

Adresseinformasjon fylles inn ved ekspedering. Se mottakerliste nedenfor.
Adresseinformasjon fylles inn ved ekspedering. Se mottakerliste nedenfor.

Deres ref.:
Vår ref.: 20/24261-2
Saksbehandler: Beate Margrethe Huseby
Dato: 22.06.2020

Oppdrag 82 Anslag på aktivitet i spesialisthelsetjenesten for mai 2020

I HelseDirektoratets tildelingsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet fremgår det at HelseDirektoratet har ansvar for å følge med på aktivitetsutviklingen i helse- og omsorgstjenestene. På grunn av den ekstraordinære situasjonen knyttet til Covid-19 er det bedt om månedlige rapporter for mars, april og mai om aktivitetsutviklingen i spesialisthelsetjenestene og for tjenester med refusjoner fra Helfo.

Formålet med denne rapporten er å beskrive tilgjengelige data på endringer i omfanget av helse- og omsorgstjenester fra mai 2019 til mai 2020.

Aktivitetsnedgangen har resultert i at mange pasienter har fått et redusert helsetilbud, med mulig risiko for forverret helse. I den vedlagte rapporten har vi lagt vekt på å analysere og beskrive hvorvidt det har fremkommet skjevheter i nedgangen av behandling knyttet til alder eller bosted, slik at noen deler av befolkningen i Norge har måttet tåle en større belastning av utsatte tjenester enn andre. Vi har også sett på status for pakkeforløpene på kreft for å se om kapasitetsendringene har påvirket denne pasientgruppen med alvorlig sykdom. Rapporten beskriver også endringer i ventetid og nye henvisninger til spesialisthelsetjenesten.

Endringer i aktivitet beskrives som prosentvis endring fra mai 2020 til mai 2019. Mai er en utfordrende måned for sammenligninger over tid på grunn av et høyt antall helligdager. Mai 2020 hadde 1 hverdag mindre enn mai 2019. Mai 2020 hadde 19 hverdager eksklusive helligdager¹, mens mai 2019 hadde 20 hverdager. Det betyr at vi uavhengig av korona-situasjonen kan forvente at aktivitetsnivået i mai 2020 er 5 prosent lavere enn i 2019. I tillegg vil avviket mellom tidspunktet for Kristi himmelfart på 10 dager påvirke ukentlige tall. I 2019 var Kristi himmelfart den 30. mai, mens den kom på 20. mai i 2020. Når vi sammenligner tall for uke 21, kan vi forvente at aktiviteten vil være 20-40 prosent lavere enn i 2019 ettersom også fredag etter Kristi Himmelfart har lavere aktivitet enn normalt.

Det er knyttet usikkerhet til tallene i denne rapporten. Usikkerheten knyttes til at data ikke er komplett registrert og innrapportert på det tidspunktet hvor data er hentet ut. Det mangler data fra mange private behandlingstilbud, og det mangler opplysninger om

¹ 1. mai, 17. mai, Kristi himmelfart og pinse.

utskrivningsdato og/eller bostedskommune for omtrent 4 200 episoder i psykisk helsevern og TSB. På et senere tidspunkt vil det komme analyser fra ISF og SAMDATA hvor det er tilrettelagt et komplett og sammenlignbart datagrunnlag, som kan gi mer detaljert kunnskap om utviklingen.

For data fra spesialisthelsetjenesten er det benyttet månedlige og anonymiserte innrapporterte data til NPR (styringsdata til RHFene). For data fra Helfo/Kuhr er det tatt ut innrapporterte tall per 15. juni. Data fra Helfo representerer tidspunktet for kontakt, ikke for utbetaling (oppgjør dato).

Tall på aktivitetsendringer i omsorgstjenestene (IPLOS/KPR) for mars og april 2020 er enda ikke tilgjengelig.

Vennlig hilsen

Helen Brandstorp e.f.
direktør

Beate Margrethe Huseby
fagdirektør

Dokumentet er godkjent elektronisk

Vedlegg: 1

Kopi:

Helse- og omsorgsdepartementet, Maren Skaset; Divisjon analyse og samfunn, Helen Brandstorp; Avdeling finansiering, Fredrik A.S.R. Hanssen

Aktivitetsutviklingen i mai 2020

Foreløpige tall

Rapport
IS-2940



Innhold

Sammendrag	2
1. Innledning	6
1.1 Gradvis opptrapping av aktiviteten	6
1.2 Om data	6
2. Somatisk spesialisthelsetjeneste	8
2.1 Døgnopphold, polikliniske konsultasjoner og DRG-vekter	8
2.2 Alder	10
2.3 Bosted og pasientstrømmer	11
2.4 Helseforetak	13
2.5 Hoveddiagnosegrupper	14
2.6 Pakkeforløp kreft	15
3. Psykisk helsevern og TSB	17
3.1 Alder	19
3.2 Bosted	19
3.3 Diagnoser	21
4. Økte ventetider og nedgang i nye henvisninger	23
5. Bruk av fastlege og legevakt	27
5.1 Om data	27
5.2 Endringer i bruk av fastlege og legevakt	28
5.3 Regionale forskjeller i bruk av fastlege	30
5.4 Kommuners befolkningsstørrelse og andel eldre i kommunen	31
5.5 Kjønn og alder	33
5.6 Endringer i diagnoser hos fastleger	34

Sammendrag

Redusert aktivitet har gitt sterk økning i ventetider. Det er særlig ventetidene for somatisk behandling som har økt.

For avviklede pasienter i somatisk virksomhet var gjennomsnittlig ventetid 55 dager i mars, 60 dager i april og 72 dager i mai. For de som fremdeles venter, var gjennomsnittlig ventetid i både april og mai på 84 dager. Tilsvarende for mai 2019 var 60 dager.

Endringene i ventetid indikerer at utfordringene med etterslep av pasienter som har fått utsatt utredning og behandling er større for somatikk enn for psykisk helsevern og TSB. Psykisk helsevern for voksne hadde omtrent samme ventetid for avviklede pasienter i mai 2020 og i mai 2019 (45-46 dager). I psykisk helsevern for barn og unge var ventetiden for avviklede økt med 3 dager sammenlignet med 2019, og for TSB var ventetiden for avviklede i mai 2020 5 dager lavere enn i mai 2019.

I mars, april og mai har omfanget av nye henvisninger til spesialisthelsetjenesten falt med henholdsvis 27, 38 og 20 prosent. Nedgangen i henvisninger gjelder alle aldersgrupper, alle regioner og både somatikk, psykisk helsevern og TSB. I mai kom 82 prosent av henvisningene fra fastlege eller legevakt. Øvrige henvisninger kom fra spesialisthelsetjenesten selv, private spesialister eller øvrige kommunale tjenester (2,7 prosent). Samlet sett for månedene fra januar til og med mai, er det en nedgang i 76 442 henvisninger. Omfanget av avviste henvisninger har vært stabilt på rundt 5-6 prosent i hele 2020.

Nedgangen i nye henvisninger er bekymringsfull fordi det kan innebære at alvorlig sykdom oppdages for sent. Det er likevel slik at nedgangen i nye henvisninger innebærer at forholdet mellom nye henvisninger og avviklede har holdt seg omtrent konstant, og det samlede volumet av ventende er omtrent like høyt i mai 2020 som det var i mai 2019.

Fremdeles store forskjeller mellom sykehusområdene i tilgjengeligheten til spesialisthelsetjenester

Gjennom mai har det vært stilt forventninger til helseforetakene om at de skulle gjennomføre en gradvis opptrapping av aktiviteten, samtidig som de skulle fortsette arbeidet med å forberede for en mulig smittetopp senere på året. På tvers av sykehusområdene er det betydelige forskjeller i hvilken grad tilgjengeligheten til planlagte tjenester er normalisert, dvs kommet tilbake på samme nivå som i 2019. Personer som er bosatt i Helse Nord-Trøndelag sitt område, opplevde en nedgang i planlagte somatiske spesialisthelsetjenester på 36 prosent i både april og mai, mens personer som er bosatt i Helse Bergen-området og Helse Telemark sine sykehusområde opplevde færre kanselleringer og endringer i planlagt aktivitet (-17 og -19 prosent). Alle sykehusområdene, unntatt Nord-Trøndelag har imidlertid økt aktivitetsnivået i mai sammenlignet med april.

Det er mange årsaker til forskjellene mellom helseforetaksområdene i omfanget av redusert aktivitet. Det har vært forskjeller mellom helseforetakene i hvor lenge gult beredsnivå ble opprettholdt. Helseforetakene er også påvirket på ulikt vis av restriksjoner og endringer i pasienttransporten. For noen foretak har også tilbudet av rutefly medført utfordringer.

Våre foreløpige tall fra mai indikerer at det fremdeles er et stykke igjen før behandlingstilbudet er normalisert, dvs. tilbake til samme nivå som i 2019, men omfanget av pasientbehandling i mai er høyere enn i april.

Omfanget av døgnopphold for øyeblikkelig hjelp er like lavt i mai som det var i april, dvs 17 prosent lavere enn i mai 2019. Det er usikkert hvor mange pasienter som har latt være å ta kontakt med lege eller spesialisthelsetjenesten fordi de ønsker å unngå smitte, og hvor mange færre pasienter som har hatt behov for øyeblikkelig hjelp fra spesialisthelsetjenesten i denne perioden fordi skader og ulykker er unngått, men kanskje kan vi se noe av denne nedgangen som en helsegevinst på grunn av tiltakene mot Covid-19. For mars, april og mai samlet var det 25 000 færre døgnopphold for øyeblikkelig hjelp og 106 457 færre liggedøgn for pasienter som har mottatt øyeblikkelig hjelp.

Psykisk helsevern og TSB

I psykisk helsevern og TSB har nedgangen i behandlingsaktivitet vært særlig knyttet til døgnoppholdene. Fra mars til april var det en betydelig nedgang i døgnbehandling for både voksne og for barn- og unge. Sammenlignet med mai i fjor, er nivået av døgnbehandling redusert med 22 prosent i psykisk helsevern for voksne, 14 prosent i psykisk helsevern for barn og unge og 13 prosent innen TSB.

Også innen psykisk helsevern, ser vi betydelige forskjeller mellom sykehusområdene i hvor stor nedgang det har vært i behandlingsaktiviteten. Ved OUS er døgnbehandlingene halvert i både april og mai, mens befolkningen i Helse Bergen-området hadde tilnærmet samme nivå av døgnopphold i mai 2020 som i mai 2019. Noen sykehusområder har større nedgang i behandlingsaktiviteten i mai enn i april (Nord-Trøndelag og Helgeland), men mange sykehusområder har et mer normalisert nivå av døgnbehandling i mai enn i april (Diakonhjemmets område, Finnmark, Vestre Vikens område).

Små kommuner har større nedgang i bruk av fastlege enn store kommuner

I mars var bruken av fastleger høyere enn i året før, og dette gjaldt både pasienter og konsultasjoner. I april, og i foreløpige tall for mai, ser vi derimot en nedgang i både pasienter og konsultasjoner hos fastlege sammenlignet med tilsvarende måneder året før. Nedgangen i april var 11 prosent for pasienter og 4 prosent for konsultasjoner, mens mai-tallene viser en nedgang i pasienter på 14 prosent og nedgang i konsultasjoner på 18 prosent.

Endringene i omfanget av konsultasjoner hos fastlege viser tydelige regionale variasjoner og forskjellene kan knyttes til kommunenes befolkningsstørrelse og andel eldre i kommunen. Nedgangen i antallet konsultasjoner hos fastleger i mars 2020, var betydelig høyere i kommuner med lavt folketall enn i de med stort folketall og høyere i kommuner med en høy andel eldre, enn en lav andel eldre. Forskjellene er betydelige, og det kan være mange årsaker til dette, men en av grunnene er trolig at bruken av e-konsultasjoner også varierer med kommunenes befolkningsstørrelse og andel eldre i kommunen. I perioden fra 1.mars til 15.mai har 20 prosent av konsultasjonene til eldre kvinner som er 80 år og eldre

vært en e-konsultasjon, mens tilsvarende tall for kvinner i alderen 30-49 år var 46 prosent e-konsultasjoner. Eldre menn bruker e-konsultasjon i enda mindre grad enn eldre kvinner (16 prosent). I kommuner med lavt folketall var andelen e-konsultasjoner i begynnelsen av mai 2020 på 17 prosent, mens i større kommuner med mer enn 100 000 innbyggere, var 37 prosent av konsultasjonene en e-konsultasjon.

Tallene for legevakt viser større nedgang i både pasienter, konsultasjoner og refusjoner/egenandeler enn for fastleger. I uke 20 var det 31 prosent færre konsultasjoner hos legevakt enn i tilsvarende uke i 2019. Nedgangen kan trolig sees i sammenheng med nedgangen i øyeblikkelig hjelp i sykehusene, og kan, i alle fall delvis, representere et redusert behov for ø-hjelp. De månedlige tallene viser 15 prosent færre pasienter hos legevaktene i mai 2020 enn i mai 2019.

Vi finner ingen systematiske forskjeller mellom kvinner og menn knyttet til endringene i bruk av fastlege. For perioden som helhet har både menn og kvinner hatt en samlet nedgang i konsultasjoner på 3 prosent. Blant de eldste (80 år og over) ser vi imidlertid noe større nedgang i konsultasjoner for kvinner (-15 prosent) enn for menn (- 10 prosent).

I perioden 1. mars til 15. mai 2020 har det vært betydelige endringer i hvilke diagnoser som er benyttet ved konsultasjoner hos fastlegene, sammenlignet med tilsvarende periode i fjor. I mars og april har det vært en sterk økning i diagnoser knyttet til luftveissykdom, men i mai var bruken av slike diagnoser noe lavere enn året før. Det har vært en betydelig nedgang i diagnoser knyttet til muskler og skjelett, hjerte- og kar-sykdom samt hudsykdommer. Størst prosentvis nedgang var det for diagnoser knyttet til sykdom i øye eller øre.

1. Innledning

I Helsedirektoratets tildelingsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet fremgår det at Helsedirektoratet har ansvar for å følge med på aktivitetsutviklingen i helse- og omsorgstjenestene. På grunn av den ekstraordinære situasjonen knyttet til Covid-19 er det bedt om månedlige rapporter for mars til mai om aktivitetsutviklingen i spesialisthelsetjenestene og for tjenester med refusjoner fra Helfo. Formålet med denne rapporten er å beskrive tilgjengelige data på endringer i omfanget av helse- og omsorgstjenester i mai 2020, sammenlignet med tilsvarende måneder i fjor.

1.1 Gradvis opptrapping av aktiviteten

Etter foretaksmøtene den 17. april og gjennom mai, har det vært stilt forventninger til helseforetakene om at de skulle gjennomføre en gradvis opptrapping av aktiviteten, samtidig som de skulle fortsette arbeidet med å forberede for en mulig smittetopp senere på året med et høyt antall intensivpasienter. Det har imidlertid variert hvor lenge helseforetakene har beholdt gult beredskapsnivå. Utfordringer med pasienttransport og rutefly har også påvirket mulighetene for å kunne gjenoppta normal aktivitet ved helseforetakene. Dette har gitt til dels betydelige forskjeller mellom helseforetakene i hvilken grad de har kunnet gå tilbake til et normalisert nivå av pasientbehandling, dvs tilbake på samme nivå som i 2019. Nødvendige smittevernhensyn kan også i seg selv bidra til redusert aktivitet.

Frem til 27. mai opphevet koronaloven spesialisthelsetjenestens plikt til å fastsette en frist for rett til nødvendig helsehjelp. Pasientens rett til å få informasjon om hun/han hadde rett til nødvendig helsehjelp var utvidet fra 10 til 30 virkedager, og pasientens rett til fritt behandlingsvalg var begrenset til å gjelde psykisk helsevern, tverrfaglig rusbehandling og intensiv rehabilitering av barn. Fra 27. mai ble ordinære pasientrettigheter gjeninnført, men unntaket fra retten til alternativt tilbud gjennom Helfo ved fristbrudd ble foreløpig beholdt.

Tidligere beskrivelser av endringer i aktivitet i helsetjenestene i mars¹ og april² har vist en betydelig nedgang i omfanget av spesialisthelsetjenester etter 12. mars. Aktivitetsnedgangen har resultert i at mange pasienter har fått et redusert helsetilbud og økt risiko for forverret helse. Når vi er inne i en periode med store endringer i behandlingstilbudet, er det viktig å følge med på hvordan disse endringene treffer. Hvilken type behandling er det som tas ned mest? Er nedgangen i behandlingsaktivitet sterkere knyttet til noen aldersgrupper enn andre? Har pasientenes bosted betydning for om behandlingstilbudet blir endret eller utsatt? Er det noen pasientgrupper som rammes hardere enn andre? Hvordan er behandlingstilbudet for grupper med alvorlig sykdom?

1.2 Om data

Det er knyttet usikkerhet til tallene i denne rapporten. Usikkerheten knyttes til at data ikke er komplett registrert og innrapportert på det tidspunktet hvor data er hentet ut. Vi mangler data fra mange private

¹ Helsedirektoratet 2020:Endringer i aktivitet i helsetjenestene mars 2020, IS-2927.

² Helsedirektoratet 2020:Endringer i aktivitet i helsetjenestene mars og april 2020, IS-2932.

behandlingsinstitusjoner, og det mangler opplysninger om utskrivningsdato og/eller bostedskommune for omtrent 4 000 episoder i psykisk helsevern og TSB. På et senere tidspunkt vil det komme analyser fra ISF og SAMDATA hvor det er tilrettelagt et komplett og sammenlignbart datagrunnlag, som kan gi mer detaljert kunnskap om utviklingen.

For data fra spesialisthelsetjenesten er det benyttet månedlige og anonymiserte innrapporterte data til NPR (styringsdata til RHFene). For data fra Helfo/Kuhr er det tatt ut innrapporterte tall per 15. juni. For disse datene er det usikkerhet knyttet til komplettethet ved innrapportering. Det er vanlig å anta at rundt 95 prosent av data er innrapportert tre uker etter månedsskiftet. Data fra Helfo representerer tidspunktet for kontakt, ikke for utbetaling/oppgjør dato. Data fra fastleger og legevakt er beskrevet mer detaljert innledningsvis i kapittel 4.

Tall på aktivitetsendringer i omsorgstjenestene (IPLOS/KPR) for våren 2020 er enda ikke tilgjengelig.

For å vurdere endringer i aktiviteten i helse- og omsorgstjenestene i mai 2020, er data fra mai 2020 relatert til mai 2019. April hadde like mange hverdager³ i 2019 som i 2020 (16 eksklusive hele påskeuken), men mai 2020 hadde 1 hverdag mindre enn i 2019. Mai 2020 hadde 19 hverdager eksklusive helligdager⁴, mens mai 2019 hadde 20 hverdager. Det betyr at vi uavhengig av korona-situasjonen kan forvente at aktivitetsnivået i mai 2020 er 5 prosent lavere enn i 2019. I tillegg vil avviket mellom tidspunktet for Kristi himmelfart på 10 dager påvirke ukentlige tall. I 2019 var Kristi himmelfart den 30. mai, mens den kom på 20. mai i 2020. Når vi sammenligner tall for uke 21, kan vi forvente at aktiviteten vil være 20-40 prosent lavere enn i 2019 ettersom også fredag etter Kristi Himmelfart har lavere aktivitet enn normalt.

Med normalisert aktivitet refereres det her til aktivitetsnivået i 2019.

Med kommunestørrelse refereres det til befolkningstallet i kommunen, ikke til kommunenes areal.

Aktivitetsanalysene av spesialisthelsetjenesten følger også med på utviklingen i pakkeforløpene for kreft gjennom NPR sitt dashboard: <https://statistikk.helsedirektoratet.no/bi/Dashboard/71613538-62de-4ab2-8409-8638fc6c25db?e=false&vo=viewonly>.

³ Med hverdager menes mandag til fredag eksklusive helligdager.

⁴ 1. mai, 17. mai, Kristi himmelfart og pinse.

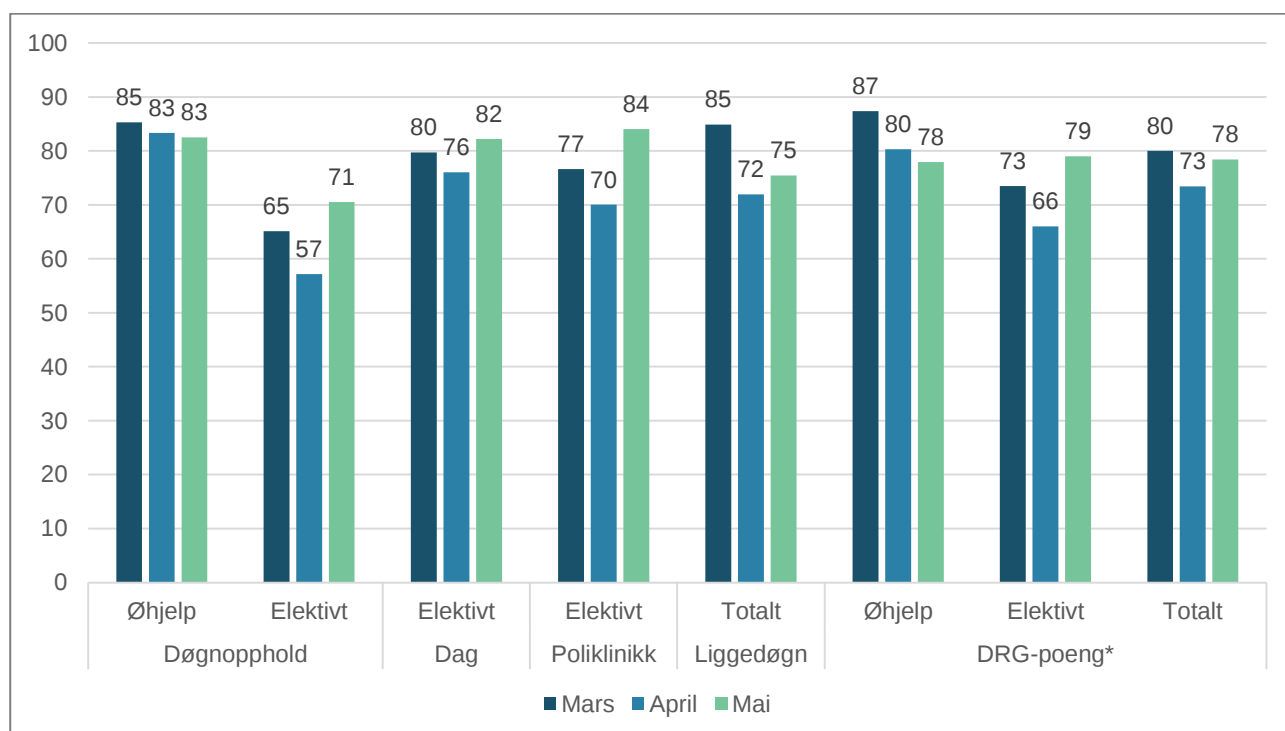
2. Somatisk spesialisthelsetjeneste

Når vi er inne i en periode med store endringer i behandlingstilbudet er det viktig å følge med på hvordan disse endringene treffer. Hvilken type behandling er det som tas ned mest? Er nedgangen i behandlingsaktivitet sterkere knyttet til noen aldersgrupper enn andre? Har pasientenes bosted betydning for om behandlingstilbudet blir endret eller utsatt? Er det noen pasientgrupper som rammes hardere enn andre? Hvordan er behandlingstilbudet for grupper med alvorlig sykdom?

2.1 Døgnopphold, polikliniske konsultasjoner og DRG-vekt

I somatisk spesialisthelsetjeneste, har den elektive pasientbehandlingen økt fra april til mai. Nivået på aktiviteten i elektiv døgntilbeholdning 2020, målt i prosent av elektive døgnopphold i tilsvarende periode 2019, økte fra 57 prosent i april til 71 prosent i mai. Omfanget av planlagte polikliniske konsultasjoner økte fra 70 til 84 prosent av 2019-nivået, og DRG-poengene for den elektive aktiviteten gikk fra 66 prosent i april til 79 prosent i mai.

Figur 2.1 Behandlingsaktivitet i helseforetakene i mars-mai 2020 relatert til mars-mai 2019. Prosent.



I våre beregninger av endringer i aktivitetsnivå i 2020, har vi forsøkt å hensynta endringer i ISF-regelverk ved å korrigere beregningene av DRG-poeng med en regrupperingsfaktor. Fra 2020 ble det gjennomført

endringer i Innsatsstyrt finansiering (ISF)⁵ med hensyn til hvilken type utførende helsepersonell som er godkjent ift telling av polikliniske konsultasjoner. Reglene for utførende helsepersonell er utvidet til å inkludere polikliniske kontakter med stråleterapeut, sosionom, vernepleier, pedagog, barnevernspedagog, logoped og genetiker. Dette kan ha bidratt til å øke omfanget av polikliniske konsultasjoner i 2020, og gjør at nedgangen fremstår som mindre enn den reelt er. I januar og februar økte antallet polikliniske konsultasjoner, sammenlignet med tilsvarende måneder i 2019, med 3-5 prosent.

			2019	2020	Endring 2019-20:
Døgnopphold	Elektivt	Mars	25 742	16 763	65 %
		April	20 906	11 952	57 %
		Mai	25 034	17 658	71 %
	Øhjelp	Mars	51 815	44 184	85 %
		April	50 023	41 688	83 %
		Mai	52 082	42 984	83 %
	Totalt	Mars	77 557	60 947	79 %
		April	70 929	53 640	76 %
		Mai	77 116	60 642	79 %
Dagbehandling	Elektivt	Mars	54 802	43 735	80 %
		April	49 768	37 716	76 %
		Mai	55 035	45 085	82 %
Polikliniske konsultasjoner	Elektivt	Mars	470 451	360 559	77 %
		April	419 164	293 608	70 %
		Mai	471 721	396 558	84 %
	Totalt	Mars	517 800	394 191	76 %
		April	467 290	324 535	69 %
		Mai	521 545	432 660	83 %
Sum korrigerede DRG-poeng*	Elektivt	Mars	69 404	51 010	73 %
		April	58 137	38 369	66 %
		Mai	68 236	53 918	79 %
	Øhjelp	Mars	63 838	55 776	87 %
		April	62 243	49 988	80 %
		Mai	64 274	50 113	78 %
	Totalt	Mars	133 412	106 786	80 %
		April	120 289	88 357	73 %
		Mai	132 637	104 031	78 %

* DRG-poengene i 2019 er korrigeret for regelverksendringer i ISF fra 2019 til 2020

I mars-mai 2020 har det også vært færre innleggelser for øyeblikkelig hjelp enn det var på samme tid i fjor. Det er usikkert hvor mange pasienter som har latt være å ta kontakt med lege eller spesialisthelsetjenesten fordi de ønsker å unngå smitte, og hvor mange færre pasienter som har hatt behov for øyeblikkelig hjelp fra spesialisthelsetjenesten i denne perioden fordi skader og ulykker er unngått, men kanskje kan vi se noe av denne nedgangen som en helsegevinst på grunn av tiltakene mot Korona. Når vi tilbringer mer tid i eget hjem, vil omfanget av noen typer skader og ulykker trolig bli

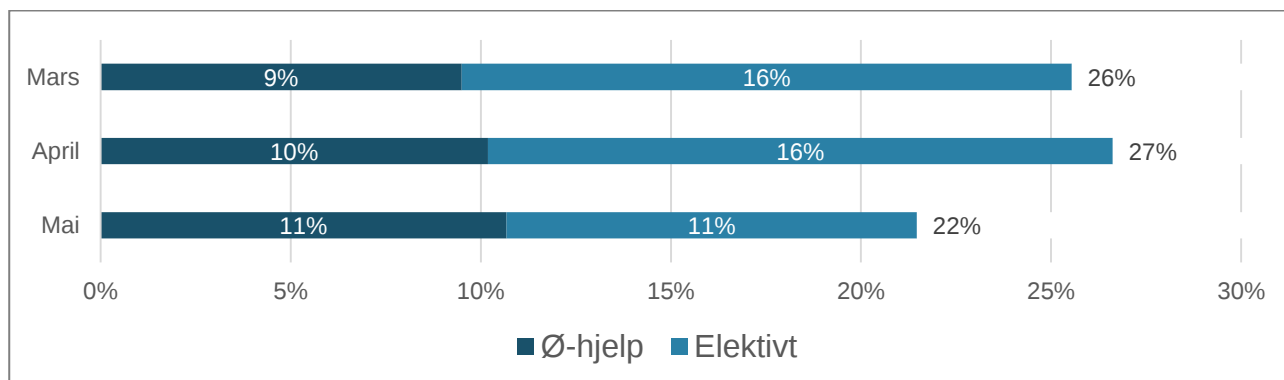
⁵ Fra 1. januar 2020 har det blitt innført flere regelverksendringer i ISF (Innsatsstyrt Finansiering). Noen av endringene er at polikliniske kontakter med stråleterapeuter, sosionomer, vernepleiere, pedagoger, barnevernspedagoger, logoped og genetiker inkluderes i beregningsgrunnlaget. Telefonkonsultasjoner i somatikk inngår også når de kommer til erstatning for en konsultasjon som ellers ville blitt gjennomført i spesialisthelsetjenestens lokaler. Disse og andre regelverksendringer i ISF innebærer at poengberegningene endres noe fra 2019 til 2020. Dette er det korrigeret for i våre beregninger av endring i DRG-poeng fra 2019 til 2020.

redusert. Vi ser ingen normalisering av omfanget av ø-hjelp i mai. Tallene fra sykehusene viser at antallet innleggelser for øyeblikkelig hjelp har falt med 16 prosent for mars-mai samlet. Dette tilsvarer 25 000 færre døgnopphold for øyeblikkelig hjelp og 106 457 færre liggedøgn for pasienter som har mottatt øyeblikkelig hjelp. Nedgangen i ressursbruk knyttet til øyeblikkelig hjelp, målt i DRG-poeng, var til sammen 18 prosent i mars-mai sammenlignet med tilsvarende periode i fjor.

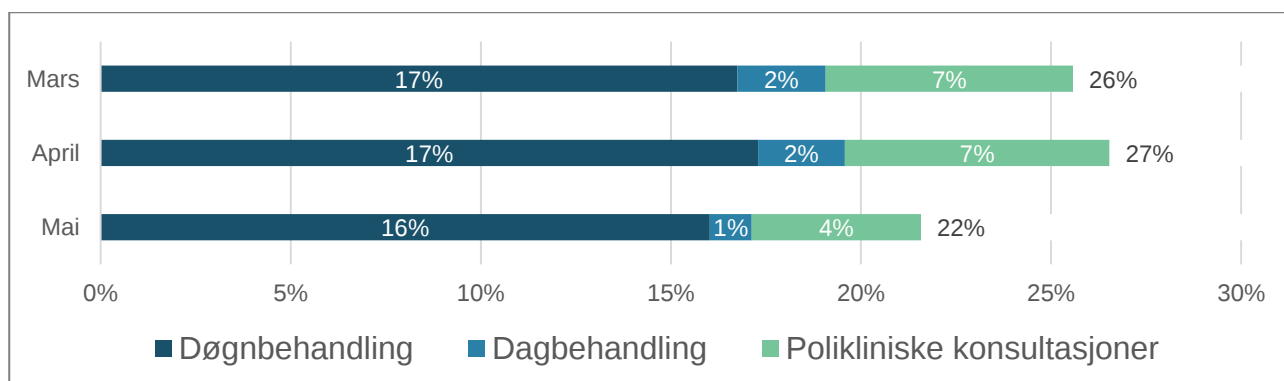
Dekomponering av nedgangen i aktivitet

For å tydeliggjøre hva nedgangen i aktivitet er knyttet til, har vi dekomponert nedgangen i DRG-poeng med hensyn til om behandlingen er planlagt eller ø-hjelp, samt i forhold til om nedgangen gjelder døgn-, dag eller poliklinisk behandling. Figur 2.2 viser samlet nedgang i DRG-poeng per måned fordelt på ø-hjelp og planlagt behandling, mens figur 2.3 viser samlet nedgang i DRG-poeng per måned fordelt på døgnopphold, dagbehandling og polikliniske konsultasjoner. Den samlede nedgangen i DRG-poeng for mai var på 22 prosent (mai 2020 sammenlignet med mai 2019), og halvparten av disse poengene er knyttet til øyeblikkelig hjelp. Vi ser også at 16 av de 22 prosentene med nedgang er knyttet til døgnopphold.

Figur 2.2 Dekomponering av nedgangen i DRG-poeng mars – mai 2020 etter hast ved behandling. Prosent.



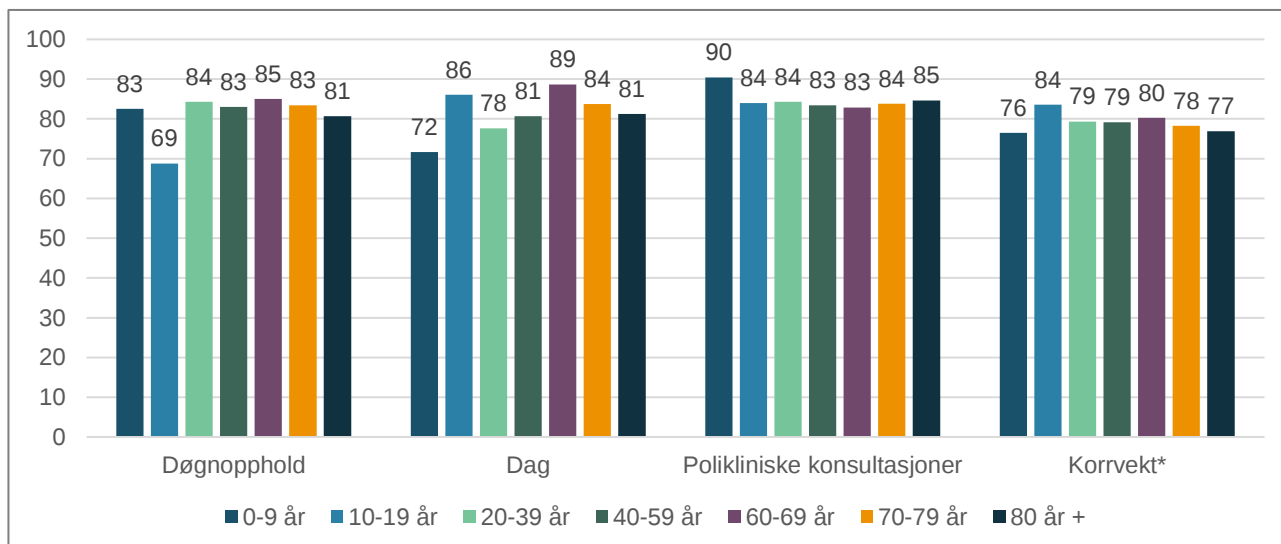
Figur 2.3 Dekomponering av nedgangen i DRG-poeng mars – mai 2020 etter omsorgsnivå. Prosent.



2.2 Alder

Det reduserte omfanget av planlagt behandling i mai 2020, sammenlignet med mai 2019, varierte lite mellom ulike aldersgrupper. Nedgangen i korrigerede DRG-poeng mai for elektiv behandling var mellom 16 og 24 prosent for de ulike aldersgruppene.

Figur 2.4 Omfang av elektiv behandling i mai 2020 relativt til mai 2019 etter alder. Prosent.



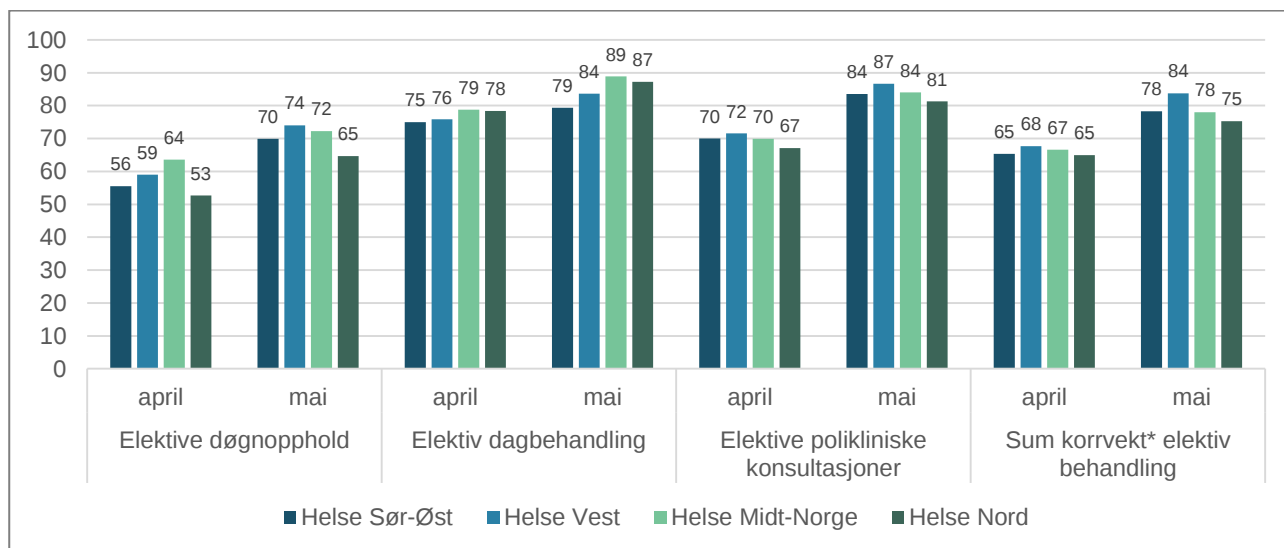
2.3 Bosted og pasientstrømmer

For april fant vi til dels store forskjeller mellom helseforetaksområdene i hvor mye av aktiviteten som ble redusert. Dette gjelder også for mai. Omfanget av planlagt døgnbehandling ble noe mer redusert i Helse Nord enn i andre regioner. Dette gjelder for både april og mai. I alle regioner ser vi imidlertid at aktivitetsnivået økte i mai, sammenlignet med april, og nærmerer seg et normalnivå.

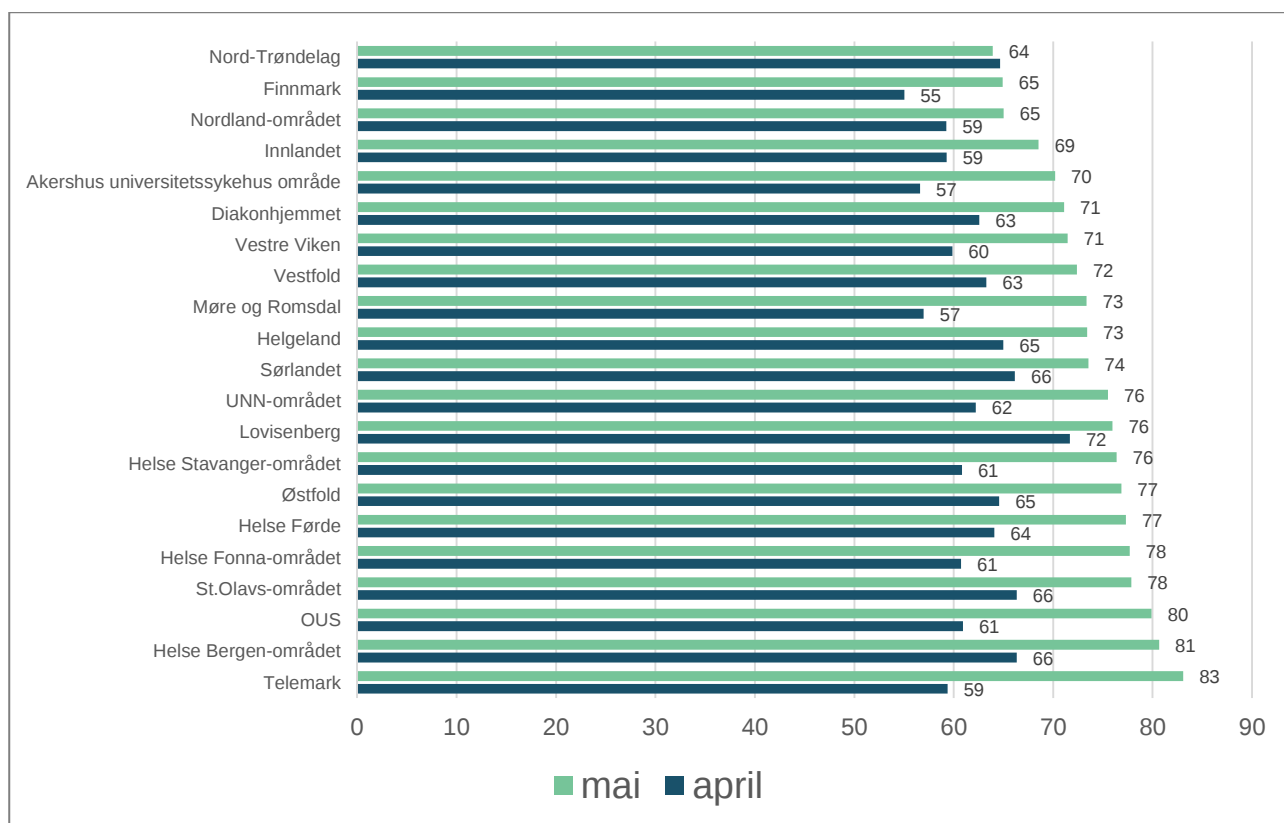
På tvers av sykehusområdene er det betydelige forskjeller i hvilken grad tilgjengeligheten til planlagte tjenester er normalisert, dvs tilbake på samme nivå som i 2019. Figur 2.6 viser planlagt aktivitet målt i DRG-poeng i april og mai 2020 sammenlignet med tilsvarende perioder i 2019. Personer som er bosatt i Helse Nord-Trøndelag sitt område, opplevde en nedgang i planlagte somatiske spesialisthelsetjenester på 36 prosent i både april og mai, mens personer som er bosatt i Helse Bergen-området og Helse Telemark sitt sykehusområde opplevde færre kanselleringer og endringer i planlagt aktivitet (-17 og -19 prosent). Alle sykehusområdene, unntatt Nord-Trøndelag har imidlertid økt aktivitetsnivået i mai sammenlignet med april.

Det er mange årsaker til forskjellene mellom helseforetaksområdene i omfanget av redusert aktivitet. Det har vært store variasjoner mellom helseforetakene i hvor lenge gult beredsnivå ble opprettholdt. Helseforetakene er også påvirket på ulikt vis av restriksjoner og endringer i pasienttransporten. For noen foretak har også tilbudet av rutefly hatt betydning. Dette har også medført endringer i pasientstrømmene.

Figur 2.5 Elektiv behandlingsaktivitet i april-mai 2020 i prosent av april-mai 2019 etter pasientens bostedsregion. Prosent.



Figur 2.6 Korrigerede DRG-poeng* for elektiv behandling etter sykehusområde i april og mai 2020 relatert til april og mai 2019. Prosent.

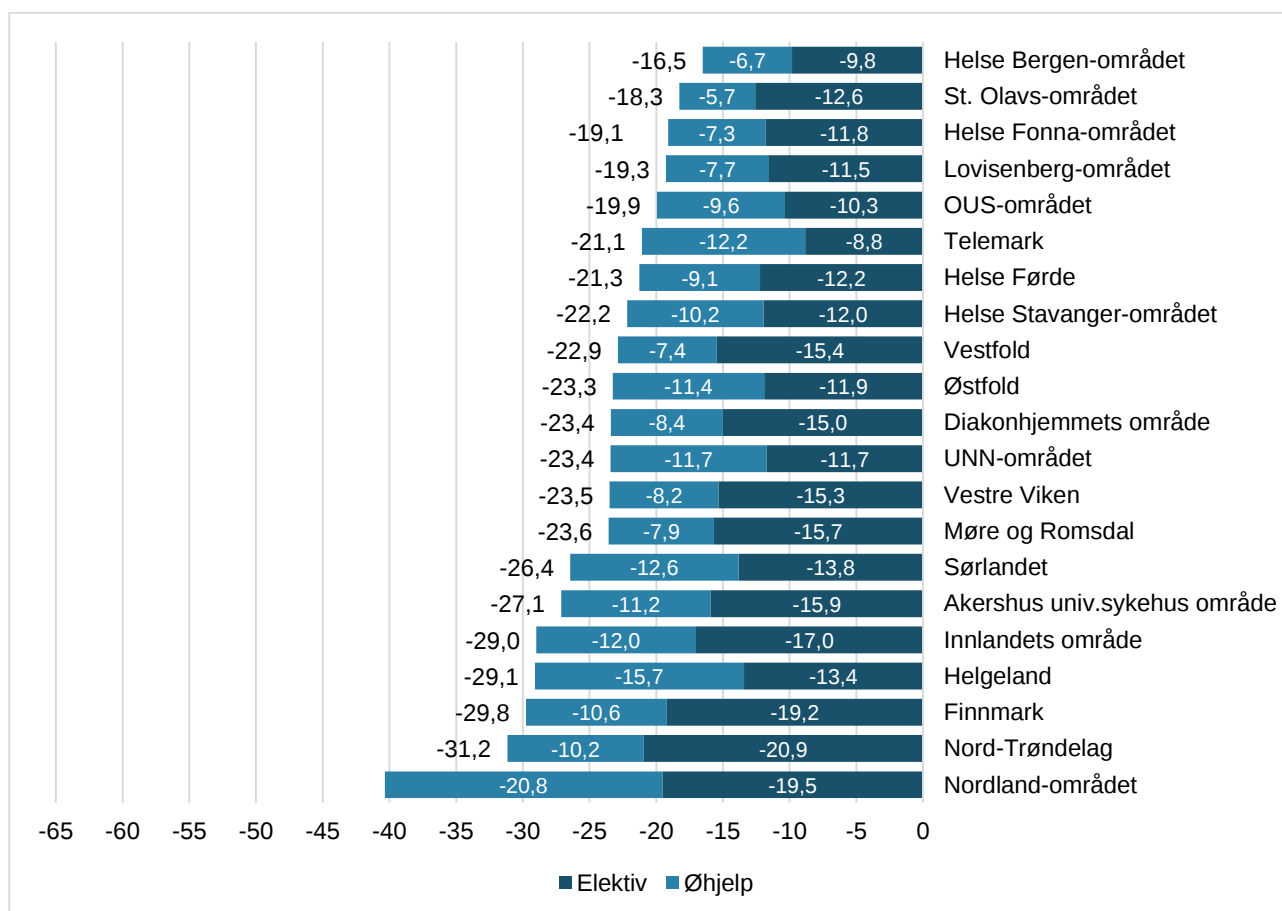


Dekomponering av nedgang i DRG-poeng etter sykehusområde

Figur 2.8 viser samlet nedgang i DRG-poeng i mai 2020 sammenlignet med mai 2019 og hvor stor del av den samlede nedgangen som er knyttet til elektiv behandling og ø-hjelp. Figuren tar utgangspunkt i pasientenes bostedsområder. Vi ser at Helse Bergen sitt område har en samlet nedgang på 16,5 prosent,

hvorav 6,7 prosent nedgang knyttet til redusert ø-hjelp, mens Nordland har en nedgang i DRG-poeng i mai rundt 40 prosent og halvparten av disse prosentpoengene er knyttet til nedgang i ø-hjelp.

Figur 2.7 Dekomponering av nedgangen i DRG-poeng mai 2020 etter hast ved behandling. Sykehusområder. Prosent nedgang i DRG-poeng.

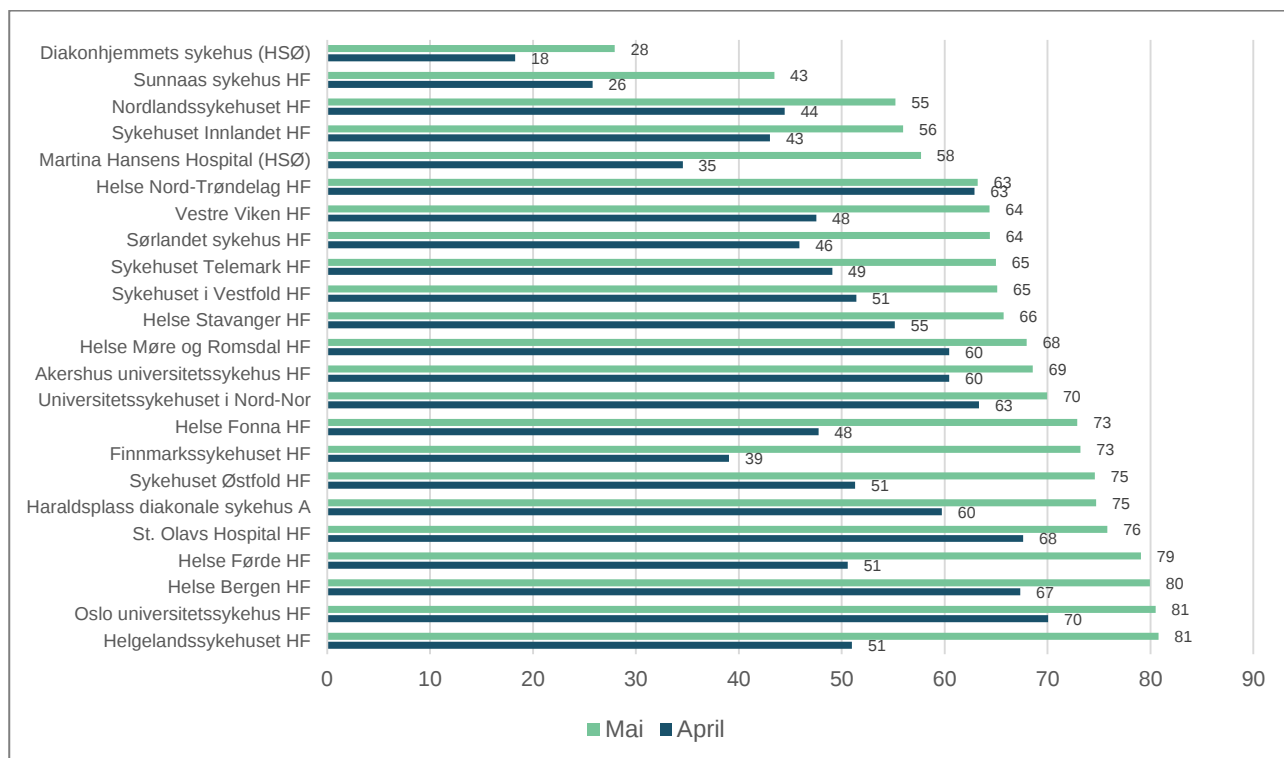


2.4 Helseforetak

Det er tydelige forskjeller mellom helseforetakene i hvor stor grad de har klart å gjenoppta aktiviteten i mai 2020, men alle helseforetakene har et høyere nivå av planlagte døgnopphold i mai enn i april. Nordlandssykehuset har gjenopptatt 55 prosent av planlagte døgnopphold i mai 2019, Helse Fonna og Finnmarkssykehuset har gjenopptatt 73 prosent, mens Oslo Universitetssykehus og Helgelandssykehuset kom på 81 prosent av fjorårets nivå av planlagte døgnopphold.

Som tidligere påpekt, er det mange årsaker til forskjellene mellom helseforetaksområdene i omfanget av redusert aktivitet, og mulighetene for å komme tilbake til et normalt nivå, dvs tilbake til samme nivå som i 2019. Det har vært store variasjoner mellom helseforetakene i hvor lenge gult beredsnivå ble opprettholdt. Helseforetakene er også påvirket på ulikt vis av restriksjoner og endringer i pasienttransporten. For noen foretak har også tilbudet av rutefly hatt betydning for pasientenes muligheter til å komme til sykehuset.

Figur 2.8 Elektive døgnopphold per helseforetak i april og mai 2020 som prosent av døgnopphold i april og mai 2019.

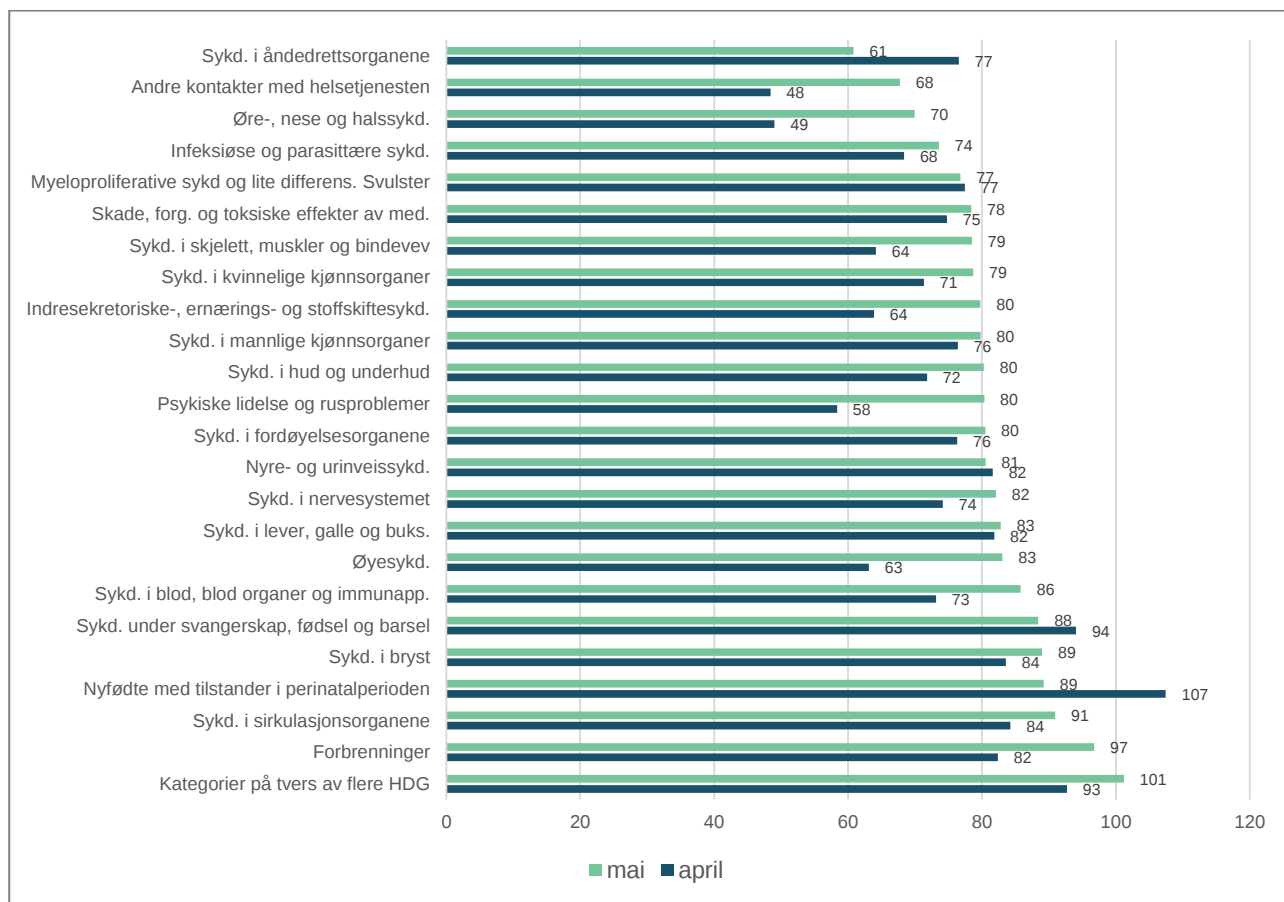


2.5 Hoveddiagnosegrupper

Anonyme data kan kun gi et grovt bilde av hvilke pasientgrupper som har hatt størst nedtrekk i behandlingstilbudet, men vil likevel kunne gi oss noe forståelse av hvilke pasientgrupper som har fått de største endringene. Omfanget av endringer for ulike pasientgrupper vil også kunne variere mellom døgnopphold og polikliniske konsultasjoner. I figur 2.10 viser vi nedgangen i aktivitet som prosent av korrigerte DRG-poeng, som gir et samlemål for døgnopphold, dagbehandling og polikliniske konsultasjoner. DRG-poengene er korrigert for regelverksendringer i 2020.

Forskjellen mellom de ulike hoveddiagnosegruppene i nedgang av aktivitet er mindre i mai enn i april. Det er i noen grad andre diagnosegrupper som har den største nedgangen av aktivitet i mai 2020 enn det var i april. I april var det størst nedgang i aktivitet for sykdommer i øre-nese-hals, øyesykdommer, samt muskler, skjelett og bindevev. I mai var det størst nedgang i sykdommer i åndederetsorganer (-39 prosent), fremdeles betydelig nedgang i sykdommer i øre-nese-hals (-30 prosent), samt nedgang i infeksjøs og parasittære sykdommer (-26 prosent). Dette er for eksempel sepsis (blodforgiftning), feber av ukjent årsak, og andre virussykdommer som f.eks HIV. Nedgangen i behandling av disse sykdommene kan være en bieffekt av tiltakene mot Covid-19, som både har bidratt til å hindre smitte av Covid-19, og medført mindre luftveissykdom.

Figur 2.10 DRG-poeng etter hoveddiagnosegrupper. DRG-poeng i april og mai 2020 som prosent av april og mai 2019.



2.6 Pakkeforløp kreft

Mai-tallene fra pakkeforløpene for kreft viser at 75 prosent av pasientene gjennomførte pakkeforløpene innen normert forløpstid. Dette er en økning fra april, hvor det var 70 prosent av pasientene som gjennomførte innen normert forløpstid. I mai 2019 gjaldt dette kun 61 prosent av pasientene. Behandlingsforløpet for de pasientene som er inne i pakkeforløpene ser dermed ut til å ha blitt mer strømlinjeformet de siste mnd.

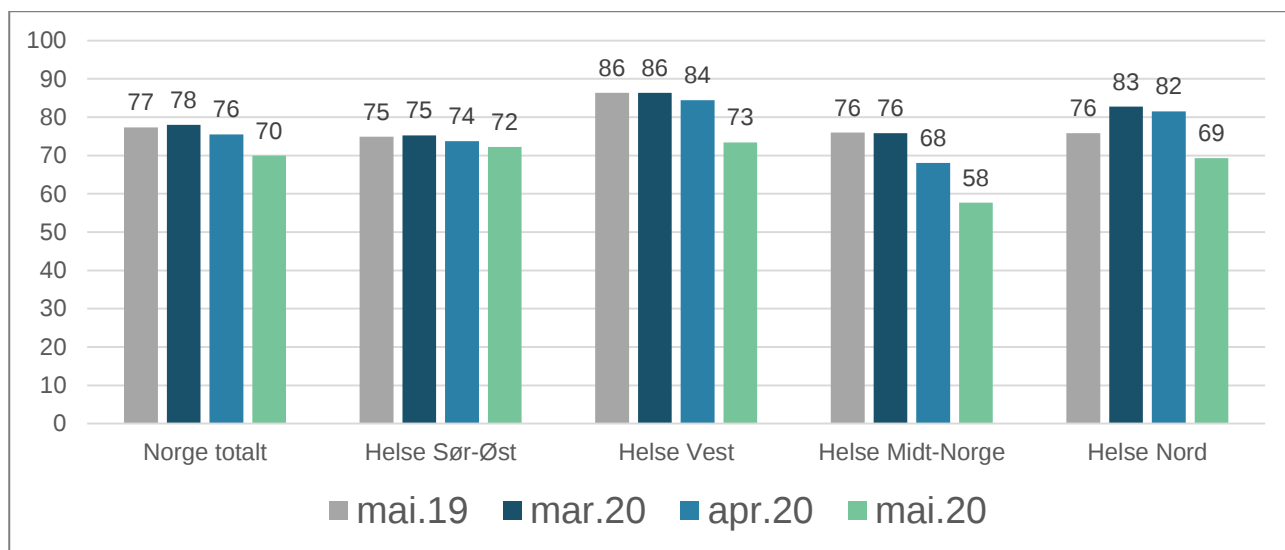
Andelen av kreftpasientene som tas inn i et pakkeforløp har derimot falt siden i fjor, og var 70 prosent i mai. Tilsvarende tall for mai 2019 var 77 prosent. Målet om at minst 70 prosent av kreftpasientene skal inn i et pakkeforløp ble nådd av Helse Sør-Øst og Helse Vest, men ikke av Helse Midt-Norge som hadde kun 58 prosent av kreftpasientene inne i et pakkeforløp. I Helse Nord var andelen i pakkeløp 69 prosent. At andelen nye pasienter inn i kreftforløpene faller, kan skyldes mangel på registreringer. Vi kjenner til at registreringsarbeidet rundt pakkeforløpene har vært nedprioritert i den perioden På St. Olavs er det for eksempel gjort klare priori i Helse Midt-Norge har de vært

Det er færre pasienter inne i pakkeforløpene i mai 2020 enn det var i mai 2019. Foreløpige tall for mai viser at volumet av pasienter inne i pakkeforløpene er 67 prosent av nivået i mai 2019. Dette så vi også i april, men det bør bemerkes at de oppdaterte tallene for april er høyere i begynnelsen av juni enn de var ved begynnelsen av mai. Nivået av pasienter som fullførte pakkeløpene i april økte fra 70 prosent av fjoråret til 84 prosent av fjoråret (fra 1447 til 1735 pasienter). Det er altså en betydelig etterregistrering av

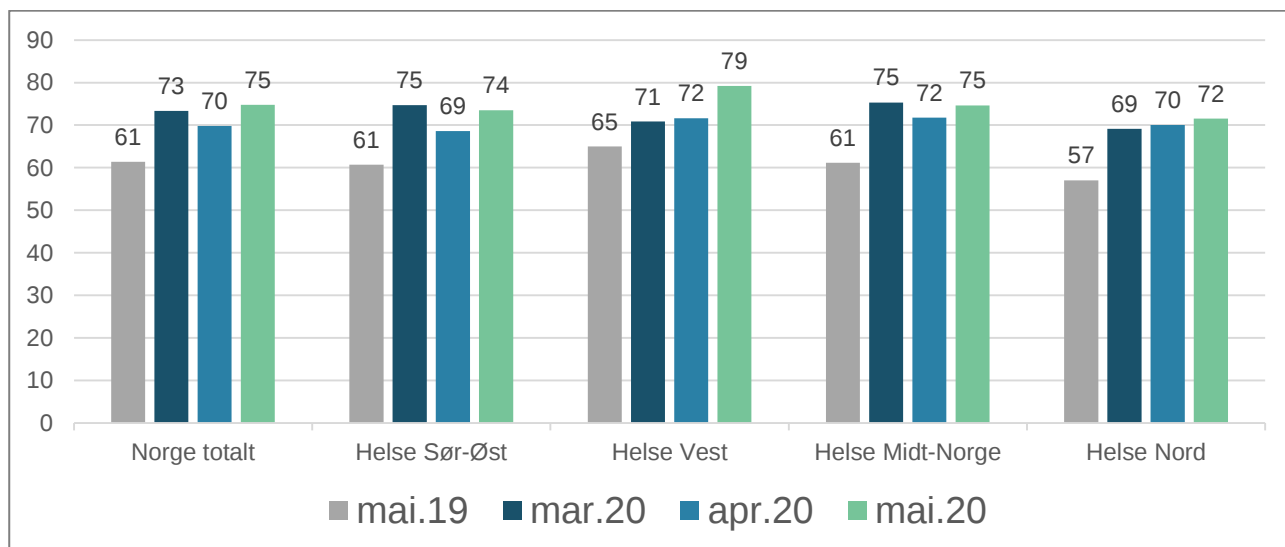
diagnoser/data, og de månedlige oppdateringene i dashboardet for pakkeforløpene viser kun foreløpige tall. Vi tror på bakgrunn av dette at tallene på omfanget av pasienter inne i pakkeforløpene i mai vil øke ytterligere.

I kapittel 4 i denne rapporten, beskrives nedgangen i nye henvisninger til spesialisthelsetjenesten. Det har vært foreslått at en mulig konsekvens av lavere henvisningsrate kan være at en høyere andel av de pasientene som nå kommer inn får bekreftet en kreftdiagnose. Vi har derfor sett på andelen pasienter med avkreftet kreftdiagnose, men finner at den er like høy for perioden mars – mai 2020, som den var i mars – mai 2019, dvs 49 prosent.

Figur 2.11 Andel nye kreftpasienter inn i pakkeforløp i mars-mai 2019 og 2020. Gjennomsnitt for 24 kreftformer.



Figur 2.12 Andel pakkeforløp for kreft som ble gjennomført innen normert forløpstid i mars og april 2019 og 2020. Gjennomsnitt for 26 organspesifikke kreftformer.

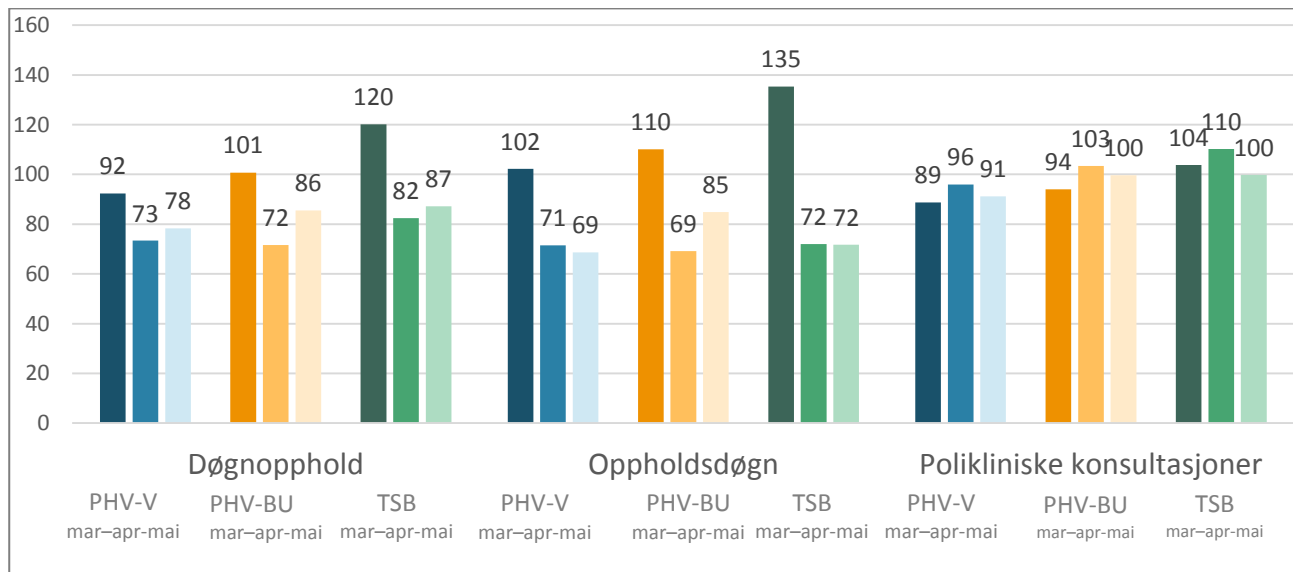


3. Psykisk helsevern og TSB

I psykisk helsevern og TSB har nedgangen i behandlingsaktivitet vært særlig knyttet til døgnoppholdene. Fra mars til april var det en betydelig nedgang i døgnbehandling for både voksne og for barn- og unge. Fra april til mai har nivået av døgnbehandling blitt redusert med 22 prosent i psykisk helsevern for voksne, 14 prosent i psykisk helsevern for barn og unge og 13 prosent innen TSB.

Vi har også fordelt tallene på planlagt behandling og øyeblikkelig hjelp. Det er i særlig grad planlagt døgnbehandling i psykisk helsevern for voksne som er berørt av aktivitetsendringene i spesialisthelsetjenesten. Antallet planlagte døgnopphold i mai 2020 tilsvarer 63 prosent av de planlagte døgnoppholdene i psykisk helsevern for voksne i mai 2019. I april var tilsvarende andel kun 50 prosent. For ø-hjelps-innleggelse er nivået i mai 86 prosent av nivået i mai 2019 (døgnopphold i psykisk helsevern for voksne).

Figur 3.1 Antall døgnopphold, oppholds døgn og polikliniske konsultasjoner i psykisk helsevern og TSB i mars/april 2020 relatert til mars/april 2019. Prosent.



Den polikliniske aktiviteten i psykisk helsevern fremstår som mindre berørt av Covid-19-epidemien enn døgnbehandlingene. Dette skyldes trolig at en høy andel av konsultasjonene har blitt utført som e-konsultasjon. I psykisk helsevern for voksne var det i mai en nedgang på 9 prosent i polikliniske konsultasjoner, men tallet må sees i sammenheng med at det er 5 prosent færre hverdager i mai 2020 enn i 2019. I psykisk helsevern for barn og unge var nivået av polikliniske konsultasjoner i mai på samme nivå som året før. Dette gjelder også TSB. Her tar vi imidlertid også et forbehold om at endringer i regelverket for ISF kan ha påvirket resultatene. Fra 2020 har det blitt gjennomført endringer i Innsatsstyrt finansiering med hensyn til hvilken type utførende helsepersonell som er godkjent ift telling av polikliniske konsultasjoner. Reglene for utførende helsepersonell er utvidet til å inkludere polikliniske kontakter med stråleterapeut, sosionom, vernepleier, pedagog, barnevernspedagog, logoped og genetiker. Dette kan

ha bidratt til å øke antall polikliniske konsultasjoner i 2020, men tallene for januar og februar viser ingen økning fra tilsvarende periode i 2019.

I TSB er det små tall når vi teller døgnopphold per måned. I januar var det knapt 1 400 døgnopphold. Dette gjør at små endringer kan gi store prosentvise utslag. Data for TSB er også følsomme for hvilke private institusjoner som er inkludert og ikke. På grunn av at det her benyttes anonyme data, vet vi ikke hvilke private institusjoner som har levert, og eventuelt ikke levert data. I 2019-data mangler det også tall fra OUS for TSB. Vi ser at data fra mars 2020 inneholder flere døgnopphold og polikliniske konsultasjoner fra private institusjoner enn data fra 2019. Dette forklarer økningen i antallet døgnopphold og oppholdsdøgn i TSB i mars, samt økningen i polikliniske konsultasjoner i april 2020. Endringene i TSB må derfor tolkes med forsiktighet, og sees som foreløpige resultater. Med utgangspunkt i foreliggende tall finner vi et noe lavere nivå av døgnopphold og oppholdsdøgn for TSB i mai 2020 enn i mai 2019, men tilsvarende nivå av polikliniske konsultasjoner.

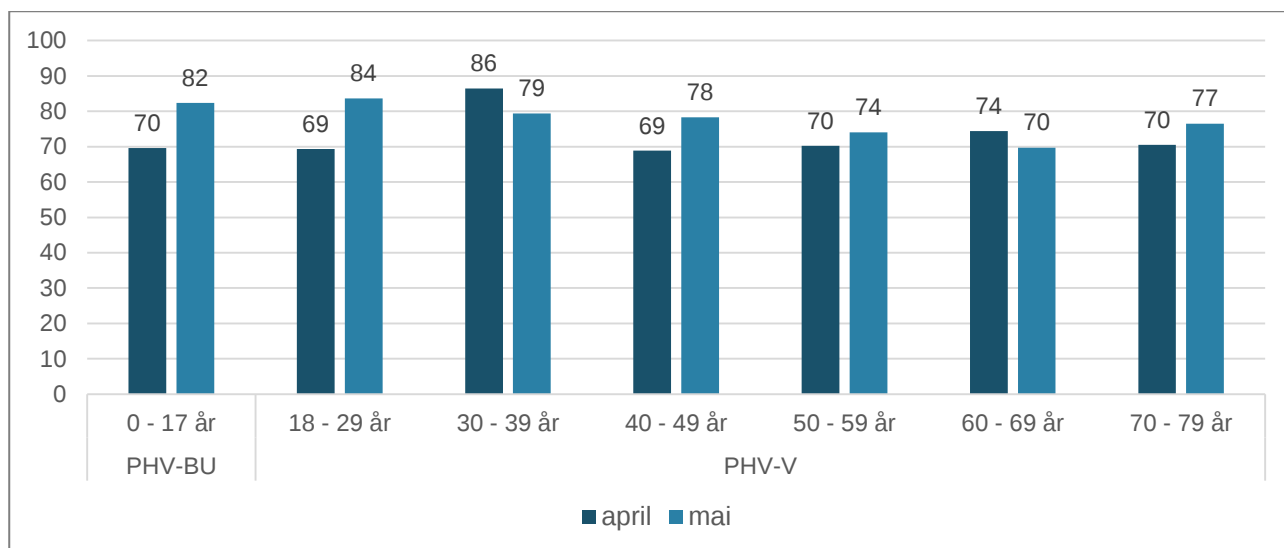
Tabell 3.1 Antall opphold, episoder og oppholdsdøgn i psykisk helsevern og TSB i mars, april og mai 2019-2020 (foreløpige tall).

	Tjenesteområde	Måned	2019	2020	Endring 2019-20:
Døgnopphold	PHV-V	Mars	5 162	4 764	92 %
		April	5 035	3 695	73 %
		Mai	5 424	4 250	78 %
	PHV-BU	Mars	272	274	101 %
		April	268	192	72 %
		Mai	270	231	86 %
	TSB	Mars	1 148	1 380	120 %
		April	1 155	952	82 %
		Mai	1 136	990	87 %
Polikliniske kontakter	PHV-V	Mars	175 827	156 090	89 %
		April	153 305	147 141	96 %
		Mai	167 980	153 241	91 %
	PHV-BU	Mars	83 683	78 659	94 %
		April	68 929	71 295	103 %
		Mai	79 690	79 401	100 %
	TSB	Mars	52 385	54 398	104 %
		April	45 932	50 603	110 %
		Mai	48 857	48 745	100 %
Oppholdsdøgn	PHV-V	Mars	71 916	73 540	102 %
		April	74 708	53 375	71 %
		Mai	88 691	60 890	69 %
	PHV-BU	Mars	4 841	5 331	110 %
		April	5 793	4 003	69 %
		Mai	5 279	4 479	85 %
	TSB	Mars	27 416	37 116	135 %
		April	37 925	27 306	72 %
		Mai	41 663	29 883	72 %

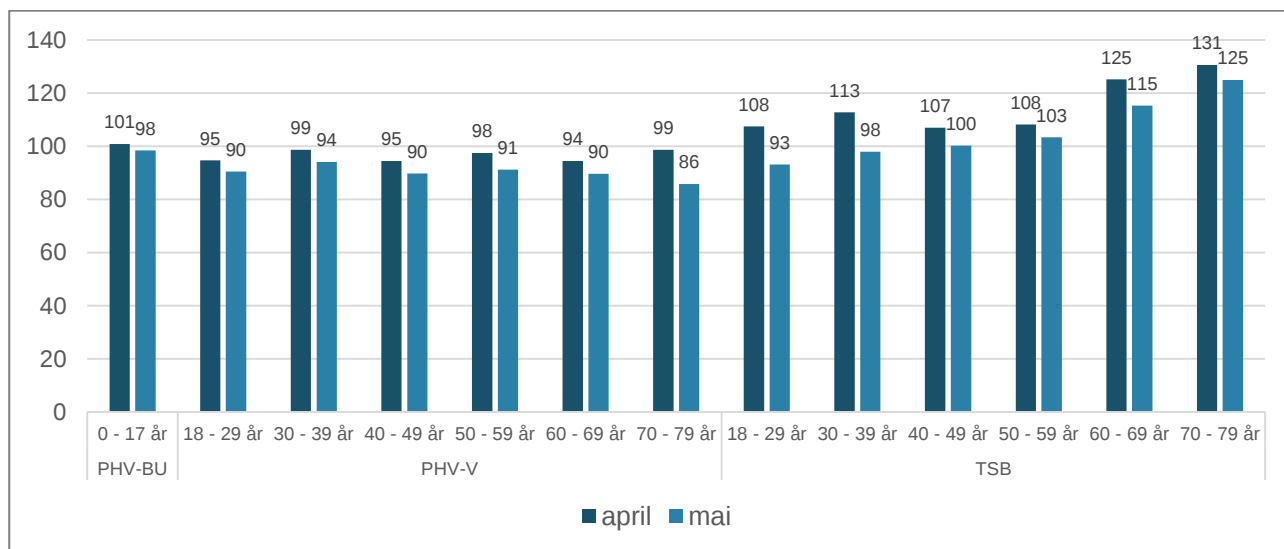
3.1 Alder

Vi har analysert aktivitetsendringene i psykisk helsevern og TSB for ulike aldersgrupper, men finner ikke at det er noen systematiske forskjeller i nedtrekket av behandlingsaktivitet som er knyttet til alder. I både mars, april og mai er endringene omtrent like store for alle aldersgrupper. For døgnopphold i TSB finner vi noen forskjeller, men tallene er små og gir usikre resultater og er derfor ikke gjengitt nærmere.

Figur 3.2 Døgnopphold i psykisk helsevern april og mai 2020 relatert til april og mai 2019 etter alder. Prosent.



Figur 3.3 Polikliniske konsultasjoner i PHV og TSB april og mai 2020 relatert til april og mai 2019 etter alder. Prosent.



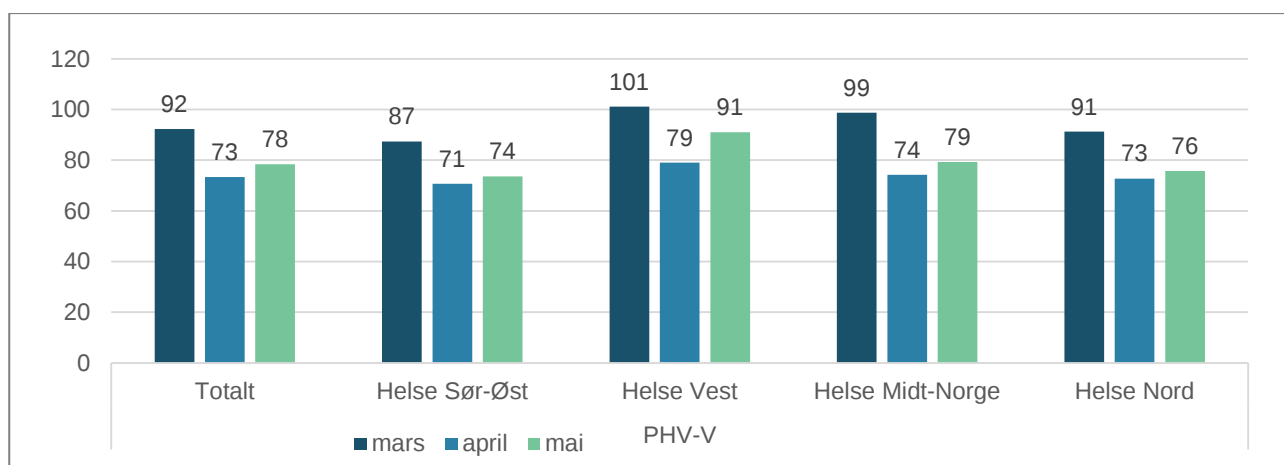
3.2 Bosted

I mars og april har pasientenes bosted hatt betydning for endringene i døgnbehandlingstilbudet. På region-nivå ser vi en tendens til at døgnbehandling i psykisk helsevern for voksne har blitt noe mindre redusert i Helse Vest enn i de andre regionene. Mellom sykehusområdene ser vi tydelige forskjeller i nedgangen av døgnopphold. Den samlede nedgangen i døgnbehandling i psykisk helsevern for voksne i april og mai 2020 var betydelig høyere i Oslo-området (OUS og Lovisenberg) enn i Bergen og

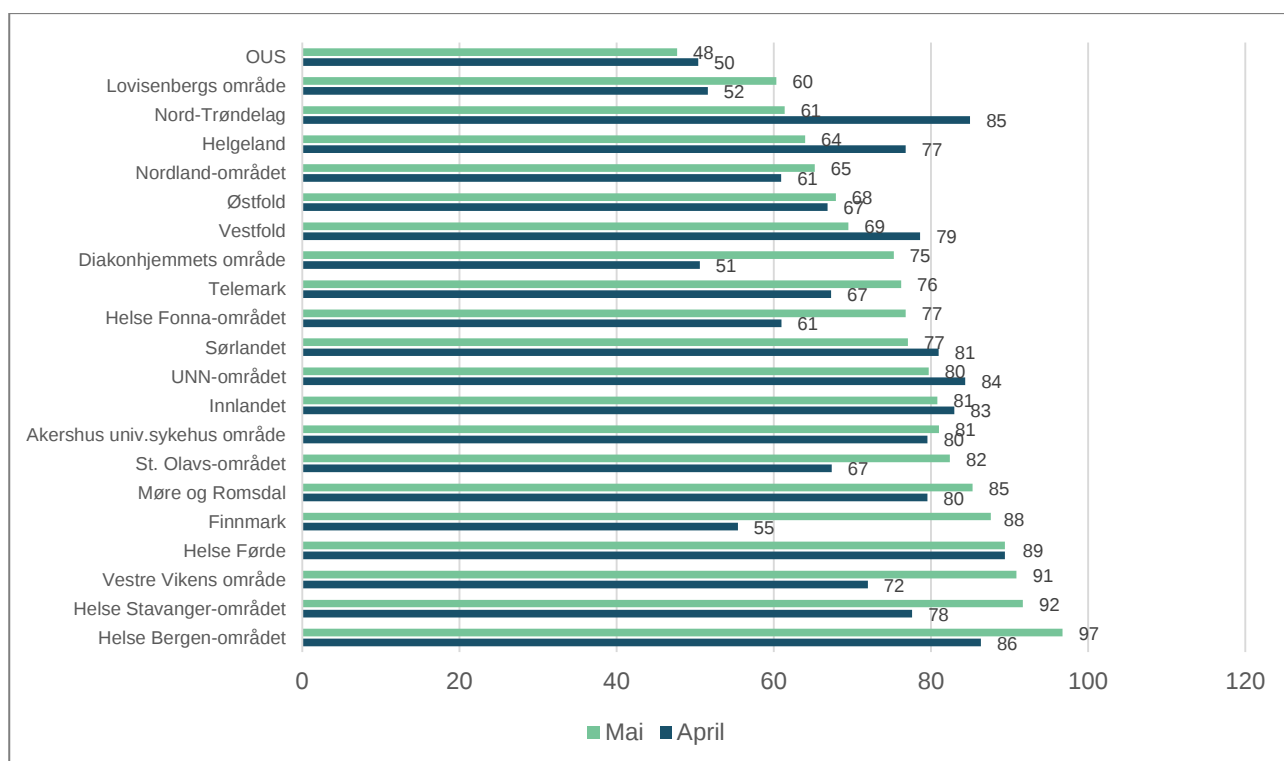
Stavanger-området. I OUS-området var døgnoppholdene i psykisk helsevern for voksne halvert i mai 2020, sammenlignet med mai 2019. I Nord-Trøndelag var nedgangen betydelig større i mai (-39 prosent) enn i april (-15 prosent). Mange andre helseforetaksområder har imidlertid et mer normalisert nivå av døgnbehandling i mai, enn de hadde i april.

For polikliniske konsultasjoner ser vi også forskjeller knyttet til bosted. I psykisk helsevern for voksne hadde personer som var bosatt i Helse Nord-Trøndelags opptaksområde en nedgang på 25 prosent i mai, mens befolkningen i Finnmark hadde økt bruk av polikliniske konsultasjoner i psykisk helsevern denne måneden. I Telemark og Vestre Vikens område var omfanget av polikliniske konsultasjoner like høyt i mai 2020 som i mai 2019.

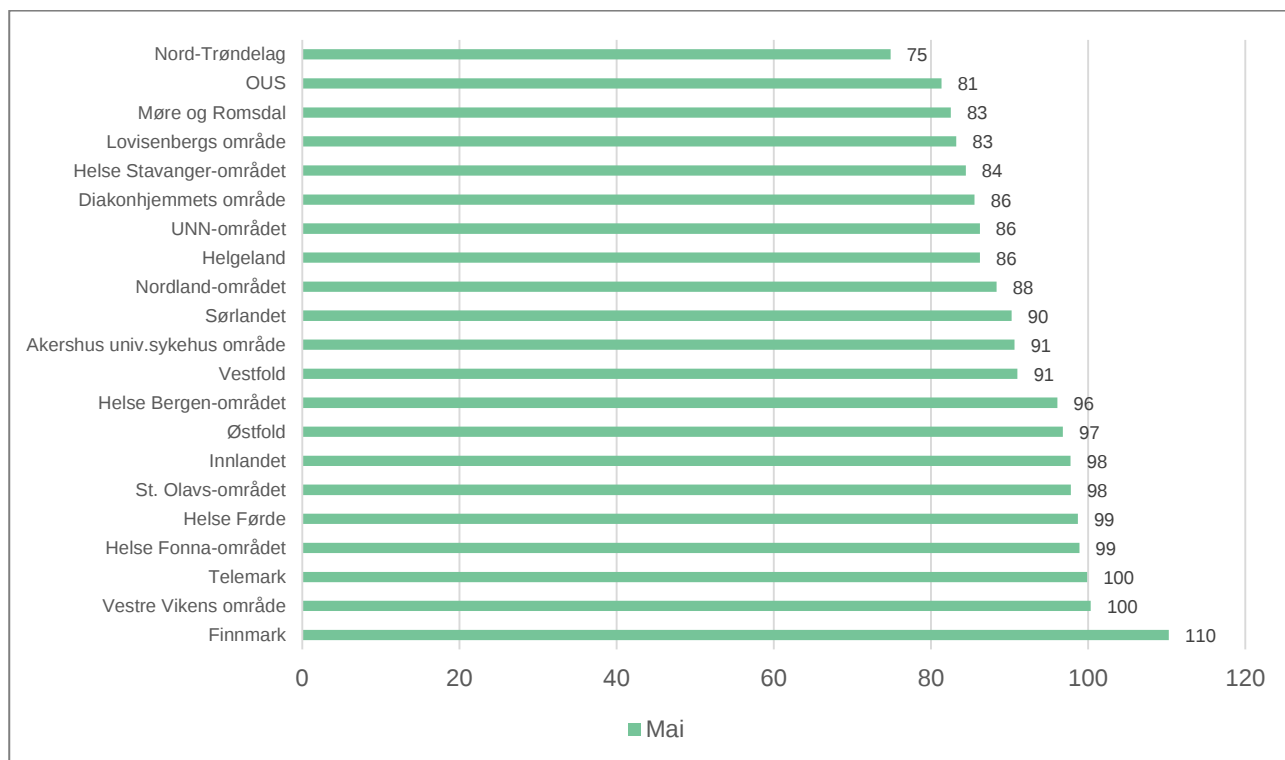
Figur 3.4 Døgnopphold i psykisk helsevern for voksne etter pasientregion i mars-mai 2020 relatert til mars-mai 2019. Prosent.



Figur 3.5 Døgnopphold i psykisk helsevern for voksne etter sykehusområde i april og mai 2020 relatert til april og mai 2019. Prosent.



Figur 3.6 Polikliniske konsultasjoner i psykisk helsevern for voksne etter sykehusområde i mai 2020 relatert til mai 2019. Prosent.



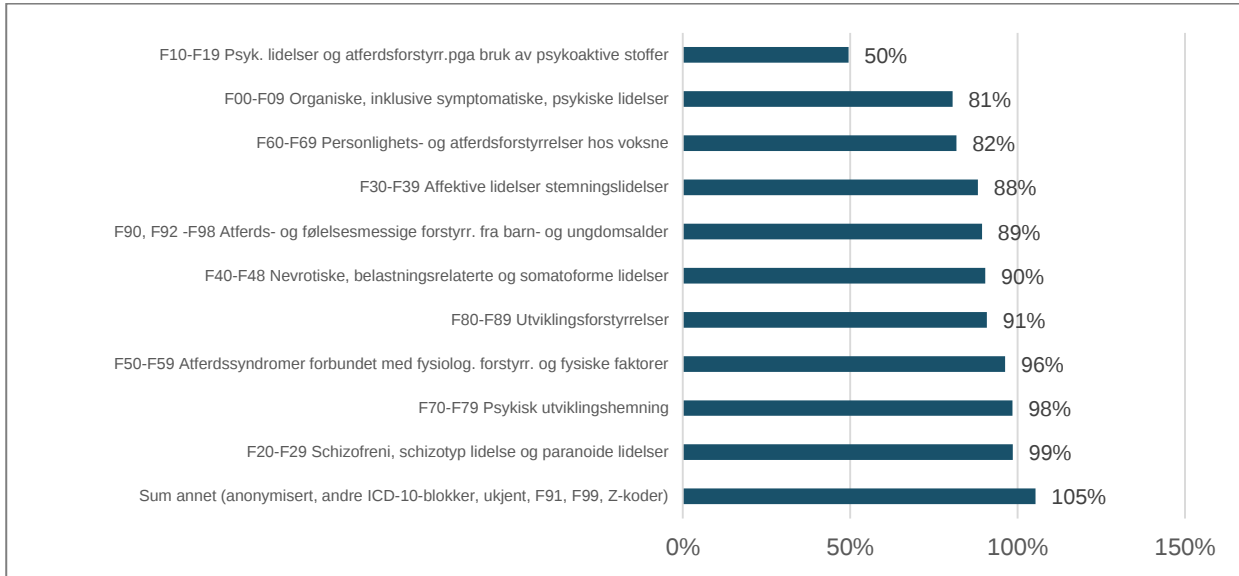
3.3 Diagnoser

De månedlige styringsdataene inneholder noen opplysninger om diagnoser, men deler av data er anonymisert. I maidaata har 75 prosent av døgnoppholdene anonymiserte diagnoser, og det gir ikke mening å beskrive utviklingen for de resterende oppholdene. For polikliniske konsultasjoner er kun 3 prosent av konsultasjonene er anonymiserte. Vi har derfor sett nærmere på fordelingen av diagnoser blant pasienter med polikliniske konsultasjoner i psykisk helsevern for voksne.

Våre foreløpige tall viser at nedgangen i behandlingsskapasitet har fått større betydning for noen pasientgrupper enn for andre. I mai har det vært mindre nedgang i polikliniske konsultasjoner for pasienter med psykisk utviklingshemming og alvorlige psykiske lidelser som schizofreni, enn for personer med affektive stemningslidelser eller psykiske lidelser på grunn av inntak av psykoaktive stoffer. Dette tilsvarer resultatene fra analyser av data fra mars og april.

Figur 3.7

Polikliniske konsultasjoner i psykisk helsevern for voksne etter diagnose i mars-mai 2020 relatert til mars-mai 2019. Prosent.



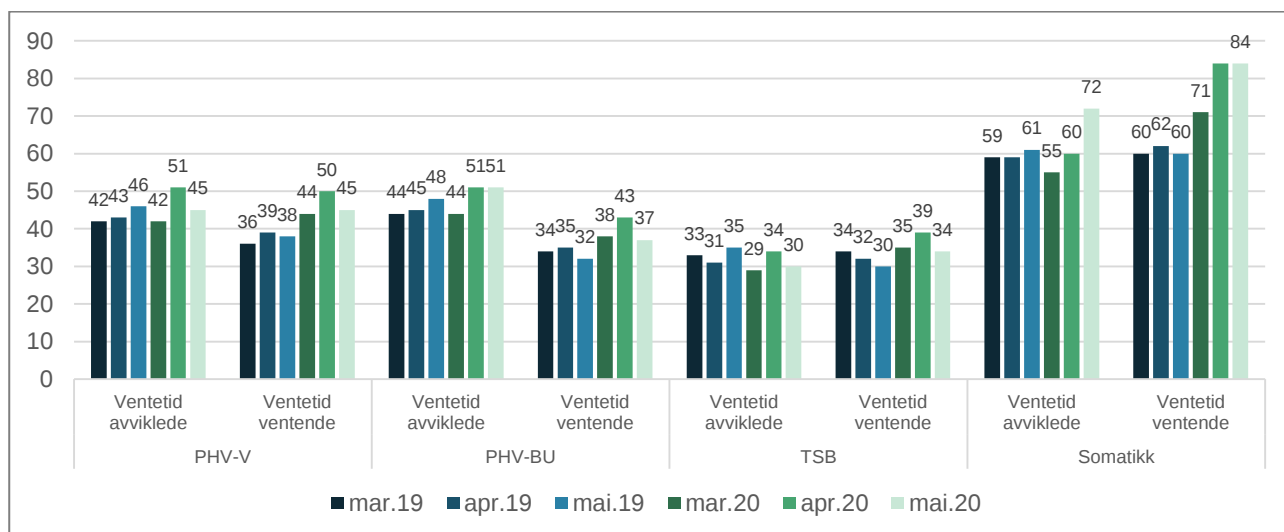
4. Økte ventetider og nedgang i nye henvisninger

En konsekvens av nedgangen i behandling er at antallet ventende og ventetiden øker. Selv om pasientrettighetene knyttet til fristbrudd var midlertidig endret i april og mai, kan informasjon om omfanget av ventende og omfanget av "ikke-gyldige fristbrudd" gi en pekepinn på omfanget av etterslep i pasientbehandlingen. Med ikke-gyldige fristbrudd mener vi det som ville vært fristbrudd dersom forskriften ikke hadde vært midlertidig endret.

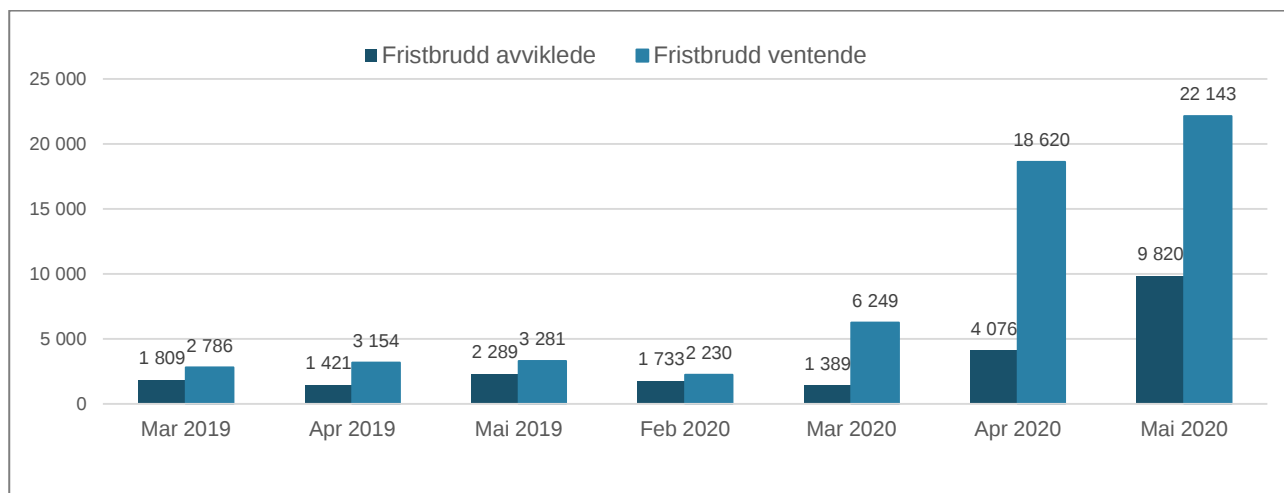
De største endringene i ventetidene i mars, april og mai gjelder somatisk behandling. Ventetidene for både avviklede pasienter og ventende pasienter har økt betydelig. For avviklede pasienter i somatisk virksomhet var gjennomsnittlig ventetid 55 dager i mars, 60 dager i april og 72 dager i mai. For de som fremdeles venter, var gjennomsnittlig ventetid i både april og mai på 84 dager. Tilsvarende for mai 2019 var 60 dager.

Endringene i ventetid indikerer at utfordringene med etterslep knyttet til nedgangen i behandling er større for somatikk enn for psykisk helsevern og TSB. Psykisk helsevern for voksne hadde omtrent samme ventetid for avviklede pasienter i mai 2020 og i mai 2019 (45-46 dager). I psykisk helsevern for barn og unge var ventetiden for avviklede økt med 3 dager sammenlignet med 2019, og for TSB var ventetiden for avviklede i mai 2020 5 dager lavere enn i mai 2019.

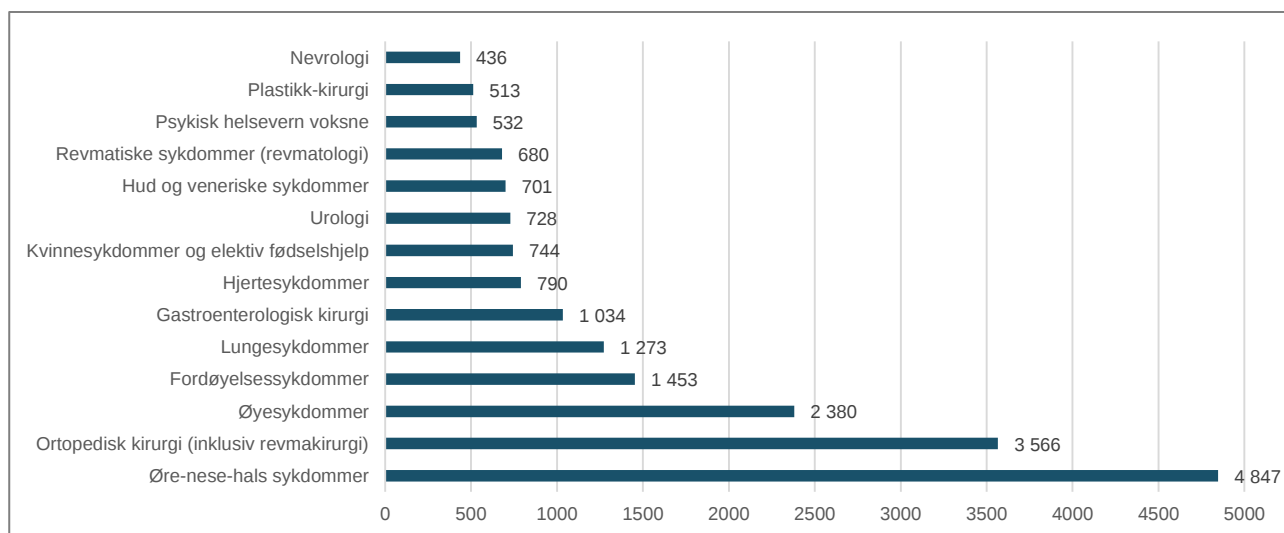
Figur 4.1 Utviklingen i ventetid for avviklede og ventende etter sektor og periode mars-mai 2019 og 2020.



Figur 4.2 Utviklingen i antall fristbrudd per mnd mars – mai 2019 og 2020 (fristbrudd i 2020 dersom forskriften hadde vært gyldig).



Figur 4.3 Antall fristbrudd for ventende per 1. juni etter fagområde (fristbrudd dersom forskriften hadde vært gyldig)



Figur 4.2 viser utviklingen i antall fristbrudd dersom forskriften hadde vært gyldig. For ventende er omfanget av fristbrudd 10 ganger høyere (1000 prosent) i mai 2020 enn i det var tre måneder tidligere. Vi ser at det største volumet av fristbrudd gjelder fagområdene øre-nese-hals, ortopedisk kirurgi og øyesykdommer. I en tidligere analyse av aktivitetsutviklingen i mars og april påpekte vi at det var disse hoveddiagnosegruppene som hadde størst nedgang i døgnopphold. For mai finner vi fremdeles at det er sterk nedgang i døgnopphold for pasienter med sykdommer i øre-nese-hals, men nedgangen i behandlinger for muskler, skjelett og bindevev, samt øyesykdommer har blitt noe redusert (se kapittel 2.5).

Fra uke 10 har det også vært en nedgang i nye henvisninger til spesialisthelsetjenesten. I uke 13 (siste uke i mars) var nivået av henvisninger til somatisk behandling 57 prosent lavere enn i tilsvarende uke i 2019. De ukentlige endringene i nivået av henvisninger har vært omtrent de samme for somatikk, psykisk helsevern og TSB, men nedgangen i henvisninger til TSB og psykisk helsevern for barn og unge har ikke vært like høy som for somatikk. I uke 20 var nivået av henvisninger omtrent på samme nivå som

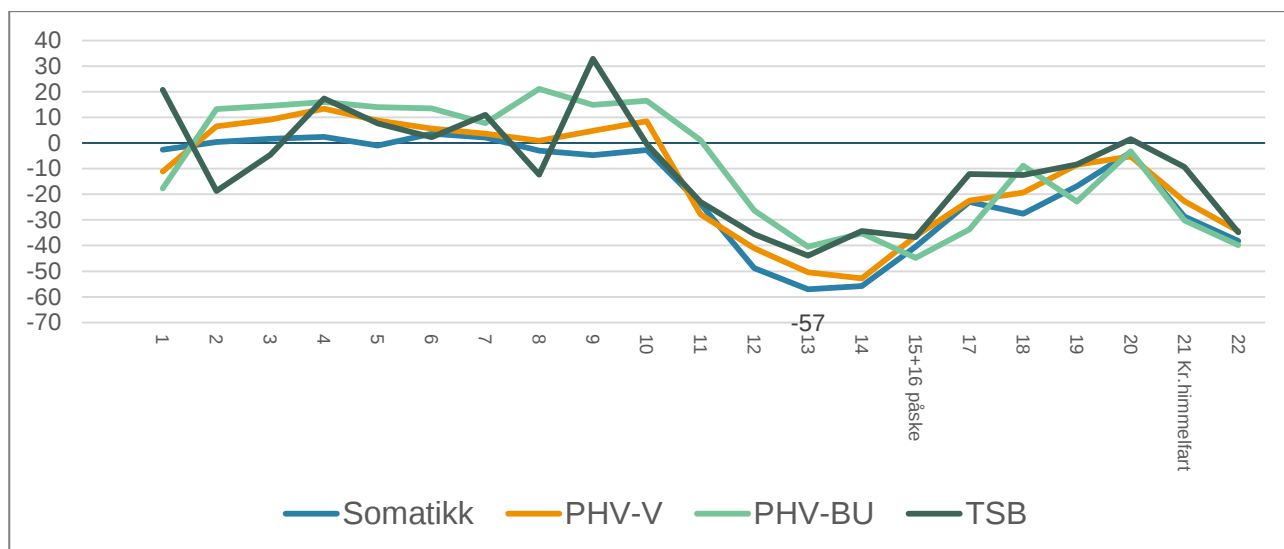
tilsvarende uke i 2019, men forskjeller i tidspunktet for Kristi Himmelfart mellom 2019 og 2020 medførte en ny dropp i nivået av henvisninger i uke 21.

Nedgangen i henvisninger gjelder alle aldersgrupper, alle regioner og både somatikk, psykisk helsevern og TSB. I mai kom 82 prosent av henvisningene fra fastlege eller legevakt. Øvrige henvisninger kom fra spesialisthelsetjenesten selv, private spesialister eller øvrige kommunale tjenester (2,7 prosent). Samlet sett for månedene fra januar til og med mai, er det en nedgang i 76 442 henvisninger.

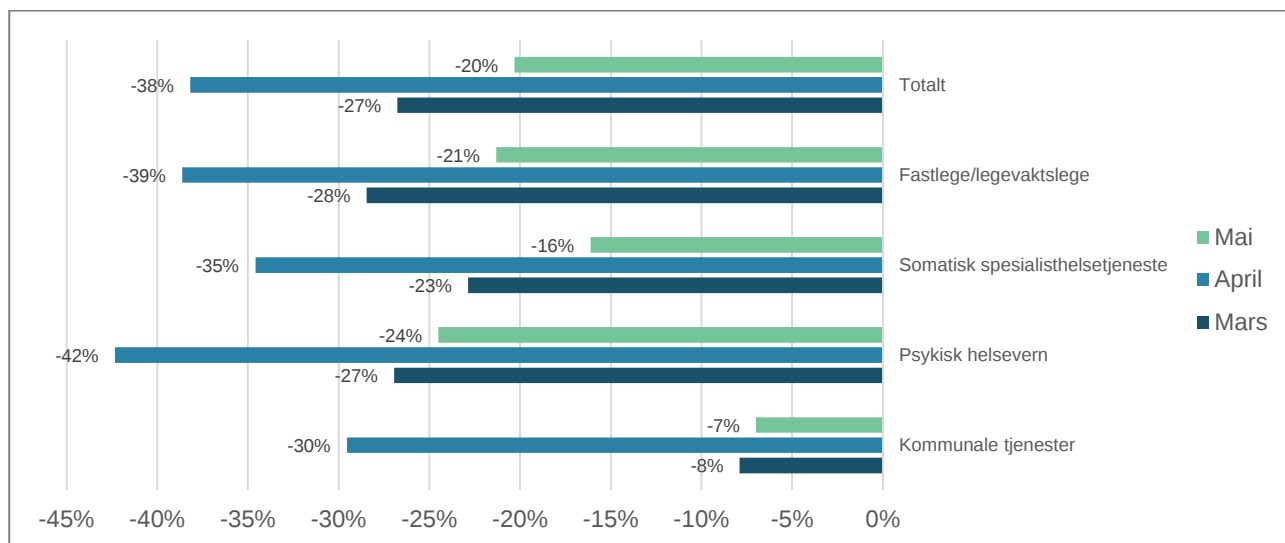
Vi har også sett på endringer i omfanget av avviste henvisninger, og finner at andelen avvisinger har vært stabil rundt 5-6 prosent i hele 2020.

Nedgangen i nye henvisninger kan være bekymringsfull med hensyn til om alvorlig sykdom oppdages for sent eller mer generelt om alle pasienter får den behandlingen som de har behov for. Det er likevel slik at nedgangen i nye henvisninger innebærer at forholdet mellom nye henvisninger og avviklede har holdt seg omtrent konstant, og det samlede volumet av ventende er omtrent like høyt i mai 2020 som det var i mai 2019. Dette kan innebære at mulighetene til å håndtere etterslepet av pasientbehandlingen uten for store og alvorlige konsekvenser, kan være tilstede.

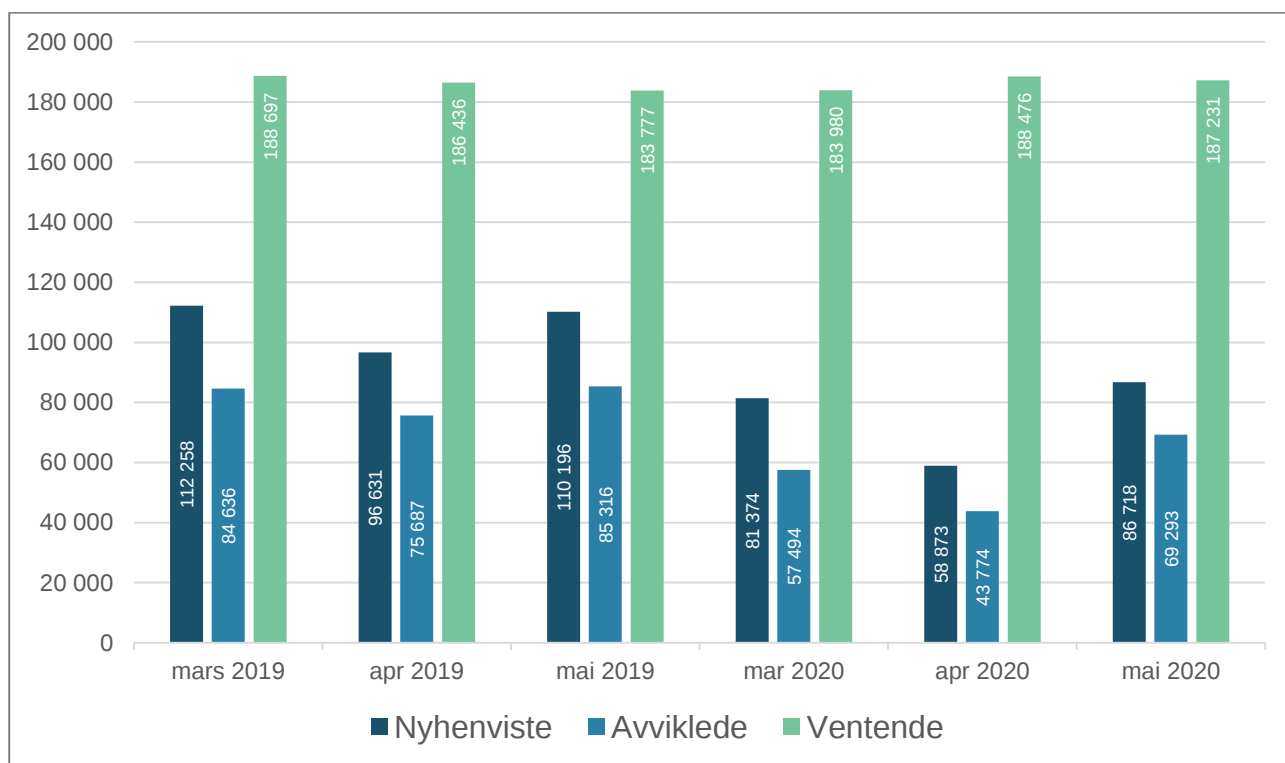
Figur 4.4 Prosentvis endring i nye henvisninger til spesialisthelsetjenesten per uke 2020 sammenlignet med tilsvarende uke i 2019.



Figur 4.5 Prosent endring i nye henvisninger per måned 2020 etter hvor henvisningen kommer fra.



Figur 4.6 Omfanget av nye henvisninger, avviklede og ventende i mars-mai 2019 og 2020.



5. Bruk av fastlege og legevakt

5.1 Om data

Det er utlevert data fra Helfo/Kuhr på:

- i. Tall per dag i mars, april og mai på antall *pasienter, regninger, refusjoner og egenandeler* fra fastleger, legevakt, legespesialister, psykologer, poliklinikker, private lab og røntgen-institutter, Fritt behandlingsvalg, fysioterapeuter, kiropraktikere, jordmor ved helsestasjoner og tannleger.
- ii. Data på antall konsultasjoner totalt (inklusive e-konsultasjoner) og på e-konsultasjoner alene.
- iii. Data på unike pasienter *per måned* hos fastleger, legevakt, legespesialister, psykologer, poliklinikker, private lab og røntgen-institutter, Fritt behandlingsvalg, fysioterapeuter, kiropraktikere, jordmor ved helsestasjoner og tannleger. Data på antall pasienter *per uke* representerer sum av pasienter per dag og samme pasient kan være registrert to eller flere ganger.

Tallene tar utgangspunkt i den datoen hvor behandlingen fant sted, og ikke utbetalingsdato. Datauttrekket ble gjennomført 15. juni. Sammenligningsgrunnlaget for 2019 og 2020 er basert på datoer og uketall i 2020, ikke på ukenummer i 2019. Ettersom påsken var i uke 15 i 2020 og uke 16 i 2019, har vi slått disse ukene sammen. Aktiviteten i de to siste ukene av mai vil være påvirket av at Kristi Himmelfart kom 10 dager senere i 2020 enn i 2019.

For perioden 1. mars – 15. mai er det også hentet ut tall med informasjon om diagnoser ved konsultasjoner, samt antall konsultasjoner med utgangspunkt i pasientenes bostedskommune. Tallene sammenlignes med tilsvarende periode i 2019.

Sammenligninger av aktivitetsnivået i mai er utfordrende på grunn av helligdagene. April hadde like mange hverdager⁶ i 2019 som i 2020 (16 eksklusive hele påskeuken), men mai 2020 hadde 1 hverdag mindre enn i 2019. Mai 2020 hadde 19 hverdager eksklusive helligdager⁷, mens mai 2019 hadde 20 hverdager. Det betyr at vi uavhengig av korona-situasjonen kan forvente at aktivitetsnivået i mai 2020 er 5 prosent lavere enn i 2019. I tillegg vil uke 20 kunne vise et overestimert aktivitetsnivå ettersom 17. mai falt på en fredag i 2019 og en søndag i 2020. Avviket mellom tidspunktet for Kristi himmelfart på 10 dager vil også påvirke ukentlige tall. I 2019 var Kristi himmelfart den 30. mai, mens den kom på 20. mai i 2020. Når vi sammenligner tall for uke 21, kan vi forvente at aktiviteten vil være 20-40 prosent lavere enn i 2019 ettersom også fredag etter Kristi Himmelfart har lavere aktivitet enn normalt. Data for den siste uken i mai vil være påvirket av manglende/forsinket registrering. For de siste to ukene av april ser vi at aktiviteten har økt med 6-7 prosentpoeng når data tas ut den 15. juni, sammenlignet med datauttaket den 15. mai.

⁶ Med hverdager menes mandag til fredag eksklusive helligdager.

⁷ 1. mai, 17. mai, Kristi himmelfart og pinse.

5.2 Endringer i bruk av fastlege og legevakt

I mars var bruken av fastleger høyere enn i året før, og dette gjaldt både pasienter og konsultasjoner. I april, og i foreløpige tall for mai, ser vi derimot en nedgang i både pasienter og konsultasjoner hos fastlege sammenlignet med tilsvarende måneder året før. Nedgangen i april var 11 prosent for pasienter og 4 prosent for konsultasjoner, mens mai-tallene viser en nedgang i pasienter på 14 prosent og konsultasjoner på 18 prosent.

Uketallene viser at nivået av konsultasjoner hos fastlege var tilnærmet tilbake til samme nivå som i 2019, i midten av mai (uke 19 og 20). Uke 20 viser noe høyere aktivitet i 2020 enn i 2019, men dette skyldes trolig at 17. mai kom på en fredag i 2019 og på søndag i 2020.

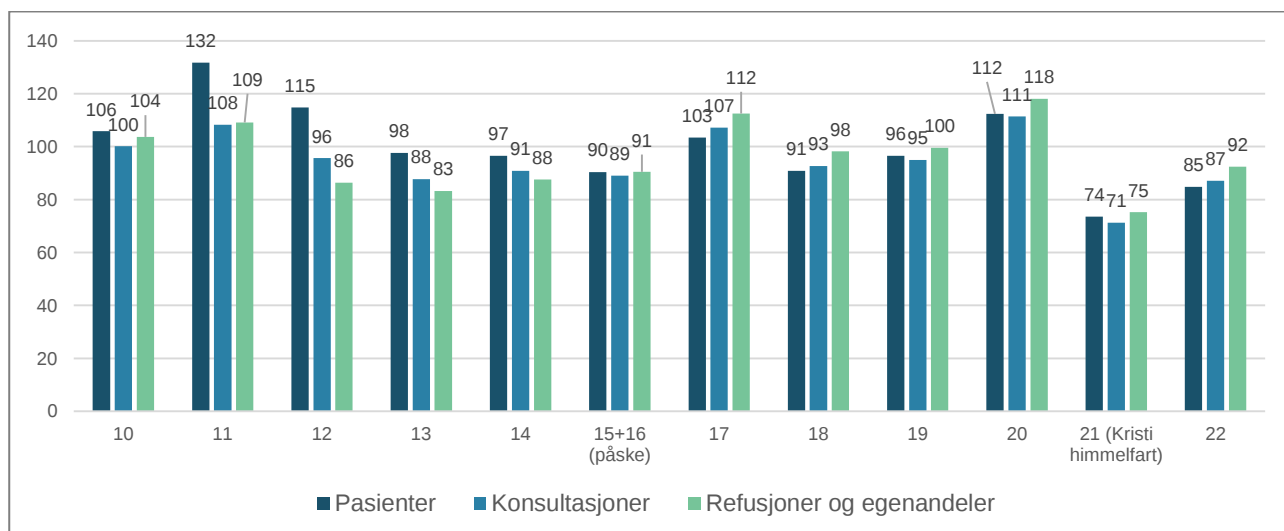
Ukene 21 og 22 har lavere nivå av både pasienter, konsultasjoner og refusjoner/egenandeler enn tilsvarende uker i fjor, men dette skyldes trolig en kombinasjon av helligdager på ulike tidspunkt i 2019 og 2020, og manglende/forsinket registrering. Dette påvirker også totaltallene for mai måned.

I mars 2020 falt andelen konsultasjoner til fordel for andre og enklere typer kontakt. I mars 2019 hadde 81 prosent av pasientene en konsultasjon, mens tilsvarende tall for mars 2020 var 78 prosent. Samme tendens gjelder også for mai, der 79 prosent av pasientene hadde en konsultasjon, mens tilsvarende tall for 2019 var 83 prosent. I april var situasjonen imidlertid omvendt, med en høyere andel med konsultasjon (82 prosent) enn året før (78 prosent).

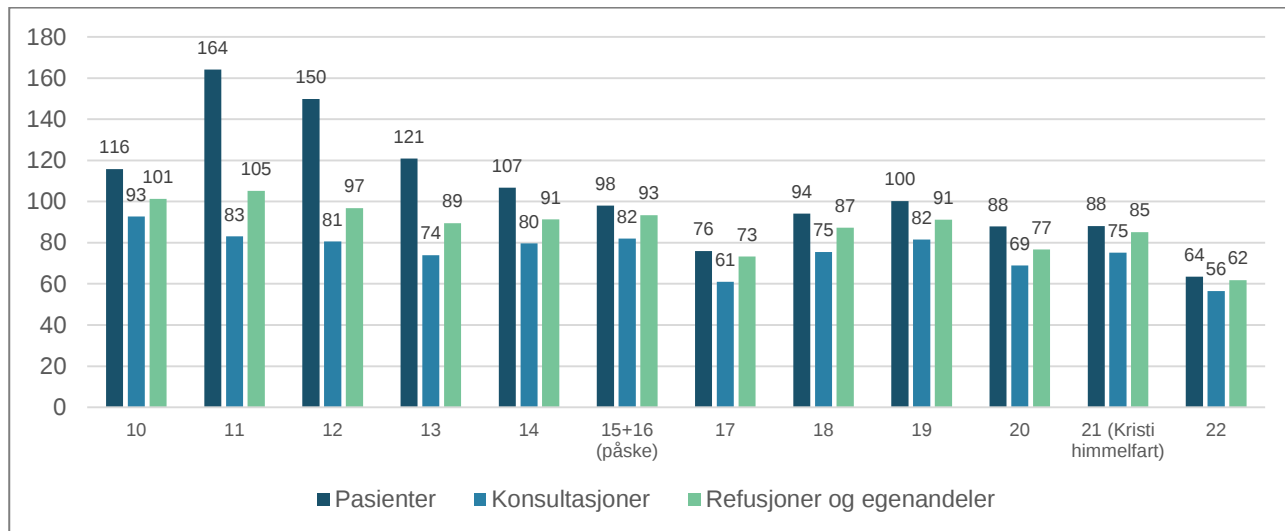
Med hensyn til endringer i type kontakt hos fastleger, ser vi også at det høye nivået av e-konsultasjoner på 57 prosent i uke 12 og 13 har falt, uke for uke, i både april og mai. Foreløpige tall for uke 22 viser at 22 prosent av konsultasjonene var en e-konsultasjon.

Tallene for legevakt viser større nedgang i både pasienter, konsultasjoner og refusjoner/egenandeler enn for fastleger. I uke 20 var det 31 prosent færre konsultasjoner hos legevakt enn i tilsvarende uke i 2019. Nedgangen kan trolig sees i sammenheng med nedgangen i øyeblikkelig hjelp i sykehusene, og kan kanskje delvis, representere et redusert behov for øyeblikkelig hjelp. De månedlige tallene viser at det var 15 prosent færre pasienter hos legevaktene i mai 2020 enn i 2019.

Figur 5.1 Omfang av pasienter, konsultasjoner og sum refusjoner og egenandeler for fastleger per uke i mars-mai 2020 relatert til samme datoer i mars-mai 2019.



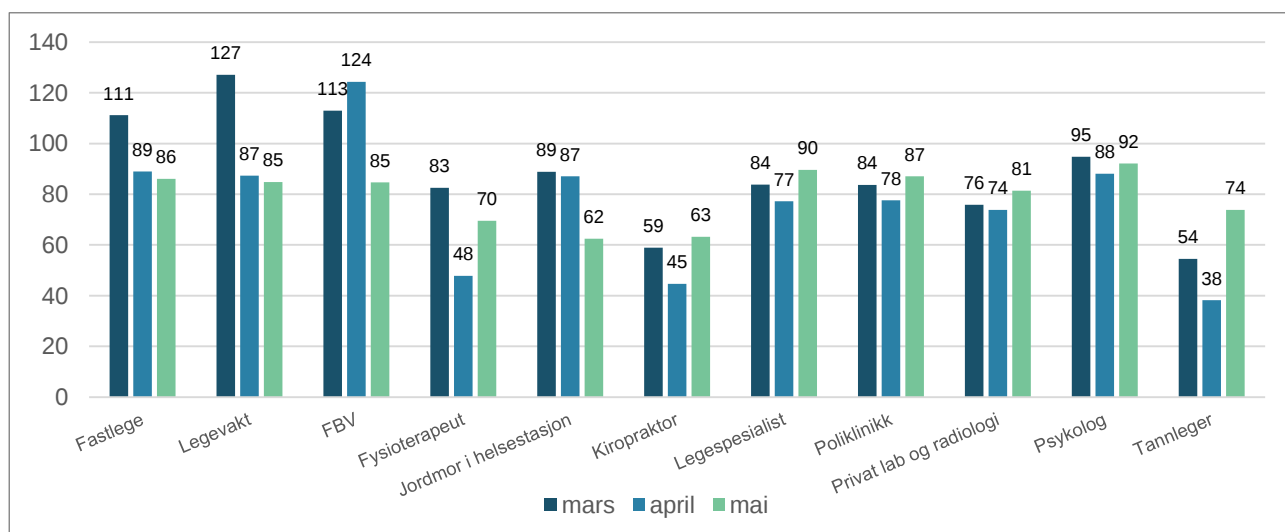
Figur 5.2 Omfang av pasienter, konsultasjoner og sum refusjoner og egenandeler for legevaktene per uke i mars-mai 2020 relatert til samme datoer i mars-mai 2019.



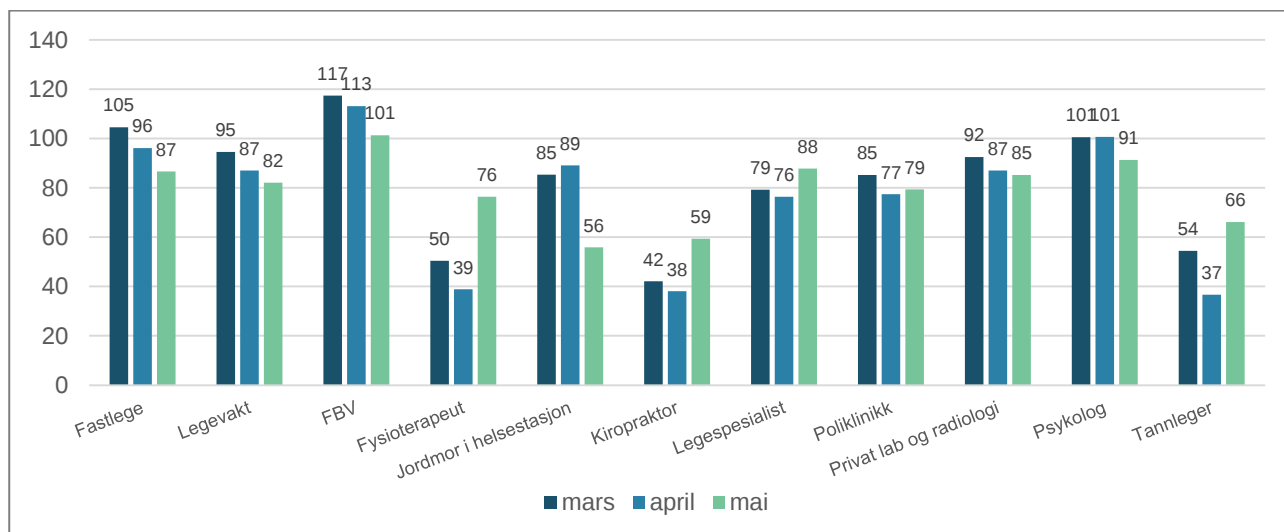
I mai ser vi stor endring i pasientomfanget hos fysioterapeuter, kiropraktikere og tannleger sammenlignet med april. Hos disse yrkesgruppene var omfanget av pasienter i mai måned på hhv 70, 63 og 74 prosent av fjoråret. For disse yrkesgruppene representerte dette en økning fra april.

I Godkjenningsordningen for Fritt behandlingsvalg og for jordmødre på helsestasjon, ser vi at nivået av pasienter er lavere i mai enn i april, sett i relasjon til nivået i tilsvarende måned i fjor: Førstnevnte gruppe (Fritt behandlingsvalg) har likevel hatt omtrent samme nivå av inntekter som året før, også i mai. I mars og april var det betydelig vekst i Godkjenningsordningen for Fritt behandlingsvalg sammenlignet med tilsvarende måneder i fjor, både av pasienter og med hensyn til inntekter. Psykologene har også klart å holde nivået av inntekter på tilnærmet normalt nivå gjennom alle de siste tre månedene.

Figur 5.3 Omfang av unike pasienter i kontakt med ulike helsetjenester i mars-mai 2020 relatert til mars-mai 2019. Prosent.



Figur 5.4 Sum egenandeler og refusjoner for ulike helsetjenester i mars og april 2020 relatert til mars og april 2019. Prosent.

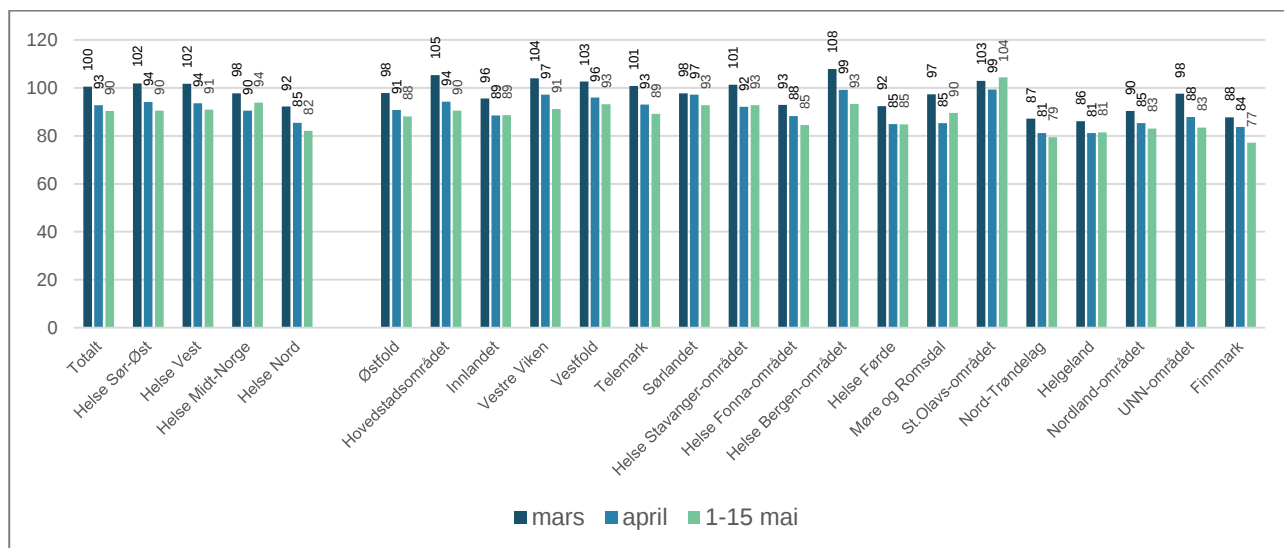


5.3 Regionale forskjeller i bruk av fastlege

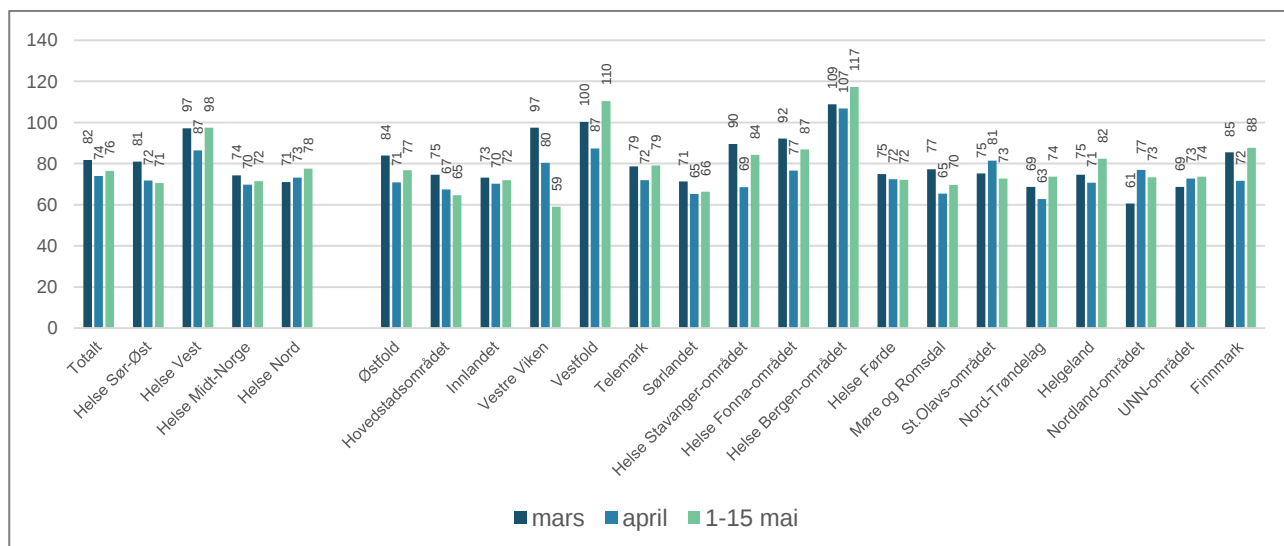
For perioden 1.mars-15.mai er det hentet ut tall med informasjon om pasientenes bostedskommune for å vurdere om endringene i bruk av fastlegetjenester er knyttet til bosted. Data viser at både i mars, april og mai, har nedgangen i bruk av fastlege vært større i nord enn i sør-øst, hovedstadsområdet og sykehusområdene i vest. I april var det en nedgang i konsultasjoner hos fastlege på 19 prosent i sykehusområdene til Nord-Trøndelag HF og Helgelandssykehuset, mens sykehusområdene til Helse Bergen og St. Olavs hospital hadde kun 1 prosent nedgang. Det kan være mange årsaker til disse forskjellene knyttet til både pasienter og leger. Næringsdrivende leger har andre insentiv til å opprettholde aktiviteten på samme høye nivå enn fastlønnede leger, og det er færre fastlønnede leger i store byer. Utfordringer for pasienter og leger knyttet til reisevei og frykt for smitte kan også ha påvirket forskjellene.

For legevakt var det større geografiske variasjoner i endringene enn det var for bruk av fastlege. I region vest har nedgangen i bruk av legevakt vært betydelig mindre enn i midt-norge og nord. Det er særlig i Helse Bergen sitt sykehusområde at bruken av legevakt har vært høy. Ellers ser vi også her at nedgangen i konsultasjoner hos legevakt er særlig høy for sykehusområdene fra Nord-Trøndelag og nordover.

Figur 5.5 Omfang av konsultasjoner hos fastlege 1. mars- 15. mai 2020 i prosent av konsultasjoner hos fastlege 1.mars- 15. mai 2019 etter sykehusområde. Prosent



Figur 5.6 Omfang av konsultasjoner hos legevakt 1. mars- 15. mai 2020 i prosent av konsultasjoner hos fastlege 1.mars- 15. mai 2019 etter sykehusområde. Prosent

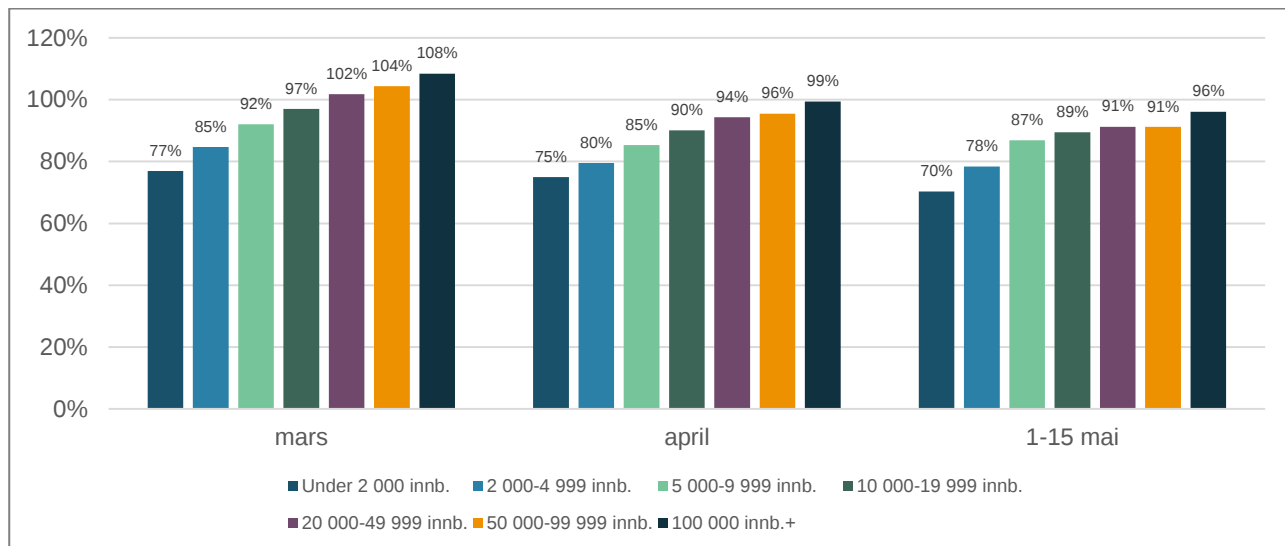


5.4 Kommuners befolkningsstørrelse og andel eldre i kommunen

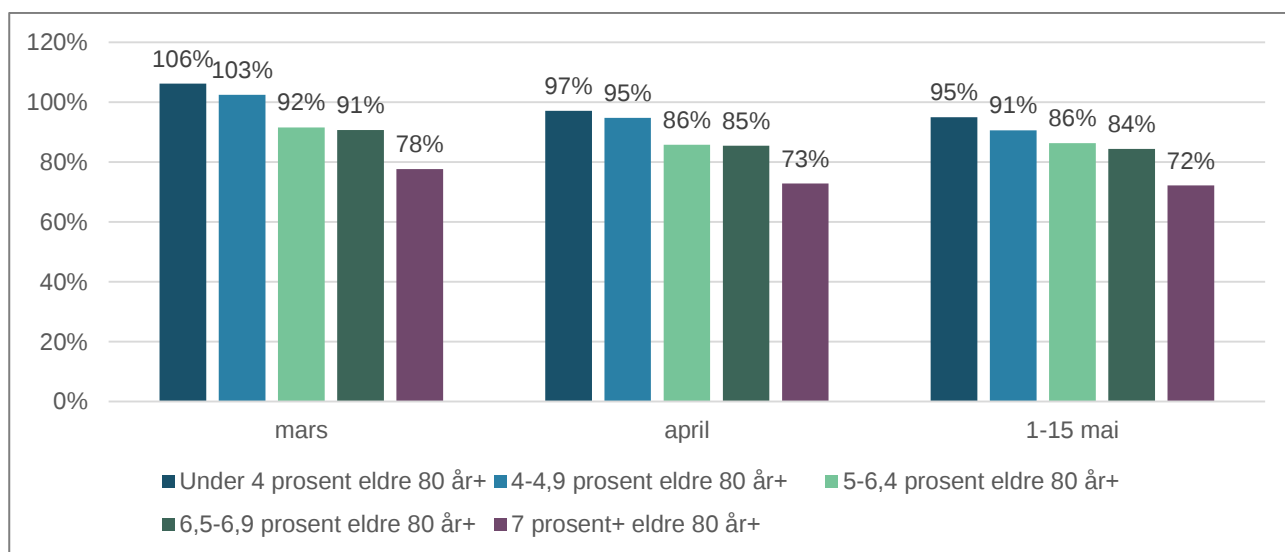
For bruk av fastleger er det et tydelig mønster mellom kommuners befolkningsstørrelse, andel eldre i kommunen og nedgangen i konsultasjoner. Den relative nedgangen i antallet konsultasjoner hos fastleger i mars 2020, var betydelig høyere i små kommuner enn i store (se figur 5.7) og høyere i kommuner med en høy andel eldre, enn en lav andel eldre (se figur 5.8). Forskjellene er betydelige, og det kan være mange årsaker til dette, men en av grunnene er trolig at bruken av e-konsultasjoner også varierer med kommunestørrelse og andel eldre i kommunen (se figur 5.9). I perioden mars til 15.mai har 20 prosent av konsultasjonene til eldre kvinner 80 år og eldre vært en e-konsultasjon, mens tilsvarende tall for kvinner i alderen 30-49 år var 46 prosent e-konsultasjoner. Eldre menn bruker e-konsultasjon i enda mindre grad (16 prosent) enn eldre kvinner (20 prosent). I små kommuner var andelen e-konsultasjoner i begynnelsen av mai 2020 på 17 prosent, mens i større kommuner med mer enn 100 000 innbyggere, var 37 prosent av konsultasjonene en e-konsultasjon.

Det er likevel ikke slik at eldre har hatt større nedgang i konsultasjoner hos fastlege enn yngre personer. Dette på tross av at bruken av e-konsultasjoner er lavere blant eldre enn yngre. Se avsnitt 5.5 om alder og kjønn.

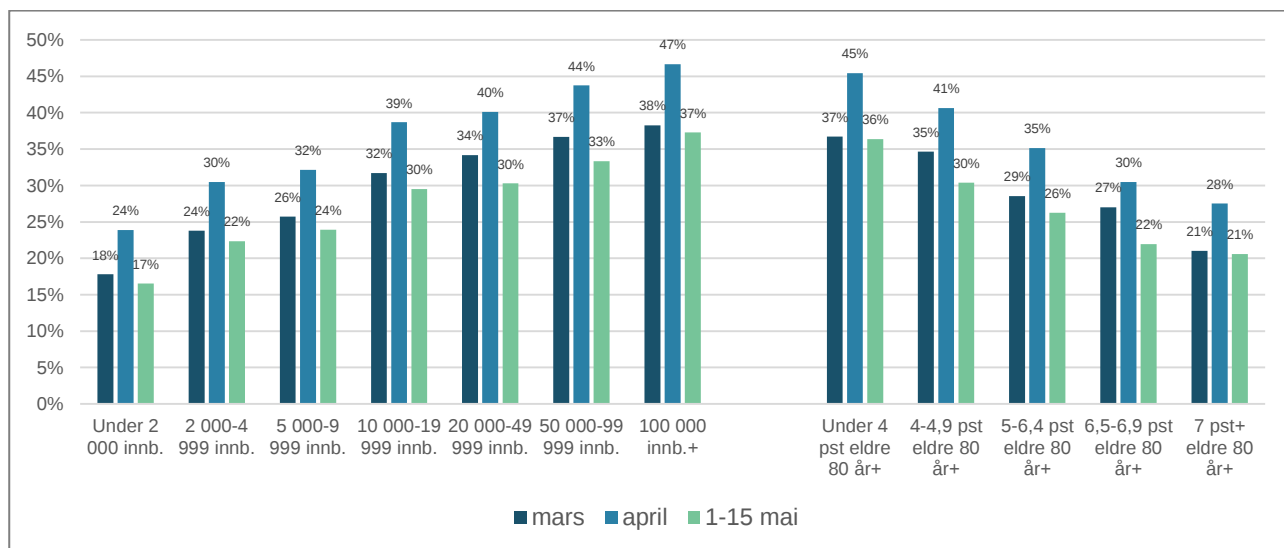
Figur 5.7 Konsultasjoner hos fastlege etter kommunestørrelse. Prosent konsultasjoner 1.mars-15. mai 2020 relativt til antallet konsultasjoner 1.mars-15.mai 2019



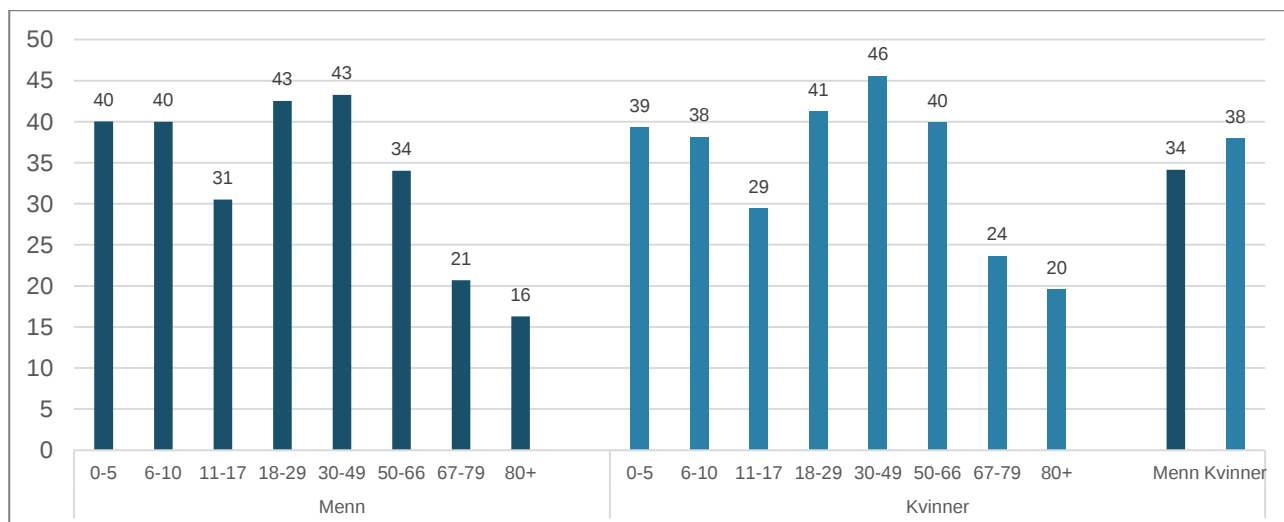
Figur 5.8 Konsultasjoner hos fastlege etter andel eldre over 80 år i kommunen. Prosent konsultasjoner 1.mars-15. mai 2020 relativt til antallet konsultasjoner 1.mars-15.mai 2019.



Figur 5.9 Andel bruk av e-konsultasjon etter kommunestørrelse og andel eldre i kommunen. 1.mars-15.mai 2020.



Figur 5.10 Andel bruk av e-konsultasjon etter kjønn og alder. 1. mars – 15. mai 2020.



5.5 Kjønn og alder

For å få informasjon om mulige forskjeller mellom kvinner og menn og ulike aldersgrupper i nedgangen i konsultasjoner hos fastleger, har vi tatt ut data for konsultasjoner hos fastlege fra 1. mars til 15. mai 2019 og 2020 etter kjønn og alder.

Vi finner ingen systematiske forskjeller mellom kvinner og menn knyttet til endringene i bruk av fastlege. For perioden som helhet har både menn og kvinner hatt en samlet nedgang i konsultasjoner på 3 prosent. Blant de eldste (80 år og over) ser vi imidlertid noe større nedgang i konsultasjoner for kvinner (-15 prosent) enn for menn (-10 prosent).

Tallene for kjønn viser for øvrig de samme mønstrene som tidligere; kvinner bruker generelt sett fastlege oftere enn menn og stod for 58,5 prosent av konsultasjonene hos fastlege i perioden 1. mars til 15. mai 2020. Andelen var like høy i samme periode 2019.

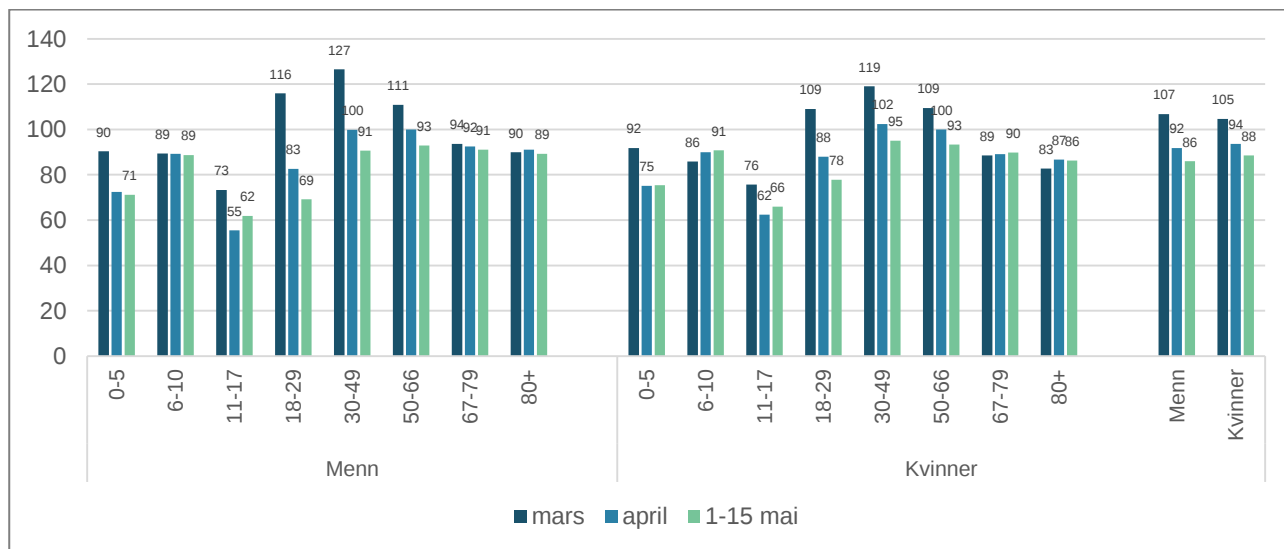
Vi finner at økningen i konsultasjoner hos fastlege i mars gjaldt særlig menn i alderen 18-66 og kvinner i alderen 18-49 år. En av grunnene til økningen i disse aldersgruppene kan ha vært at det er disse aldersgruppene som er mest mobile, og kanskje har vært mest utsatt for smitte. For aldersgruppen 30-39 år var det 22 prosent økning i konsultasjoner hos fastlege i mars.

Vi finner også en tydelig nedgang i konsultasjoner hos fastlege for personer i alderen 11-17 år. Samlet sett for perioden fra 1. mars til 15. mai var nedgangen i konsultasjoner hos fastlege for denne aldersgruppen 33 prosent, sammenlignet med tilsvarende periode i 2019. Det er grunn til å tro at den sterke nedgangen i konsultasjoner for denne aldersgruppen henger sammen med at skolefravær på grunn av sykdom ikke lenger måtte dokumenteres av fastlege fra 13. mars 2020. Endringen i forskriften gjelder ut skoleåret 2019/20. Ved innføringen av ordningen høsten 2016, økte omfanget av konsultasjoner blant unge i alderen 16-19 år med 20-30 prosent.

Det er også en nedgang i konsultasjoner for de minste barna fra 0-5 år på 19 prosent for perioden fra 1. mars til 15. mai, sammenlignet med tilsvarende periode i 2019. Dette tilsvarer en nedgang på 23 627 konsultasjoner. For barn i alderen 6-10 år var det også nedgang i konsultasjoner på 11 prosent. Samlet sett er det langt større nedgang i konsultasjoner hos fastlege for barn og ungdom enn for andre aldersgrupper.

For eldre 80 år og over, var det en nedgang på 13 prosent i konsultasjoner hos fastlege. Nedgangen var større for kvinner (-15 prosent) enn for menn (- 10 prosent). For denne aldersgruppen har nedgangen vært omtrent like høy i både mars, april og første halvdel av mai.

Figur 5.11 Konsultasjoner hos fastlege etter kjønn og alder. Prosent av konsultasjoner 1.mars-15. mai 2020 relativt til antallet konsultasjoner 1.mars-15.mai 2019.



5.6 Endringer i diagnoser hos fastleger

For å få informasjon om årsakene til nedgangen i konsultasjoner hos fastleger, har vi gjort analyser av endringer i pasientenes diagnoser. Data inkluderer kun konsultasjoner, men alle oppgitte diagnoser (hoveddiagnoser og bidiagnoser) er inkludert i analysene. Tallene er gjengitt i tabell

I perioden 1. mars til 15. mai 2020 har det vært betydelige endringer i hvilke diagnoser som er benyttet ved konsultasjoner hos fastlegene, sammenlignet med tilsvarende periode i fjor. Det er generelt sett en økt bruk av generelle diagnoser. I kategorien Allment og uspesifisert var det samlet sett 38 887 flere konsultasjoner enn i samme periode enn i fjor. Det var vel 33 000 flere konsultasjoner med diagnosen Engstelig for sykdom IKA (A27) og nesten 40 000 flere konsultasjoner med generell kode for administrativ kontakt eller undersøkelse.

De største endringene i volum er naturlig nok knyttet til sykdommer i luftveiene. For perioden 1.mars – 15. mai samlet, var det en økning på 211 505 konsultasjoner med hoved- eller bidiagnoser i hovedkapitlet luftveier, og all økning kom i mars og april. Fra 1. til 15. mai 2020 var det faktisk en nedgang på 10 000 konsultasjoner i dette hovedkapitlet sammenlignet med første halvdel av mai 2019. Samlet for perioden var det en økning på 132 948 konsultasjoner (32 990 prosent) med diagnosen R27 Engstelig for sykdom i luftveier IKA og en økning på 120 694 konsultasjoner med hoved- eller bidiagnose R99 Luftveissykdom. Noen diagnoser knyttet til luftveier hadde også nedgang. Dette gjaldt for eksempel R97 Allergisk rhinitt som hadde nedgang på 45 prosent.

Det var betydelig nedgang i omfanget av konsultasjoner på grunn av sykdommer i muskler og skjelett (81 907 færre konsultasjoner fra 1. mars til 15. mai 2020 enn for tilsvarende periode i 2019). Nedgangen gjelder mange ulike plager/symptomer med symptomer og plager i skulder, korsrygg, hofter, kne samt for og tå. I tillegg var det tilsammen 10 196 færre konsultasjoner med diagnosene L87 Bursitt/tendinit/synovitt (betennelsestilstander) og L18 Utbredte muskelsmerter/fibromyalgi.

I volum var det også en betydelig nedgang i konsultasjoner med diagnoser knyttet til hjerte- og karsystemet. Fra 1. mars til 15. mai var det 47 022 færre konsultasjoner enn året før med hoved- eller bidiagnose knyttet til hjerte- og karsykdom. De største endringene var en nedgang på 20 113 konsultasjoner med hoved- eller bidiagnose K86 Hypertensjon ukomplisert (høyt blodtrykk), samt 10 075 færre konsultasjoner med diagnosen Atrieflimmer (K78).

Totalt for perioden 1. mars – 15. mai 2020 var det også 45 664 færre konsultasjoner med diagnoser for hudsykdom enn i tilsvarende periode for 2019. Dette inkluderer 9 599 færre konsultasjoner med diagnose S82 Pigmentnevus (føflekker) og 4 949 færre konsultasjoner med hoveddiagnose S03 Vorter. Det er også nedgang på 3 109 konsultasjoner med diagnosen S79 Godartet/uspesifisert svulst hud IKA.

Med unntak av endringene for sykdommer i luftveier, er de prosentmessig største endringene knyttet til en nedgang i konsultasjoner for sykdommer i øye og øre. For perioden samlet var det en nedgang på 30 prosent for sykdommer i øye og 29 prosent for øresykdommer. Nedgangen representerer 21-23 000 konsultasjoner i hvert av disse kapitlene. Med hensyn til øyesykdommer, så er det særlig redusert omfang (-15 435) av konsultasjoner med øyekatarr (allergisk og infeksjøs konjunktivitt). Andre diagnoser med betydelig omfang som også har falt er F05 – synsforstyrrelser IKA og F29 – Øye symptomer/plager IKA. For øresykdommer så er det særlig redusert volum (-5 520 konsultasjoner) av H71 Akutt mellomørebetennelse, og nesten 4 000 færre konsultasjoner for H81 – ørevoks. Det er også ca 1 500 færre konsultasjoner med hoveddiagnose H29 Øre symptomer/plager IKA.

Nedgangen på 31 458 konsultasjoner med diagnoser knyttet til fordøyelsessystemet bør også nevnes. Den diagnosen som har både størst omfang og størst nedgang i denne gruppen er D01 Abdominalsmerte/krampe generell (magesmerter). For perioden samlet var det en nedgang på 10 891

konsultasjoner med denne diagnosen sammenlignet med tilsvarende periode i fjor. Det var også en nedgang på 5 208 konsultasjoner med diagnosen D73 Gastroenteritt antatt infeksjøs. Nedgangen i april og mai var rundt 70 prosent.

Tabell 5.1 Pasientkontakter, konsultasjoner og sum refusjoner og egenandeler for fastleger i mars-mai 2020 relativt til mars.mai 2019. Prosent.

Uke:	Antall pasienter ¹⁾		Konsultasjoner totalt		e-konsultasjoner		Andel e – konsultasj.		Antall konsultasjoner per pasient	
	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020
10	623 588	659 982	307 768	308 115	6 702	15 977	2 %	5 %	0,49	0,47
11	621 460	818 537	309 148	334 737	6 575	57 152	2 %	17 %	0,50	0,41
12	626 169	718 778	307 997	294 556	6 624	168 728	2 %	57 %	0,49	0,41
13	631 610	616 823	311 588	273 282	7 336	155 073	2 %	57 %	0,49	0,44
14	631 006	609 274	312 121	283 571	7 258	138 270	2 %	49 %	0,49	0,47
15+16 (påske)	926 780	837 932	427 708	380 655	10 437	167 389	2 %	44 %	0,46	0,45
17	579 776	599 943	271 413	290 916	7 507	111 326	3 %	38 %	0,47	0,48
18	576 395	523 643	277 562	257 347	7 906	96 272	3 %	37 %	0,48	0,49
19	642 475	619 910	317 740	301 818	8 318	99 559	3 %	33 %	0,49	0,49
20	533 945	599 739	264 623	294 736	6 760	87 562	3 %	30 %	0,50	0,49
21	644 710	474 453	318 462	226 982	8 577	64 360	3 %	28 %	0,49	0,48
22	528 177	447 646	256 201	223 030	7 587	55 891	3 %	25 %	0,49	0,50
Mars	1 531 935	1 703 264	1 236 989	1 331 569	27 608	459 229	2 %	34 %	0,81	0,78
April	1 483 517	1 319 435	1 161 380	1 087 925	29 079	447 469	3 %	41 %	0,78	0,82
Mai	1 548 506	1 331 714	1 283 962	1 050 251	34 900	310 861	3 %	30 %	0,83	0,79

¹⁾ Antallet pasienter per uke er sum av pasienter per dag og hver pasient kan bli telt flere ganger dersom han/hun har flere kontakter samme uke. Antallet pasienter per mnd er unike pasienter, og hver pasient er telt kun en gang.

Tabell 5.2 Pasientkontakter, konsultasjoner og sum refusjoner og egenandeler i mars og april 2020 relativt til mars og april 2019. Prosent.

Uke	Fastleger			Legevakt			Legespesialister	
	Pasienter ¹⁾	Refusjoner + egenandeler	Konsultasjoner totalt	Pasienter ¹⁾	Refusjoner + egenandeler	Konsultasjoner totalt	Pasienter ¹⁾	Refusjoner + egenandeler
10	106 %	104 %	100 %	116 %	101 %	93 %	100 %	102 %
17	103 %	112 %	107 %	76 %	73 %	61 %	101 %	106 %
18	91 %	98 %	93 %	94 %	87 %	75 %	96 %	102 %
19	96 %	100 %	95 %	100 %	91 %	82 %	91 %	95 %
20	112 %	118 %	111 %	88 %	77 %	69 %	105 %	111 %
21	74 %	75 %	71 %	88 %	85 %	75 %	70 %	72 %
22	85 %	92 %	87 %	64 %	62 %	56 %	100 %	109 %
mars	111 %	105 %	108 %	127 %	95 %	80 %	84 %	79 %
april	89 %	96 %	94 %	87 %	87 %	75 %	77 %	76 %
mai	86 %	87 %	82 %	85 %	82 %	73 %	90 %	88 %
Uke:	Fritt behandlingsvalg		Private lab og røntgeninst.		Poliklinikker		Psykologer	
	Pasienter ¹⁾	Refusjoner + egenandeler	Pasienter ¹⁾	Refusjoner + egenandeler	Pasienter ¹⁾	Refusjoner + egenandeler	Pasienter ¹⁾	Refusjoner + egenandeler
10	103 %	122 %	99 %	103 %	100 %	100 %	99 %	102 %
17	102 %	116 %	95 %	112 %	100 %	98 %	121 %	115 %
18	104 %	120 %	79 %	90 %	87 %	88 %	117 %	112 %
19	106 %	111 %	84 %	97 %	91 %	88 %	103 %	101 %
20	97 %	108 %	106 %	117 %	108 %	103 %	122 %	119 %
21	99 %	105 %	69 %	76 %	75 %	73 %	80 %	76 %
22	92 %	80 %	81 %	87 %	83 %	82 %	108 %	105 %
mars	113 %	117 %	76 %	92 %	84 %	85 %	95 %	101 %
april	124 %	113 %	74 %	87 %	78 %	77 %	88 %	101 %
mai	85 %	101 %	81 %	85 %	87 %	79 %	92 %	91 %
Uke:	Fysioterapeuter		Kiropraktorer		Jordmor i helsestasjon		Tannleger	
	Pasienter ¹⁾	Refusjoner + egenandeler	Pasienter ¹⁾	Refusjoner + egenandeler	Pasienter ¹⁾	Refusjoner + egenandeler	Pasienter ¹⁾	Refusjoner + egenandeler
10	99 %	102 %	85 %	86 %	84 %	83 %	96 %	97 %
17	54 %	69 %	78 %	80 %	89 %	90 %	59 %	60 %
18	60 %	77 %	74 %	74 %	95 %	92 %	72 %	67 %
19	64 %	83 %	70 %	69 %	62 %	63 %	72 %	70 %
20	80 %	101 %	80 %	78 %	73 %	72 %	86 %	87 %
21	57 %	69 %	57 %	55 %	51 %	50 %	60 %	57 %
22	75 %	90 %	65 %	63 %	61 %	61 %	78 %	78 %
mars	83 %	50 %	59 %	42 %	89 %	85 %	54 %	54 %
april	48 %	39 %	45 %	38 %	87 %	89 %	38 %	37 %
mai	70 %	76 %	63 %	59 %	62 %	56 %	74 %	66 %

¹⁾ Antallet pasienter per uke er sum av pasienter per dag og hver pasient kan bli telt flere ganger dersom han/hun har flere kontakter samme uke. Antallet pasienter per mnd er unike pasienter, og hver pasient er telt kun en gang.

Tabell 5.3 Oppsummering av diagnoser gitt i konsultasjoner etter hovedkapittel IC-PC2. Tallene kan inkludere flere diagnoser per konsultasjon når dette er oppgitt.

	2019				2020				Prosent endring				Endring (N=)			
	mars	april	1-15 mai	Totalt	mars	april	1-15 mai	Totalt	mars	april	1-15 mai	Totalt	mars	april	1-15 mai	Totalt
- Prosesskoder	1 861	1 720	990	4 571	306	192	105	603	16 %	11 %	11 %	13 %	-1 555	-1 528	-885	-3 968
A Allment og uspesifisert	165 809	152 356	87 898	406 063	219 860	147 001	78 089	444 950	133 %	96 %	89 %	110 %	54 051	-5 355	-9 809	38 887
B Blod, bloddannende organer og immun- systemet	13 813	12 636	7 160	33 609	13 273	12 414	6 692	32 379	96 %	98 %	93 %	96 %	-540	-222	-468	-1 230
D Fordøyelsessystemet	99 268	83 834	46 419	229 521	83 793	73 293	40 977	198 063	84 %	87 %	88 %	86 %	-15 475	-10 541	-5 442	-31 458
F Øye	28 628	32 106	17 961	78 695	22 613	20 988	11 873	55 474	79 %	65 %	66 %	70 %	-6 015	-11 118	-6 088	-23 221
H Øre	31 457	26 493	14 562	72 512	23 882	17 469	9 917	51 268	76 %	66 %	68 %	71 %	-7 575	-9 024	-4 645	-21 244
K Hjerte- og karsystemet	150 241	138 665	77 188	366 094	126 546	122 644	69 882	319 072	84 %	88 %	91 %	87 %	-23 695	-16 021	-7 306	-47 022
L Muskel- og skjelett	266 483	242 735	134 576	643 794	234 641	210 557	116 689	561 887	88 %	87 %	87 %	87 %	-31 842	-32 178	-17 887	-81 907
N Nervesystemet	61 423	52 655	29 534	143 612	54 364	47 779	26 730	128 873	89 %	91 %	91 %	90 %	-7 059	-4 876	-2 804	-14 739
P Psykisk	176 328	157 514	84 613	418 455	171 672	159 129	83 292	414 093	97 %	101 %	98 %	99 %	-4 656	1 615	-1 321	-4 362
R Luftveier	180 796	157 345	90 814	428 955	356 584	203 369	80 507	640 460	197 %	129 %	89 %	149 %	175 788	46 024	-10 307	211 505
S Hud	117 253	109 484	61 868	288 605	96 317	92 793	53 831	242 941	82 %	85 %	87 %	84 %	-20 936	-16 691	-8 037	-45 664
T Endokrine, metabolske og ernæringsmessige problemer	98 922	86 121	49 767	234 810	86 273	78 614	46 988	211 875	87 %	91 %	94 %	90 %	-12 649	-7 507	-2 779	-22 935
U Urinveier	38 890	36 255	19 708	94 853	36 809	34 632	18 312	89 753	95 %	96 %	93 %	95 %	-2 081	-1 623	-1 396	-5 100
W Svangerskap, fødsel og familieplanlegging	51 747	47 747	25 824	125 318	51 461	48 682	24 382	124 525	99 %	102 %	94 %	99 %	-286	935	-1 442	-793
X Kvinnelige kjønns- organer (inklusive bryster)	28 428	25 061	14 204	67 693	24 780	23 515	13 497	61 792	87 %	94 %	95 %	91 %	-3 648	-1 546	-707	-5 901
Y Mannlige kjønns- organer	18 852	16 320	9 646	44 818	16 662	15 407	9 010	41 079	88 %	94 %	93 %	92 %	-2 190	-913	-636	-3 739
Z Sosiale problemer	4 111	3 631	2 060	9 802	3 640	3 069	1 680	8 389	89 %	85 %	82 %	86 %	-471	-562	-380	-1 413

Aktivitetsutviklingen i mai 2020

Utgitt

Juni 2020

Bestillingsnummer

PUBLIKASJONSNUMMER:

Forfatter:

Beate M. Huseby
fagdirektør

Utgitt av

Helsedirektoratet
Telefon: 47 47 20 20
(fra utlandet: +47 477 06 366)

Oslo

Helsedirektoratet

Postadresse

Pb. 220 Skøyen, 0213 Oslo

Besøksadresse

Vitaminveien 4, 0483 Oslo

Trondheim

Helsedirektoratet

avd. Helseregistre
avd. Komparativ statistikk og
styringsinformasjon
Postboks 6173, Torgarden
7435 Trondheim
Besøksadresse

Forsidefoto

MostPhotos

Design

Itera as

www.helsedirektoratet.no