | 54,5 % | 70,0 % | 93,4 % | 89,5 % | 118,6 % |
| Nord-Trøndelag | 74,8 % | 90,6 % | 82,6 % | 84,8 % | 86,0 % | 93,5 % |
| Østfold | 81,3 % | 67,4 % | 64,3 % | 89,2 % | 91,4 % | 106,7 % |
| OUS | 54,0 % | 73,2 % | 46,8 % | 94,4 % | 98,4 % | 103,6 % |
| Sørlandet | 46,9 % | 53,8 % | 51,1 % | 86,2 % | 84,3 % | 98,9 % |
| St. Olavs | 68,0 % | 61,7 % | 77,4 % | 92,3 % | 91,2 % | 99,6 % |
| Stavanger | 76,6 % | 64,4 % | 87,5 % | 90,3 % | 94,0 % | 96,4 % |
| Telemark | 58,2 % | 62,3 % | 34,1 % | 95,8 % | 101,8 % | 112,7 % |
| UNN | 57,1 % | 75,9 % | 48,0 % | 96,4 % | 101,7 % | 86,3 % |
| Vestfold | 63,5 % | 63,5 % | 92,9 % | 99,9 % | 100,3 % | 105,8 % |
| Vestre Viken | 49,1 % | 59,3 % | 55,0 % | 95,6 % | 94,5 % | 118,2 % |

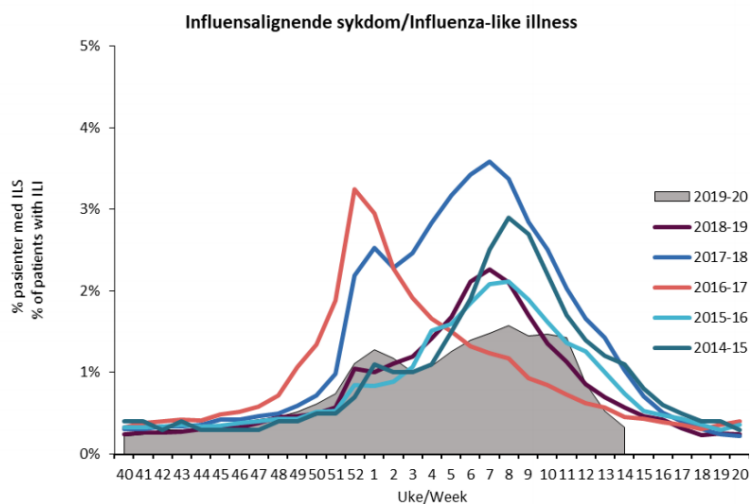
Tabell B.4: TSB: Pasientgrupper. Elektiv aktivitet for mars-april 2020, uttrykt som prosentandel av elektiv aktivitet i tilsvarende periode i 2019 (justert for antall virkedager).

| Opptaksområde | Døgn | | | Poli/Dag | | |
|-----------------|---------|-------------|-----------------|----------|-------------|-----------------|
| | TSB | Ruslidelser | Alkohollidelser | TSB | Ruslidelser | Alkohollidelser |
| Akershus | 68,5 % | 88,2 % | 71,7 % | 100,7 % | 110,1 % | 94,3 % |
| Bergen | 42,1 % | 44,4 % | 52,5 % | 79,4 % | 79,2 % | 101,1 % |
| Diakonhjemmet | 89,4 % | 77,8 % | 81,5 % | 95,8 % | 94,8 % | 111,1 % |
| Finmark | 54,5 % | 50,0 % | 107,7 % | 134,0 % | 125,5 % | 189,7 % |
| Fonna | 45,5 % | 55,6 % | 56,3 % | 94,6 % | 102,2 % | 109,9 % |
| Førde | 17,4 % | 33,3 % | 50,0 % | 146,2 % | 136,9 % | 100,4 % |
| Helgeland | 74,1 % | 50,0 % | 100,0 % | 137,2 % | 145,7 % | 100,6 % |
| Innlandet | 56,4 % | 39,7 % | 80,6 % | 103,1 % | 111,4 % | 115,1 % |
| Lovisenberg | 72,0 % | 63,2 % | 78,0 % | 88,7 % | 92,1 % | 97,5 % |
| Møre og Romsdal | 64,9 % | 55,6 % | 63,6 % | 109,0 % | 110,3 % | 92,4 % |
| Nordland | 76,2 % | 56,5 % | 84,2 % | 108,1 % | 108,6 % | 93,5 % |
| Nord-Trøndelag | 130,3 % | 81,0 % | 163,2 % | 106,1 % | 122,8 % | 89,3 % |
| Østfold | 95,6 % | 76,5 % | 109,7 % | 114,1 % | 117,4 % | 134,0 % |
| OUS | 77,5 % | 68,1 % | 83,8 % | 91,8 % | 89,1 % | 100,2 % |
| Sørlandet | 68,2 % | 64,5 % | 66,7 % | 93,4 % | 94,8 % | 93,2 % |
| St. Olavs | 80,2 % | 75,0 % | 108,2 % | 125,6 % | 129,2 % | 125,0 % |
| Stavanger | 63,9 % | 69,0 % | 57,1 % | 104,4 % | 141,1 % | 119,7 % |
| Telemark | 164,0 % | 104,9 % | 84,2 % | 135,7 % | 129,4 % | 109,6 % |
| UNN | 62,5 % | 94,1 % | 43,2 % | 97,1 % | 102,6 % | 117,5 % |
| Vestfold | 80,4 % | 87,0 % | 95,8 % | 79,8 % | 91,9 % | 92,8 % |
| Vestre Viken | 82,7 % | 68,7 % | 97,8 % | 102,7 % | 114,8 % | 89,2 % |

B.2 Nødvendige somatiske helsetjenester



Figur B.2: Antall akutte innleggelser per 100 000 innbyggere for voksne etter nedstengningen i 2020 (13.mars - 30.april) og tilsvarende periode i 2019, fordelt på opptaksområde, justert for kjønn og alder. Antall innleggelser i 2020 og prosentvis endring ifht 2019 i kolonne til høyre.



Figur B.3: Kilde FHI: Andel legebesøk for influensalignende sykdom (ILS). Tallene for siste uke kan bli justert i neste rapport.

Tabell B.5: Antall hjerteinfarkt og andel som mottar revaskularisering i samme sykehusopphold i 1.tertial 2020 i perioden etter nedstengning, sammenlignet med samme periode i 2019. 18 år eller eldre. Fordelt på opptaksområde.

| Opptaksområde | 2019 | | 2020 | |
|------------------|--------|--------|--------|--------|
| | antall | andel | antall | andel |
| Helse Nord | 152 | 65,8 % | 115 | 64,3 % |
| Helse Midt-Norge | 208 | 56,7 % | 165 | 61,8 % |
| Helse Vest | 247 | 61,5 % | 205 | 61,5 % |
| Helse Sør-Øst | 648 | 62,8 % | 557 | 64,1 % |
| Norge | 1 255 | 61,9 % | 1 042 | 63,2 % |

Tabell B.6: Antall pasienter i 1.tertial 2020 i perioden etter nedstengning (13.3 - 30.4) og prosent endring sammenlignet med samme periode i 2019. Fordelt på utvalgte pasientgrupper med akuttinnleggelse.

| Aldersgruppe | Hjerteinfarkt | | Hjertesvikt | | Hjerneslag | | Hoftebrudd | | Lungebetennelse | | KOLS | |
|--------------|---------------|---------|-------------|---------|------------|---------|------------|---------|-----------------|---------|--------|---------|
| | antall | endring | antall | endring | antall | endring | antall | endring | antall | endring | antall | endring |
| 18-55 år | 156 | -19 % | 31 | -9 % | 94 | -15 % | 19 | -56 % | 242 | -29 % | 58 | -33 % |
| 56-75 år | 509 | -12 % | 213 | -23 % | 424 | -9 % | 215 | -7 % | 473 | -42 % | 653 | -43 % |
| 76-85 år | 256 | -15 % | 270 | -27 % | 330 | -4 % | 299 | -3 % | 362 | -44 % | 454 | -38 % |
| 86 år + | 120 | -34 % | 331 | -29 % | 232 | 3 % | 401 | 4 % | 332 | -43 % | 149 | -47 % |
| | 1 041 | -17 % | 845 | -26 % | 1 080 | -6 % | 934 | -4 % | 1 409 | -41 % | 1 314 | -42 % |

Tabell B.7: Antall pasienter med kreft som hoveddiagnose i periodene før (1.1-12.3) og etter pandemiutbruddet (13.3-30.4). Prosentvis endring sammenlignet med samme periode i 2019.

| Opptaksområde | Før | | Etter | |
|-----------------|---------|---------|--------|---------|
| | antall | endring | antall | endring |
| Finnmark | 758 | 4.1 % | 358 | -30.9 % |
| UNN | 2 126 | 3.0 % | 1 058 | -24.4 % |
| Nordland | 1 819 | 7.9 % | 882 | -22.2 % |
| Helgeland | 989 | 3.4 % | 486 | -27.4 % |
| Nord-Trøndelag | 1 722 | 8.9 % | 918 | -24.5 % |
| St. Olavs | 4 180 | 6.8 % | 2 290 | -16.6 % |
| Møre og Romsdal | 3 675 | 0.9 % | 1 838 | -26.1 % |
| Førde | 1 397 | 3.5 % | 615 | -33.8 % |
| Bergen | 5 861 | 11.2 % | 3 050 | -23.6 % |
| Fonna | 2 333 | 7.2 % | 1 243 | -23.7 % |
| Stavanger | 3 990 | 7.4 % | 2 036 | -20.2 % |
| Østfold | 4 168 | 5.1 % | 2 212 | -23.7 % |
| Akershus | 6 163 | 0.2 % | 3 439 | -26.6 % |
| OUS | 2 806 | 5.2 % | 1 554 | -28.5 % |
| Lovisenberg | 1 131 | 4.0 % | 623 | -20.4 % |
| Diakonhjemmet | 1 792 | 0.0 % | 1 006 | -29.3 % |
| Innlandet | 5 652 | 7.1 % | 2 877 | -26.6 % |
| Vestre Viken | 5 802 | 3.3 % | 3 166 | -31.0 % |
| Vestfold | 3 381 | 7.9 % | 1 924 | -13.8 % |
| Telemark | 2 392 | 12.2 % | 1 300 | -23.8 % |
| Sørlandet | 3 858 | 1.1 % | 1 925 | -30.3 % |
| Norge | 118 559 | 5.2 % | 34 800 | -25.1 % |

Tabell B.8: Antall pasienter etter kreftdiagnose i periodene før (1.1-12.3) og etter pandemiutbruddet (13.3-30.4). Prosentvis endring sammenlignet med samme perioder i 2019. Ikke gjensidig utelukkende kategorier

| Kreftgruppe | Før | | Etter | |
|-----------------------------------|---------|---------|---------|---------------|
| | endring | antall | endring | endring (pct) |
| Brystkreft | 8 954 | 6.8 % | 5 819 | -14.9 % |
| Prostatakreft | 8 168 | 6.5 % | 5 368 | -9.4 % |
| Lungekreft | 3 720 | 7.1 % | 2 774 | -7.1 % |
| Non-Hodgkin lymfom | 3 126 | 1.4 % | 2 046 | -14.4 % |
| Urinveiskreft | 2 831 | 6.4 % | 1 872 | -8.9 % |
| Tykkarmskreft | 2 444 | 3.9 % | 1 825 | -6.4 % |
| Malignt melanom | 2 288 | 3.2 % | 1 538 | -6.6 % |
| Leukemi | 2 086 | 4.6 % | 1 322 | -13.9 % |
| Endetarmskreft | 1 652 | 3.7 % | 1 133 | -14.5 % |
| Eggstokkreft | 1 341 | 9.4 % | 954 | -12.5 % |
| Livmorkreft | 1 057 | 7.5 % | 686 | -10.4 % |
| Nyrekreft | 947 | 1.5 % | 654 | -3.4 % |
| Hjernerkeft | 896 | 8.6 % | 653 | -7.8 % |
| Bukspyttkjertelkreft | 803 | 3.3 % | 668 | -0.6 % |
| Munn-, nese- og strupesvelgskreft | 881 | 9.7 % | 543 | -13.9 % |
| Livmorhalskreft | 432 | -31.4 % | 461 | -28.7 % |
| Testikkelkreft | 582 | 0.9 % | 436 | -10.8 % |
| Skjoldbruskkjertelkreft | 499 | -3.4 % | 289 | -27.4 % |
| Hodgkin lymfom | 472 | -6.9 % | 289 | -28.6 % |
| Magekreft | 421 | 4 % | 336 | -1.8 % |
| Spiserørskreft | 417 | 17.5 % | 340 | 13.7 % |
| Leverkreft | 321 | 20.7 % | 213 | -7.8 % |
| Galleblærekreft | 126 | -8.7 % | 154 | -14.4 % |
| Øvrige C-diagnoser | 35 049 | 5.3 % | 18 602 | -23.0 % |
| D0-diagnose | 2 699 | 1.7 % | 1 639 | -7.8 % |
| Z08-diagnose | 16 082 | 7.6 % | 7 227 | -31.0 % |
| Sum kreftpasienter | 72 827 | 5.1 % | 45 724 | -15.6 % |

Tabell B.9: Antall akutte innleggelser med kreft som hoveddiagnose i periodene før (1.1-12.3) og etter pandemiutbruddet (13.3-30.4). Prosentvis endring sammenlignet med samme periode i 2019.

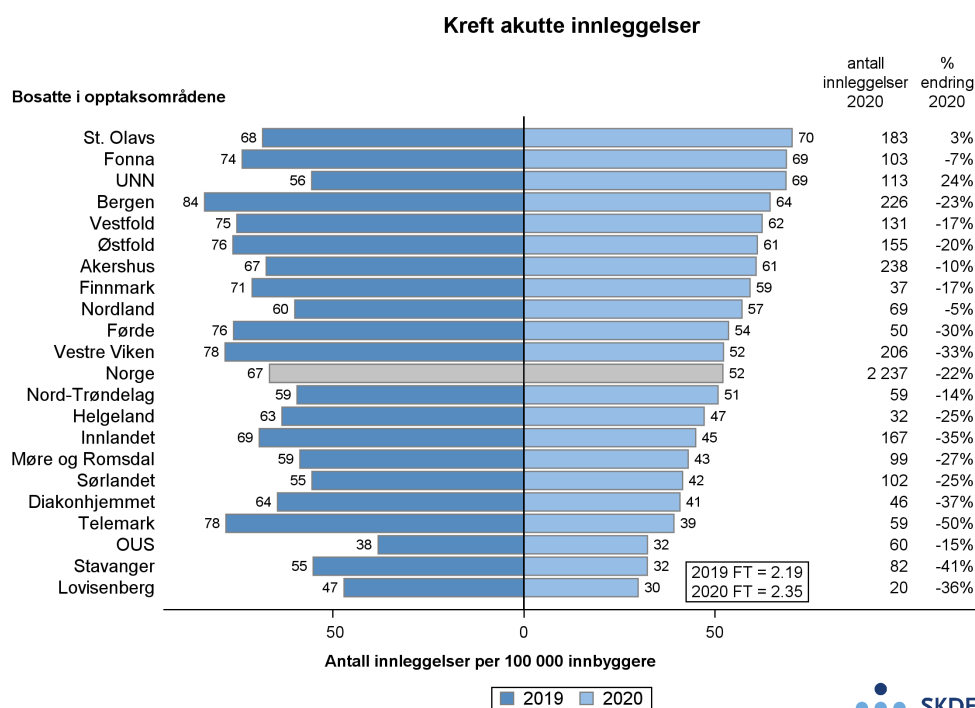
| Opptaksområde | Før | | Etter | |
|----------------------|--------|---------|--------|---------|
| | antall | endring | antall | endring |
| Helse Nord RHF | 388 | -9.8 % | 289 | 3.6 % |
| Helse Midt-Norge RHF | 632 | 3.8 % | 394 | -10.0 % |
| Helse Vest RHF | 910 | 7.6 % | 527 | -23.6 % |
| Helse Sør-Øst RHF | 2 397 | -0.1 % | 1 307 | -25.4 % |
| Norge | 4 327 | 1 % | 2 517 | -20.3 % |

Tabell B.10: Antall elektive døgnopphold med kreft som hoveddiagnose i periodene før (1.1-12.3) og etter pandemiutbruddet (13.3-30.4). Prosentvis endring sammenlignet med samme periode i 2019.

| Opptaksområde | Før | | Etter | |
|----------------------|--------|---------|--------|---------|
| | antall | endring | antall | endring |
| Helse Nord RHF | 989 | 3.8 % | 561 | -14.1 % |
| Helse Midt-Norge RHF | 1 105 | 2.5 % | 734 | -11.9 % |
| Helse Vest RHF | 1 600 | -0.9 % | 1 009 | -13.3 % |
| Helse Sør-Øst RHF | 4 350 | 3.9 % | 2 550 | -16.5 % |
| Norge | 8 044 | 2.7 % | 4 854 | -14.9 % |

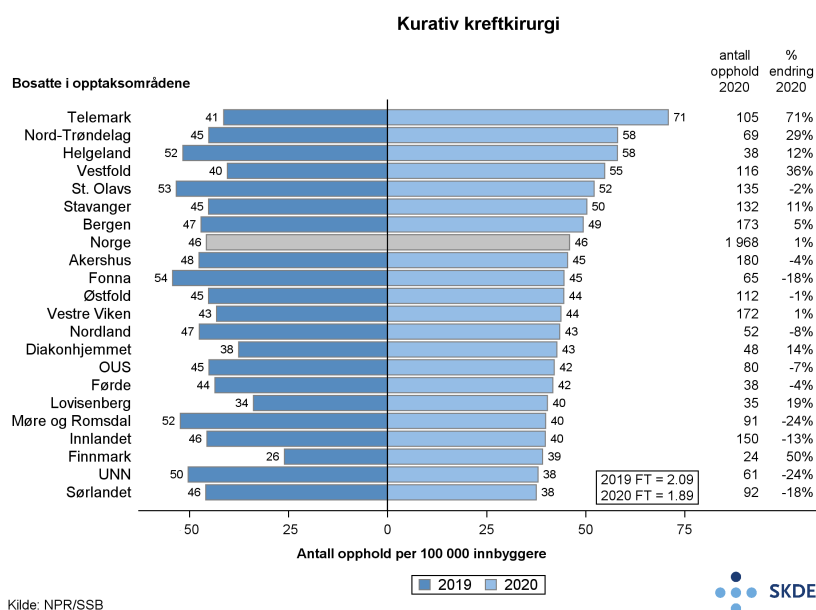
Tabell B.11: Antall cellegiftbehandlinger i periodene før (1.1-12.3) og etter pandemiutbruddet (13.3-30.4). Prosentvis endring sammenlignet med samme periode i 2019.

| Opptaksområde | Før | | Etter | |
|----------------------|--------|---------|--------|---------|
| | antall | endring | antall | endring |
| Helse Nord RHF | 3 118 | 5.4 % | 2 022 | 5.0 % |
| Helse Midt-Norge RHF | 5 031 | 8.5 % | 3 053 | -5.5 % |
| Helse Vest RHF | 8 370 | 13.1 % | 4 669 | -7.0 % |
| Helse Sør-Øst RHF | 22 450 | 10.9 % | 13 241 | -6.8 % |
| Norge | 38 969 | 10.6 % | 22 985 | -5.8 % |

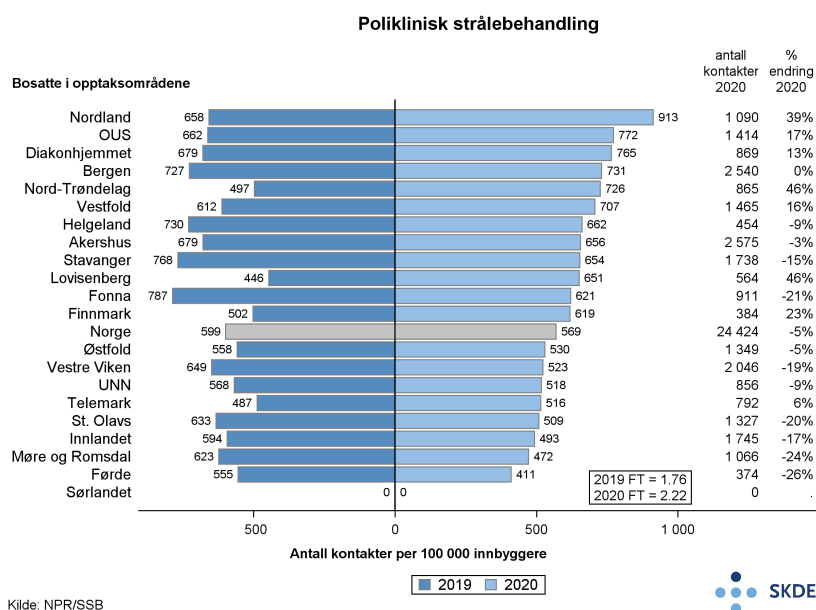


Kilde: NPR/SSB

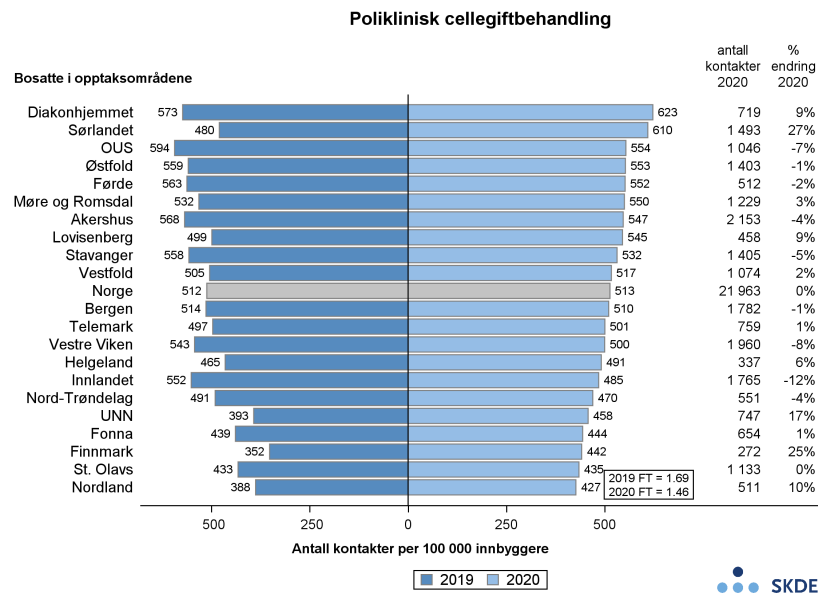
Figur B.4: Antall akutte døgnopphold for kreft per 100 000 innbyggere i perioden etter pandemiutbruddet i 2020 (13.mars-30.april), fordelt på opptaksområde og justert for kjønn og alder. Antall akutttinnleggelser i 2020 og prosentvis endring ifht 2019 i kolonne til høyre.



Figur B.5: Antall opphold for kurativ kreftkirurgi per 100 000 innbyggere i perioden etter nedstengningen i 2020 (13.mars-30.april), fordelt på opptaksområde og justert for kjønn og alder. Antall opphold for kurativ kreftkirurgi i 2020 og prosentvis endring ifht 2019 i kolonne til høyre.

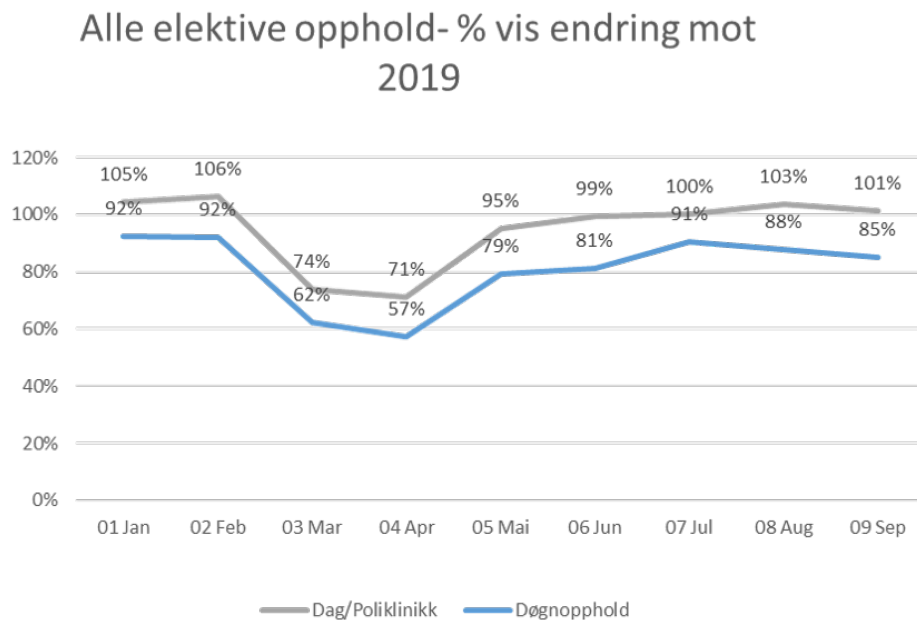


Figur B.6: Antall kontakter for poliklinisk strålebehandling per 100 000 innbyggere i perioden etter nedstengningen i 2020 (13.mars-30.april), fordelt på opptaksområde og justert for kjønn og alder. Antall kontakter for poliklinisk strålebehandling i 2020 og prosentvis endring ifht 2019 i kolonne til høyre

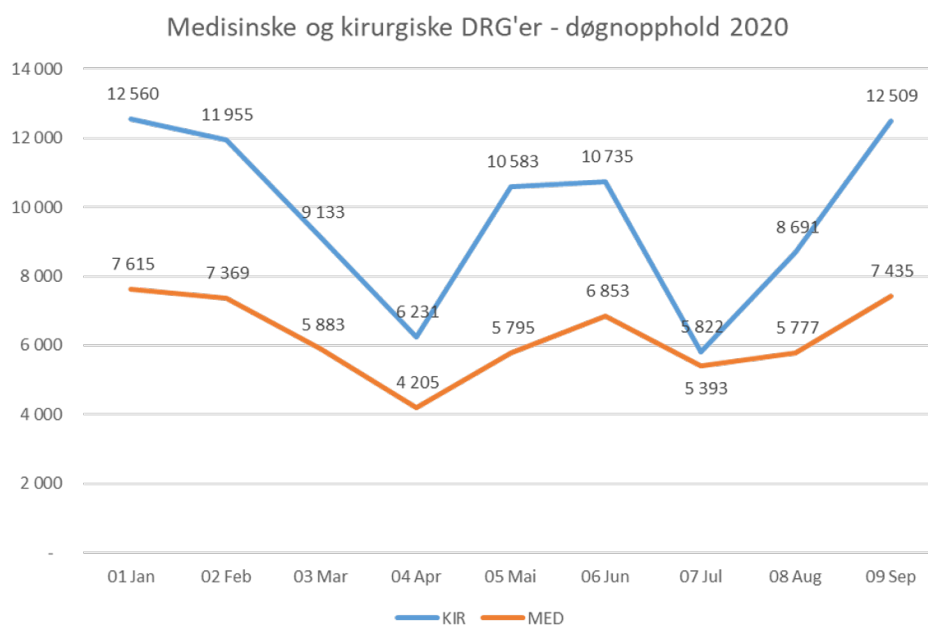


Figur B.7: Antall kontakter for poliklinisk cellegiftbehandling per 100 000 innbyggere i perioden etter nedstengningen i 2020 (13.mars-30.april), fordelt på opptaksområde og justert for kjønn og alder. Antall kontakter for cellegiftbehandling i 2020 og prosentvis endring ifht 2019 i kolonne til høyre.

B.3 Omfang og håndtering av nedtak av kapasitet



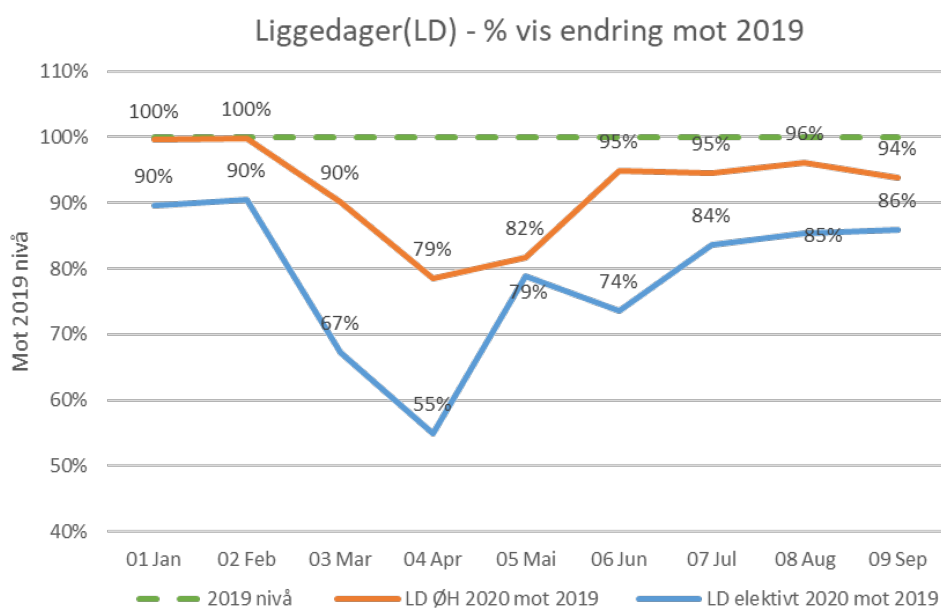
Figur B.8: Elektive opphold i 2020 vist som prosentvis andel av elektive opphold i 2019, fordelt på dag/poliklinikk og døgnopphold, for perioden januar - september.



Figur B.9: Døgnopphold fordelt på medisinsk og kirurgisk DRG, for perioden januar - september 2020.

Tabell B.12: Døgnopphold akkumulert for perioden januar - september, for 2019 og 2020, antall og prosentvis endring mot 2019, fordelt på opptaksområder.

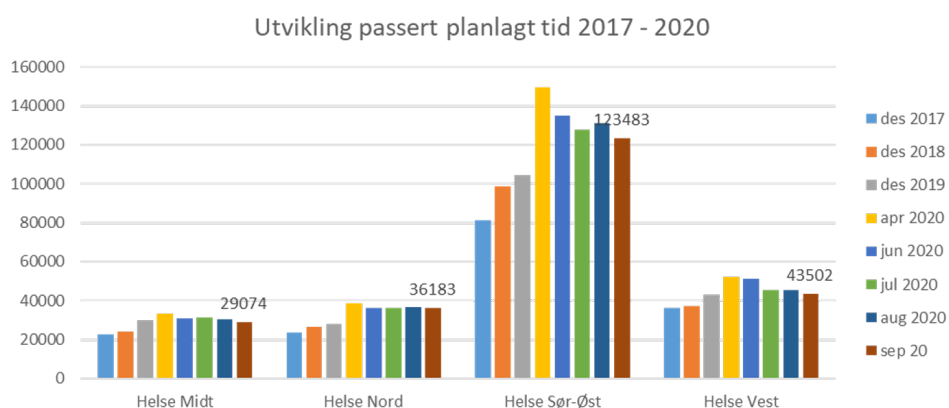
| Opptaksområder | 2019 | 2020 | Endring mot 2019 | |
|---------------------------------------|----------------|----------------|------------------|--------------|
| Helse Midt | 31 265 | 25 388 | -5 877 | -19 % |
| Helse Møre og Romsdal OO | 12 461 | 10 371 | -2 090 | -17 % |
| Helse Nord Trøndelag OO | 7 157 | 5 850 | -1 307 | -18 % |
| St. Olavs hospital OO | 11 647 | 9 167 | -2 480 | -21 % |
| Helse Nord | 20 976 | 16 392 | -4 584 | -22 % |
| Finmarksykehuset OO | 4 043 | 3 059 | -984 | -24 % |
| Helgelandssykehuset OO | 3 455 | 2 785 | -670 | -19 % |
| Nordlandssykehuset OO | 5 970 | 4 484 | -1 486 | -25 % |
| Universitetssykehuset i Nord-Norge OO | 7 508 | 6 064 | -1 444 | -19 % |
| Helse Sør-Øst | 109 352 | 88 741 | -20 611 | -19 % |
| Akershus universitetssykehus OO | 19 498 | 16 403 | -3 095 | -16 % |
| Diakonhjemmet Sykehus OO | 4 765 | 3 880 | -885 | -19 % |
| Lovisenberg Diakonale Sykehus OO | 4 210 | 3 692 | -518 | -12 % |
| Oslo universitetssykehus OO | 8 979 | 7 398 | -1 581 | -18 % |
| Sykehuset i Vestfold OO | 9 056 | 8 001 | -1 055 | -12 % |
| Sykehuset Innlandet OO | 14 714 | 11 716 | -2 998 | -20 % |
| Sykehuset Telemark OO | 7 845 | 6 095 | -1 750 | -22 % |
| Sykehuset Østfold OO | 10 684 | 8 958 | -1 726 | -16 % |
| Sørlandet sykehus OO | 10 109 | 7 225 | -2 884 | -29 % |
| Vestre Viken OO | 19 492 | 15 345 | -4 147 | -21 % |
| Helse Vest | 37 876 | 30 844 | -7 032 | -19 % |
| Helse Bergen OO | 15 838 | 13 070 | -2 768 | -17 % |
| Helse Fonna OO | 7 404 | 5 936 | -1 468 | -20 % |
| Helse Førde OO | 4 563 | 3 856 | -707 | -15 % |
| Helse Stavanger OO | 10 071 | 7 982 | -2 089 | -21 % |
| Totalsum | 199 469 | 161 365 | -38 104 | -19 % |



Figur B.10: Liggedager i 2020 vist som andel av nivå i 2019, fordelt på øhjelp og elektivt, for perioden januar - september, 2019 som referanselinje med 100 %.

Tabell B.13: Døgnopphold akkumulert for perioden mars - mai, for 2019 og 2020, antall og prosentvis endring mot 2019, fordelt på opptaksområder.

| Opptaksområder | 2019 | 2020 | Endring mot 2019 | |
|---------------------------------------|---------------|---------------|------------------|--------------|
| Helse Midt | 11 248 | 7 868 | -3 380 | -30 % |
| Helse Møre og Romsdal OO | 4 550 | 3 138 | -1 412 | -31 % |
| Helse Nord Trøndelag OO | 2 557 | 1 767 | -790 | -31 % |
| St. Olavs hospital OO | 4 141 | 2 963 | -1 178 | -28 % |
| Helse Nord | 7 415 | 4 422 | -2 993 | -40 % |
| Finmarksykehuset OO | 1 383 | 815 | -568 | -41 % |
| Helgelandssykehuset OO | 1 235 | 745 | -490 | -40 % |
| Nordlandssykehuset OO | 2 129 | 1 200 | -929 | -44 % |
| Universitetssykehuset i Nord-Norge OO | 2 668 | 1 662 | -1 006 | -38 % |
| Helse Sør-Øst | 39 280 | 25 392 | -13 888 | -35 % |
| Akershus universitetssykehus OO | 6 965 | 4 684 | -2 281 | -33 % |
| Diakonhjemmet Sykehus OO | 1 694 | 1 106 | -588 | -35 % |
| Lovisenberg Diakonale Sykehus OO | 1 520 | 1 087 | -433 | -28 % |
| Oslo universitetssykehus OO | 3 182 | 2 233 | -949 | -30 % |
| Sykehuset i Vestfold OO | 3 268 | 2 241 | -1 027 | -31 % |
| Sykehuset Innlandet OO | 5 246 | 3 196 | -2 050 | -39 % |
| Sykehuset Telemark OO | 2 848 | 1 671 | -1 177 | -41 % |
| Sykehuset Østfold OO | 3 881 | 2 631 | -1 250 | -32 % |
| Sørlandet sykehus OO | 3 677 | 2 145 | -1 532 | -42 % |
| Vestre Viken OO | 6 999 | 4 389 | -2 610 | -37 % |
| Helse Vest | 13 739 | 9 172 | -4 567 | -33 % |
| Helse Bergen OO | 5 679 | 4 043 | -1 636 | -29 % |
| Helse Fonna OO | 2 730 | 1 729 | -1 001 | -37 % |
| Helse Førde OO | 1 633 | 1 147 | -486 | -30 % |
| Helse Stavanger OO | 3 697 | 2 253 | -1 444 | -39 % |
| Totalsum | 71 682 | 46 854 | -24 828 | -35 % |



Figur B.11: Passert planlagt tid for april - september 2020, desember 2017-2019 til sammenligning, fordelt på RHF.

Tabell B.14: Dag/poliklinikk akkumulert for perioden januar - september, for 2019 og 2020, antall og prosentvis endring mot 2019, fordelt på opptaksområder.

| Opptaksområder | 2019 | 2020 | Endring mot 2019 | |
|---------------------------------------|------------------|------------------|------------------|-------------|
| Helse Midt | 662 380 | 630 355 | -32 025 | -5 % |
| Helse Møre og Romsdal OO | 255 012 | 244 693 | -10 319 | -4 % |
| Helse Nord Trøndelag OO | 128 815 | 127 786 | -1 029 | -1 % |
| St. Olavs hospital OO | 278 553 | 257 876 | -20 677 | -7 % |
| Helse Nord | 422 320 | 399 317 | -23 003 | -5 % |
| Finmarksykehuset OO | 64 656 | 61 288 | -3 368 | -5 % |
| Helgelandssykehuset OO | 78 900 | 73 459 | -5 441 | -7 % |
| Nordlandssykehuset OO | 121 740 | 114 120 | -7 620 | -6 % |
| Universitetssykehuset i Nord-Norge OO | 157 024 | 150 450 | -6 574 | -4 % |
| Helse Sør-Øst | 2 353 624 | 2 246 983 | -106 641 | -5 % |
| Akershus universitetssykehus OO | 418 372 | 397 024 | -21 348 | -5 % |
| Diakonhjemmet Sykehus OO | 105 537 | 99 281 | -6 256 | -6 % |
| Lovisenberg Diakonale Sykehus OO | 103 509 | 103 389 | -120 | 0 % |
| Oslo universitetssykehus OO | 202 360 | 193 733 | -8 627 | -4 % |
| Sykehuset i Vestfold OO | 216 519 | 214 289 | -2 230 | -1 % |
| Sykehuset Innlandet OO | 263 510 | 256 914 | -6 596 | -3 % |
| Sykehuset Telemark OO | 158 234 | 156 190 | -2 044 | -1 % |
| Sykehuset Østfold OO | 250 475 | 248 289 | -2 186 | -1 % |
| Sørlandet sykehus OO | 240 412 | 216 865 | -23 547 | -10 % |
| Vestre Viken OO | 394 696 | 360 172 | -34 524 | -9 % |
| Helse Vest | 872 714 | 838 113 | -34 601 | -4 % |
| Helse Bergen OO | 361 610 | 350 407 | -11 203 | -3 % |
| Helse Fonna OO | 147 349 | 140 640 | -6 709 | -5 % |
| Helse Førde OO | 103 823 | 94 651 | -9 172 | -9 % |
| Helse Stavanger OO | 259 932 | 252 415 | -7 517 | -3 % |
| Totalsum | 4 311 038 | 4 114 768 | -196 270 | -5 % |

Tabell B.15: Dag/poliklinikk akkumulert for perioden mars - mai, for 2019 og 2020, antall og prosentvis endring i 2020, fordelt på opptaksområder.

| Opptaksområder | 2019 | 2020 | Endring mot 2019 | |
|---------------------------------------|------------------|------------------|------------------|--------------|
| Helse Midt | 234 135 | 187 507 | -46 628 | -20 % |
| Helse Møre og Romsdal OO | 90 700 | 71 505 | -19 195 | -21 % |
| Helse Nord Trøndelag OO | 44 866 | 37 974 | -6 892 | -15 % |
| St. Olavs hospital OO | 98 569 | 78 028 | -20 541 | -21 % |
| Helse Nord | 148 322 | 111 999 | -36 323 | -24 % |
| Finnmarksykehuset OO | 22 644 | 16 071 | -6 573 | -29 % |
| Helgelandssykehuset OO | 27 576 | 20 333 | -7 243 | -26 % |
| Nordlandssykehuset OO | 42 286 | 32 477 | -9 809 | -23 % |
| Universitetssykehuset i Nord-Norge OO | 55 816 | 43 118 | -12 698 | -23 % |
| Helse Sør-Øst | 828 434 | 652 862 | -175 572 | -21 % |
| Akershus universitetssykehus OO | 147 791 | 117 515 | -30 276 | -20 % |
| Diakonhjemmet Sykehus OO | 37 098 | 29 288 | -7 810 | -21 % |
| Lovisenberg Diakonale Sykehus OO | 35 909 | 30 479 | -5 430 | -15 % |
| Oslo universitetssykehus OO | 71 517 | 57 268 | -14 249 | -20 % |
| Sykehuset i Vestfold OO | 76 132 | 62 133 | -13 999 | -18 % |
| Sykehuset Innlandet OO | 92 559 | 73 517 | -19 042 | -21 % |
| Sykehuset Telemark OO | 55 903 | 46 284 | -9 619 | -17 % |
| Sykehuset Østfold OO | 87 346 | 73 018 | -14 328 | -16 % |
| Sørlandet sykehus OO | 85 409 | 62 116 | -23 293 | -27 % |
| Vestre Viken OO | 138 770 | 101 021 | -37 749 | -27 % |
| Helse Vest | 308 207 | 244 234 | -63 973 | -21 % |
| Helse Bergen OO | 127 505 | 103 762 | -23 743 | -19 % |
| Helse Fonna OO | 51 994 | 40 560 | -11 434 | -22 % |
| Helse Førde OO | 36 967 | 26 517 | -10 450 | -28 % |
| Helse Stavanger OO | 91 741 | 73 395 | -18 346 | -20 % |
| Totalsum | 1 519 098 | 1 196 602 | -322 496 | -21 % |

Tabell B.16: Elektive døgnopphold med medisinsk DRG, akkumulert for perioden mars - mai, for 2019 og 2020, antall og prosentvis endring mot 2019, fordelt på opptaksområder.

| Opptaksområder | 2019 | 2020 | Endring mot 2019 | |
|---------------------------------------|---------------|---------------|------------------|--------------|
| Helse Midt | 3 565 | 2 083 | -1 482 | -42 % |
| Helse Møre og Romsdal OO | 1 583 | 944 | -639 | -40 % |
| Helse Nord Trøndelag OO | 919 | 517 | -402 | -44 % |
| St. Olavs hospital OO | 1 063 | 622 | -441 | -41 % |
| Helse Nord | 3 398 | 1 757 | -1 641 | -48 % |
| Finnmarksykehuset OO | 742 | 394 | -348 | -47 % |
| Helgelandssykehuset OO | 556 | 279 | -277 | -50 % |
| Nordlandssykehuset OO | 984 | 465 | -519 | -53 % |
| Universitetssykehuset i Nord-Norge OO | 1 116 | 619 | -497 | -45 % |
| Helse Sør-Øst | 15 388 | 9 173 | -6 215 | -40 % |
| Akershus universitetssykehus OO | 2 663 | 1 742 | -921 | -35 % |
| Diakonhjemmet Sykehus OO | 749 | 500 | -249 | -33 % |
| Lovisenberg Diakonale Sykehus OO | 738 | 488 | -250 | -34 % |
| Oslo universitetssykehus OO | 1 362 | 1 016 | -346 | -25 % |
| Sykehuset i Vestfold OO | 1 235 | 839 | -396 | -32 % |
| Sykehuset Innlandet OO | 2 155 | 1 172 | -983 | -46 % |
| Sykehuset Telemark OO | 1 171 | 630 | -541 | -46 % |
| Sykehuset Østfold OO | 1 435 | 827 | -608 | -42 % |
| Sørlandet sykehus OO | 1 365 | 597 | -768 | -56 % |
| Vestre Viken OO | 2 515 | 1 359 | -1 156 | -46 % |
| Helse Vest | 4 831 | 2 870 | -1 961 | -41 % |
| Helse Bergen OO | 1 915 | 1 121 | -794 | -41 % |
| Helse Fonna OO | 1 061 | 597 | -464 | -44 % |
| Helse Førde OO | 705 | 483 | -222 | -31 % |
| Helse Stavanger OO | 1 150 | 669 | -481 | -42 % |
| Totalsum | 27 182 | 15 883 | -11 299 | -42 % |

Tabell B.17: Elektive døgnopphold med medisinsk DRG, akkumulert for perioden januar - september, for 2019 og 2020, antall og prosentvis endring mot 2019, fordelt på opptaksområder.

| Opptaksområder | 2019 | 2020 | Endring mot 2019 | |
|---------------------------------------|---------------|---------------|------------------|--------------|
| Helse Midt | 10 141 | 6 987 | -3 154 | -31 % |
| Helse Møre og Romsdal OO | 4 533 | 3 238 | -1 295 | -29 % |
| Helse Nord Trøndelag OO | 2 578 | 1 807 | -771 | -30 % |
| St. Olavs hospital OO | 3 030 | 1 942 | -1 088 | -36 % |
| Helse Nord | 10 014 | 7 010 | -3 004 | -30 % |
| Finnmarksykehuset OO | 2 228 | 1 529 | -699 | -31 % |
| Helgelandssykehuset OO | 1 631 | 1 185 | -446 | -27 % |
| Nordlandssykehuset OO | 2 871 | 1 874 | -997 | -35 % |
| Universitetssykehuset i Nord-Norge OO | 3 284 | 2 422 | -862 | -26 % |
| Helse Sør-Øst | 43 859 | 32 600 | -11 259 | -26 % |
| Akershus universitetssykehus OO | 7 625 | 6 061 | -1 564 | -21 % |
| Diakonhjemmet Sykehus OO | 2 093 | 1 639 | -454 | -22 % |
| Lovisenberg Diakonale Sykehus OO | 2 034 | 1 708 | -326 | -16 % |
| Oslo universitetssykehus OO | 4 024 | 3 270 | -754 | -19 % |
| Sykehuset i Vestfold OO | 3 578 | 3 015 | -563 | -16 % |
| Sykehuset Innlandet OO | 6 099 | 4 550 | -1 549 | -25 % |
| Sykehuset Telemark OO | 3 319 | 2 296 | -1 023 | -31 % |
| Sykehuset Østfold OO | 4 021 | 3 024 | -997 | -25 % |
| Sørlandet sykehus OO | 3 832 | 2 197 | -1 635 | -43 % |
| Vestre Viken OO | 7 234 | 4 829 | -2 405 | -33 % |
| Helse Vest | 13 512 | 9 728 | -3 784 | -28 % |
| Helse Bergen OO | 5 367 | 3 763 | -1 604 | -30 % |
| Helse Fonna OO | 2 898 | 2 053 | -845 | -29 % |
| Helse Førde OO | 2 056 | 1 567 | -489 | -24 % |
| Helse Stavanger OO | 3 191 | 2 345 | -846 | -27 % |
| Totalsum | 77 526 | 56 325 | -21 201 | -27 % |

Tabell B.18: Elektive døgnopphold med kirurgisk DRG, akkumulert for perioden mars - mai, for 2019 og 2020, antall og prosentvis endring mot 2019, fordelt på opptaksområder.

| Opptaksområder | 2019 | 2020 | Endring mot 2019 | |
|---------------------------------------|---------------|---------------|------------------|--------------|
| Helse Midt | 5 269 | 3 713 | -1 556 | -30 % |
| Helse Møre og Romsdal OO | 2 119 | 1 482 | -637 | -30 % |
| Helse Nord Trøndelag OO | 1 202 | 834 | -368 | -31 % |
| St. Olavs hospital OO | 1 948 | 1 397 | -551 | -28 % |
| Helse Nord | 3 712 | 2 480 | -1 232 | -33 % |
| Finnmarksykehuset OO | 580 | 378 | -202 | -35 % |
| Helgelandssykehuset OO | 636 | 435 | -201 | -32 % |
| Nordlandssykehuset OO | 1 060 | 687 | -373 | -35 % |
| Universitetssykehuset i Nord-Norge OO | 1 436 | 980 | -456 | -32 % |
| Helse Sør-Øst | 20 814 | 14 188 | -6 626 | -32 % |
| Akershus universitetssykehus OO | 3 678 | 2 415 | -1 263 | -34 % |
| Diakonhjemmet Sykehus OO | 817 | 532 | -285 | -35 % |
| Lovisenberg Diakonale Sykehus OO | 652 | 514 | -138 | -21 % |
| Oslo universitetssykehus OO | 1 523 | 1 046 | -477 | -31 % |
| Sykehuset i Vestfold OO | 1 820 | 1 256 | -564 | -31 % |
| Sykehuset Innlandet OO | 2 785 | 1 805 | -980 | -35 % |
| Sykehuset Telemark OO | 1 489 | 930 | -559 | -38 % |
| Sykehuset Østfold OO | 2 150 | 1 658 | -492 | -23 % |
| Sørlandet sykehus OO | 2 107 | 1 436 | -671 | -32 % |
| Vestre Viken OO | 3 793 | 2 590 | -1 203 | -32 % |
| Helse Vest | 7 711 | 5 566 | -2 145 | -28 % |
| Helse Bergen OO | 3 209 | 2 506 | -703 | -22 % |
| Helse Fonna OO | 1 437 | 1 020 | -417 | -29 % |
| Helse Førde OO | 838 | 596 | -242 | -29 % |
| Helse Stavanger OO | 2 227 | 1 444 | -783 | -35 % |
| Totalsum | 37 506 | 25 947 | -11 559 | -31 % |

Tabell B.19: Elektive døgnopphold med kirurgisk DRG, akkumulert for perioden januar - september, for 2019 og 2020, antall og prosentvis endring mot 2019, fordelt på opptaksområder.

| Opptaksområder | 2019 | 2020 | Endring mot 2019 | |
|---------------------------------------|----------------|---------------|------------------|--------------|
| Helse Midt | 13 940 | 12 010 | -1 930 | -14 % |
| Helse Møre og Romsdal OO | 5 513 | 4 925 | -588 | -11 % |
| Helse Nord Trøndelag OO | 3 189 | 2 734 | -455 | -14 % |
| St. Olavs hospital OO | 5 238 | 4 351 | -887 | -17 % |
| Helse Nord | 10 076 | 8 672 | -1 404 | -14 % |
| Finnmarksykehuset OO | 1 677 | 1 380 | -297 | -18 % |
| Helgelandssykehuset OO | 1 694 | 1 476 | -218 | -13 % |
| Nordlandssykehuset OO | 2 831 | 2 444 | -387 | -14 % |
| Universitetssykehuset i Nord-Norge OO | 3 874 | 3 372 | -502 | -13 % |
| Helse Sør-Øst | 56 844 | 48 972 | -7 872 | -14 % |
| Akershus universitetssykehus OO | 9 946 | 8 473 | -1 473 | -15 % |
| Diakonhjemmet Sykehus OO | 2 295 | 1 930 | -365 | -16 % |
| Lovisenberg Diakonale Sykehus OO | 1 815 | 1 676 | -139 | -8 % |
| Oslo universitetssykehus OO | 4 158 | 3 511 | -647 | -16 % |
| Sykehuset i Vestfold OO | 4 929 | 4 473 | -456 | -9 % |
| Sykehuset Innlandet OO | 7 722 | 6 428 | -1 294 | -17 % |
| Sykehuset Telemark OO | 3 968 | 3 431 | -537 | -14 % |
| Sykehuset Østfold OO | 5 877 | 5 410 | -467 | -8 % |
| Sørlandet sykehus OO | 5 750 | 4 654 | -1 096 | -19 % |
| Vestre Viken OO | 10 384 | 8 969 | -1 415 | -14 % |
| Helse Vest | 21 002 | 18 565 | -2 437 | -12 % |
| Helse Bergen OO | 8 861 | 8 025 | -836 | -9 % |
| Helse Fonna OO | 3 847 | 3 379 | -468 | -12 % |
| Helse Førde OO | 2 246 | 2 049 | -197 | -9 % |
| Helse Stavanger OO | 6 048 | 5 112 | -936 | -15 % |
| Totalsum | 101 862 | 88 219 | -13 643 | -13 % |

Tabell B.20: Nyhenviste akkumulert for perioden januar - september (februar ekskludert), for 2019 og 2020, antall og prosentvis endring mot 2019, fordelt på opptaksområder.

| Opptaksområder | 2019 | 2020 | Endring mot 2019 | |
|---------------------------------------|------------------|----------------|------------------|----------------|
| Helse Midt | 136 587 | 125 483 | -11 104 | -8,1 % |
| Helse Møre og Romsdal OO | 56 158 | 49 846 | -6 312 | -11,2 % |
| Helse Nord Trøndelag OO | 28 272 | 25 991 | -2 281 | -8,1 % |
| St. Olavs hospital OO | 52 157 | 49 646 | -2 511 | -4,8 % |
| Helse Nord | 120 388 | 107 024 | -13 364 | -11,1 % |
| Finnmarksykehuset OO | 22 773 | 20 371 | -2 402 | -10,5 % |
| Helgelandssykehuset OO | 21 826 | 18 991 | -2 835 | -13,0 % |
| Nordlandssykehuset OO | 32 718 | 28 533 | -4 185 | -12,8 % |
| Universitetssykehuset i Nord-Norge OC | 43 071 | 39 129 | -3 942 | -9,2 % |
| Helse Sør-Øst | 554 087 | 497 585 | -56 502 | -10,2 % |
| Akershus universitetssykehus OO | 96 393 | 84 750 | -11 643 | -12,1 % |
| Diakonhjemmet Sykehus OO | 21 662 | 19 395 | -2 267 | -10,5 % |
| Lovisenberg Diakonale Sykehus OO | 21 322 | 19 309 | -2 013 | -9,4 % |
| Oslo universitetssykehus OO | 40 461 | 35 399 | -5 062 | -12,5 % |
| Sykehuset i Vestfold OO | 49 041 | 48 627 | -414 | -0,8 % |
| Sykehuset Innlandet OO | 68 483 | 61 191 | -7 292 | -10,6 % |
| Sykehuset Telemark OO | 41 828 | 36 562 | -5 266 | -12,6 % |
| Sykehuset Østfold OO | 61 038 | 57 234 | -3 804 | -6,2 % |
| Sørlandet sykehus OO | 61 957 | 54 415 | -7 542 | -12,2 % |
| Vestre Viken OO | 91 902 | 80 529 | -11 373 | -12,4 % |
| Helse Vest | 202 281 | 183 736 | -18 545 | -9,2 % |
| Helse Bergen OO | 76 702 | 70 801 | -5 901 | -7,7 % |
| Helse Fonna OO | 42 363 | 38 053 | -4 310 | -10,2 % |
| Helse Førde OO | 28 025 | 25 076 | -2 949 | -10,5 % |
| Helse Stavanger OO | 55 191 | 49 806 | -5 385 | -9,8 % |
| Totalsum | 1 013 343 | 913 828 | -99 515 | -9,8 % |

Tabell B.21: Nyhenviste akkumulert for perioden mars - mai, for 2019 og 2020, antall og prosentvis endring mot 2019, fordelt på opptaksområder.

| Opptaksområder | 2019 | 2020 | Endring mot 2019 | |
|---------------------------------------|----------------|----------------|------------------|----------------|
| Helse Midt | 45 800 | 33 751 | -12 049 | -26,3 % |
| Helse Møre og Romsdal OO | 19 329 | 13 077 | -6 252 | -32,3 % |
| Helse Nord Trøndelag OO | 9 254 | 6 797 | -2 457 | -26,6 % |
| St. Olavs hospital OO | 17 217 | 13 877 | -3 340 | -19,4 % |
| Helse Nord | 41 418 | 28 858 | -12 560 | -30,3 % |
| Finnmarksykehuset OO | 7 834 | 5 634 | -2 200 | -28,1 % |
| Helgelandssykehuset OO | 7 509 | 4 926 | -2 583 | -34,4 % |
| Nordlandssykehuset OO | 11 232 | 7 629 | -3 603 | -32,1 % |
| Universitetssykehuset i Nord-Norge OC | 14 843 | 10 669 | -4 174 | -28,1 % |
| Helse Sør-Øst | 192 489 | 136 958 | -55 531 | -28,8 % |
| Akershus universitetssykehus OO | 33 670 | 22 875 | -10 795 | -32,1 % |
| Diakonhjemmet Sykehus OO | 7 438 | 5 222 | -2 216 | -29,8 % |
| Lovisenberg Diakonale Sykehus OO | 7 223 | 5 046 | -2 177 | -30,1 % |
| Oslo universitetssykehus OO | 13 964 | 9 631 | -4 333 | -31,0 % |
| Sykehuset i Vestfold OO | 17 530 | 13 657 | -3 873 | -22,1 % |
| Sykehuset Innlandet OO | 23 489 | 16 957 | -6 532 | -27,8 % |
| Sykehuset Telemark OO | 14 560 | 10 095 | -4 465 | -30,7 % |
| Sykehuset Østfold OO | 21 700 | 16 255 | -5 445 | -25,1 % |
| Sørlandet sykehus OO | 21 578 | 15 386 | -6 192 | -28,7 % |
| Vestre Viken OO | 31 337 | 21 788 | -9 549 | -30,5 % |
| Helse Vest | 69 496 | 49 959 | -19 537 | -28,1 % |
| Helse Bergen OO | 26 107 | 19 473 | -6 634 | -25,4 % |
| Helse Fonna OO | 14 657 | 10 185 | -4 472 | -30,5 % |
| Helse Førde OO | 9 604 | 6 983 | -2 621 | -27,3 % |
| Helse Stavanger OO | 19 128 | 13 318 | -5 810 | -30,4 % |
| Totalsum | 349 203 | 249 526 | -99 677 | -28,5 % |

Tabell B.22: Antall ventende og gjennomsnittlig ventetid per september i 2019 og 2020, antall og prosentvis endring mot 2019, fordelt på opptaksområder.

| Ventetid og antall ventende - per september | Antall ventende | | | Gj ventetid ventende | | | | |
|---|-----------------|---------------|------------------|----------------------|-----------|------------------|-------------|-------------|
| | 2019 | 2020 | Endring mot 2019 | 2019 | 2020 | Endring mot 2019 | | |
| | | | | | | | | |
| Helse Midt | 28275 | 27613 | -662 | -2 % | 56 | 58 | 1,6 | 3 % |
| Helse Møre og Romsdal OO | 11935 | 11379 | -556 | -5 % | 63 | 61 | -1,8 | -3 % |
| Helse Nord Trøndelag OO | 6041 | 6282 | 241 | 4 % | 54 | 61 | 7,0 | 13 % |
| St. Olavs hospital OO | 10299 | 9952 | -347 | -3 % | 50 | 53 | 2,4 | 5 % |
| Helse Nord | 24839 | 28886 | 4047 | 16 % | 61 | 81 | 19,9 | 32 % |
| Finnmarksykehuset OO | 4683 | 5094 | 411 | 9 % | 63 | 77 | 14,1 | 22 % |
| Helgelandssykehuset OO | 3914 | 4583 | 669 | 17 % | 62 | 77 | 14,7 | 24 % |
| Nordlandssykehuset OO | 7244 | 7921 | 677 | 9 % | 60 | 81 | 21,0 | 35 % |
| Universitetssykehuset i Nord-Norge OO | 8998 | 11288 | 2290 | 25 % | 62 | 85 | 23,8 | 39 % |
| Helse Sør-Øst | 114992 | 117376 | 2384 | 2 % | 65 | 78 | 12,7 | 19 % |
| Akershus universitetssykehus OO | 20885 | 21682 | 797 | 4 % | 77 | 91 | 14,3 | 19 % |
| Diakonhjemmet Sykehus OO | 4256 | 4459 | 203 | 5 % | 57 | 71 | 14,7 | 26 % |
| Lovisenberg Diakonale Sykehus OO | 4255 | 4454 | 199 | 5 % | 59 | 71 | 12,0 | 20 % |
| Oslo universitetssykehus OO | 7735 | 7953 | 218 | 3 % | 57 | 69 | 12,0 | 21 % |
| Sykehuset i Vestfold OO | 9882 | 11341 | 1459 | 15 % | 64 | 74 | 10,1 | 16 % |
| Sykehuset Innlandet OO | 13821 | 14303 | 482 | 3 % | 56 | 73 | 16,5 | 29 % |
| Sykehuset Telemark OO | 9073 | 8053 | -1020 | -11 % | 68 | 75 | 6,8 | 10 % |
| Sykehuset Østfold OO | 12679 | 13257 | 578 | 5 % | 68 | 77 | 9,1 | 13 % |
| Sørlandet sykehus OO | 14922 | 14875 | -47 | -0 % | 75 | 91 | 16,0 | 21 % |
| Vestre Viken OO | 17484 | 16958 | -526 | -3 % | 56 | 67 | 11,5 | 21 % |
| Helse Vest | 43192 | 44340 | 1148 | 3 % | 69 | 76 | 6,8 | 10 % |
| Helse Bergen OO | 17336 | 16813 | -523 | -3 % | 83 | 89 | 5,6 | 7 % |
| Helse Fonna OO | 8712 | 8705 | -7 | -0 % | 57 | 67 | 10,3 | 18 % |
| Helse Førde OO | 5638 | 6395 | 757 | 13 % | 57 | 70 | 13,0 | 23 % |
| Helse Stavanger OO | 11506 | 12427 | 921 | 8 % | 64 | 69 | 4,6 | 7 % |
| Totalsum | 211298 | 218215 | 6917 | 3 % | 64 | 76 | 11,0 | 17 % |

Tabell B.23: Antall ventende og gjennomsnittlig ventetid for påstartet helsehjelp per september i 2019 og 2020, antall og prosentvis endring mot 2019, fordelt på opptaksområder.

| Antall og ventetid med helsehjelp påstartet per september 2020 | | | | | | | | | | |
|--|-----------------|--------------|------------------|--|----------------------|-----------|------------------|-----------|--|---------------|
| | Antall ventende | | | | Gj ventetid ventende | | | | | |
| | 2019 | 2020 | Endring mot 2019 | | 2019 | 2020 | Endring mot 2019 | | | |
| Helse Midt | 13744 | 14467 | 723 | | 5,3 % | 66 | 68 | 3 | | 4,0 % |
| Helse Møre og Romsdal OO | 5476 | 5845 | 369 | | 6,7 % | 69 | 70 | 1 | | 1,4 % |
| Helse Nord Trøndelag OO | 2684 | 3007 | 323 | | 12,0 % | 68 | 76 | 8 | | 12,0 % |
| St. Olavs hospital OO | 5584 | 5615 | 31 | | 0,6 % | 61 | 62 | 1 | | 1,6 % |
| Helse Nord | 9903 | 10827 | 924 | | 9,3 % | 67 | 81 | 14 | | 21,1 % |
| Finnmarksykehuset OO | 1748 | 1963 | 215 | | 12,3 % | 66 | 80 | 14 | | 21,1 % |
| Helgelandssykehuset OO | 1851 | 1878 | 27 | | 1,5 % | 61 | 72 | 11 | | 17,9 % |
| Nordlandssykehuset OO | 2616 | 3074 | 458 | | 17,5 % | 70 | 88 | 19 | | 27,1 % |
| Universitetssykehuset i Nord-Norge OO | 3688 | 3912 | 224 | | 6,1 % | 69 | 80 | 12 | | 17,0 % |
| Helse Sør-øst | 49159 | 52593 | 3434 | | 7,0 % | 66 | 70 | 4 | | 6,3 % |
| Akershus universitetssykehus OO | 8252 | 9059 | 807 | | 9,8 % | 65 | 68 | 2 | | 3,5 % |
| Diakonhjemmet Sykehus OO | 1784 | 2059 | 275 | | 15,4 % | 65 | 67 | 3 | | 3,9 % |
| Lovisenberg Diagonale Sykehus OO | 1673 | 1921 | 248 | | 14,8 % | 66 | 65 | -1 | | -1,8 % |
| Oslo universitetssykehus OO | 3387 | 3669 | 282 | | 8,3 % | 65 | 68 | 4 | | 5,4 % |
| Sykehuset i Vestfold OO | 4228 | 5139 | 911 | | 21,5 % | 65 | 77 | 12 | | 18,7 % |
| Sykehuset Innlandet OO | 6406 | 6780 | 374 | | 5,8 % | 65 | 74 | 9 | | 14,1 % |
| Sykehuset Telemark OO | 3718 | 3850 | 132 | | 3,6 % | 68 | 70 | 2 | | 3,3 % |
| Sykehuset Østfold OO | 5414 | 5903 | 489 | | 9,0 % | 66 | 67 | 1 | | 1,6 % |
| Sørlandet sykehus OO | 5886 | 5673 | -213 | | -3,6 % | 79 | 82 | 3 | | 3,5 % |
| Vestre Viken OO | 8411 | 8521 | 110 | | 1,3 % | 59 | 63 | 4 | | 6,5 % |
| Helse Vest | 18106 | 19042 | 936 | | 5,2 % | 72 | 75 | 3 | | 4,1 % |
| Helse Bergen OO | 6829 | 7460 | 631 | | 9,2 % | 72 | 74 | 3 | | 3,5 % |
| Helse Fonna OO | 3596 | 3712 | 116 | | 3,2 % | 69 | 69 | 0 | | 0,6 % |
| Helse Førde OO | 2428 | 2499 | 71 | | 2,9 % | 73 | 78 | 5 | | 7,2 % |
| Helse Stavanger OO | 5253 | 5371 | 118 | | 2,2 % | 73 | 77 | 4 | | 5,6 % |
| Totalsum | 90912 | 96929 | 6017 | | 6,6 % | 67 | 72 | 5 | | 7,1 % |

