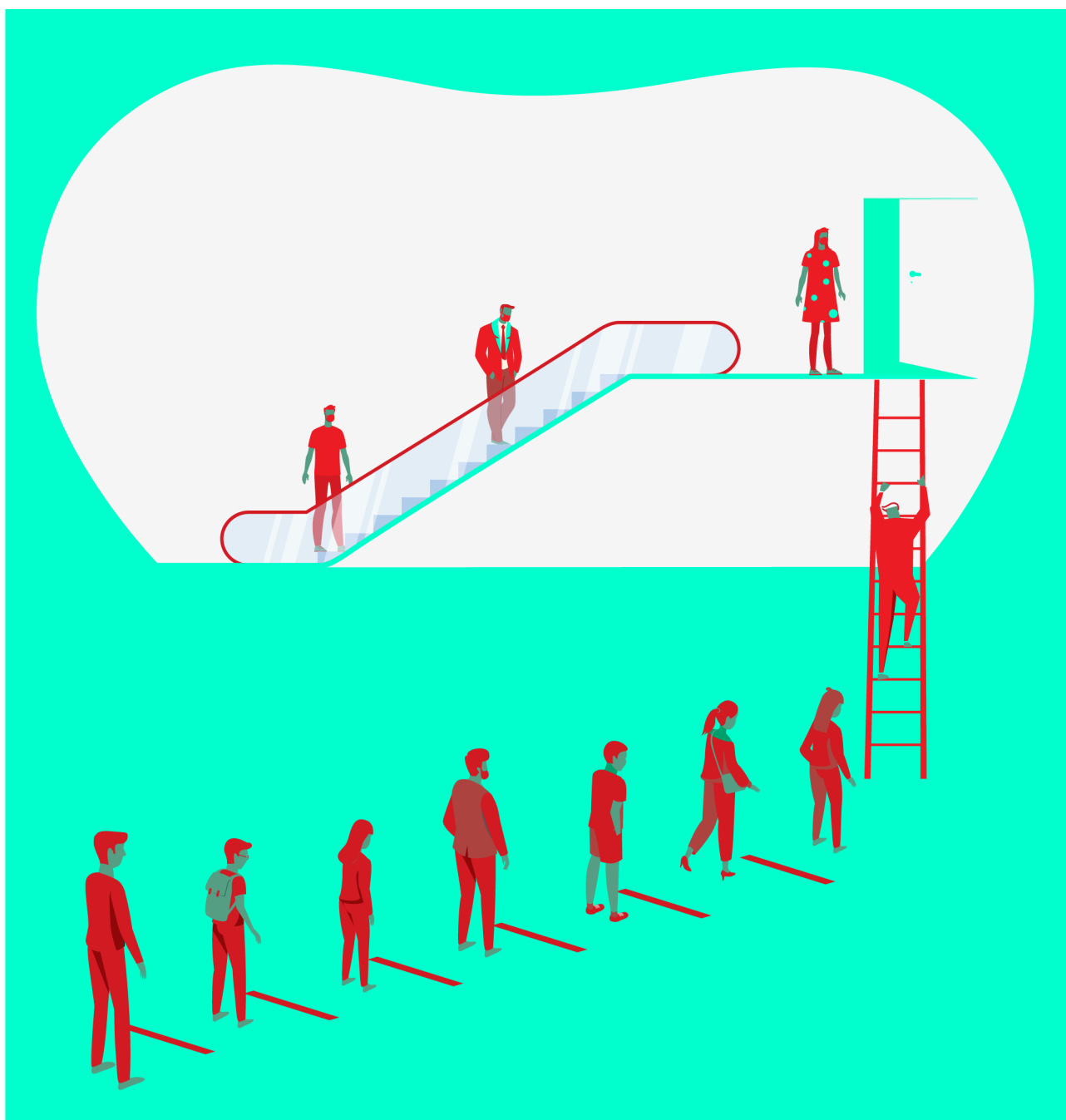


Følge med og følge opp pandemien – informasjons- og kunnskapskilder. Rapport nr. 2



Helsetilsynet

TILSYN MED BARNEVERN,
SOSIAL- OG HELSETJENESTENE

RAPPORT 5/2020 • OKTOBER 2020

Innhold

1	Sammendrag	8
1.1	Sentrale funn og vurderinger	8
1.1.1	Primærhelsetjenesten	8
1.1.2	Somatiske spesialisthelsetjenester	9
1.1.3	Psykisk helsevern og rusbehandling	10
1.1.4	E-konsultasjoner	10
2	Innledning	12
2.1	Bakgrunn	12
2.2	Formål	12
2.3	Innhold	13
2.4	Arbeidsgruppen	13
2.5	Litteratursøk	13
2.6	Datakilder og metode	14
3	Resultater	16
3.1	Varselordningen for alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten	16
3.2	Kommunale helse- og omsorgstjenester	18
3.2.1	Smitte- og sykdomsutvikling	18
3.2.2	Aktivitetsdata i primærhelsetjenesten	19
3.2.3	Tjenestetilbud til utsatte barn og unge	21
3.2.4	Barnevaksinasjonsprogrammet	23
3.2.5	Tjenester til personer med funksjonsnedsettelse	24
3.2.6	Smittevern i hjemmetjenestene og på sykehjem	25
3.2.7	Varsler kommunale helse- og omsorgstjenester	26
3.2.8	Kommunale helse- og omsorgstjenester	27
3.3	Somatiske spesialisthelsetjenester	29
3.3.1	Midlertidig forskrift til pasient- og brukerrettighetsloven	30
3.3.2	Aktivitetstall	30

>

3.3.3	Henvisninger	31
3.3.4	Vurderingstid	33
3.3.5	Brudd på vurderingsgaranti	33
3.3.6	Ventetid	34
3.3.7	Fristbrudd dersom loven var gjeldende	35
3.3.8	Pakkeforløp for kreft	41
3.3.9	Tid til tjenestestart	41
3.3.10	Passert planlagt tid	42
3.3.11	Tilbudet til barn med behov for habiliteringstjenester	42
3.3.12	Varsler fra somatisk spesialisthelsetjeneste	43
3.4	Psykisk helsevern og rusbehandling	43
3.4.1	Psykisk helsevern barn og unge	43
3.4.2	Psykisk helsevern voksne	49
3.4.3	Rusbehandling	57
3.5	E-konsultasjoner	60
4	Vurderinger og konklusjoner	62
4.1	Primærhelsetjenesten	62
4.1.1	Tjenester til barn og unge	62
4.1.2	Tjenester til personer med funksjonsnedsettelse	63
4.1.3	Kommunale omsorgstjenester	63
4.2	Somatiske spesialisthelsetjenester	64
4.2.1	Betydelig etterslep av ventende stiller krav til sykehusenes prioritering av pasienter	64
4.2.2	«Passert planlagt tid» og «tid til tjenestestart» økte noe i 1. tertial 2020	65
4.2.3	Det er forskjeller mellom regionene i ventetider og fristbrudd	66
4.2.4	Antall fristbrudd varierer mellom de ulike fagområdene	66
4.2.5	Variasjoner i pakkeforløp for kreft	66
4.2.6	Ikke grunn til bekymring for vurderingstid under pandemien	67



4.2.7	Prehospitale tjenester	67
4.3	Psykisk helsevern og rusbehandling (TSB)	67
4.3.1	Oppsummering og vurdering	67
4.3.2	Helsetilsynets vurderinger og forventninger	69
4.4	Tilgjengelige data som kan si noe om konsekvenser av pandemien	70
4.5	E-konsultasjoner	71
4.5.1	Økende bruk av e-konsultasjoner – en nødvendig og ønsket utvikling	71
4.5.2	Risikoområder ved bruke av e-konsultasjoner	72
4.5.3	Positive aspekter knyttet til e-konsultasjoner	73
4.5.4	Helsevirksomhetenes ansvar	74
5	Referanser	75
6	Vedlegg	78
6.1	Vedlegg 1: Beskrivelse av litteratursøk	78
6.2	Vedlegg 2: Ventetid for ventende, gjennomsnittlig antall dager per HF innen psykisk helsevern voksne.	79
	Sammendrag	80
	Samisk	81
	Engelsk	82
	Norsk	84

•

Tabell- og figurregister

Tabellregister

Tabell 1	Tjenesteområde involvert i de mottatte varslene	17
Tabell 2	Antall pasienter hos fastlege, alle diagnoser	22
Tabell 3	Antall pasienter hos fastlege, P-diagnoser	22
Tabell 4	Gjennomsnittlig vurderingstid (antall virkedager) per måned per RHF innen PHBU	45
Tabell 5	Gjennomsnittlig ventetid for ventende innen PHBU (antall virkedager) per måned per RHF, HF og nasjonalt	46
Tabell 6	Antall avviste henvisninger per måned innen PHV per HF i Helse Midt-Norge RHF og ved Diakonhjemmet sykehus HF	50
Tabell 7	Gjennomsnittlig vurderingstid (antall virkedager) per måned og RHF innen PHV	50
Tabell 8	Antall brudd vurderingsgarantien innen PHV	51
Tabell 9	Ventetid for ventende, gjennomsnittlig antall dager nasjonalt og per helseforetak for helseforetak som gjennomgående hadde en ventetid over landsgjennomsnittet	52

Figurregister

Figur 1:	Prosentvis endring i antall pasienter og konsultasjoner samt sum refusjoner og egenandeler for fastleger per uke i mars-juli 2020 relatert til samme datoer i mars-juli 2019	20
Figur 2:	Prosentvis endring av antall pasienter og konsultasjoner samt sum refusjoner og egenandeler for legevaktene per uke i mars-mai 2020 relatert til samme datoer i mars-mai 2019	20
Figur 3:	Andel e-konsultasjoner hos fastlege og legevakt uke 10-32 2020	21
Figur 4:	Antall vaksinasjoner med andre dose HPV-vaksine registrert i 7. klassetrinn i 2020 sammenlignet med fjoråret	23

>

Figur 5:	Antall vaksinasjoner med MMR-vaksine registrert ved 15 måneders alder i 2020 sammenlignet med samme tidspunkt for årene 2017-2019	24
Figur 6:	Antall ventende, avviklede og nyhenviste i somatisk spesialisthelsetjeneste i mars-august i 2019 og 2020 på Norge totalt	31
Figur 7:	Antall nyhenviste i somatisk spesialisthelsetjeneste per måned per RHF og nasjonalt	32
Figur 8:	Gjennomsnittlig ventetid ventende i somatisk spesialisthelsetjeneste per måned per RHF og nasjonalt	35
Figur 9:	Antall fristbrudd på landsbasis for ventende og avviklede i månedene mars-juli i 2019 og 2020.	36
Figur 10:	Antall fristbrudd for avviklede per RHF og Norge	37
Figur 11:	Andel fristbrudd for avviklede per RHF og Norge	38
Figur 12:	Antall fristbrudd for ventende per RHF og Norge	39
Figur 13:	Andel fristbrudd for ventende per RHF og Norge	39
Figur 14:	Antall fristbrudd for ventende per 1. august 2020, sortert etter antall fristbrudd per fagområde (7)	40
Figur 15:	Andel pasienter behandlet innen standard forløpstid for kreft per måned per RHF og totalt	41
Figur 16:	Antall nyhenviste innen PHBU per måned per RHF og totalt	44
Figur 17:	Henvisninger innen PHBU per måned i Helse Midt-Norge RHF - avviste henvisninger og henvisninger der pasienten ble vurdert å ha rett til helsehjelp	44
Figur 18:	Gjennomsnittlig ventetid for ventende per måned og HF innen PHBU	46
Figur 19:	Antall fristbrudd ventende per måned per RHF innen PHBU	48
Figur 20:	Andel fristbrudd ventende per måned, RHF og nasjonalt innen PHBU	48
Figur 21:	Antall nyhenviste per måned per RHF innen PHV	49
Figur 22:	Gjennomsnittlig ventetid for ventende per måned per RHF og Norge innen PHV	51

>

Figur 23:	Antall fristbrudd for ventende per måned per RHF og Norge innen PHV	53
Figur 24:	Andel fristbrudd ventende per måned per RHF og Norge innen PHV	53
Figur 25:	Antall tvangsinnleggelser per tertial per RHF og Norge	54
Figur 26:	Andel tvangsinnleggelser per tertial per RHF og Norge	54
Figur 27:	Antall pasienter i døgntilrettelagt behandling med minst ett tvangsmiddelvedtak i måleperioden, per 1. tertial per RHF og Norge	55
Figur 28:	Andel pasienter i døgntilrettelagt behandling med minst ett tvangsmiddelvedtak i måleperioden, per 1. tertial per RHF og Norge	55
Figur 29:	Antall nyhenviste innen TSB per måned per RHF og totalt i Norge	57

•

Sammendrag

Koronapandemien har gitt konsekvenser for brukerne av helse- og omsorgstjenestene og barnevern og sosialtjenestene. Dette gjelder både de som har blitt rammet av Covid-19 og de som har opplevd konsekvenser fordi tjenestetilbudet deres ble endret som følge av pandemien.

Som et ledd i Helsetilsynets oppfølging av koronapandemien ble det våren 2020 etablert en arbeidsgruppe som ble gitt i oppdrag å utarbeide en oversikt over kunnskapskilder og systematisert informasjon om håndtering av koronapandemien samt konsekvensene av tiltak. Arbeidsgruppen var en del av Helsetilsynets arbeid med å følge med og følge opp konsekvenser av koronapandemien. Arbeidsgruppens rapport ble utgitt i juni 2020 (Internserien 4/2020). Ved utgivelse ble det vedtatt at en ny og oppdatert rapport skulle foreligge høsten 2020. En bredt sammensatt arbeidsgruppe i Helsetilsynet og med deltaker fra fylkesmannen har utarbeidet rapport nr. 2.

Rapporten beskriver kilder med resultater og vurderinger på følgende områder: varselordningen for alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten, kommunale helse- og omsorgstjenester, somatiske spesialisthelsetjenester og psykisk helsevern (barn og unge, voksne) samt rusbehandling i spesialisthelsetjenesten. I tillegg beskrives en egen del om e-konsultasjoner.

1.1 Sentrale funn og vurderinger

1.1.1 Primærhelsetjenesten

- For helsestasjonene og skolehelsetjenesten er det fremdeles noe redusert tilgjengelighet sammenlignet med en normalsituasjon, selv om færre ansatte i tjenesten er omdisponerte til andre oppgaver. Dette gir grunn til bekymring for sårbare barn og ungdom, og vi forventer at kommunenes beredskapsplaner ved eventuelle lokale smitteutbrudd skjermer disse tjenestene i størst mulig grad.
- Vi ser et etterslep og forsinket vaksinasjon for enkelte vaksiner. Etterslep i vaksinasjon vurderer vi som bekymringsfullt, og vi forventer at etterslepet blir fulgt opp nøye av tjenestene og at det blir sett i verk tiltak for å korrigere dette.
- Tall fra fastlegetjenesten viser at flere barn og unge får p-diagnoser etter konsultasjon hos fastlegen, samtidig som færre totalt sett går til fastlegen. Dette gir grunn til bekymring for pandemiens påvirkning på barn og unges psykiske helse.
- Personer med funksjonshemming rapporterer om redusert tilgang til eller totalt bortfall av tjenester som de er avhengige av. Vi vurderer at dette gir grunn til bekymring fordi redusert tilgang til tjenester kan påvirke fysisk og psykisk helse. Vi forventer at kommunene >

har en overordnet oversikt over tjenestebehovet til personer med funksjonsnedsettelse, og at de gjør risikovurderinger og har beredskapsplaner for hvordan situasjonen skal håndteres ved smitteutbrudd og eventuell mangel på personell. Dersom det blir behov for å gjøre endringer i tjenestetilbudet, må kommunen gjøre individuelle vurderinger av hvilke konsekvenser det får for brukerne og iverksette kompenserende tiltak når det er nødvendig. Når det må gjøres endringer i tjenestetilbudet må brukerne få nødvendig informasjon og mulighet til å medvirke.

- Både i hjemmetjenesten og på sykehjem har det vært utfordringer knyttet til opplæring i smittevern, bruk av smittevernutstyr og tilgang til smittevernutstyr. Det er bekymringsfullt at mange kommuner har mangelfulle planer for å sikre rask tilgang på kvalifisert personell dersom en smittesituasjon oppstår.
- Nasjonale kvalitetsindikatorer viser stor variasjon i tilgang på faglært arbeidskraft i kommunene og legeressurser på sykehjem. Det er stor variasjon mellom kommuner når det gjelder gjennomføring av grunnleggende tjenester til beboere på sykehjem som regelmessige legeundersøkelser og legemiddelgjennomganger. Kommuner som kommer dårlig ut på slike kvalitetsindikatorer kan være ekstra sårbare i en pandemisituasjon. Helsetilsynet forventer at kommunene bruker tilgjengelige styringsdata til å vurdere sin egen virksomhet og at det blir satt i verk forbedring når det er nødvendig.

1.1.2 Somatiske spesialisthelsetjenester

- I tiden etter mars 2020 har det vært en økning i ventetid og tallet på fristbrudd i deler av tjenestene. Tallene sier ikke noe om hvor lenge pasienter med fristbrudd venter utover sin frist eller om de faktisk får forsvarlig behandling. Dette gjelder uavhengig av pandemien, men under pandemien har pasientene fra 27. mars til 1. oktober ikke fått tilbud om helsehjelp gjennom HELFO ved fristbrudd. Pasienter kan derfor ha ventet etter fristbruddet uten å få tilbud om helsehjelp. Det vil kunne være pasienter med alvorlig sykdom blant disse, som får forsinket diagnose og behandling. Det forteller tilgjengelig statistikk ikke noe om.
- Det er noen forskjeller mellom regionene og innad i regionene når det gjelder ventetider og fristbrudd. Det er lengst ventetid og størst andel fristbrudd for ventende i Helse Nord. I en situasjon med kapasitetsutfordringer må virksomhetene ha god oversikt over hvem som venter, hvor lenge de har ventet og mulige konsekvenser av å utsette utredning og behandling. Helsetilsynet forventer at virksomhetene har nødvendige systemer som gjør dem i stand til å følge med på og følge opp dette, slik at pasientene får forsvarlig behandling. >



«Virksomhetene må derfor ha god oversikt over hvem som venter, hvor lenge de har ventet og mulige konsekvenser av å utsette utredning og behandling.»

- Andelen som får gjennomført pakkeforløp for kreft innenfor standard forløpstid har vært bedre enn måltallet på sytti prosent for alle regioner for første gang siden oppstart med pakkeforløp. Den har holdt seg slik i alle regioner til og med juli. Nedgangen i antall nye pasienter i pakkeforløpene i starten av perioden kan være en forklaring på bedringen i andelen som gjennomfører innenfor standard forløpstid, og kan bety at det ligger en forsinkelse i diagnostikken som kan vise seg som en økning av antallet inn i forløpene når aktivitetsnivået i tjenesten normaliseres. Det er viktig at tjenestene selv følger med på utviklingen og setter i verk tiltak om det blir nødvendig.

1.1.3 Psykisk helsevern og rusbehandling

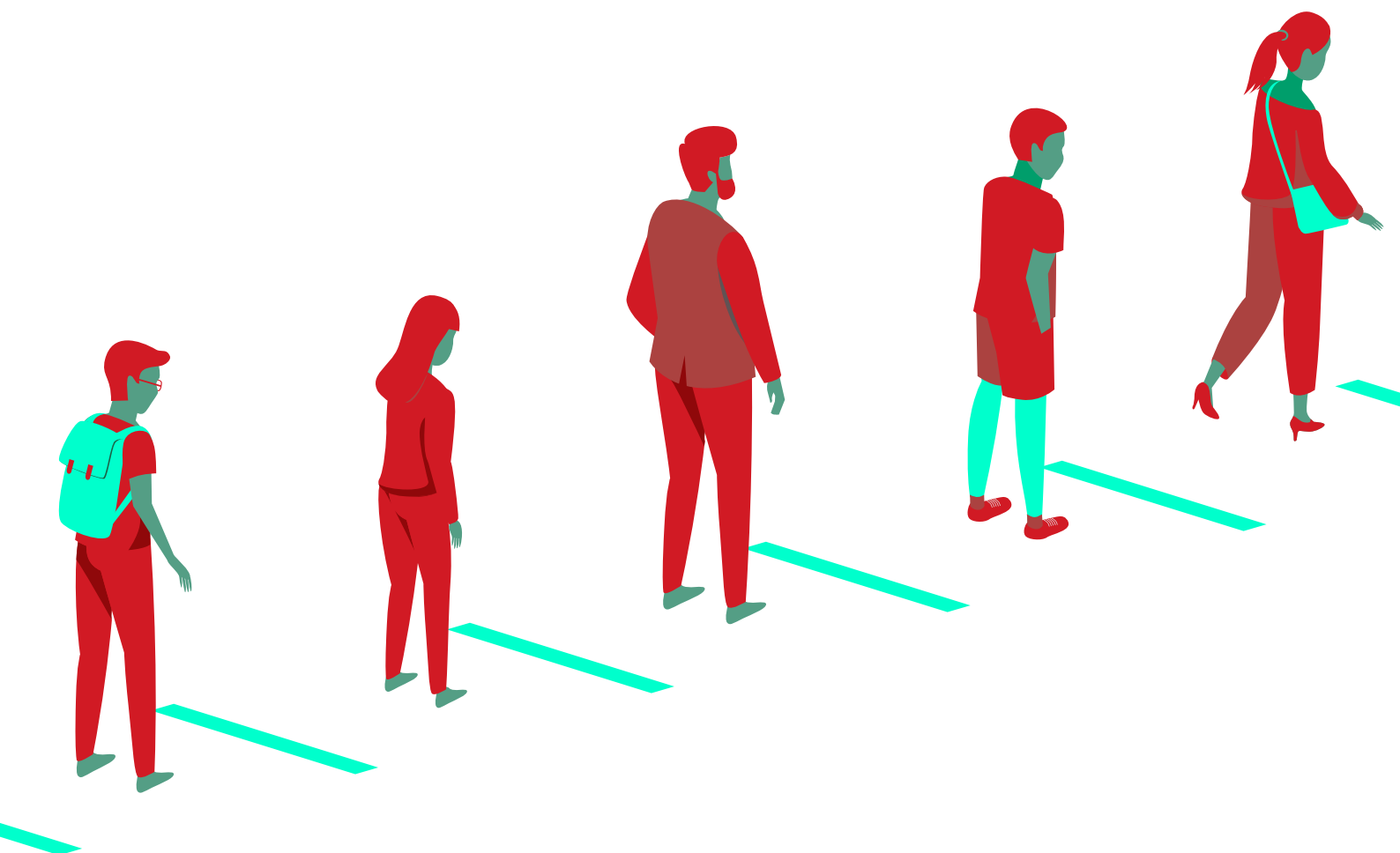
- Under koronapandemien er det flere pasienter som har opplevd forlenget ventetid og fristbrudd i deler av tjenesten. Forlenget ventetid og økt antall fristbrudd for dem som fortsatt venter på oppstart av behandling, representerer et viktig risikoområde. Dataene sier ikke noe om mulige konsekvenser av øket ventetid og fristbrudd for den enkelte pasient, og dataene sier heller ikke noe om hvor lenge hver enkelt pasient har ventet etter fristbrudd. Forlenget ventetid før behandling starter kan påvirke prognosen til pasienter og kan indikere kapasitetsproblemer i tjenestene.
- I en situasjon med kapasitetsutfordringer er virksomhetenes evne til å identifisere og prioritere de pasienter som har størst behov for og nytte av behandling avgjørende for forsvarligheten. Virksomhetene må derfor ha god oversikt over hvem som venter, hvor lenge de har ventet og mulige konsekvenser av å utsette utredning og behandling. Helsetilsynet forventer at virksomhetene har nødvendige systemer som gjør dem i stand til å følge med på og følge opp dette, slik at pasientene får forsvarlig behandling.
- Vurderingstid ser ikke ut til å ha vært påvirket i denne perioden.
- Avviste henvisninger er kun registrert i Helse Midt-Norge RHF, uten at vi kjenner grunnlaget for en ev. ulik praksis i registreringer av dette. Dette kan være et risikoområde dersom pasienter som avvises for behandling ikke ivaretas på annen måte.

1.1.4 E-konsultasjoner

- Det var en betydelig økning i bruk av e-konsultasjoner både i spesialist- og primærhelsetjenesten i starten av pandemien, men omfanget er deretter gradvis redusert. Økningen har vært nødvendig og ønskelig, men en så rask økning kan påvirke pasientsikkerheten. >

1 Sammendrag

- Varsler til Helsetilsynet indikerer at konsultasjoner uten fysisk møte ser ut til å ha hatt negativ effekt for noen pasienter innen psykisk helsevern for voksne og rusbehandling.
- Helsetilsynet forventer at virksomhetene gjør risikovurderinger og etablerer faglig fundert praksis for når e-konsultasjoner er egnet. Det er avgjørende at involvert personell får tilstrekkelig opplæring slik at de kan gjennomføre e-konsultasjoner på en forsvarlig måte. Videre forventer vi at virksomhetene følger med på bruken av e-konsultasjoner og mulige konsekvenser for pasientene gjennom sin ordinære virksomhetsstyring, slik at de sikrer at praksis blir implementert og om nødvendig revidert. •



2

Innledning

2.1 Bakgrunn

Som et ledd i Helsetilsynets oppfølging av koronapandemien ble det våren 2020 etablert en arbeidsgruppe som fikk i oppdrag å utarbeide en oversikt over kunnskapskilder og informasjon om håndtering av koronapandemien. Formålet var å se på mulige konsekvenser av koronapandemien for brukere og pasienter av sosiale tjenester, barnevern, helse- og omsorgstjenesten og folkehelsearbeid på alle nivåer. Det var et ønske om at det skulle foreligge et best mulig kunnskapsgrunnlag for prioriteringer av oppfølgingsaktiviteter hos Helsetilsynet og fylkesmannen samt situasjonstilpasset tilsyn.

Arbeidsgruppen utarbeidet rapporten «Følge med og følge opp pandemien – informasjons- og kunnskapskilder» (Internserien 4/2020) som ble godkjent i Helsetilsynets ledermøte 10. juni 2020. I ledermøtet ble det besluttet at det var ønskelig med en ny og oppdatert rapport, og at denne kunne foreligge tidlig høsten 2020.



«Formålet med en ny rapport er å framskaffe oppdatert kunnskap som kan bidra til å identifisere viktige risikoområder for fylkesmannen og Helsetilsynet (...)»

2.2 Formål

Formålet med en ny rapport er å framskaffe oppdatert kunnskap som kan bidra til å identifisere viktige risikoområder for fylkesmannen og Helsetilsynet ved planlegging og utvikling av tilsynsaktiviteter i 2021. Om alvorlighetsgraden ved funn skulle tilsi det, kan det medføre igangsettelse av aktiviteter allerede i 2020. Arbeidet gir også anledning til å videreutvikle vårt arbeid med å bruke eksterne datakilder som en del av grunnlaget for prioriteringer av tilsynsaktiviteter.

I denne rapporten gjør vi en vurdering av de identifiserte data i egenskap av å være tilsynsmyndighet. Data som vi bruker i denne rapporten sier i all hovedsak noe om tjenestene fra et overordnet perspektiv. Slike data gir alene ikke et tilstrekkelig og detaljert nok grunnlag til å kunne gjøre en konkret lovlighetskontroll av tjenestene som blir levert av de enkelte virksomheter. Data gir likevel et grunnlag for å identifisere forhold som kan utfordre kvalitet og sikkerhet i tjenestene på en slik måte at det potensielt kan være i strid med krav og forventninger i lovgivningen.

Informasjon om slike forhold er det viktig at tjenestene bruker når de, som en del av sin ordinære styring, følger med på hvordan pandemien og håndteringen av den kan påvirke det helhetlige tjenestetilbudet. Med utgangspunkt i krav i lovgivningen formidler vi som tilsynsmyndighet overordnede forventninger til hvordan tjenestene skal forholde seg til de risikoområder og kvalitetsutfordringer som vi identifiserer. Det er avgjørende at tjenestene selv setter i verk tiltak for rette eksisterende feil og forebyggende tiltak for å hindre fremtidige feil når det er nødvendig. >

2.3 Innhold

Denne rapporten er en tematisk forlengelse av første rapport, men det er noen endringer:

- Vi har anvendt færre informasjonskilder. De kildene vi har valgt, er basert på følgende prosesser:
 - Biblioteket har kontinuerlig fulgt med på aktuelle kilder ved daglige litteratursøk (se kapittel 2.5 og vedlegg 1).
 - Vi har inkludert kilder som mest konkret og spesifikt sier noe om pandemiens konsekvenser mot tjenestene.
- Aktivitetstall fra psykisk helsevern for barn og unge er inkludert. Aktivitetstall fram til juni 2020 for dette området er publisert her: «Tilsyn med tjenester til sårbare barn og unge – gjennomgang av spesialisthelsetjenestens behandlingsskapasitet innen barne- og ungdomspsykiatri» (1).
- Barnevern- og sosialtjenester er ikke omtalt.
- Tilsynssaker og rettighetsklager er ikke inkludert. Alle disse sakene er vurdert, men vi anså at sakene ikke ga oss merverdi ut over de kildene vi allerede hadde.

Rapporten omhandler primært mulige konsekvenser av koronapandemien på tjenestetilbudet innen helse- og omsorgstjenesten, men vi omtaler også generelle endringer og potensielle utfordringer i tjenestene.

Etter at vi har presentert funn innen de ulike temaene, oppsummerer vi og beskriver våre forventninger til tjenestene innen de ulike tjenesteområdene.

2.4 Arbeidsgruppen

Arbeidsgruppen har også denne gangen bestått av deltakere fra ulike avdelinger i Helsetilsynet. I tillegg har gruppen vært utvidet med en deltaker fra fylkesmannen. Deltakerne i arbeidsgruppen har vært Einar Hovlid (avdeling 5, leder), Karianne Flaatten (FM Vestland), Majken Thorsager (avdeling 2), Eli Saastad (avdeling 4), Hans-Petter Næss (avdeling 3), Lisbeth Homlong (avdeling 2), Ewa Ness (avdeling 4) og Pål Molin (avdeling 2).

2.5 Litteratursøk

Proessen med litteratursøk er beskrevet i vedlegg 1. Her er et utdrag av disse prosessene: >

Biblioteket har regelmessig gjennomført søk i følgende kilder:

- Retriever Monitor
- NORART (norske tidsskriftartikler)
- Idunn
- ORIA
- Ovid Medline® and Epub Ahead of Print
- Feedly

Søkeordene har vært covid-19, korona, corona, koronavirus, koronavirus og koronakrisen i ulike kombinasjoner og ulike datointervall. Datagruppen har mottatt ukentlige oversikter over resultatene fra litteratursøkene.

2.6 Datakilder og metode

Helsedirektoratets registre er en sentral primærkilde i denne rapporten. I tillegg har vi inkludert rapporter og oversikter som presenterer egne data (blant annet Folkehelseinstituttet) og rapporter som henviser til data fra andre (for eksempel rapportene fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet). Disse kildene er presentert under sine respektive områder.

Vi har også anvendt informasjon fra varselordningen i Helsetilsynet ved at vi har oppsummert koronarelaterte varsler mottatt aktuell periode. Innholdet i varslene er presentert under sine respektive tjenesteområder.

Aktivitetstallene fra Helsedirektoratet er hentet fra:

- Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) (IPLOS inngår her fra og med 2018) (2). Her presenteres tallene per måned og nasjonalt, fylkesvis og på kommunenivå. Fra KPR har vi anvendt informasjon om:
 - Fastlegetjenesten (3) (blant annet e-konsultasjoner, fastlegestatistikk, legemiddelgjennomgang)
 - Sykefravær
- Norsk Pasientregister (NPR): Her finner vi månedsvis inndelt statistikk fra spesialisthelsetjenesten med informasjon om ventetider, frister og henvisninger. Vi har primært brukt statistikk fra Ventetider og pasientrettigheter, per måned (4).
- Nasjonale kvalitetsindikatorer (5): Tall er presentert i tidsserier fra 1. tertial 2011 til og med 1. tertial 2020. >



«Vi har fulgt utviklingen siden starten av pandemien i Norge og har sammenliknet tallene for hver måned med tallene i foregående måneder og med tilsvarende måned året før. »

Der det er aktuelt, har vi skrevet inn definisjoner på de ulike kategoriene. Definisjonene er skrevet i kursiv og er hentet fra dokumentasjon på aktuelle nettsted.

Data er hentet fra registrene i perioden 18. september–19. oktober 2020. I NPRs statistikk er datakilden anonymisert for å unngå at enkeltpersoner kan gjenkjennes. Dette gjøres ved at antall under ti ikke vises i tabellene, og cellene blir stående tomme. Det er ikke mulig å skille mellom hvorvidt tomme celler betyr null eller færre enn 10.

Siden tallene omfatter måneder som nylig er rapportert inn til NPR, er tallene fra siste måned ennå ikke kvalitetssikret fra deres side. Vi må ta høyde for at det kan komme korrigeringer.

Vi har fulgt utviklingen siden starten av pandemien i Norge og har sammenliknet tallene for hver måned med tallene i foregående måneder og med tilsvarende måned året før. For data om ventetider og pasientrettigheter har vi valgt å se på perioden januar 2019–august 2020 (av layoutmessige hensyn inkluderer tabellene data kun fra juni 2019). Når vi beskriver endringer, er dette en antydning av variasjoner og tendenser; det er ikke basert på analyser av statistisk signifikans. ●

3

Resultater

Resultatdelen er delt opp i følgende deler:

- Oversikt over varsler mottatt i varselordningen for alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten i koronaperioden
- Kommunale helse- og omsorgstjenester
- Somatiske spesialisthelsetjenester
- Psykisk helsevern (barn og unge, voksne) og rusbehandling i spesialisthelsetjenesten
- E-konsultasjoner: presenteres samlet fordi temaet omfatter alle tjenesteområder

I del 4 beskriver vi vurderinger gjort på de samme områdene.

3.1 Varselordningen for alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten

Innhold: I tidsrommet 26. februar¹ –31. august 2020 har Statens helsetilsyn mottatt 534 varsler om svært alvorlig skade eller dødsfall fra helse- og omsorgsvirksomheter og fra pasienter, brukere og pårørende. Innholdet i varslene blir kontinuerlig vurdert og klassifisert for å kartlegge hvorvidt og ev. på hvilken måte pandemien har påvirket tjenesteytelsen og/eller pasienter/brukere og pårørende.

Relevans: Mottatte varsler kan ikke si noe om forekomst av ulike hendelsestyper eller uønskede situasjoner i tjenestene, men varslene kan gi indikasjoner på risikoområder på individnivå.

Funn: I 77 varsler (14 prosent) var korona/covid nevnt i hendelsesbeskrivelsen. I tabell 1 er involverte tjenesteområder beskrevet. ➤

¹ Dato for første koronatilfelle registrert i Norge (6)



«Som tabell 1 viser, kom de fleste varslene fra psykisk helsevern og rusbehandling; totalt 53 varsler.»

Tabell 1 Tjenesteområde involvert i de mottatte varslene

Tjenesteområde	Antall
Psykisk helsevern voksne	35
- Kommunal helsetjeneste	4
- Spesialisthelsetjenesten	31
Rusbehandling	14
- Kommunal helsetjeneste	1
- Spesialisthelsetjenesten	13
Psykisk helsevern barn og ungdom	4
AMK/legevakt/prehospitale tjenester	8
Somatisk spesialisthelsetjeneste	6
Sykehjem	3
Kommunal omsorgsbolig	3
Kommunale hjembaserte tjenester	2
Fastlege	2
Totalt	77

Som tabell 1 viser, kom de fleste varslene fra psykisk helsevern og rusbehandling; totalt 53 varsler.

Åtte varsler gjaldt AMK/legevakt/prehospitale tjenester. Disse tjenestene kan organiseres og driftes av både spesialisthelsetjenesten og av kommunehelsetjenesten. Åtte varsler kom fra pårørende. Disse hendelsene omhandlet AMK/legevakt/prehospitale tjenester, sykehjem, psykisk helsevern voksne og fastlegetjenesten.

Femtito saker gjaldt dødsfall, og i ni saker var det beskrevet svært alvorlig skade. I de øvrige sakene var det usikker skadegrad. Konsultasjoner uten fysisk møte av smittevernhensyn var beskrevet i 27 saker. Tjuefem av disse sakene omhandlet psykisk helsevern/ rusbehandling.

Ut fra tilgjengelig informasjon har vi ikke grunnlag for å fastslå at koronarelaterte forhold var årsak til at pasient/bruker ble skadet. Vi har imidlertid sett på hvilken måte pandemien kan ha medvirket til den uønskede hendelsen som varselet omhandlet. Innholdet i varslene presenteres under de respektive tjenesteområdene i rapporten. ➤



«Hver uke blir det ifølge statistikkene tatt et betydelig større antall tester nå enn i den første fasen av pandemien.»

3.2 Kommunale helse- og omsorgstjenester

3.2.1 Smitte- og sykdomsutvikling

Innhold: Folkehelseinstituttets daglige og ukentlige rapporter og statistikk om covid-19 (6).

Relevans: Rapportene er relevante for å følge med på smitteutviklingen i ulike kommuner, antall dødsfall i og utenfor sykehus og alder på smittede og døde.

Funn: Per 23. september 2020 var det meldt 13 012 personer med påvist covid-19 i Norge. Det tilsvarer 242 tilfeller per 100 000 innbyggere. Folkehelseinstituttet har registrert 267 covid-19-assosierte dødsfall (5,0 per 100 000). Til sammen 1310 pasienter med påvist covid-19 har blitt innlagt i sykehus. Av disse har 239 fått behandling i intensivavdelinger. Til og med uke 38 hadde 969 983 personer blitt testet for sars-CoV-2. Det tilsvarer ca. 18 prosent av befolkningen. Median alder for smittede siden første tilfelle ble rapportert er 40 år, mens den i uke 38 var 30 år. Gjennomsnittsalder for de som er døde av covid-19 er 82 år. 59 prosent av dødsfallene har funnet sted i andre helseinstitusjoner enn sykehus.

Vurdering: Ifølge Folkehelseinstituttets oppsummeringer er smittespredningen på et relativt lavt nivå nasjonalt, men med flere store utbrudd ulike steder i landet, som har medført en generell økning i smittespredningen. De siste ukene er det meldt 700–800 tilfeller per uke til Folkehelseinstituttet, der en stor andel av tilfellene i uke 36 og 37 var relatert til lokale utbrudd i Bergen, Fredrikstad og Sarpsborg. Flere meldte tilfeller fra Oslo medførte økning i uke 38. I tillegg er det meldt mindre utbrudd på flere steder rundt omkring i landet.

Hver uke blir det ifølge statistikkene tatt et betydelig større antall tester nå enn i den første fasen av pandemien. Dette betyr at en større andel smittede blir oppdaget. Under 1 prosent av de som har blitt testet har hatt positiv prøve de tre siste ukene.

Ifølge Folkehelseinstituttet sine tall er det fortsatt få som blir innlagt på sykehus og det er ingen stigning i innleggelser i intensivavdeling, eller i covid-19-assosierte dødsfall.

Folkehelseinstituttets oppsummeringer viser så langt er det beregnet at rundt 1,5 prosent av befolkningen har vært smittet av covid-19. Samlet smittespredning av covid-19 er fortsatt relativt lav i befolkningen, men med noe økende smittespredning de siste ukene. Folkehelseinstituttet forventer at det vil oppstå flere utbrudd utover høsten og vinteren, og kommunene må være forberedt på utbrudd i skoler, sykehjem, andre institusjoner mv. >



«Den største endringen når det gjelder fastlegetjenesten ligger i den økte bruken av e-konsultasjoner som på sitt høyeste, i uke 12 og 13, utgjorde 57 prosent av konsultasjonene.»

3.2.2 Aktivitetsdata i primærhelsetjenesten

Helsedirektoratets publiserer regelmessig rapporter over aktiviteter i primær- og spesialisthelsetjenesten. Alle tall og figurer i dette kapittelet er hentet fra på rapporten som beskriver aktiviteten i juni og juli 2020 sammenlignet med samme periode i 2019 (7). Alle tall er foreløpige.

Innhold: Tall for endringer i aktivitet i helse- og omsorgstjenestene. Rapporten gir blant annet informasjon om befolkningens bruk av fastlege og legevakt.

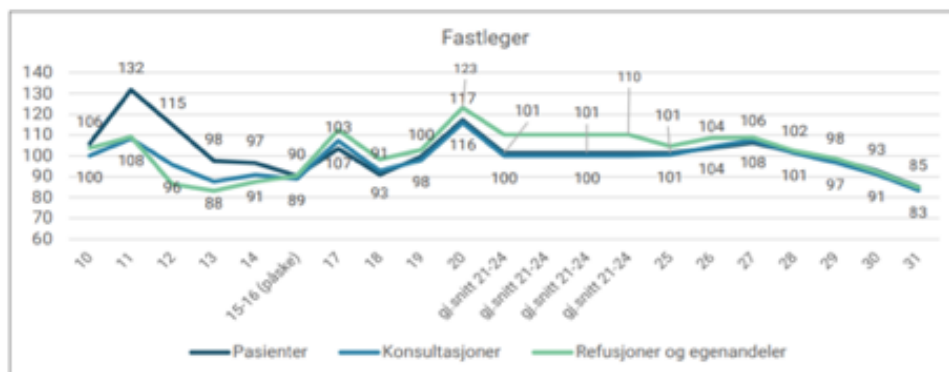
Relevans: Rapporten om aktivitet i helsetjenester fra mars 2020 er svært relevant for å se på endringer i aktiviteten i de ukene da de fleste koronatiltakene ble innført. Sammenlignet med tilsvarende uker i 2019, gir tallene et godt grunnlag for å observere og vurdere endringer i legetjenester i kommunene.

3.2.2.1 Fastleger

Funn: Foreløpige tall basert på data fra Helfo/ Kontroll og utbetaling av helserefusjoner (KUHR) viser at nivået av konsultasjoner hos fastlege var tilbake til normalt nivå rundt midten av mai, og har holdt seg ganske stabilt etter dette (figur 1). I juli 2020 (uke 27–31) var det 7–8 prosent færre pasienter og konsultasjoner sammenlignet med juli 2019. På grunn av etterregistreringer av data forventer Helsedirektoratet at omfanget av pasienter og konsultasjoner i juli vil øke og at forskjeller i bruk av fastlege mellom juli 2019 og 2020 vil være små.

Den største endringen når det gjelder fastlegetjenesten ligger i den økte bruken av e-konsultasjoner som på sitt høyeste, i uke 12 og 13, utgjorde 57 prosent av konsultasjonene. I tillegg økte andelen enkle pasientkontakter til fordel for ordinære pasientkonsultasjoner fra mars 2020. Den store mengden e-konsultasjoner i starten av pandemien, har falt gradvis, til 29 prosent i mai og 21–22 prosent i juni og juli. ➤

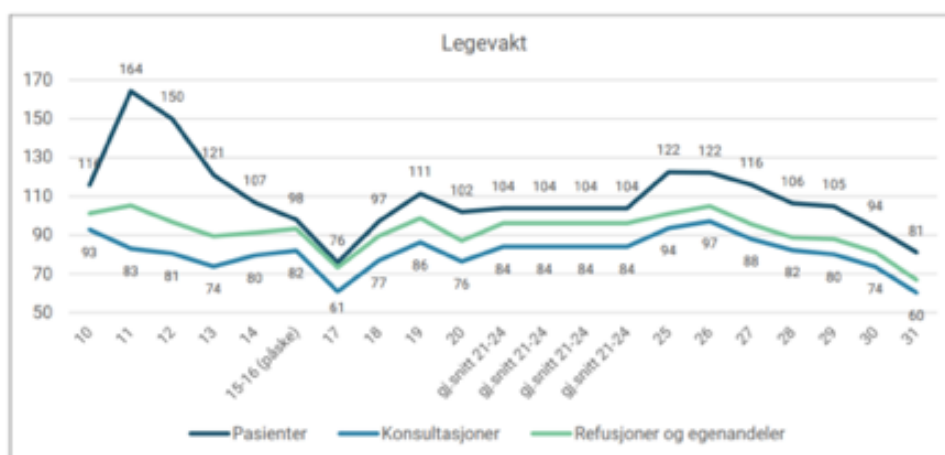
3 Resultater



Figur 1: Prosentvis endring i antall pasienter og konsultasjoner samt sum refusjoner og egenandeler for fastleger per uke i mars-juli 2020 relatert til samme datoer i mars-juli 2019. X-aksen viser prosent mens grafene viser til endring i prosent i forhold til tilsvarende periode i 2019 (skjermdump fra rapporten (7)).

3.2.2.2 Legevakt

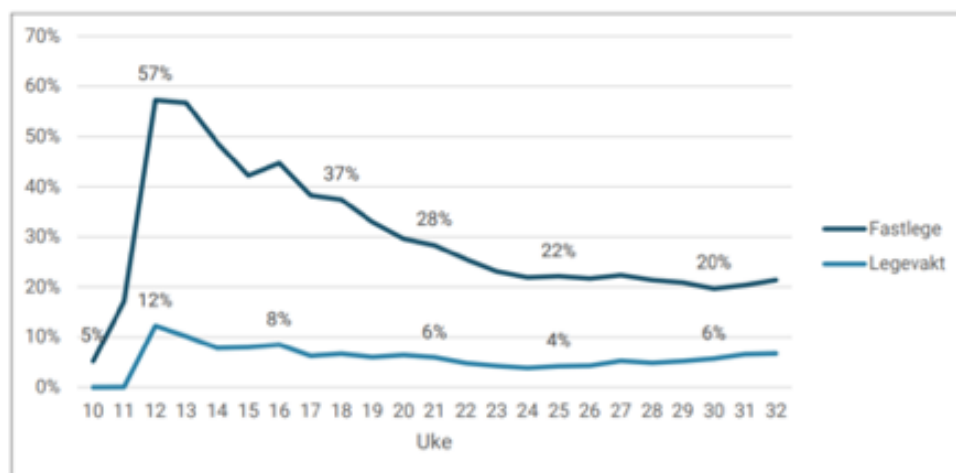
Når det gjelder legevakt, så viser aktivitetsdata større endringer enn hos fastlegene (7). Fra midten av mai har antall pasienter vært tilnærmet normalt sammenlignet med 2019, men omfanget av refusjoner og egenandeler har vært 3–4 prosent lavere enn i 2019 (figur 2 og 3). Antall pasientkonsultasjoner har vært 10–16 prosent lavere i 2020 enn året før. Helsedirektoratet viser til at den store testaktiviteten som innebærer økt antall pasienter, men færre konsultasjoner, kan forklare dette.



Figur 2: Prosentvis endring av antall pasienter og konsultasjoner samt sum refusjoner og egenandeler for legevaktene per uke i mars-mai 2020 relatert til samme datoer i mars-mai 2019. X-aksen viser prosent mens grafene viser til endring i prosent i forhold til tilsvarende periode i 2019 (skjermdump fra rapporten (7)).

>

3 Resultater



Figur 3: Andel e-konsultasjoner hos fastlege og legevakt uke 10–32 2020 (skjermdump fra Statusrapport 7).

3.2.3 Tjenestetilbud til utsatte barn og unge

Innhold: Bufdir har per 3. september 2020 utgitt sju rapporter som omhandler utsatte barn og unges tjenestetilbud under koronapandemien.

Relevans: Rapportene har en rekke relevante data som blant annet omhandler fastlegetjenesten, helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. Vi presenterer her utdrag fra Statusrapport 7 (8).

Funn fra de ulike tjenestene

Fastleger

Helsedirektoratet har hentet ut data fra KUHR-databasen for antall konsultasjoner, inkludert e-konsultasjoner, for barn i aldersgruppen 0–5 år, 6–10 år og 11–17 år hos fastlege i perioden uke 28–31 i 2019 og 2020.

I samme tidsperiode og aldersgrupper har de hentet ut data på antall pasienter, hvor det i diagnosekodesystemet ICPC-2 er brukt P-diagnoser. Det inkluderer alle symptom- og sykdomsdiagnoser innenfor psykisk helse.

Data fra KUHR viser at færre barn og ungdom har hatt konsultasjoner hos fastlegene i uke 28–31 i 2020 i forhold til samme periode i 2019 (tabell 2). Dette gjelder alle aldersgrupper, men det ble funnet størst nedgang i aldersgruppene 0–5 år og 6–10 år. En del av nedgangen kan ifølge Helsedirektoratet forklares ved at barn og unge med luftveissymptomer blir undersøkt ved egne luftveisklinikker. Når det gjelder barn og unge med P-diagnoser, så var det en økning i denne ➤

3 Resultater

gruppen pasienter hos fastlegene i 2020 sammenliknet med 2019 (tabell 3). Denne økningen finner vi i alle alderskategorier.

Tabell 2 Antall pasienter hos fastlege, alle diagnoser

Pasientens alder	2019 Uke 28-31	2020 Uke 28-31	Endring 2019-2020
0-5 år	25 513	20 230	-21%
6-10 år	15 799	13 422	-15%
11-17 år	24 232	23 136	-5%
18 år eller eldre	631 198	598 959	-5%

Tabell 3 Antall pasienter hos fastlege, P-diagnoser

Pasientens alder	2019 Uke 28-31	2020 Uke 28-31	Endring 2019-2020
0-5 år	385	463	20%
6-10 år	736	861	17%
11-17 år	1 690	2 112	25%
18 år eller eldre	73 587	76 281	4%

Helsestasjoner og helsestasjoner for ungdom (HFU)

I den første fasen av pandemien var aktiviteten i helsestasjon 0-5 år og helsestasjon for ungdom (HFU) betydelig redusert. Undersøkelsene viser nå en gradvis normalisering av tjenestetilbudet. Nasjonale myndigheter har kommunisert tydelig at tjenester til barn og unge skal skjermes. Dette har ifølge statusrapporten trolig medført at de ansatte på helsestasjonene i mindre grad er blitt omdisponert til testing, smittesporing mv. sammenliknet med første fase av pandemien.

Undersøkelser viser ifølge rapporten samtidig at det er utfordrende for tjenestene å komme tilbake til normal drift og tilbudet er fortsatt noe redusert sammenliknet med normalsituasjonen. Nasjonal faglige retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten blir i stor grad fulgt når det gjelder individuelle konsultasjoner. Omtrent halvparten av tjenestene oppgir at fysiske konsultasjoner med barn og ungdom er tilbake til normalen og det sendes omtrent like mange bekymringsmeldinger til barnevernet som normalt. ➤



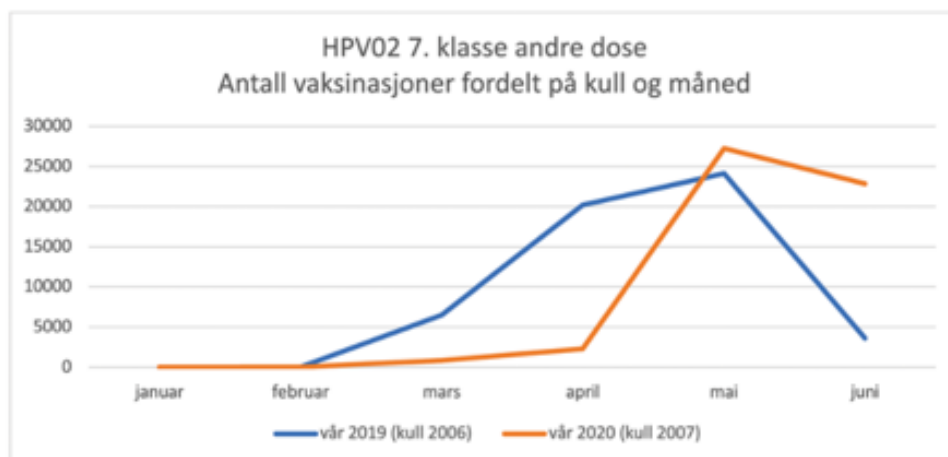
«FHI har registrert en normalisering av vaksinasjoner i skolehelsetjenesten etter at skolene åpnet igjen.»

3.2.4 Barnevaksinasjonsprogrammet

Innhold: Funn fra Folkehelseinstituttets undersøkelser av hvordan pandemien har påvirket vaksinasjonsdekningen i barnevaksinasjonsprogrammet (9).

Relevans: Redusert vaksinasjonsdekning kan gi risiko for økt smitte og sykkelighet av barnesykdommer.

Resultat: Ifølge FHI oppstod det på grunn av skolestengingen forsinkelser spesielt for den andre vaksinedosen mot humant papillomavirus (HPV-vaksine) på 7. klassetrinn som skulle vært gitt våren 2020 (figur 4). Mindre forsinkelser i vaksinerings mot meslinger, kusma og røde hunder (MMR-vaksine) i 6. klassetrinn og vaksine mot difteri, tetanus, kikhoste og polio (DTP-IPV) i 2. klassetrinn er også rapportert. FHI har registrert en normalisering av vaksinasjoner i skolehelsetjenesten etter at skolene åpnet igjen.



Figur 4: Antall vaksinasjoner med andre dose HPV-vaksine registrert i 7. klassetrinn i 2020 sammenlignet med fjoråret (skjermdump fra rapporten (9)).

Ved gjennomgang av tall fra nasjonalt vaksinasjonsregister SYSVAK er det funnet at det største etterslepet for vaksinasjoner gjelder første dose MMR-vaksine ved 15 måneders alder. Ifølge gjennomgangen fra FHI viser foreløpige tall fra SYSVAK at 35 948 vaksinasjoner var blitt satt til anbefalt tid per 1. september i år, mot 43 542 vaksinasjoner per 1. september i 2017–2019 (figur 5). >

3 Resultater



Figur 5: Antall vaksinasjoner med MMR-vaksine registrert ved 15 måneders alder i 2020 sammenlignet med samme tidspunkt for årene 2017-2019 (skjermdump fra rapporten (9)).

3.2.5 Tjenester til personer med funksjonsnedsettelse

Innhold: Kartlegging gjennomført av Koordineringsgruppen for utsatte barn og unge (statusrapport 6) (10) og resultat av spørreundersøkelser som Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO) (11) og Norges handikapforbund har gjennomført blant sine medlemmer (12).

Relevans: Kartleggingen og spørreundersøkelsene gir en situasjonsbeskrivelse sett fra brukernes ståsted, om status i de kommunale tjenestene for denne gruppen.

Funn: Mange kommunale tilbud som er viktige for personer med funksjonsnedsettelse, har vært redusert eller stengt ned (10). Fylkesmennene rapporterer samtidig at mange kommuner har jobbet aktivt med å iverksette alternative tiltak for å redusere negative konsekvenser av pandemien, og at de kommunale tjenestetilbudene går mot normalisering av driften.

Flere brukere med funksjonsnedsettelse er i risikogruppen for alvorlig sykdomsutvikling ved covid-19 smitte. Undersøkelsene viser at mange har valgt eller blitt oppfordret til å holde seg isolert på grunn av smittefaren. Relatert til dette er det rapportert om ensomhet, nedstemthet og depresjon hos brukere, spesielt hos hjemmeboende.

Bortfall av rehabilitering, trening eller andre former for terapi som vedlikeholder eller bedrer funksjonsnivået har også rammet denne gruppen. Dette kan medføre forsinket progresjon og bedring, eller forverring av helsetilstanden.

Utsettelse av utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten kan ha forårsaket større helseplager for enkelte. ➤



«En utfordring er mangel på sykepleiere og mange ansatte i små stillingsbrøker, noe som medfører at mange ansatte arbeider på ulike avdelinger/steder i kommunen.»

FFO har gjennomført en spørreundersøkelse om konsekvenser av smitteverntiltak og smittefare blant sine medlemsorganisasjoner (11). 2249 personer har svart på undersøkelsen. Alle landets fylker er representert. Mange har opplevd at mangel på terapi- og treningstilbud har forverret helsetilstanden. Noen rapporterer om et permanent dårligere funksjonsnivå, mens andre har håp om å trene seg tilbake til normalt funksjonsnivå. Mange rapporterer om økte psykiske helseplager på grunn av dette, inkludert selvmordstanker. Mange pårørende har tatt over ansvaret for familiemedlemmer som ellers bor i omsorgsboliger, for å unngå besøksforbud. Andre har ikke fått besøke sine utviklingshemmede barn. Frykt for smitte, isolasjon og fravær av tjenester som er nødvendige har hos mange ført til angst og depresjon.

Spørreundersøkelsen fra Handikapforbundet bekrefter i stor grad funnene over (12). Et stort antall respondenter oppgir at smitteverntiltakene førte til at de mistet et tilbud de er helt avhengige av. Blant de som har svart at brukerstyrt personlig assistent (BPA) er aktuelt for dem, har en av tre mistet eller fått redusert BPA-tilbudet sitt. Nærmere halvparten av de som får helsetjenester i hjemmet, oppgir at tilbudet ble redusert eller borte da restriksjonene ble innført. Tallene på hjelpemiddelområdet er også høye.

3.2.6 Smittevern i hjemmetjenestene og på sykehjem

3.2.6.1 Kartlegging av smittevern i hjemmetjenestene i kommunene

Innhold: Statens helsetilsyn gjennomførte i perioden 4.–12. juni 2020 en kartlegging av smittevern i hjemmetjenestene i kommunene. Kartleggingen ble gjort som telefonintervjuer i et representativt utvalg på 81 kommuner (13).

Relevans: Undersøkelsen gir en beskrivelse av hvordan hjemmetjenesten i kommunene håndterte smittesituasjonen og hva slags beredskap de har ved smitteutbrudd.

Funn: I omtrent 20 prosent av kommunene ble opplæring i smittevern gitt bare til noen av de ansatte. Dette gjaldt håndtering av smittede pasienter/brukere og hvordan man skulle forholde seg til pasienter/brukere med symptomer på smitte. Det ble også funnet mangler i opplæring av ansatte i bruk av smittevernutstyr, da en over en tredjedel av kommunene bare hadde gitt opplæring til noen av de ansatte i bruk av dette.

Alle kommunene hadde innført tiltak som skal sikre bemanning ved stort frafall av ansatte, men halvparten av kommunene hadde ikke konkrete avtaler om samarbeid med for eksempel kommuner/bydeler eller andre virksomheter. ➤



«82 sykehjem sa ja til å delta i undersøkelsen, og de fikk svar fra 93 avdelingsledere.»

Mangel på smittevernutstyr på gitte tidspunkt ble rapportert av over en tredjedel av kommunene og flere kommuner rapporterte om lite utstyr og at de var bekymret for mangler ved framtidige smitteutbrudd.

Redusert, endret eller avslutning av hjemmetjenester til brukere ble rapportert av nesten alle kommuner som deltok i undersøkelsen. De fleste svarte at det var begrunnet av ønske fra brukere/pasienter og pårørende, for å hindre smitte, men også en konsekvens av ressursituasjonen.

3.2.6.2 Smittevern på sykehjem under koronapandemien

Innhold: I uke 13 ble det gjennomført en studie om smittevern i sykehjem i regi av Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse i samarbeid med Helsedirektoratet (14). Studien kartlegger hvordan avdelingsledere ved sykehjemmene vurderer evnen til å håndtere smittevern, tilgangen på smittevernutstyr, testingen av personale og pasienter samt rutiner for smittevern og kompetanse blant personalet. Videre er avdelinger med og uten smitte sammenlignet.

Relevans: Eldre på institusjon er sårbare og har høyere risiko enn yngre for alvorlig sykdom og død ved covid-19. Denne studien gir en beskrivelse av hvordan sykehjem håndterte smittesituasjonen og hva slags beredskap de har ved smitteutbrudd.

Funn: 82 sykehjem sa ja til å delta i undersøkelsen, og de fikk svar fra 93 avdelingsledere. Alle fylker er representert. Det var 16 avdelinger (17,2 prosent) som hadde hatt eller hadde smitte. Tilgangen på smittevernutstyr, bruken av utstyr og opplæringen var bedre enn man trodde på forhånd. Når det gjelder muligheten til å overholde smittevernreglene, hadde flere avdelinger utfordringer. Avdelinger med smitte skilte seg lite fra de som ikke hadde hatt smitte. En utfordring er mangel på sykepleiere og mange ansatte i små stillingsbrøker, noe som medfører at mange ansatte arbeider på ulike avdelinger/steder i kommunen. Dette kan medføre økt smitterisiko.

3.2.7 Varsler kommunale helse- og omsorgstjenester

Tidligere har vi beskrevet hvilke tjenesteområder varslene omhandlet. I det følgende har vi oppsummert innholdet i varslene som gjaldt primærhelsetjenesten. >

3.2.7.1 Fastlege/allmennlege

To varsler beskrev at smittevern hensyn medførte at pasienter fikk utsatt kontroll av medisinsk tilstand eller kronisk sykdom. Pasientene fikk senere komplikasjoner på grunn av manglende justering av medikasjon. I tillegg var fastlege involvert i noen av de legevaktrelaterte hendelsene.

3.2.7.2 Sykehjem

De tre varslene som gjaldt sykehjem, var varslet fra pårørende. Disse hendelsene omhandlet at de som pårørende ble forhindret fra å bistå sine nære på grunn av besøksrestriksjoner begrunnet i smittevern hensyn. Ifølge varslene medførte dette forverring av sykdomstilstand hos beboerne og i to tilfeller død.

3.2.7.3 Hjemmetjenesten

To varsler var knyttet til brukere av hjemmetjenester. Disse varslene beskrev forhold relatert til endringer i organisering av tjenester og uklar samhandling som følge av smitteverntiltak.

3.2.7.4 Kommunal omsorgsbolig

To varsler gjaldt forhold for beboere ved kommunal omsorgsbolig. Begge varslene inneholdt beskrivelse av at smitteregime medførte forlenget ventetid før korrekt undersøkelse og behandling ble iverksatt.

3.2.8 Kommunale helse- og omsorgstjenester

Innhold: Kommunenes årlige rapporteringer til Helsedirektoratet gir data om blant annet fastlegetjenester, legevaktjenester, aktivitet i helsestasjons- og skolehelsetjeneste, psykisk helse- og rusarbeid, sykehjem og hjemmetjenester og om årsverk for helsefaglige yrkesgrupper i kommuner. Tallene er kilde til publisering av Nasjonale kvalitetsindikatorer (15). Vi presenterer her noen utvalgte kvalitetsindikatorer.

Relevans: Årlige data fanger ikke opp endringer på kort sikt og i avgrensede perioder. Tall for 2020 vil ikke være klare for publisering før i 2021, så vi har ingen tall som kan belyse konsekvensene av pandemien på kort sikt. Tallgrunnlaget fra kommunenes årlige rapporteringer til staten kan på lengre sikt brukes til å si om pandemien gir midlertidige eller varige endringer i tilbudet.

De utvalgte kvalitetsindikatorene der vi foreløpig bare har tall fra 2019, kan gi grunnlag for å analysere sårbarhet knyttet til håndtering av eventuelle kommende smitteutbrudd i ulike kommuner. Kommuner >

med en lav andel faglærte i de kommunale helsetjenestene, kan være mer sårbare i en pandemisituasjon. Videre kan 2019-tallene for ulike kvalitetsindikatorer i sykehjem si noe om tilgang til fagkompetanse og kvaliteten på oppfølging av eldre i institusjon. Dette kan påvirke evnen til å håndtere en ekstraordinær situasjon, som smitteutbrudd under en pandemi.

Årsverk med fagutdanning i de kommunale helse- og omsorgstjenestene

Indikatoren viser andelen årsverk i helse- og omsorgstjenesten som har helse- og sosialfaglig utdanning (16). Indikatorens datakilde er Kommunesektorens organisasjon og Arbeidsgiver- og arbeidstakerregisteret.

I 2019 var andelen årsverk 78 prosent. Det er noe variasjon mellom fylker, fra 82 prosent i Aust-Agder til 71 prosent i Trøndelag. Variasjonen mellom kommuner er betydelig større. I Bokn kommune i Rogaland hadde 98 prosent av personalet fagutdanning, mens i Karasjok hadde 53 prosent fagutdanning.

Sykehjemsbeboere som har fått legemiddelgjennomgang siste 12 måneder

Definisjon: «Indikatoren viser hvor stor andel av beboere på 67 år og eldre på langtidsopphold i sykehjem som har fått en legemiddelgjennomgang siste 12 måneder» (17).

Om denne indikatoren skriver Helsedirektoratet: «Stadig flere eldre har mange sykdommer og bruker flere legemidler samtidig. Ved å bruke flere legemidler samtidig øker sannsynligheten for feilmedisinering, unødvendig bruk og uheldige kombinasjoner. Eldre er særlig sårbare for bivirkninger og legemiddelrelaterte problemer, og undersøkelser viser at tre av fire pasienter i sykehjem har ett eller flere legemiddelrelaterte problemer.» (...) «Målet med en legemiddelgjennomgang er å sikre at den enkelte pasient oppnår god effekt av legemidlene samtidig som risiko for uheldige virkninger minimaliseres og håndteres.»

Helsedirektoratets presentasjon av resultater: «På landsbasis i 2019 har 58 prosent av beboere 67 år og eldre på langtidsopphold i institusjon hatt legemiddelgjennomgang i løpet av de siste 12 månedene.» (...) Det er variasjoner mellom de ulike fylkene og stor spredning mellom kommuner. Oslo fylke har høyest andel beboere som har fått legemiddelgjennomgang i 2019 med 90 prosent. Telemark har lavest andel med 38 prosent.» I Bygland kommune hadde 100 prosent fått legemiddelgjennomgang siste året, mens Stavanger kommune lå på bunn med 11 prosent. >



«I 2019 ble 68 prosent av sykehjemsbeboere vurdert av lege siste 12 mnd.»

Sykehjemsbeboere vurdert av lege siste 12 måneder

Indikatoren viser om langtidsbeboere på sykehjem har blitt vurdert eller behandlet av lege siste 12 måneder (18). Helsedirektoratet beskriver denne indikatoren slik: «Det er en målsetting at alle sykehjemsbeboere mottar legetjenester av god kvalitet. En indikasjon på om legetjenesten er av god kvalitet er om sykehjemsbeboeren jevnlig vurderes av lege. Denne indikatoren viser hvorvidt dette skjer.»

I 2019 ble 68 prosent av sykehjemsbeboere vurdert av lege siste 12 mnd. I 2010 var tallet 40 prosent. Det er stor variasjon mellom fylkene; Oslo 90 prosent, Finnmark 51 prosent. På kommunenivå er variasjonen betydelig større, med Bygland kommune på topp med 100 prosent, mens Målselv på bunn, der 17 prosent hadde fått legetilsyn siste år.

Sykehjemsbeboeres legetimer per uke

Indikatoren viser gjennomsnittlig antall legetimer per uke per beboer i sykehjem (19). Om denne indikatoren: «Mange beboere i sykehjem har et stort behov for helsehjelp i form av utredning og diagnostikk, sykdomsovervåking, hjelp i akutte sykdomsfaser, behandling, rehabilitering og pleie.»

Helsedirektoratet beskriver tallene slik: «På landsbasis var antall legetimer per uke per beboer i sykehjem på 0,55 timer i 2019. Det er en del variasjon mellom fylker og mellom kommuner innad i fylker. Buskerud lå høyest med 0,71 timer per uke per beboer i sykehjem, mens Aust-Agder lå lavest med 0,41 timer.» Levanger kommune på topp hadde 2,81 legetimer per uke per beboer, mens Meråker på bunn hadde 0,12.

3.3 Somatiske spesialisthelsetjenester

For å vurdere om og hvordan behandlingsskapiteten innen somatisk spesialisthelsetjeneste kan ha blitt endret under koronapandemien, har vi gått gjennom Helsedirektoratets statistikk om aktivitet, ventetider og frister (4) og rapporten «Aktivitetsutvikling i juni og juli 2020» (7). Dette kan gi oss grunnlag for å vurdere behov for tilsynsmessig oppfølging for å bidra til at befolkningen får nødvendig og forsvarlig helsehjelp. I tillegg gir det tjenestene et grunnlag for å følge med på og forbedre egen virksomhet. Vi har også sett på data for styringsmål, «passert planlagt tid», og indikatoren «tid til tjenestestart» for å vurdere om dette kan bidra til å tolke og forklare funnene i ventetidsstatistikken. ➤



«Antall ventende økte med ca. 19 000 fra april til juli 2020.»

3.3.1 Midlertidig forskrift til pasient- og brukerrettighetsloven

Midlertidig forskrift fra 27. mars 2020, endret 27. mai 2020, har blant annet gjort at pasienter med fristbrudd ikke har fått rett til å søke HELFO om behandling annet sted.

Midlertidig forskrift gjaldt til 1. oktober 2020.

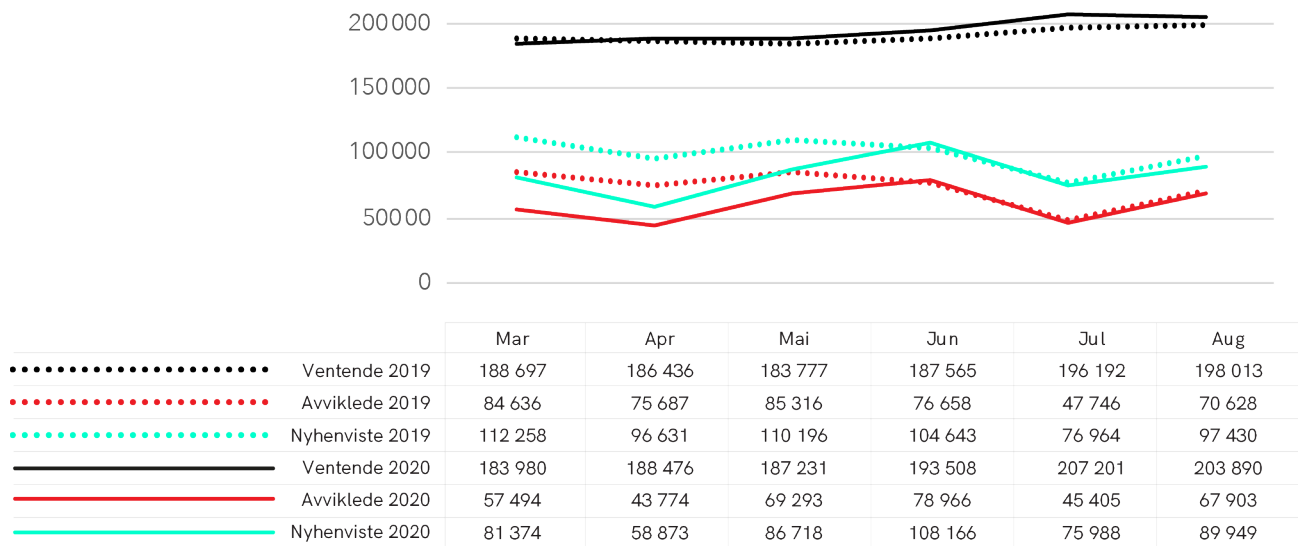
Tallene fra NPR som gjengis i rapporten beskriver status som om fristene gjelder som normalt.

3.3.2 Aktivitetstall

Aktiviteten i juni i år var nært opp til eller over nivået i juni 2019 innen nesten alle fagområder. Ifølge rapporten «Aktivitetsutvikling i juni og juli 2020» (7), var aktiviteten i juni og juli nært opp til eller likt med 2019 og at tallene for august viser at normalisering fortsetter. Videre står det: «Det økte nivået i juni gjenfinnes for de fleste tilstandsgrupper (hoveddiagnosegrupper), med et nivå opp til 100 prosent av nivået i 2019. Unntaket er for sykdommer i åndedrettsystem som både i juni og juli har et nivå på ca. 70 prosent av 2019.»

Som figur 6 viser, økte antall ventende med ca. 19 000 fra april til juli i 2020. Tilsvarende økte antallet med 11 000 i samme periode i 2019. Økningen i antall ventende mellom juli 2019 og juli 2020 var ca. 11 000 pasienter (figur 6). Forskjellen var noe mindre i august, men tallene er ferske og mer usikre. Både antall nyhenviste og antall ordinært avviklede sank i mars og april med omtrent 40 prosent, noe som ikke skjedde i samme grad i 2019, og som nok bidro til at antall ventende ikke økte mer enn det faktisk gjorde. Både antall nyhenviste og antall ordinært avviklede var i juli 2020 omtrent på samme nivå som i 2019. >

3 Resultater



Figur 6: Antall ventende, avviklede og nyhenviste i somatisk spesialisthelsetjeneste i mars–august i 2019 og 2020 på Norge totalt

3.3.3 Henvisninger

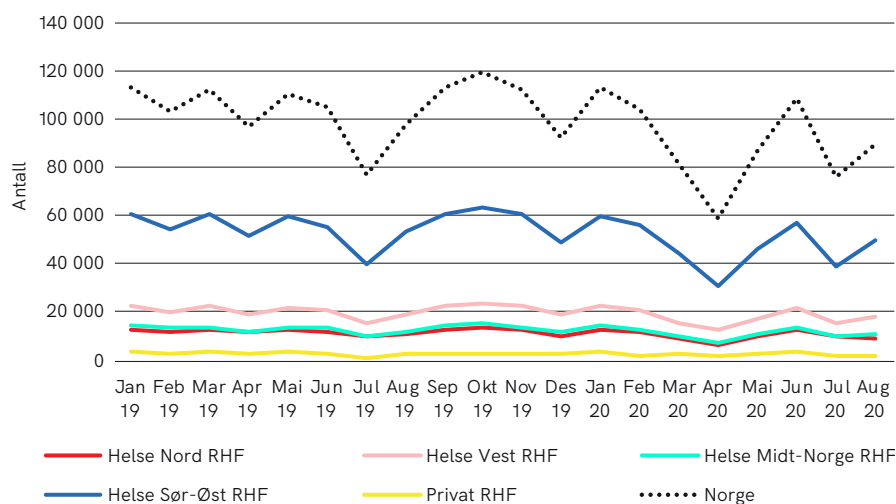
3.3.3.1 Antall nyhenviste

Med nyhenviste menes antall henvisninger som er vurdert og satt på venteliste i løpet av rapporteringsperioden. Avviste henvisninger telles ikke som nyhenviste.

Antall nyhenviste gikk ned i alle regionale helseforetak i månedene mars, april og mai 2020 sammenlignet med året før (figur 7). Den største nedgangen var i april, antall henvisninger sank kraftigst i Helse Sør-Øst med en nedgang fra 51 492 i april 2019 til 30 995 i april 2020 (nedgang med 40 prosent). For april varierte nedgangen i de andre helseforetakene mellom 35 prosent (Helse Vest) og 42 prosent (Helse Nord).

I mai 2020 lå antall henvisninger fortsatt lavere enn på samme tid i fjoråret (variasjon mellom nedgang på 19 til 24 prosent i de fire helseforetakene). I juni og juli var antallet henvisninger tilnærmet likt som fjoråret. I august 2020 var antall henvisninger også lavere enn året før (variasjon mellom nedgang i 6 til 12 prosent), men det må tas forbehold om tallene for august er kvalitetssikret. ➤

3 Resultater



Figur 7: Antall nyhenviste i somatisk spesialisthelsetjeneste per måned per RHF og nasjonalt

3.3.3.2 Antall ordinært avviklede henvisninger (avviklede kontakter som fristen er knyttet til)

Antall henvisninger som er ordinært avviklet fra ventelisten i rapporteringsperioden sank fra februar 2020 til april 2020 over hele landet. Den største nedgangen i antall avviklede henvisninger var i Helse Nord med 56 prosent nedgang i denne perioden.

For de andre helseforetakene var nedgangen på henholdsvis 41 prosent i Helse Vest, 46 prosent i Helse Midt-Norge og 46 prosent i Helse Sør-Øst, som også hadde størst nedgang i antall avviklede henvisninger (sank fra 41 957 i februar til 22 481 i april).

Fra april til juni normaliserte tallene seg igjen for de fleste helseforetakene, og utviklingen med nedgang i juli og ny økning i august er tilsvarende den i tidligere år, på omtrent samme nivå som 2019.

3.3.3.3 Avviste henvisninger

Det eneste regionale helseforetaket som konsekvent rapporterer månedlige tall for avviste henvisninger i alle sektorer, er Helse Midt-Norge RHF.

For Helse Midt-Norge RHF ble det i perioden mars, april og mai 2020 avvist færre henvisninger enn i tilsvarende periode året før. Det tilkom en stigning i juni, men en økning i antall avviste henvisninger på forsommeren ser ut til å gå igjen i andre år også. For juli 2020 var >



«Alle lå stort sett godt innenfor vurderingsfristen på 10 dager.»

antallet lavere enn samme måned i 2019, mens tallene for august er nokså like for begge år.

Helse Sør-Øst RHF er det eneste andre foretaket som rapporterer inn tall for avviste henvisninger, men ikke med regelmessige, månedlige tall. Antall avviste henvisninger i Helse Sør-Øst RHF skiller seg i stor grad fra Helse Midt-Norge RHF's rapporterte tall, til tross for større befolkningsgrunnlag i Helse Sør-Øst RHF. Helse Midt-Norge RHF varierte med månedlige tall mellom 256 og 597 under pandemien mens Helse Sør-Øst RHF varierte mellom 11 og 27 i samme periode.

3.3.4 Vurderingstid

Vurderingstid er antall virkedager fra en henvisning er mottatt i spesialisthelsetjenesten til vurderingen er utført og frist til nødvendig helsehjelp er satt, eller at pasienten vurderes til ikke å ha rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten (avvist henvisning). Frist for nødvendig helsehjelp er en frist som spesialisthelsetjenesten skal fastsette for når medisinsk forsvarlighet krever at en rettighetspasient skal få nødvendig helsehjelp.

Tallene viser for det meste små forskjeller i gjennomsnittlig vurderingstid mellom de regionale helseforetakene og det er lite variasjoner fra tidligere år. Alle lå stort sett godt innenfor vurderingsfristen på 10 dager. Det eneste unntaket var Helse Midt-Norge der vurderingstiden gikk opp til 11 dager i april, og forble høyere enn for de andre RHF-ene i mai (7 dager) og juni (5 dager). Tallene for Helse Midt-Norge RHF viser at det i hovedsak var vurderingstiden ved St. Olavs Hospital HF som førte til økningen. Tallene har jevnet seg ut for de ulike regionene utover sommeren og i august 2020 lå den gjennomsnittlige vurderingstiden på tre dager i alle de regionale helseforetakene.

3.3.5 Brudd på vurderingsgaranti

Brudd på vurderingsgarantien oppstår når henvisningen ikke er vurdert innen det antall dager som vurderingsgarantien setter, det vil si innen 10 virkedager.

I de fleste helseforetak var antall brudd på vurderingsgarantien i perioden mars til august 2020 lavere enn for samme periode i 2019. Et unntak var Helse Midt-Norge RHF der antall brudd på vurderingsgarantien gikk opp i mars, april og mai med nesten dobbelt så høye tall i april og mai 2020 som i 2019 (fra 362 til 660 i april og fra 298 til 536 i mai). Antallet brudd på vurderingsgaranti var i alle RHF lavere enn fjoråret i juni og juli. I august ligger antallet brudd på vurderingsgarantien noe høyere enn fjoråret for Helse Vest RHF >

(578, mot 429 i 2019), men det ligger lavere enn fjoråret for de andre helseforetakene. Antall brudd på vurderingsgarantien var per august 2349 (2,5 prosent) totalt for alle fagområder i hele landet.

3.3.6 Ventetid

Ventetid registreres og presenteres på to ulike måter:

- **Ventetid for avviklede.** *Antall kalenderdager fra henvisningen er mottatt i spesialisthelsetjenesten til pasienten får helsehjelp. Beregnes for alle pasienter som er ordinært avviklet. Det vil si ventetid til utredning eller behandling startet, med eller uten fristbrudd, i rapporteringsperioden.*
- **Ventetid for ventende.** *Antall kalenderdager fra henvisningen er mottatt i spesialisthelsetjenesten til utgangen av rapporteringsperioden. Det vil si ventetid der helsehjelpen ikke har startet ved rapporteringsperiodens slutt.*

Totalt antall ventende i somatisk spesialisthelsetjeneste i Norge per juli 2020 var ca. 207 000, i august ca. 204 000. Dette betyr at ved inngangen til september i år sto det omtrent 6000 flere på venteliste i somatikken enn på samme tid i 2019 (da 198 000 ventende), inkludert henholdsvis 3200 og 6500 i privat RHF.

3.3.6.1 Gjennomsnittlig ventetid, ordinært avviklede

En nedgang i planlagt aktivitet i spesialisthelsetjenesten vil påvirke antall ventende og ventetiden for pasienter på venteliste til oppstart helsehjelp; utredning og/eller behandling. Antall nye henvisninger vil også påvirke dette. Ventetiden for pasienter som måles når behandlingsforløpet i spesialisthelsetjenesten starter (ordinært avviklede), vil også påvirkes av prioritering av pasienter som avvikles.

I perioden april til juli 2020 var ventetiden i gjennomsnitt markant lenger enn den var for pasientene i samme periode året før. Dette gjaldt spesielt i mai og juni hvor gjennomsnittet i 2020 var 72 (mai) og 69 dager (juni), mot 61 og 59 dager i 2019. I juli var ventetiden litt lavere begge år og forskjellen var mindre. Ventetid for ordinært avviklede steg igjen i august i alle RHF til høyere nivå enn tidligere år (gjennomsnitt for Norge 75 dager i august 2020 mot 69 dager i 2019).

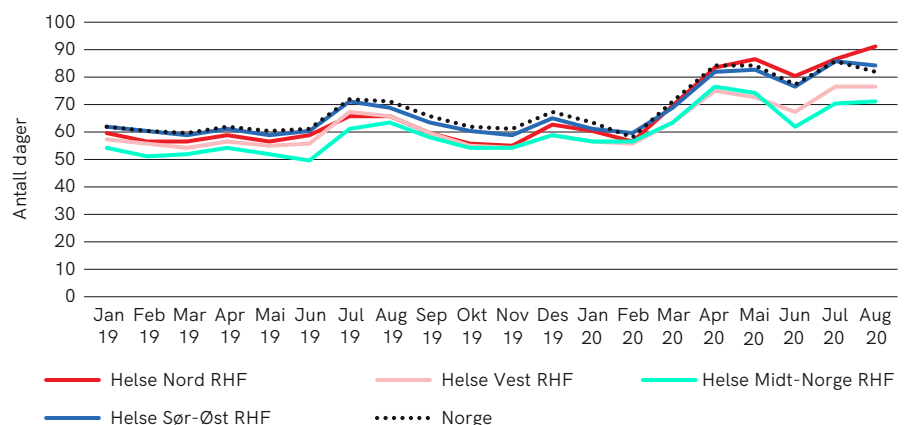
3.3.6.2 Ventetid for ventende

For personer som fortsatt sto på venteliste i slutten av hver måned var forskjellen i ventetid mellom 2019 og 2020 større enn for de ordinært avviklede. Forskjellen var litt mindre i juni og juli enn i april og mai. ➤

3 Resultater

For Norge som helhet var gjennomsnittlig ventetid for de som ventet innen somatikk 81 dager i august (figur 8). Helse Nord hadde 91 dager, Helse Sør-Øst 84 dager, mens Helse Vest hadde 76 dager og Helse Midt-Norge 71 dager. Gjennomsnittlig ventetid, somatikk, for hele landet var i august i fjor 71 dager. I februar i år var ventetiden 58 dager. Ventetiden for ventende gikk noe ned i juni, men opp igjen i juli.

Pasienter som hadde frist knyttet til *behandling* (ikke til utredning) hadde i juli ventet i gjennomsnitt 108 dager, lengst for fagområdene lungesykdommer og generell indremedisin. Lungesykdommer i Helse Nord RHF hadde 207 dager gjennomsnittlig ventetid til start behandling. I august var den sunket til 196 dager, mens ventetid for pasienter med hjerte- og infeksjonssykdommer hadde steget. Det er ulik praksis hvorfor fristen settes til behandling for noen og til utredning for andre. Det er mulig at ventetidene for de som har frist til behandling ville vært de samme dersom fristen var satt til start utredning.



Figur 8: Gjennomsnittlig ventetid ventende i somatisk spesialisthelsetjeneste per måned per RHF og nasjonalt

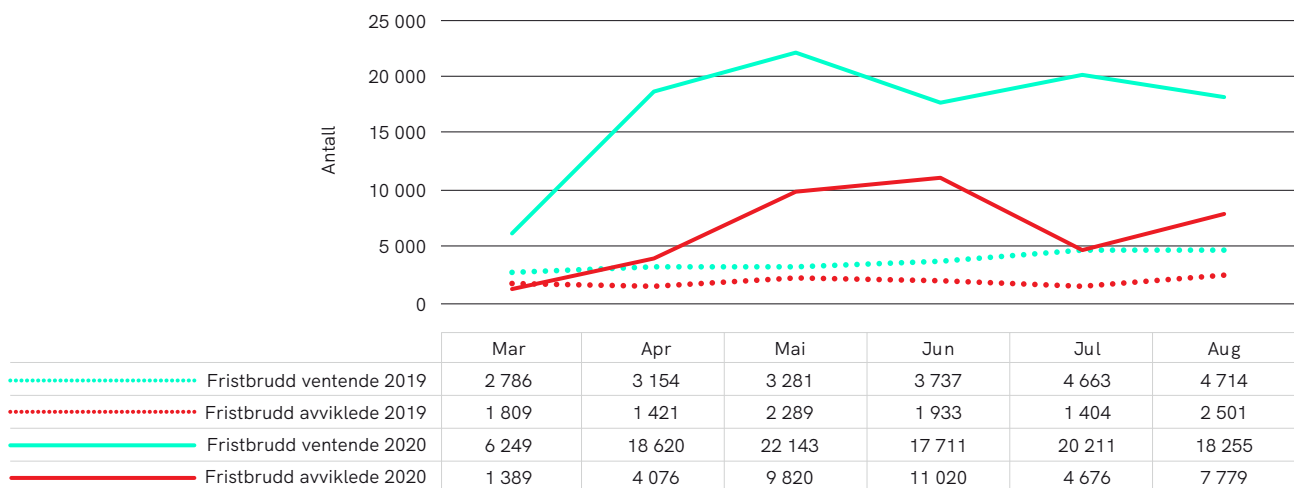
3.3.7 Fristbrudd dersom loven var gjeldende

Fristen settes i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b. andre ledd, andre punktum: «Spesialisthelsetjenesten skal i løpet av vurderingsperioden etter § 2-2 første ledd fastsette en frist for når pasienten senest skal få nødvendig helsehjelp. Fristen skal fastsettes i samsvar med det faglig forsvarlighet krever.»

Et fristbrudd oppstår når frist for nødvendig helsehjelp er passert og ventetid sluttdato ikke er satt. For ventende telles fristbrudd for henvisninger med fristdato før periodeslutt. >

3 Resultater

Fristen gjelder start helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Fristen kan settes til «start utredning» for «uavklarte» pasienter og til «start behandling» for «avklarte» pasienter. Det er varierende praksis i bruk av start utredning/behandling, så tallene for dette må tolkes med spesiell forsiktighet. Det rapporteres på antall og andel fristbrudd for ordinært avviklede pasienter og andel og antall fristbrudd for pasienter som fortsatt venter. Figur 9 viser hvordan antall fristbrudd har utviklet seg for ventende og avviklede. Økningen har vært størst for dem som fortsatt venter, men også betydelig for ordinært avviklede. Antall fristbrudd for avviklede nærmet seg på fjorårets tall i juli, men var fortsatt høyt for de som fortsatt venter.



Figur 9: Antall fristbrudd på landsbasis for ventende og avviklede i månedene mars-juli i 2019 og 2020.

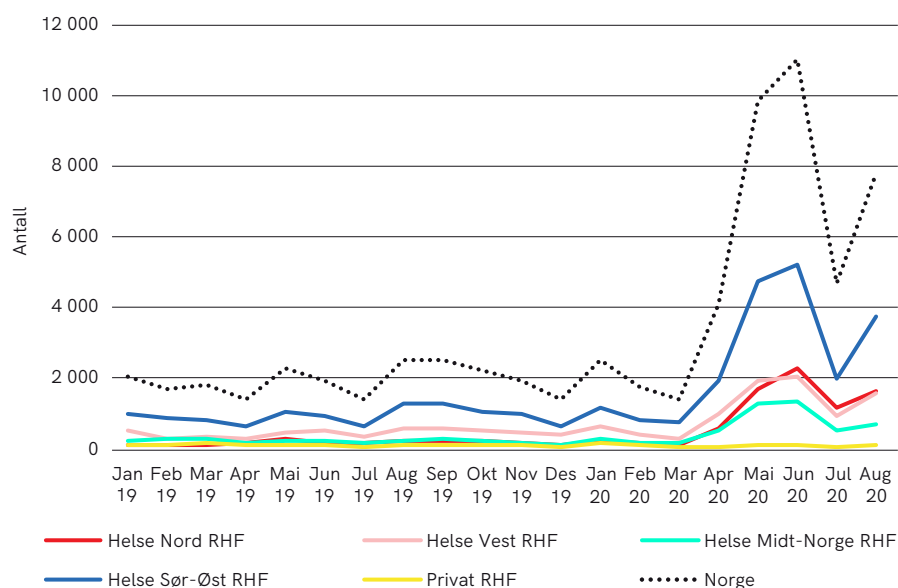
Andelen fristbrudd økte også i alle regionale helseforetak fra februar 2020 utover våren og nådde en topp i mai 2020, både for ordinært avviklede og for ventende. Andelen vil variere med antall avviklede og med antall nyhenviste, og vil synke hvis aktiviteten øker, eller hvis antallet ventende går opp. ➤

3.3.7.1 Fristbrudd, ordinært avviklede

Andel fristbrudd, ordinært avviklede: Antall fristbrudd for ordinært avviklede dividert med antall ordinært avviklede.

Antall fristbrudd for pasienter avviklet fra venteliste økte på landsbasis i mars, april og mai 2020 (figur 10). Økningen fortsatte i en viss grad i juni (11 304), men antallet fristbrudd for ordinært avviklede halverte seg i juli. Antallet slike fristbrudd var noe stigende igjen i august. Det var 5,5 ganger flere fristbrudd for avviklede fra venteliste i juni 2020 enn i 2019 og 3,3 ganger flere i juli 2020 enn året før.

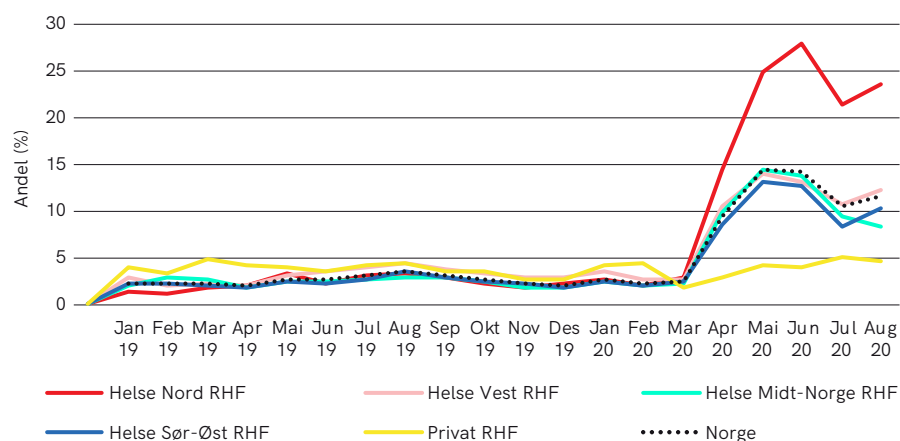
Gjennom hele 2019 lå tallet stabilt på rundt 4 prosent for alle regionale helseforetak (figur 11). I Helse Nord økte andelen fra om lag 3 prosent i mars 2020 til 28 prosent i juni, sank noe i juli og steg til 24 prosent i august. I de øvrige regionale helseforetakene økte andelen til om lag 14 prosent på det høyeste i mai og juni, og sank deretter til rundt 8–10 prosent i juli og august. For landet som helhet har andel fristbrudd for avviklede ligget på 12–15 prosent fra mai til og med august.



Figur 10: Antall fristbrudd for avviklede per RHF og Norge



3 Resultater



Figur 11: Andel fristbrudd for avviklede per RHF og Norge

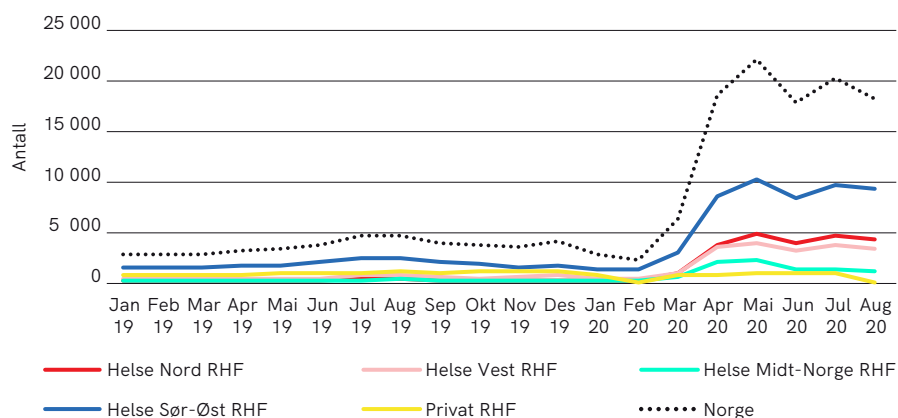
3.3.7.2. Fristbrudd for ventende, utvikling og variasjoner

Et fristbrudd oppstår når frist for nødvendig helsehjelp er passert og ventetid sluttdato ikke er satt. For ventende telles fristbrudd for henvisninger med fristdato før periodeslutt.

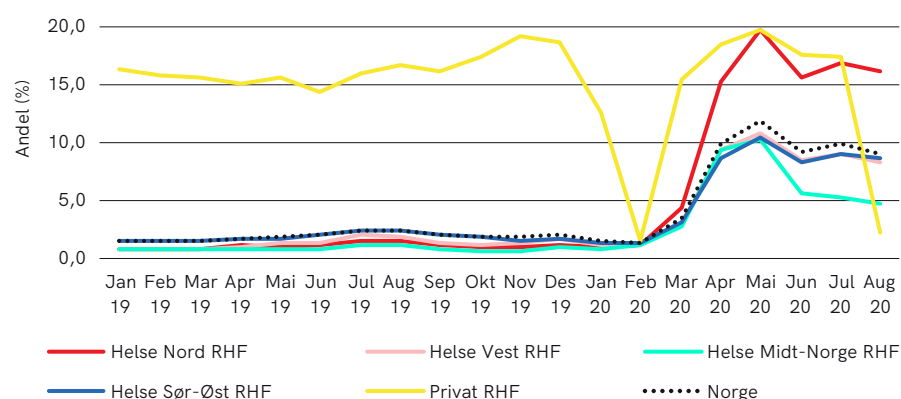
Antall fristbrudd for ventende beskriver antall henvisninger der frist for helsehjelp er passert uten at pasienten har mottatt helsehjelp. Antallet slike fristbrudd for ventende var i februar 2020 drøyt 2000 (figur 12). Antallet fristbrudd økte utover våren med en topp i mai. Antall fristbrudd gikk noe ned i juni, men økte så igjen i flere regioner i juli. I august 2020 var det rapportert inn om lag 18 000 fristbrudd for ventende, for landet som helhet. Tilsvarende tall for august 2019 var 4700.

For perioden februar til mai 2020 hadde antallet fristbrudd for ventende steget mest i Helse Sør-Øst, med en nesten syvdobling fra februar til mai (figur 13). Prosentvis var stigningen størst i Helse Nord. I både Helse Vest og Helse Midt-Norge økte antall fristbrudd gjennom våren og sommeren 2020. Antall fristbrudd for ventende var i august fortsatt betydelig høyere enn før pandemien brøt ut. ➤

3 Resultater



Figur 12: Antall fristbrudd for ventende per RHF og Norge



Figur 13: Andel fristbrudd for ventende per RHF og Norge

Det var variasjoner innenfor de enkelte helseforetakene i fristbrudd for ventende.

I Helse Nord var andel fristbrudd høyest ved Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset med 22 og 23 prosent andel fristbrudd i august, mot rundt 1 prosent i februar. I antall var det imidlertid flest ved Universitetssykehuset Nord-Norge med 1694 fristbrudd for ventende i august, fulgt av Nordlandssykehuset med 1342 fristbrudd.

I Helse Midt-Norge var det Helse Nord-Trøndelag som lå høyest både i andel (12 prosent) og antall (579) fristbrudd i august.

I Helse Vest lå Helse Stavanger høyt i både andel (11 prosent) og antall (1169) fristbrudd i august, på nivå med Helse Bergen (1060) i antall og Helse Fonna (11 prosent) i andel fristbrudd for ventende. ➤

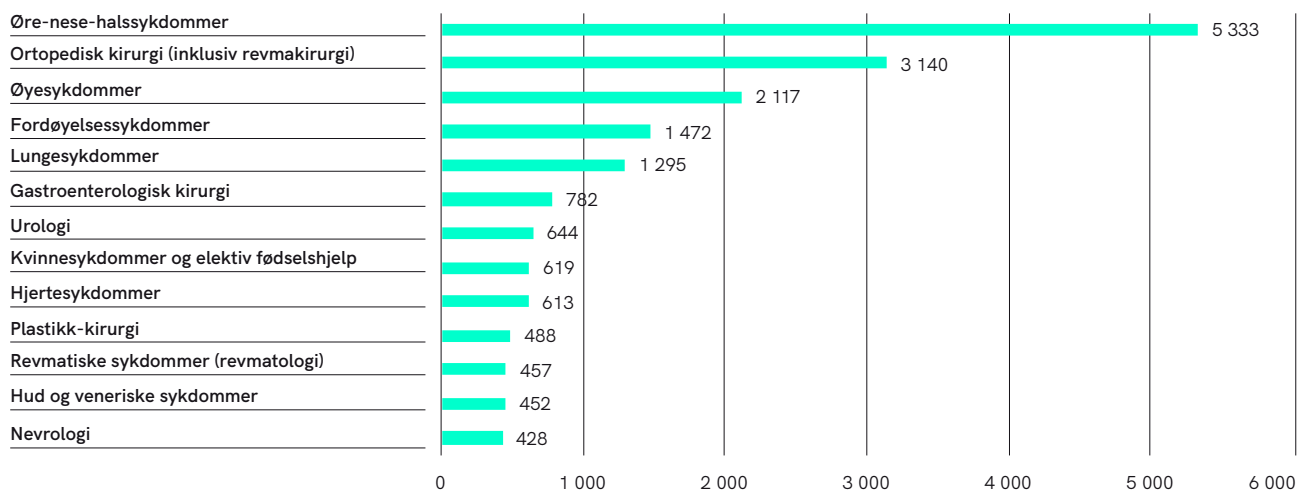
3 Resultater

Helse Sør-Øst har flere helseforetak og større variasjoner, men de som utpekte seg med flest fristbrudd i august var i andel Diakonhjemmet (18 prosent), Sørlandet Sykehus (14 prosent), deretter AHUS, Betanien Hospital Skien og Sykehuset i Østfold, som alle ligger på rundt 12 prosent. Antallet fristbrudd for ventende var størst ved Sørlandet Sykehus (1849), AHUS (1749) og Østfold (1317).

Andel fristbrudd per fagområde var i august så høyt som 20 til 30 prosent i enkelte fagområder, som lungesykdommer, fordøyelsessykdommer, barnekirurgi (HSØ), blodsykdommer (Helse Nord) og sykkelig overvekt (55 prosent i Helse Nord), alle med frist til start utredning.

3.3.7.3 Fristbrudd, variasjoner i fagområder

Antall fristbrudd fordelt på fagområder viser at antallet pasienter som venter varierer mellom ulike fagområder. Fagområdene med flest fristbrudd for ventende var øre-nese-hals-sykdommer, ortopedisk kirurgi, øyesykdommer, fordøyelsessykdommer og lungesykdommer (figur 14).

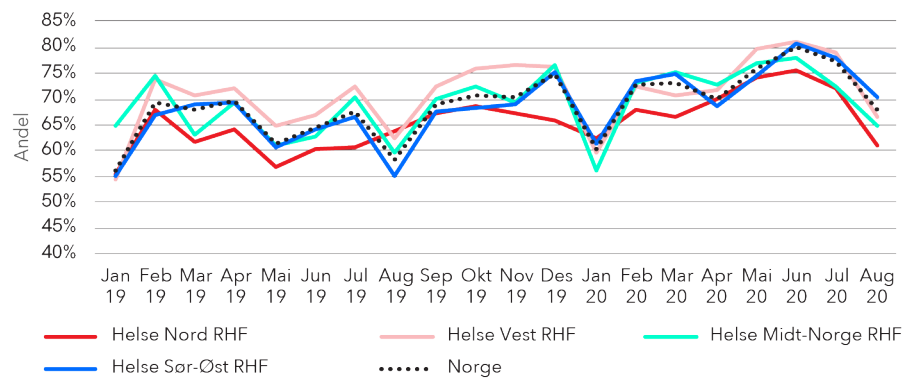


Figur 14: Antall fristbrudd for ventende per 1. august 2020, sortert etter antall fristbrudd per fagområde (7)



3.3.8 Pakkeforløp for kreft

Tabellene viser at andel pasienter behandlet innen standard forløpstid har økt i pandemiperioden, men falt noe i juli. Antall nye pasienter i pakkeforløpene har gått ned i mars og april, men har tatt seg opp i mai og juni (figur 15). Andelen som har fullført innenfor standard forløpstid har gått noe ned i juli, men var i hele perioden høyere enn tilsvarende tidspunkter i 2019. Andelen har sunket i alle RHF fra juli til august, men tallene for august inneholder feil og skal foreløpig ikke brukes.



Figur 15: Andel pasienter behandlet innen standard forløpstid for kreft per måned per RHF og totalt

3.3.9 Tid til tjenestestart

Tid til tjenestestart måler tiden fra sykehuset har mottatt en henvisning til en bestemt utredning eller behandling er utført.

Det som måles er tid fra henvisning er mottatt til utredning eller behandling, for eksempel en undersøkelse eller en operasjon, er utført. Denne indikatoren måler ikke om fastsatte frister eller «planlagt tid» blir overskredet. NPR henter tall fra prosedyrekodene. Tid til tjenestestart er mer spesifikk enn passert planlagt tid med hensyn til type kontakt, men inneholder ikke informasjon om hva som er normert eller planlagt tid for utredningene eller behandlingene.

En kombinert oversikt over «passert planlagt tid» og «tid til tjenestestart» ville gitt mer informasjon om risiko for pasientsikkerheten. En slik oversikt kunne rapportert om tidspunkt for gjennomføring av prosedyrer og utredninger, i forhold til planlagt tid eller frist, og hvor forsinket de eventuelt var. ➤

3.3.10 Passert planlagt tid

Registrerer antall og andel som har passert planlagt tidspunkt til neste kontakt. Dette gjelder alle typer kontakter, og måler ikke hvor stor forsinkelsen er eller hva som ble forsinket. Det er et styringsmål, ikke en kvalitetsindikator, men har betydning for å få oversikt over ventende i forløp som har startet helsehjelp, med eller uten fristbrudd. Data hentes fra pasientadministrative systemer i foretakene. Dataene skal ikke tolkes alene, men kan kanskje si noe om presset på kapasiteten i pandemiperioden.

Data for andre tertial 2020 er ventet i slutten av oktober, og de vil kanskje si mer om eventuelle effekter av pandemien og koronatiltakene enn tall for første tertial som bare delvis ble berørt av pandemien. I første tertial ble det målt en økning av andel av «passert planlagt tid» fra 10 til 14 prosent på landsbasis.

3.3.11 Tilbudet til barn med behov for habiliteringstjenester

Helsetilsynet gjennomførte 5. juni 2020 en undersøkelse om hvorvidt tilbudet til barn og unge i somatisk spesialisthelsetjeneste har vært påvirket av koronapandemien. Vi sendte et spørreskjema til 20 barneavdelinger og 20 føde/barselavdelinger. Avdelingene ble bedt om å besvare spørsmål vedrørende situasjonen for barn og familier under pandemien. De ble også bedt om å distribuere spørreskjema til familier som var innlagt på føde/barselavdelinger, foreldre som hadde barn med kreftsykdom, foreldre med syke nyfødte barn og foreldre med barn som mottok habiliteringstjenester. Vi mottok svar fra 18 av 20 barneavdelinger og 18 av 20 føde/barselavdelinger, i tillegg til svar fra 151 familier, herunder 26 foreldre/familier som mottok tjenester fra habiliteringstjenesten.

Alle de 16 avdelingene som svarte på spørsmål om habiliteringstjenesten, anga at tilbudet var blitt redusert, og ni av 16 mente at dette hadde hatt negativ betydning for barna. Barn kan med dette ha fått utsatt utredning, diagnose og planer for tjenester i kommunene. To avdelinger oppga at negative konsekvenser i høy grad fremdeles var til stede pr. juni 2020, mens tolv av 16 mente at situasjonen hadde bedret seg noe. Åtte av 26 familier svarte at pandemien hadde medført forsinkelser og/eller reduserte tjenester som har eller kan ha hatt betydning. Flere av foreldrene med barn som fikk habiliteringstjenester, påpekte at å undersøke kommunale tjenester for disse barna ville gitt en enda større forståelse av eventuell negativ påvirkning av koronapandemien enn en undersøkelse i spesialisthelsetjenesten. Undersøkelsen publiseres som Rapport fra Helsetilsynet 4/2020. >



«Lang responstid på telefon til AMK.»

3.3.12 Varsler fra somatisk spesialisthelsetjeneste

Som tidligere presentert har Helsetilsynet mottatt seks varsler som omhandlet somatisk spesialisthelsetjeneste der koronarelaterte forhold var beskrevet.

Kort beskrivelse av de sakene der vi har vurdert det til at pandemisituasjonen spilte en betydelig rolle:

- Brudd på smittevernreglene i sykehuset i intervallet mellom Covid-test ble tatt og til svaret forelå.
- Forsinket hjerte-lunge-redning som følge av at pasienten lå på en nyopprettet koronapost der rutinene ikke synes å ha vært helt etablerte.
- Lang responstid på telefon til AMK.
- Hendelse på ambulanse knyttet til bruk av smittevernutstyr/beskyttelse for ambulansepersonalet (HMS-hendelse, ikke pasientskade).

3.4 Psykisk helsevern og rusbehandling

I det følgende presenterer vi aktivitetstall i spesialisthelsetjenesten innen helsetjenesteområdene psykisk helsevern barn og unge (PHBU), psykisk helsetjeneste voksne (PHV) og rusbehandling.

3.4.1 Psykisk helsevern barn og unge

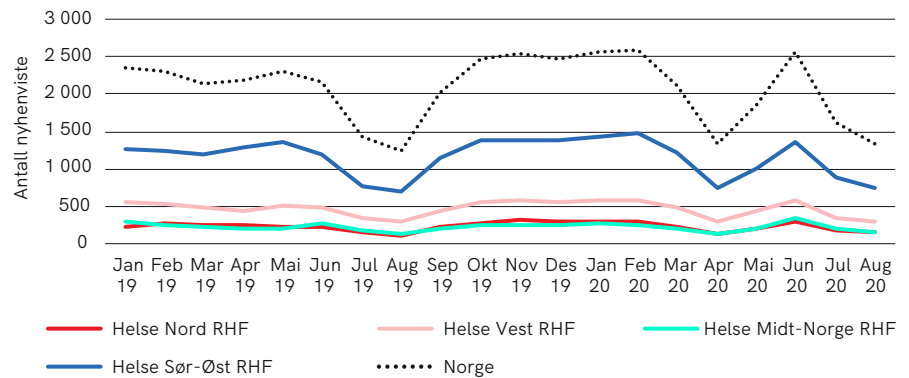
3.4.1.1 Henvisninger

Antall nyhenviste

Med nyhenviste menes antall henvisninger som er vurdert og satt på venteliste i løpet av rapporteringsperioden. Avviste henvisninger telles ikke som nyhenviste.

Antall nyhenviste gikk ned ved alle RHF-ene fra februar 2020 til april 2020, antallet steg igjen i mai og juni, mens det ble færre nyhenviste i juli og august, tilsvarende sommeren 2019 (figur 16). ➤

3 Resultater

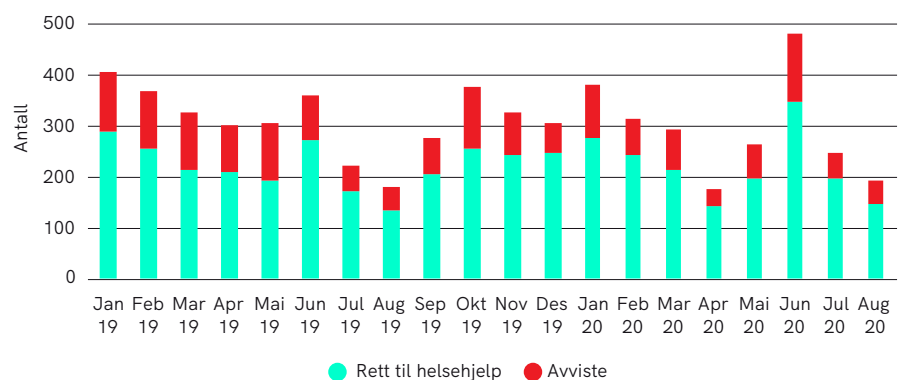


Figur 16: Antall nyhenviste innen PHBU per måned per RHF og totalt

Avviste henvisninger

Dette er henvisninger kodet med «Pasienten har ikke behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten (kode 5 i Rett til helsehjelp), i rapporteringsperioden».

I perioden juni 2019–august 2020 er avviste registreringer kun registrert i Helse Midt-Norge RHF. Det var flest avviste henvisninger i juni 2020 (figur 17).



Figur 17: Henvisninger innen PHBU per måned i Helse Midt-Norge RHF – avviste henvisninger og henvisninger der pasienten ble vurdert å ha rett til helsehjelp

3.4.1.2 Vurderingstid

Vurderingstid er antall virkedager fra en henvisning er mottatt i spesialisthelsetjenesten til fristdato. Frist for nødvendig helsehjelp er en frist som spesialisthelsetjenesten skal fastsette for når medisinsk forsvarlighet krever at en rettighetspasient skal få nødvendig helsehjelp. >

Det var små forskjeller mellom RHF-ene med hensyn til gjennomsnittlig vurderingstid (tabell 4).

RHF	Jun 19	Jul 19	Aug 19	Sep 19	Okt 19	Nov 19	Des 19	Jan 20	Feb 20	Mar 20	Apr 20	Mai 20	Jun 20	Jul 20	Aug 20
Helse Nord RHF	6,2	6,2	4,6	5,7	5,3	4,6	5,3	5,7	5,0	6,2	5,3	5,2	4,9	12,4	4,7
Helse Vest RHF	5,3	4,4	5,4	4,5	4,4	4,4	5,1	5,1	4,8	5,1	4,6	4,4	4,7	5,4	3,7
Helse Midt-Norge RHF	1,2	3,8	1,4	0,9	2,5	0,6	0,7	4,6	0,4	0,6	0,9	1,1	0,6	5,6	5,2
Helse Sør-Øst RHF	5,0	4,6	4,0	4,4	6,7	4,6	4,9	5,2	5,0	5,3	4,8	5,2	5,3	7,2	4,6

3.4.1.3 Ventetid

Med ventende menes antallet som venter på helsehjelp på et gitt tidspunkt eller antallet som ikke har en ventetid-sluttdato/kode ved periodeslutt. Alle ventende telles ved avslutningen av den gjeldende rapporteringsperiode.

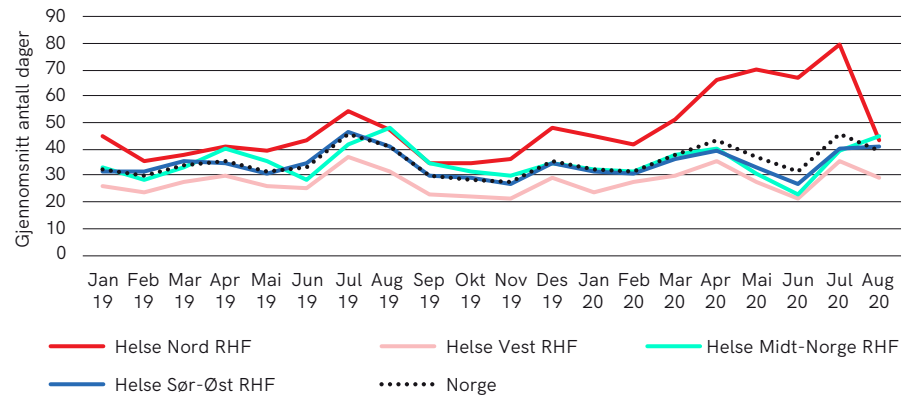
Ventetid for ventende

Ventetid for ventende er antall kalenderdager fra henvisningen er mottatt i spesialisthelsetjenesten til utgangen av rapporteringsperioden.

På landsbasis ser vi at det har vært relativt stabil ventetid for ventende i perioden januar 2019 til februar 2020, med 30–40 dagers ventetid hver måned. Helse Nord RHF hadde en økning i gjennomsnittlig ventetid fra mars til juli 2020. I august ser vi en reduksjon, og ventetiden var da i nærheten av landsgjennomsnittet (figur 18). Som tabell 5 viser, var det Universitetssykehuset Nord-Norge HF som i størst grad bidro til både økningen og reduksjonen i Helse Nord RHF i denne perioden. Finnmarkssykehuset HF og Nordlandssykehuset HF lå også over landsgjennomsnittet i store deler av perioden.

Ellers ser vi at Sykehuset Østfold HF og Sykehuset Innlandet HF lå over landsgjennomsnittet i de siste månedene, mens Oslo universitetssykehus HF og Privat Sør-Øst HF har ligget over landsgjennomsnittet de fleste måneder. Vi kan ikke se noe tydelig endringsmønster i koronaperioden for disse foretakene. ➤

3 Resultater



Figur 18: Gjennomsnittlig ventetid for ventende per måned og HF innen PHBU

Tabell 5 Gjennomsnittlig ventetid for ventende innen PHBU (antall virkedager) per måned per RHF, HF og nasjonalt. Røde tall indikerer ventetid over landsgjennomsnittet per måned

	Jun 19	Jul 19	Aug 19	Sep 19	Okt 19	Nov 19	Des 19	Jan 20	Feb 20	Mar 20	Apr 20	Mai 20	Jun 20	Jul 20	Aug 20
Helse Nord RHF	43	55	47	35	34	36	48	45	42	51	66	70	67	80	43
Finnmarkssykehuset HF	33	37	36	30	28	27	38	39	52	43	54	40	63	67	53
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	35	47	45	39	39	43	54	53	45	61	82	94	93	107	44
Nordlandssykehuset HF	48	60	59	37	30	33	50	39	36	40	52	54	28	53	43
Helgelandssykehuset HF	67	80	34	23	28	30	34	26	24	36	30	27	21	33	22
Privat Nord HF				14			25	56	85	116	146				
Helse Vest RHF	25	37	32	23	22	21	29	24	27	30	35	27	22	36	29
Helse Stavanger HF	29	40	35	27	23	23	32	26	28	31	34	23	24	39	33
Helse Fonna HF	28	40	35	24	26	20	32	26	28	34	37	22	16	34	17
Helse Bergen HF	18	29	23	19	18	19	24	16	29	26	33	34	23	34	26
Helse Førde HF	24	40	36	19	23	23	30	24	24	28	40	29	20	32	35
Privat Vest HF	18	36	13	17	12	21	30	24	21	24	14	38	14	25	
Helse Midt-Norge RHF	29	41	48	34	32	30	35	32	32	38	40	31	23	40	45
St. Olavs Hospital HF	23	30	28	23	21	22	28	23	24	27	28	25	18	29	27
Helse Nord-Trøndelag HF	35	52	61	44	43	41	45	39	36	47	53	40	28	46	60
Helse Møre og Romsdal HF	28	45	57	38	34	32	37	38	40	43	44	33	24	46	53



Helse Sør-Øst RHF	34	47	41	30	29	27	34	32	31	36	40	33	27	41	41
Vestre Viken HF	28	39	29	23	23	26	38	33	30	37	41	31	20	36	26
Lovisenberg diakonale sykehus AS	22	36	45	25	31	36	35	35	38	32	40	32	23	39	40
Diakonhjemmet sykehus AS	15	30	19	15	17	14	17	15	14	22	12	16	14	22	15
Akershus universitets-sykehus HF	33	47	31	24	24	26	34	32	27	36	39	32	24	34	44
Sykehuset Innlandet HF	39	50	51	32	32	30	35	33	35	41	53	45	38	49	54
Sykehuset Østfold HF	38	47	33	24	23	27	33	32	32	33	40	43	36	48	51
Sørlandet Sykehus HF	21	41	31	20	22	20	30	22	26	36	32	24	21	36	29
Sykehuset i Vestfold HF	31	45	33	25	24	23	32	28	30	27	27	15	19	32	29
Sykehuset Telemark HF	35	31	22	20	23	23	27	22	26	29	25	21	32	28	27
Oslo universitets-sykehus HF	50	65	72	71	67	34	43	39	42	44	44	34	29	60	45
Privat Sør-Øst HF	60	70	66	91	68	98	183	1183		118	122	110			
Norge totalt	33	45	41	30	29	28	36	32	32	38	43	37	32	46	40

3.4.1.4 Fristbrudd for ventende

Et fristbrudd oppstår når frist for nødvendig helsehjelp er passert og ventetid sluttdato ikke er satt. For ventende telles fristbrudd for henvisninger med fristdato før periodeslutt.

Som figur 19 viser, var det på landsbasis en økning i antall fristbrudd i perioden februar til april 2020, deretter var det variasjon mellom 83 og 123 fristbrudd per måned fram til august (rundt 4 prosent) (figur 20).

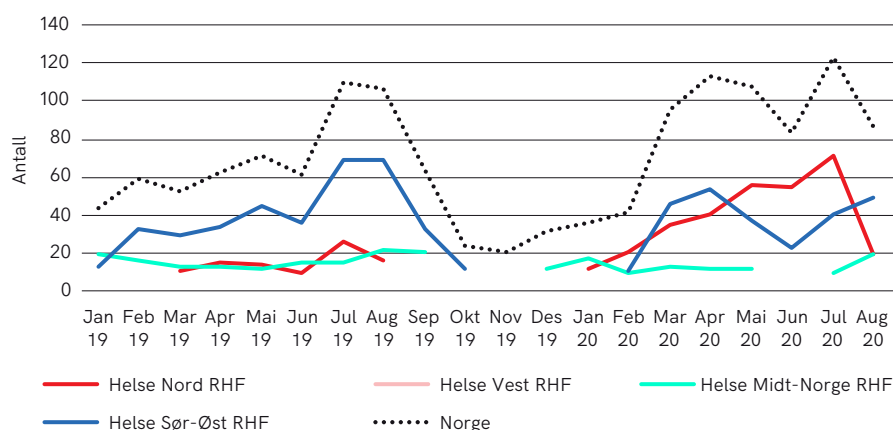
Helse Nord RHF hadde en jevn økning i antall fristbrudd fra januar til juli 2020, men med en sterk nedgang i august 2020. Helse Sør-Øst RHF hadde en økning i mars og april, en nedgang i mai og juni, mens det igjen var en økning i juli og august. I Helse Vest RHF var det ikke registrert mer enn 10 fristbrudd noen av månedene i denne perioden. I Helse Midt-Norge RHF har det vært relativt stabilt med i underkant av 20 fristbrudd per måned i hele perioden.

Fristbrudd for ventende i Helse Midt-Norge RHF kom i hovedsak fra Helse Nord-Trøndelag HF. I august 2020 var det her 19 fristbrudd (20 prosent).

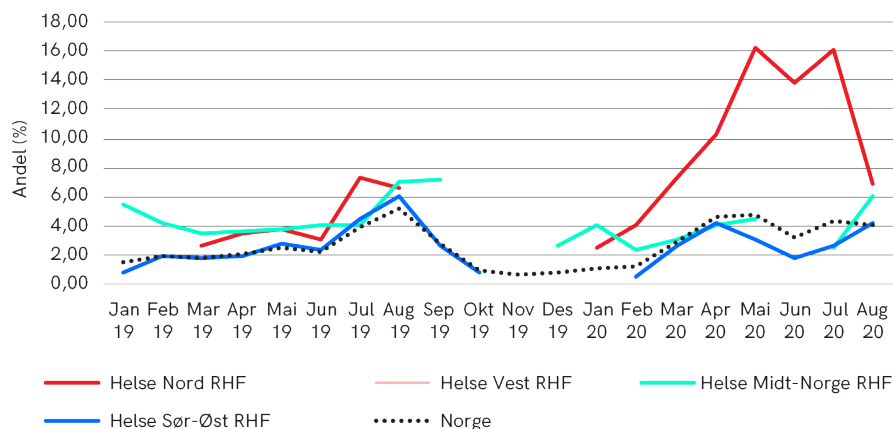
I Helse Sør-Øst RHF var det i perioden mars–mai flest fristbrudd ved Sykehuset Innlandet HF, med mellom 14 og 32 fristbrudd per måned i perioden mars–august 2020 (7–16 prosent). Ved Sykehuset Østfold HF var det 12–14 fristbrudd per måned i april–august (7–9 prosent). ➤

3 Resultater

Den største andelen blant fristbruddene i Helse Nord RHF skjedde ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF. Her var antall fristbrudd for ventende økende fra februar til juli 2020; mellom 15 og 64 i per måned. I mai, juni og juli 2020 utgjorde dette henholdsvis 26, 23 og 29 prosent. Det var ingen opplysninger om august 2020.



Figur 19: Antall fristbrudd ventende per måned per RHF innen PHBU



Figur 20: Andel fristbrudd ventende per måned, RHF og nasjonalt innen PHBU

3.4.1.5 Varsler som omhandlet psykisk helsevern barn og unge

Helsetilsynet har mottatt fire varsler fra psykisk helsevern barn og unge. Disse beskrev følgende forhold:

- Avslag på søknad om behandling på BUP. Alternativ oppfølging ikke iverksatt på grunn av korona.
- Depresjon. Selvmordstanker, overdose som krevde sykehusinnleggelse. Etter utskrivning ble det gjennomført >

3 Resultater

konsultasjoner med BUP per telefon. Deretter ny overdoseinnleggelse.

- Behandling/konsultasjoner delvis per video og telefon av ungdom med flere gjennomførte selvmordsforsøk.
- Forverret tvangstanker og økt isolasjon på grunn av korona.

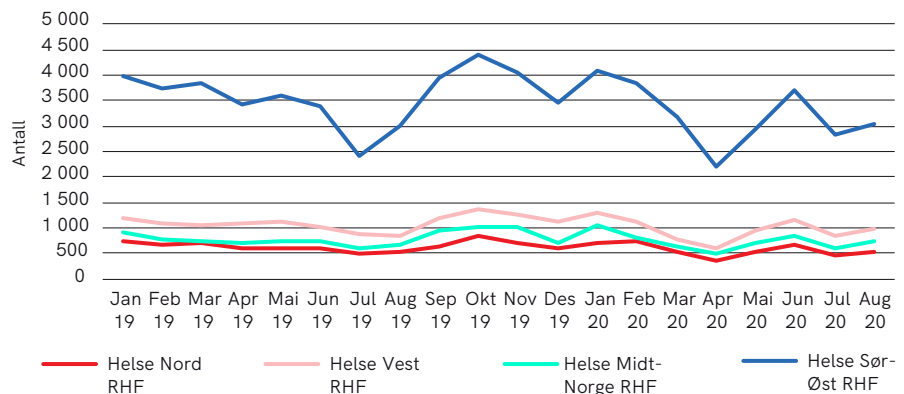
3.4.2 Psykisk helsevern voksne

3.4.2.1 Henvisninger

Antall nyhenviste

Med nyhenviste menes antall henvisninger som er vurdert og satt på venteliste i løpet av rapporteringsperioden. Avviste henvisninger telles ikke som nyhenviste.

Antall nyhenviste gikk ned i alle RHF-ene fra februar 2020 til april 2020. I mai og juni var det noe flere nyhenviste, mens det igjen var noe færre i juli og august 2020 (figur 21). Det finnes ikke tall på nasjonalt nivå.



Figur 21: Antall nyhenviste per måned per RHF innen PHV

Avviste henvisninger

Dette er henvisninger kodet med Pasienten har ikke behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten (kode 5 i Rett til helsehjelp) i rapporteringsperioden.

I perioden juni 2019 – august 2020 var avviste henvisninger kun registrert ved Helse Midt-Norge RHF og Diakonhjemmet sykehus. Det er uklart hva som er årsaken til at avviste henvisninger kun er registrert ved disse virksomhetene.

Disse fordeler seg som vist i tabell 6. >

Tabell 6 Antall avviste henvisninger per måned innen PHV per HF i Helse Midt-Norge RHF og ved Diakonhjemmet sykehus HF

RHF	Jun 19	Jul 19	Aug 19	Sep 19	Okt 19	Nov 19	Des 19	Jan 20	Feb 20	Mar 20	Apr 20	Mai 20	Jun 20	Jul 20	Aug 20
St. Olavs Hospital HF	128	84	90	120	136	150	122	140	140	117	90	108	146	78	90
Helse Nord-Trøndelag HF	43	36	43	51	82	58	49	71	74	39	25	43	47	23	45
Helse Møre og Romsdal HF	50	29	28	39	43	30	20	42	22	12	18	28	31	28	29
Diakonhjemmet sykehus AS	44	35	19	34	46	44	53	66	74	66	49	53	60	32	36

3.4.2.2 Vurderingstid

Vurderingstid er antall virkedager fra en henvisning er mottatt i spesialisthelsetjenesten til vurderingsdato er satt (= faktisk dato for ferdig vurdert henvisning).

Det var små forskjeller mellom RHF-ene med hensyn til gjennomsnittlig vurderingstid (tabell 7). Vi ser ingen endring i koronaperioden.

Tabell 7 Gjennomsnittlig vurderingstid (antall virkedager) per måned og RHF innen PHV

RHF	Jun 19	Jul 19	Aug 19	Sep 19	Okt 19	Nov 19	Des 19	Jan 20	Feb 20	Mar 20	Apr 20	Mai 20	Jun 20	Jul 20	Aug 20
Helse Nord RHF	5,2	4,5	4,2	4,8	5,4	4,6	5,2	4,7	5,4	5,8	7,2	4,6	5,1	4,9	6,9
Helse Vest RHF	5,1	4,8	4,0	4,3	4,9	5,0	4,9	4,7	4,5	5,5	4,6	4,7	5,2	4,3	4,4
Helse Midt-Norge RHF	3,3	4,6	3,1	3,3	2,7	1,8	1,5	3,2	1,6	2,4	8,3	0,8	2,0	1,5	2,7
Helse Sør-Øst RHF	5,1	4,2	3,4	4,2	4,5	4,8	5,4	5,5	5,3	5,4	5,1	4,2	4,6	3,9	4,0

3.4.2.3 Brudd på vurderingsgarantien

Brudd på vurderingsgarantien beregnes for nyhenviste med vurderingsdato som kommer mer enn 10 virkedager etter ansiennitetsdato (=den første mottaksdato for en henvisning i kjeden av mottaksdatoer i offentlig spesialisthelsetjeneste, inkludert private som har avtale med det offentlige og som omfattes av rett til fritt sykehusvalg).

Antall brudd på vurderingsgarantien varierte fra måned til måned ved alle RHF-ene (tabell 8). Det har ikke vært noen tydelig økning de siste månedene. Når det gjelder antall nyhenviste totalt, er det et fåtall pasienter som har opplevd brudd på vurderingsgarantien. I august 2020 var dette 2,3 prosent. ➤

Tabell 8 Antall brudd vurderingsgarantien innen PHV

RHF	Jun 19	Jul 19	Aug 19	Sep 19	Okt 19	Nov 19	Des 19	Jan 20	Feb 20	Mar 20	Apr 20	Mai 20	Jun 20	Jul 20	Aug 20
Helse Nord RHF	14		10	11	11	12		18	26	30	14	10	17	12	37
Helse Vest RHF	31	23	14	22	58	43	25	27	27	39	19	43	33	22	31
Helse Midt-Norge RHF		12		13	24			16							
Helse Sør-Øst RHF	73	75	34	55	109	99	131	210	164	193	67	37	86	51	55

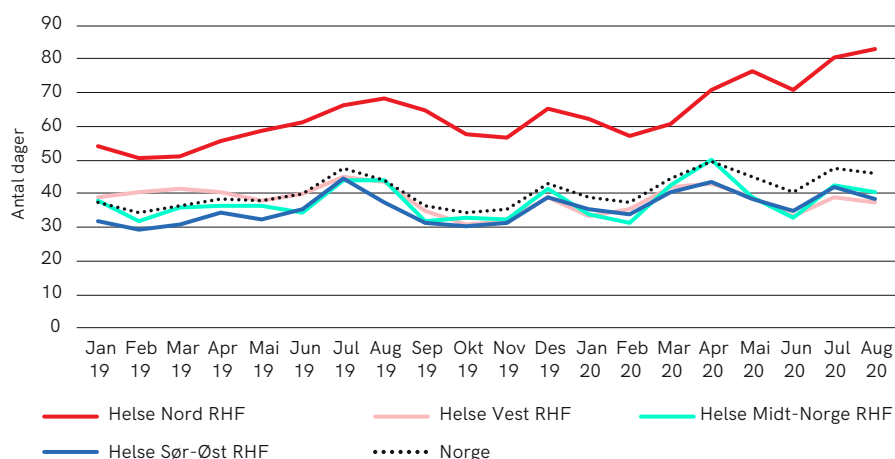
3.4.2.4 Ventetid

Med ventende menes antallet som venter på helsehjelp på et gitt tidspunkt eller antallet som ikke har en ventetid-sluttdato/kode ved periodeslutt. Alle ventende telles ved avslutningen av den gjeldende rapporteringsperiode.

Ventetid for ventende

Ventetid for ventende er antall kalenderdager fra henvisningen er mottatt i spesialisthelsetjenesten til utgangen av rapporteringsperioden.

Som figur 22 viser, har Helse Nord RHF ligget over landsgjennomsnittet i hele denne perioden. Her har det stort sett vært økende ventetid for ventende fra februar til august 2020.



Figur 22: Gjennomsnittlig ventetid for ventende per måned per RHF og Norge innen PHV

Gjennomsnittlig ventetid for ventende varierte mellom HF-ene. Tabell 9 viser de HF-ene som gjennomgående hadde en ventetid over landsgjennomsnittet. I vedlegg 2 er dette presentert for alle HF-ene. >

Tabell 9 Ventetid for ventende, gjennomsnittlig antall dager nasjonalt og per helseforetak for helseforetak som gjennomgående hadde en ventetid over landsgjennomsnittet

RHF	Jun 19	Jul 19	Aug 19	Sep 19	Okt 19	Nov 19	Des 19	Jan 20	Feb 20	Mar 20	Apr 20	Mai 20	Jun 20	Jul 20	Aug 20
Finnmarks-sykehuset HF	51	41	44	41	36	40	52	48	46	49	69	66	53	57	59
Universitets-sykehuset Nord-Norge HF	45	52	46	43	41	42	51	55	56	58	60	68	65	78	78
Nordlands-sykehuset HF	74	80	86	81	69	66	77	78	61	65	69	67	68	73	86
Privat Nord HF	105	196	132	153	169	187	192	123	134	114	142	194	198	216	186
Helse Stavanger HF	41	46	47	44	38	43	48	45	48	51	57	49	42	46	43
Helse Møre og Romsdal HF	39	50	53	39	38	36	45	41	40	52	59	50	44	53	54
NKS Olaviken alderspsyk. Sykehus	13	23	67	15	17	13	23	18	14		45	24	70	54	12
Sykehuset Østfold HF	50	54	48	42	39	40	50	47	40	49	55	55	54	59	54
Privat Sør-Øst HF	81	89	95	88	86	74	71	126	108	92	82	84	74	82	97
Gjennom-snitt Norge	40	48	44	36	35	35	43	39	37	44	50	45	40	47	46

Fristbrudd for ventende

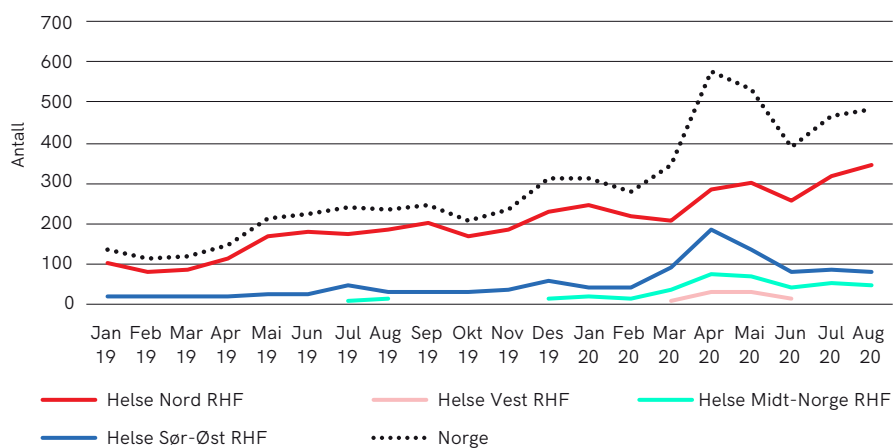
Et fristbrudd oppstår når frist for nødvendig helsehjelp er passert og ventetid sluttdato ikke er satt. For ventende telles fristbrudd for henvisninger med fristdato før periodeslutt.

På landsbasis var det økning i både antall og andel fristbrudd for ventende fra februar til april 2020, med en nedgang fra april til juni og de påfølgende månedene (figur 23 og 24). Helse Nord RHF har hatt den største økningen i antall fristbrudd for ventende fra mars til august 2020. Den største andelen blant fristbruddene i Helse Nord RHF skjedde ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (24–36 prosent), ved Nordlandssykehuset HF (27–36 prosent) og Privat Nord HF (14–36 prosent).

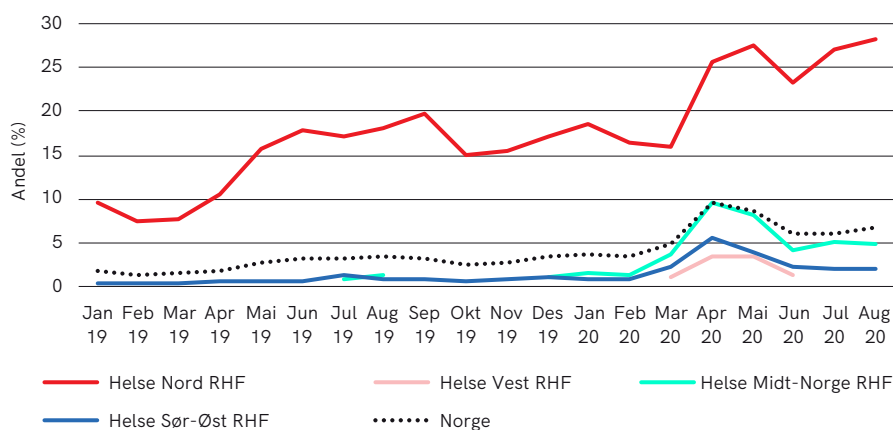
Fristbrudd for ventende i Helse Midt-Norge RHF var i hovedsak registrert i Helse Møre og Romsdal HF. I perioden april–juli 2020 utgjorde dette 9–16 prosent.

I Helse Sør-Øst RHF var det i perioden mars–juli flest fristbrudd for ventende ved Sykehuset Østfold HF. Andel fristbrudd var der mellom 7 og 10 prosent i perioden april–august 2020. ➤

3 Resultater



Figur 23: Antall fristbrudd for ventende per måned per RHF og Norge innen PHV



Figur 24: Andel fristbrudd ventende per måned per RHF og Norge innen PHV

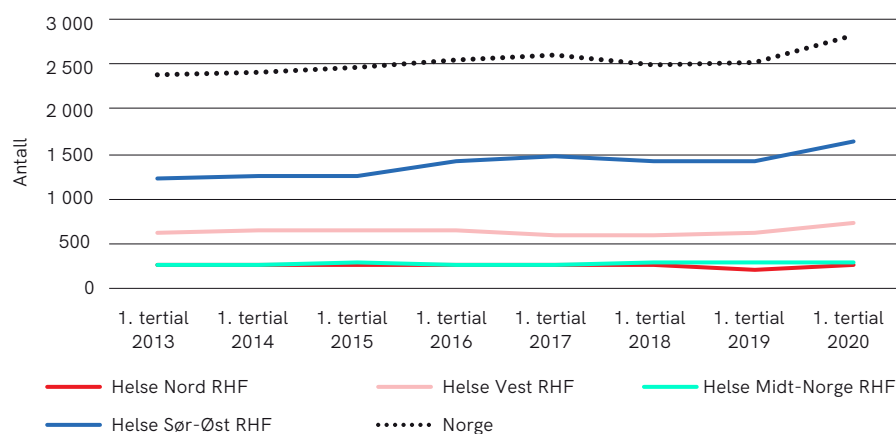
3.4.2.5 Tvang

Tallene for tvangsinnleggelser og bruk av tvangsmidler vises i tidsserier per 1. tertial fra 2013 (tvangsinnleggelser) og 2014 (tvangsmidler) til og med 1. tertial 2020. En mulig korona-effekt kan bli kamouflert siden korona-pandemien inntrådte i siste del av 1. tertial 2020.

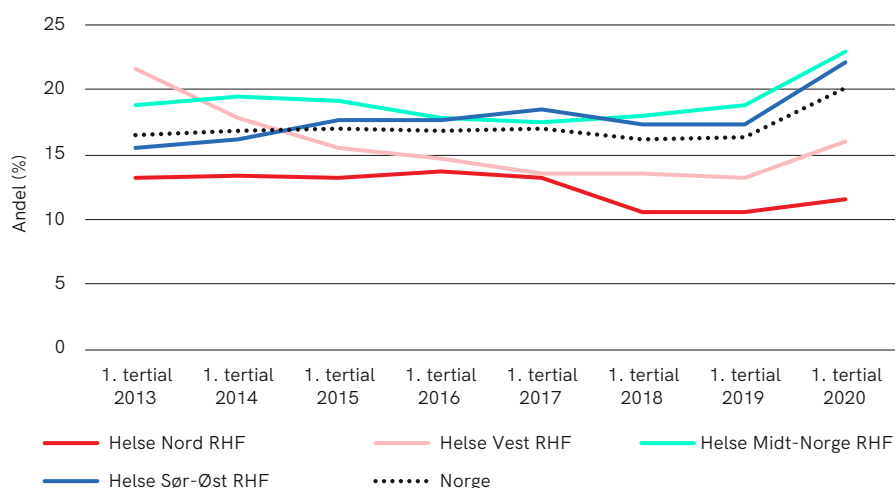
Tvangsinnleggelser

Antall tvangsinnleggelser har vært relativt stabilt i perioden (figur 25), mens andel tvangsinnleggelser viser en svakt stigende tendens fra 2019 til 2020, særlig i Helse Vest RHF og Helse Sør-Øst RHF (figur 26). ➤

3 Resultater



Figur 25: Antall tvangsinnleggelser per tertial per RHF og Norge



Figur 26: Andel tvangsinnleggelser per tertial per RHF og Norge

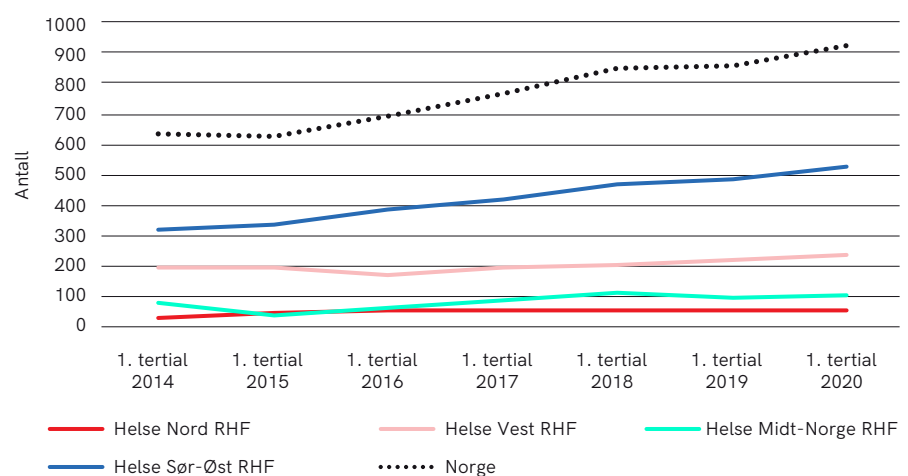
Bruk av tvangsmidler

Definisjon: Totalt antall og andel pasienter i døgntilrettelagt behandling med minst ett tvangsmiddelvedtak i måleperioden. Tvangsmidler som kan anvendes er:

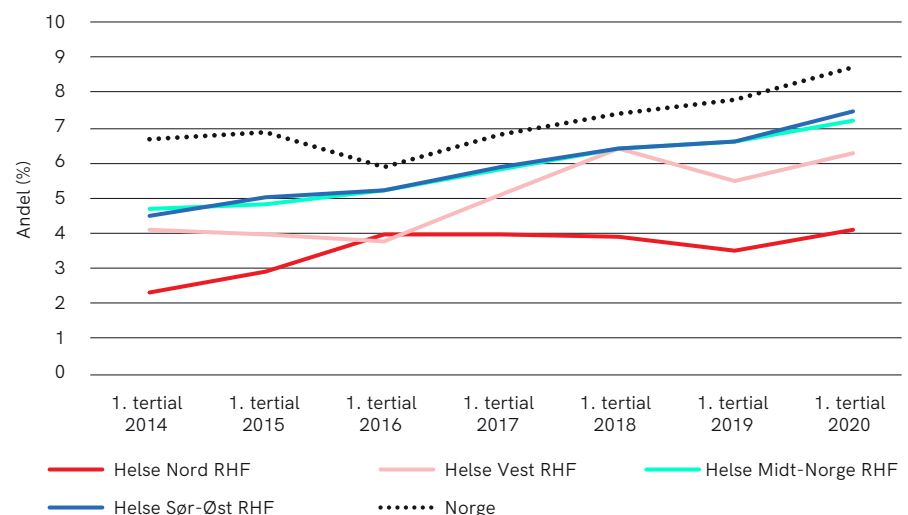
- Mekaniske tvangsmidler som hindrer pasientens bevegelsesfrihet, herunder belter og remmer samt skadeforebyggende spesialklær.
- Kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør uten personale til stede.
- Enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt.
- Kortvarig fastholding. >

3 Resultater

Ved alle RHF-ene er det en tendens til at det har vært en økende andel av pasienter med minst ett tvangsmiddelvedtak de siste årene (figur 28). Antall tvangsmidler brukt har vært relativt stabilt (figur 27). I første tertial 2020 var det 923 pasienter som hadde minst ett tvangsmiddelvedtak, mens det i 1. tertial 2019 var det 856. Andelen har økt med 1.1 prosentpoeng i samme tidsintervall.



Figur 27: Antall pasienter i døgnerbehandling med minst ett tvangsmiddelvedtak i måleperioden, per 1. tertial per RHF og Norge



Figur 28: Andel pasienter i døgnerbehandling med minst ett tvangsmiddelvedtak i måleperioden, per 1. tertial per RHF og Norge

3.4.2.6 Selvmord

Foreløpige tall fra Folkehelseinstituttet viser at det ikke har vært flere selvmord i perioden mars til mai 2020 (20). Dette er noe lavere enn for de samme tre månedene i perioden 2014 – 2018. Folkehelseinstituttet forventer at tallene kan stige noe når det finnes mer fullstendige tall, særlig dødsfall som skyldtes ulykker, selvmord og drap. Det har vært færre narkotikautløste dødsfall i mars–mai i 2020 enn i de samme månedene i 2014–2018. Tallene for hele 2019 er foreløpig ikke tilgjengelig.

3.4.2.7 Varsler psykisk helsevern voksne

Som tidligere presentert har varselordningen mottatt 35 varsler som omhandlet psykisk helsevern for voksne. I det følgende er innholdet i disse varslene kort oppsummert.

- Pasientatferd/-bekymring
 - Økende helseangst, forverrede tvangstanker, realitetsbrist.
 - Tilbaketrekking fra behandling/behandler av frykt for å bli smittet eller å smitte andre.
 - Forsterket depresjon på grunn av bortfall av aktivitetstilbud.
 - Forverret depresjon på grunn av økonomiske bekymringer på grunn av bortfall av eller permisjon fra jobb.
- Behandlingstilbud falt bort
 - Bortfall av tilrettelagt jobb, aktivitetstilbud og støttekontakttilbud pga. korona.
 - Redusert/opphørt behandlingstilbud i psykisk helsevern.
 - Avkortet sykehusinnleggelse i psykisk helsetjeneste pga. korona.
- Behandling ble utsatt
 - «I henhold til nye retningslinjer i forbindelse med korona-situasjonen, ble det ikke satt frist for oppstart av behandling». Medførte forsinket oppstart av psykiatrisk behandling.
 - Etter langvarig kontakt innen psykisk helsevern, brøt pasienten behandlingstilbudet. Ny behandlingstime ble ikke avtalt pga. korona.
- Behandlingstilbud endret
 - Mange ansatte i karantene vanskeliggjorde koordinering av hjelp.
 - Behandlerbytte pga. korona.
 - Psykiatrisk akuttpost ble stengt pga. korona. Pasienten følte seg avvist. >



«Pårørende bekymret for pasienten, ble forhindret å bistå hjelpetrengende familiemedlem innlagt på omsorgssenter.»

- **Pårørenderelasjon til aktuell pasient**
 - Nær pårørende fikk ikke tillatelse til å være i Norge pga. korona.
 - Pårørende bekymret for pasienten, ble forhindret å bistå hjelpetrengende familiemedlem innlagt på omsorgssenter.
- **Samhandling**
 - Avvik fra rutiner for utskrivelse fra psykiatrisk avdeling. Vanskelig samhandling mellom ulike nivåer og virksomheter i psykisk helsevern.

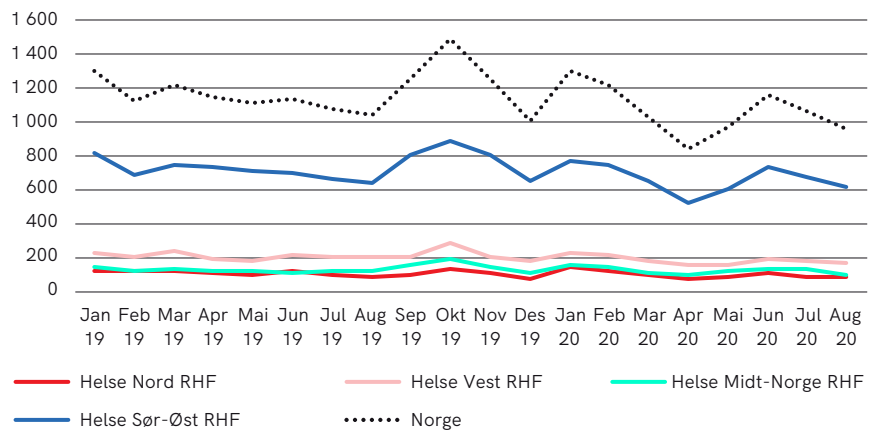
3.4.3 Rusbehandling

3.4.3.1 Henvisninger

Antall nyhenviste

Med nyhenviste menes antall henvisninger som er vurdert og satt på venteliste i løpet av rapporteringsperioden. Avviste henvisninger telles ikke som nyhenviste.

Figur 29 viser at antall nyhenviste på landsbasis hadde en nedgang i perioden januar–april 2020 og en økning i mai og juni. Deretter var det noe færre i juli og august.



Figur 29: Antall nyhenviste innen TSB per måned per RHF og totalt i Norge

Avviste henvisninger

Dette er henvisninger kodet med «Pasienten har ikke behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten» (kode 5 i Rett til helsehjelp), i rapporteringsperioden.

Avviste henvisninger er registrert kun i Helse Midt-Norge RHF og i Helse Sør-Øst RHF. I perioden januar 2019–juli 2020 var det registrert >

3 Resultater

mellom 11 og 28 avvisninger per måned i Helse Midt-Norge RHF. Vi ser ingen særskilte endringer i koronaperioden.

For de avviste henvisningene i Helse Sør-Øst RHF har vi ikke opplysninger om antall.

3.4.3.2 Vurderingstid

Vurderingstid er antall virkedager fra en henvisning er mottatt i spesialisthelsetjenesten til fristdato. Frist for nødvendig helsehjelp er en frist som spesialisthelsetjenesten skal fastsette for når medisinsk forsvarlighet krever at en rettighetspasient skal få nødvendig helsehjelp.

Det var små forskjeller mellom RHF-ene med hensyn til gjennomsnittlig vurderingstid. Det har ikke vært endringer i koronaperioden. Helse Midt-Norge RHF har hatt den største variasjonen mellom månedene.

3.4.3.3 Brudd på vurderingsgarantien

Brudd på vurderingsgarantien oppstår når henvisningen ikke er vurdert innen det antall dager som vurderingsgarantien setter, dvs. innen 10 virkedager. Brudd på vurderingsgarantien beregnes for nyhenviste med vurderingsdato som kommer mer enn 10 virkedager etter ansiennitetsdato.

Antall brudd på vurderingsgarantien er ikke oppgitt i den månedlige statistikken fordi kun tall over 10 blir oppgitt. Det betyr at det er få pasienter som opplever brudd på vurderingsgarantien.

3.4.3.4 Ventetid

Med ventende menes antallet som venter på helsehjelp på et gitt tidspunkt eller antallet som ikke har en ventetid-sluttdato/kode ved periodeslutt. Alle ventende telles ved avslutningen av den gjeldende rapporteringsperiode.

3.4.3.5 Ventetid for ventende

Ventetid for ventende er antall kalenderdager fra henvisningen er mottatt i spesialisthelsetjenesten til utgangen av rapporteringsperioden.

Gjennomsnittlig ventetid for ventende har vært stabil siden januar 2019 med mellom ca. 30 og 40 dagers ventetid per måned på landsbasis. Alle helseregionene lå i nærheten av landsgjennomsnittet i hele perioden.

Det var noen helseforetak der ventetiden gjennom det meste av perioden var lengre enn landsgjennomsnittet. Dette var Akershus universitetssykehus HF, Privat Sør-Øst HF og Privat Nord HF. ➤

3.4.3.6 Fristbrudd for ventende

Et fristbrudd oppstår når frist for nødvendig helsehjelp er passert og ventetid sluttdato ikke er satt. For ventende telles fristbrudd for henvisninger med fristdato før periodeslutt.

Det var færre enn ti fristbrudd for ventende i mange måneder i denne perioden. Fullstendige tall vises kun for Helse Sør-Øst RHF og på landsbasis. Vi ser ingen tydelig koronaeffekt sammenlignet med årstidsvariasjoner i 2019.

I perioden januar 2019 til juli 2020 har antall fristbrudd for ventende i Helse Sør-Øst RHF ligget mellom 12 og 28 (5–7 prosent). Det har ikke vært noen økning i pandemiperioden. De fleste fristbruddene kom fra Privat Sør-Øst HF.

Helse Nord RHF hadde en økning i fristbrudd i perioden februar–mai 2020 (fra seks prosent i februar til 22 prosent i mai). I Helse Nord RHF var det 12 prosent fristbrudd i juli 2020, mens det var færre enn ti i juli og august. Flest av disse fristbruddene var ved Nordlandssykehuset HF, der det var angitt 29–39 prosent fristbrudd i mars–mai 2020.

3.4.3.7 Varsler relatert til rusbehandling

Som tidligere omtalt har vi mottatt 14 varsler som gjaldt rusbehandling. Kort oppsummering av disse sakene:

- Legemiddelrelaterte forhold
 - Tre saker beskrev overdosedødsfall i forbindelse med at det var endrede rutiner for legemiddelutdeling. Brukere fikk utdelt flere brukerdoser enn vanlig.
- Rusmiddelrelaterte forhold
 - I fem saker var det beskrevet at det var endret rusmiddelstyrke og endrede rusmidler i omløp. Brukere ble funnet død, sannsynlig overdose i flere av hendelsene.
- Behandlingstilbud
 - Fem saker: brukere fikk endret oppfølging fra behandler, hjemmebesøk erstattet med telefonkonsultasjon, bruker ble tilbudt telefonkonsultasjon, men ønsket ikke dette, endrede rammer i psykisk rehabiliteringsprosess medførte at brukeren isolerte seg.
- Pasient-atferd
 - Økt tilbaketrekking, pasienter unndro seg behandling.
- Samhandling/organisering
 - Smitteverntiltak medførte begrensninger i aktivitetstilbud. >



«Helsetilsynet forventer at virksomhetene gjør risikovurderinger og etablerer faglig fundert praksis for når e-konsultasjoner er egnet.»

- Uklar samhandling mellom somatisk og psykisk helsetjeneste i forbindelse med korona.
- Endrede permisjonsregler av smittevern hensyn medførte raskere utskrivelse.

3.5 E-konsultasjoner

Som tidligere presentert var det en sterk økning i antall e-konsultasjoner hos fastlege de to siste ukene i mars og omfanget falt gradvis i de påfølgende månedene. Vi har ikke funnet kilder som sier noe om samlet bruk av e-konsultasjoner under pandemien i somatisk og psykisk spesialisthelsetjeneste. Vi har heller ikke funnet informasjon som sier noe om kvaliteten på e-konsultasjonene i koronaperioden.

Konsultasjoner ved hjelp av telefon og/eller video var beskrevet i 24 varsler fra psykisk helsevern/rusbehandling og i ett varsel fra somatisk spesialisthelsetjeneste. Noen fellestrekk i utfordringene som ble beskrevet i disse varslene:

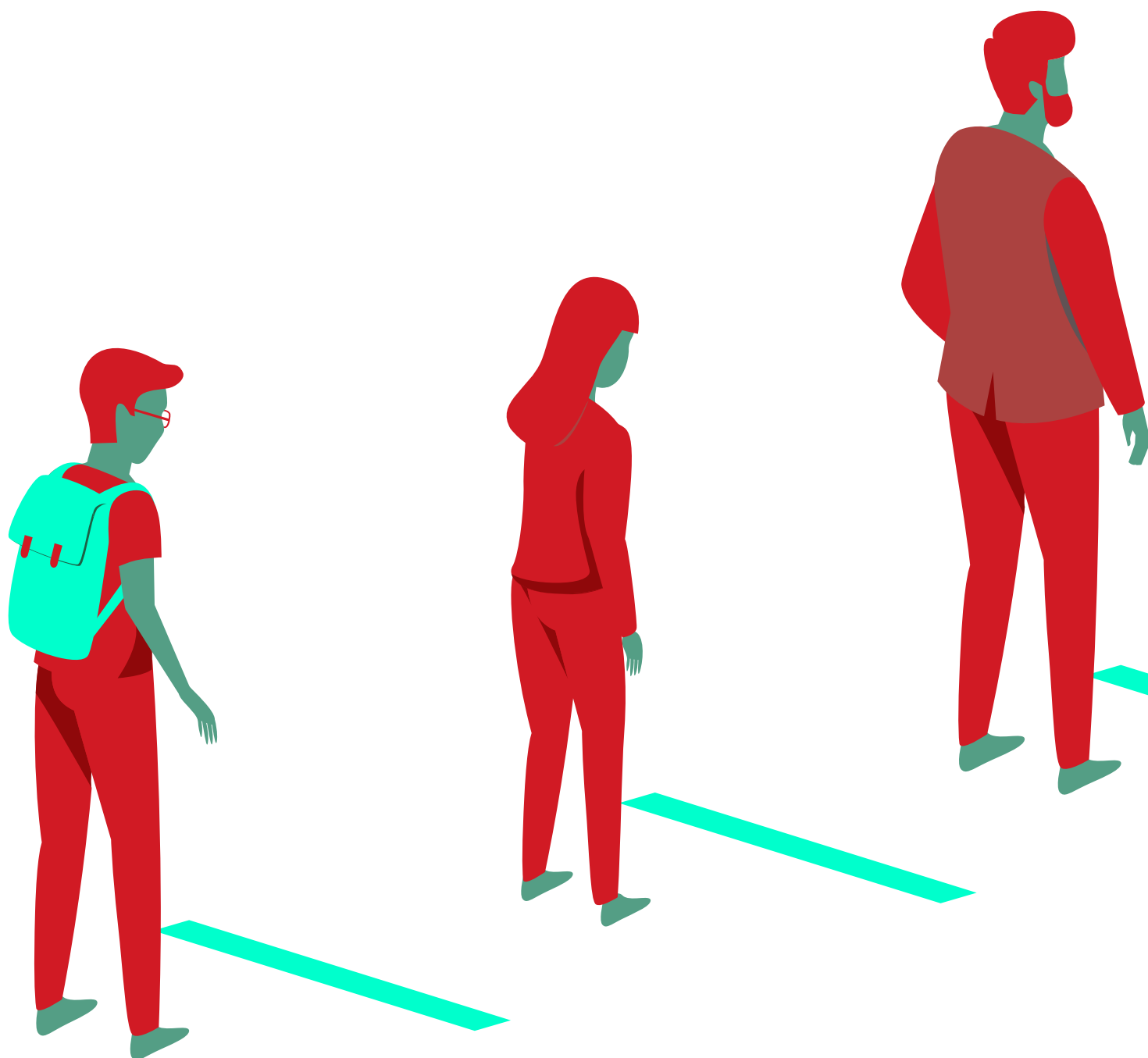
- Krisepregede pasienter medførte at det var utfordrende å snakke per telefon.
- Pasienter fikk tilbud om telefonkonsultasjon og å ta kontakt på eget initiativ, men trakk seg unna.
- Vanskelig å gjennomføre telefonsamtaler på grunn av manglende muligheter for pasient/bruker å være alene i hjemmet.
- Pasienter ønsket ikke telefonkonsultasjoner (språkutfordringer).
- Pasient ble bedt om å tolke egne symptomer med veiledning per telefon. Alvorlige, livstruende tilstand ble oversett.

Ut fra innholdet i de mottatte varslene kan det se ut som om at e-konsultasjoner i særlig grad kan ha hatt negativ effekt i akuttsituasjoner innen somatiske helsetjenester og på pasienter med behov for psykisk helsehjelp og/eller rusproblemer.

Helsetilsynet gjennomførte juli/august 2020 en kartlegging ved 17 sykehus i Norge der de kartla risikovurderinger og avviksmeldinger knyttet til bruk av ulike IKT-løsninger, inkludert bruk av e-konsultasjoner. Utførte risikovurderinger var først og fremst knyttet til konfidensialitet i løsningene, sykehusene sa i mindre grad noe om innkalling og kvalitet i helsehjelpen. Kun noen sykehus har vurdert tilgjengelighet, forsvarlighet, brukervennlighet og identifisering av rett pasient. Få klinikere hadde deltatt i utarbeiding av risikovurderingene som ble sendt inn. ➤

3 Resultater

Ut fra sykehusenes besvarelser synes det altså som om kun få sykehus har gjort systematiske risikovurderinger av forsvarlighet i selve helsehjelpen som er gitt ved e-konsultasjoner. ●



4

Vurderinger og konklusjoner

Vi oppsummerer her våre funn og vurderinger av disse. Der det er hensiktsmessig, omtaler vi konkrete forventninger til tjenestene. Vi beskriver også sider ved de ulike tjenestene vi er mest bekymret for eller ikke ser grunnlag for bekymring ved. Vurderingene er delt opp etter tjenesteområde på samme måte som i resultatdelen.

4.1 Primærhelsetjenesten

4.1.1 Tjenester til barn og unge

Antall pasientkontakter hos fastlege og på legevakt var tilbake på tilnærmet normalnivå fra mai, men det er fortsatt noe endringer i fordelingen av type kontakter. Den største endringen sammenliknet med tidligere, er økt bruk av e-konsultasjoner. Det har vært nedgang i antall pasienter hos fastlegene blant barn og ungdom sammenliknet med samme periode i 2019. Samtidig ser vi at det har vært en økning i antall barn og unge med p-diagnoser hos fastlegene etter at pandemien startet, sammenliknet med samme periode i 2019. Vi ser økning i alle aldersgrupper. Funnene fra fastlegetjenesten kan indikere mer psykisk uhelse hos barn og ungdom, men tallmaterialet er begrenset og funnet er således usikkert. Samtidig går færre barn og unge totalt til fastlegen, noe som sammen med redusert aktivitet i helsestasjonstjenestene til barn og unge, gir grunn til bekymring for tjenestetilbudet til sårbare barn og unge.

Helsestasjon 0–5 år og helsestasjon for ungdom går i retning av normal drift og det er nedgang i antall ansatte som er omdisponert til andre oppgaver. Tilgjengeligheten til helsestasjon 0–5 år og helsestasjon for ungdom er fremdeles noe redusert sammenliknet med normalsituasjonen. Når det gjelder vaksinasjoner, har det vært mest etterslep for første dose MMR-vaksine ved 15 måneders alder. Årsakene til etterslepet i vaksinasjoner kan være sammensatt, men kapasitetsutfordringer på helsestasjonene kan ha vært en medvirkende årsak.

Økningen av testkapasiteten har vært en utfordring for kommunene, og selv om man tilstreber å skjerme tjenester til barn og unge, kan det være ressursmessig krevende for kommunene å skaffe nok personell til smittesporing og testing. Selv om de seneste kartleggingene viser at aktiviteten ved helsestasjonstjenestene går mot en normalisering, er at det fortsatt risiko for omdisponering av personell ved lokale smitteutbrudd. Lokale smittesituasjoner kan derfor medføre endringer av tjenestetilbudet.

Helsetilsynet forventer at kommunene har beredskapsplaner for å håndtere eventuelle lokale smitteutbrudd slik at man i størst mulig skjermer tjenestene til barn og ungdom. ➤

4.1.2 Tjenester til personer med funksjonsnedsettelse

Personer med funksjonshemming melder om bortfall og reduksjon av tjenester de er avhengig av, som for eksempel fysioterapi, trening, rehabilitering og BPA. Dette kan få store konsekvenser for deres fysiske og psykiske helse. Videre er det i denne gruppen rapportert om økt ensomhet, nedstemthet og depresjon pga. sosial isolasjon. Dette gir grunn til bekymring for konsekvensene for fysisk og psykisk helse, og funksjonsevne generelt for denne gruppen. Kartleggingen av habiliteringstilbudet til barn ved sykehusene viste at dette tjenestetilbudet ble rammet i stor grad, og at tilbudet flere steder ennå ikke er tilbake i normal drift. Videre ble det fra foreldre rapportert om at tjenestetilbudet i kommunene også var negativt påvirket. Barn med behov for habiliteringstjenester er en sårbar gruppe. Helsetilsynet mener at det gir grunn til stor bekymring at tilbudet til denne gruppen har vært og ser ut til fortsatt å være redusert. Vi forventer at både helseforetakene og kommunene gjør nødvendige tiltak for å sikre at denne pasientgruppen får nødvendig og forsvarlig helsehjelp.

Vi er nå i en situasjon der lokale smitteutbrudd kan påvirke tjenestene. Vi forventer at kommunene har en overordnet oversikt over tjenestebehovet til personer med funksjonsnedsettelse, og at de gjør risikovurderinger og har beredskapsplaner for hvordan situasjonen skal håndteres ved smitteutbrudd og eventuell mangel på personell. Dersom det blir behov for å gjøre endringer i tjenestetilbudet, må kommunen gjøre individuelle vurderinger av hvilke konsekvenser det får for brukerne og iverksette kompenserende tiltak når det er nødvendig. Når det må gjøres endringer i tjenestetilbudet må brukerne få nødvendig informasjon og mulighet til å medvirke.

4.1.3 Kommunale omsorgstjenester

Både i hjemmetjenesten og på sykehjem har det vært utfordringer knyttet til opplæring i smittevern, bruk av smittevernutstyr og tilgang til smittevernutstyr. Videre har mange kommuner mangelfulle planer for å sikre tilgang til kvalifisert personell ved ekstraordinære behov, og utfordringer knyttet til mange ansatte i små stillinger som jobber på ulike avdelinger. Bemanningssituasjonen er en sårbarhetsfaktor og redusert tilgang på kvalifisert personell og økt vikarbruk/bruk av ufaglærte når fast ansatte må i karantene, kan gi utfordringer. Helsetilsynet forventer at kommunene gjør risikovurderinger og har konkrete planer for hvordan de skal håndtere eventuell mangel på personell ved smitteutbrudd. Små kommuner er særlig sårbare for mangel på kompetent personell, og vi forventer at de inngår samarbeidsavtaler med nabokommuner når det er formålstjenlig. ➤



«Helsetilsynet forventer at kommunene bruker tilgjengelige styringsdata til å vurdere sin egen virksomhet og at det blir satt i verk forbedring når det er nødvendig.»

Tjenestetilbudet til innbyggerne står i fare for å bli endret dersom personell blir syke, må i karantene eller det er nødvendig å omdisponere personell. Når det er behov for endringer i tjenesten, må kommunen gjøre individuelle vurderinger av konsekvensene av endringene, og brukerne må få tilstrekkelig informasjon og mulighet til å medvirke.

Nasjonale kvalitetsindikatorer viser stor variasjon i tilgang på faglært arbeidskraft i kommunene og legeressurser på sykehjem. Det er stor variasjon mellom kommuner når det gjelder gjennomføring av grunnleggende tjenester til beboere på sykehjem som regelmessige legeundersøkelser og legemiddelgjennomganger. Her må vi ta forbehold om kvaliteten på innrapporterte data, men de store variasjonene som vi ser i innrapporterte data, og som har vedvart over år, gir grunn for bekymring. Dette kan indikere at det er stor variasjon i kommunene sine forutsetninger for å kunne håndtere smitteutbrudd og levere forsvarlige tjenester til pasienter og brukere, særlig i ekstraordinære situasjoner. Kommuner som kommer dårlig ut på kvalitetsindikatorer kan være ekstra sårbare i en pandemisituasjon. Helsetilsynet forventer at kommunene bruker tilgjengelige styringsdata til å vurdere sin egen virksomhet og at det blir satt i verk forbedring når det er nødvendig.

Spredning av koronasmitte i sykehjem og i hjemmetjenesten kan skape alvorlige og utfordrende situasjoner. Helsen til sårbare eldre trues både av koronapandemien og av smitteverntiltakene som skal beskytte dem mot alvorlig sykdom og død. Etter første periode av pandemien ser det ut til at eldre på sykehjem og hjemmeboende med tjenester i stor grad har unngått smitte. Dette tyder på at smittevernet fungerer, men det kan også skyldes lavt smittepress. For inngripende og langvarige smitteverntiltak kan på den andre siden gi risiko for isolasjon og ensomhet, med påfølgende konsekvenser for fysisk og psykisk helse hos de eldre. Varsler innkommet til Statens helsetilsyn under pandemien kan indikere at smittevernrestriksjoner i enkelte tilfeller kan ha blitt praktisert for strengt, med påfølgende negative konsekvenser for pasienter og brukere.

4.2 Somatiske spesialisthelsetjenester

4.2.1 Betydelig etterslep av ventende stiller krav til sykehusenes prioritering av pasienter

Økte ventetider og flere fristbrudd innebærer en økt risiko for pasientsikkerheten.

Det totale antallet pasienter som venter er ikke mye høyere enn på samme tid i fjor. Men ventetiden for dem som venter og andel og antall fristbrudd er betydelig økt. Det er grunn til å anta at ventetiden inne i pasientforløpene også blir forsinket, men det er sparsomt med >

tilgjengelig statistikk som kan belyse dette. Mangel på kunnskap om konsekvenser for pasientene er det som gir mest grunn til bekymring og behov for mer kunnskap.

Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede var i februar i år 62 dager, og i august 2020 75 dager, mot 69 dager i august i fjor. Gjennomsnittlig ventetid for ventende i somatikk var 81 dager i august 2020, mot 71 dager i august 2019. Antall fristbrudd for de som fortsatt ventet økte fra ca. 2000 i månedene før pandemien, til ca. 22 000 i juni. I august 2020 var antall fristbrudd fortsatt ca. 18 000, mens tallet i august 2019 var 4700. Andel og antall fristbrudd for avviklede har også økt kraftig i perioden.

Det totale antall som venter på «start helsehjelp» er ikke vesentlig større enn på samme tid i 2019, kun 6000 pasienter eller 2,5 prosent. Noe av forklaringen på dette, kan være den kraftige nedgangen i henvisninger i mars og april.

Siden mars har pasienter med fristbrudd ikke hatt rett til få behandling annet sted gjennom HELFO. I teorien kan pasienter med fristbrudd i mars fortsatt vente på «start helsehjelp» per august. Det samme gjelder for «passert planlagt tid». Virksomhetene har plikt til å sørge for at pasientene får forsvarlig helsehjelp, og vi forutsetter at de har nødvendig oversikt over pasientene som venter. Virksomhetenes evne til å identifisere og prioritere pasienter som har størst behov for behandling er derfor avgjørende for forsvarligheten.

4.2.2 «Passert planlagt tid» og «tid til tjenestestart» økte noe i 1. tertial 2020

Tall for «passert planlagt tid» og «tid til tjenestestart» kan identifisere mer detaljerte endringer som kan ha sammenheng med redusert kapasitet.

Tallene sier ikke noe om hvilke typer kontakter det gjelder eller hvor lang overskridelsen er. De kan likevel si noe om kapasiteten i tjenesten i forløpene etter «start helsehjelp». Det har vært en økning i andel «passert planlagt tid» i 1. tertial 2020 i alle RHF. Ettersom nedstengningen startet 12. mars, er det kun en tredel av tertialet som ble berørt. Tall for 2. tertial er ikke publisert.

«Tid til tjenestestart» er registrering av prosedyrekoder, der man kan se hvor lang tid det går fra ansiennitetsdato til en bestemt prosedyre blir foretatt, men ikke om planlagt tid for disse er passert. Slik vi vurderer det er det trolig ikke mulig å koble hver prosedyre til «passert planlagt tid». Tallene er kun publisert til og med 1. tertial 2020. Vi ser at tallene for andel som har passert planlagt tid økte i 1. tertial med 3–6 prosent i forhold til foregående tertial. Det foreligger ennå ikke tall for 2. tertial. >



«Aktiviteten i helseforetakene er tilbake på tilnærmet nivå som før pandemien.»

Statistikk over hvor stor overskridelsen for planlagt tid er, ikke bare antall kontakter som har passert tiden, ville gitt mer verdifull informasjon.

4.2.3 Det er forskjeller mellom regionene i ventetider og fristbrudd

Tallene viser en variasjon mellom ulike helseforetak i ventetider og fristbrudd. Det kan se ut som at Helse Nord har hatt de største utfordringene. Tallene for ventetider og fristbrudd i Helse-Nord var i august fortsatt høyere enn i 2019, og Helse Nord har siden mars 2020 hatt en høyere andel av fristbrudd sammenliknet med de andre regionale helseforetakene.

Når det gjelder forskjeller mellom ulike helseforetak, gir nedbrytning av tall på virksomhetsnivå så store fortolkningsmuligheter på grunn av funksjonsfordeling og andre bakenforliggende faktorer, at vi ikke har gått dypere inn på disse.

4.2.4 Antall fristbrudd varierer mellom de ulike fagområdene

Det er en variasjon i antall fristbrudd mellom ulike fagområder. I perioden mars til juli 2020 hadde følgende fagområder flest fristbrudd; øre-nese-hals-sykdommer, ortopedisk kirurgi, øyesykdommer, fordøysessykdommer og lungesykdommer. Det er vanskelig å si noe sikkert om hva dette betyr i en tilsynssammenheng, men den kan være et uttrykk for at andre fagområder eller pasientgrupper har blitt prioritert. Dette kan også ha vært en nødvendig prioritering.

4.2.5 Variasjoner i pakkeforløp for kreft

Pasienter som er i pakkeforløp for kreft skal være blant de høyest prioriterte pasientene. En nedgang i andel pasienter som gjennomfører pakkeforløp innen standard forløpstid vil derfor være særlig urovekkende. I perioden fra mars til og med juli har andelen vært over måltallet på 70 prosent i alle regioner.

Aktiviteten i helseforetakene er tilbake på tilnærmet nivå som før pandemien. Det er mulig at aktiviteten er tilstrekkelig til at etterslepet ikke lenger øker, og kanskje går noe ned. Dersom økende smitte igjen påvirker driften av helseforetakene, vil sårbarheten øke ytterligere. ➤

4.2.6 Ikke grunn til bekymring for vurderingstid under pandemien

Ut fra tallene har vurderingstid av henvisning og brudd på vurderingsgarantien ikke utgjort et stort problem i somatisk spesialisthelsetjeneste. Dette vurdert ut fra tallene for gjennomsnittlig vurderingstid, som lå på tre dager for alle RHF, godt innenfor kravet til ti virkedager. Når det gjelder antall avviste henvisninger, forelå det kun tall for somatikk fra Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge. Disse var påfallende ulike, med svært lave tall for Helse Sør-Øst og relativt sett betydelig høyere tall for Helse Midt-Norge. Betydningen av dette er usikker og funnet anses ikke pandemirelatert.

4.2.7 Prehospitale tjenester

Vi har ikke funnet data for de prehospitale tjenester som kan brukes til å vurdere konsekvenser av pandemien eller tiltakene i den forbindelse. Kvalitetsindikatorerne for responstid og tid fra ambulanse på stedet til ankomst sykehus er til revisjon og er ikke tilgjengelige. Andre indikatorer som kan ha betydning er ikke publisert for 2020, eller kun for 1. tertial. Vi forventer at helseforetakene selv har relevante styringsdata og følger med på disse.

4.3 Psykisk helsevern og rusbehandling (TSB)

4.3.1 Oppsummering og vurdering

Vi ser følgende endringer i behandlingsaktiviteten i perioden mars–august 2020:

- Antall nyhenviste gikk ned i alle RHF-ene fra februar til april. I mai og juni var det noe flere nyhenviste, mens det igjen var en nedgang i juli, tilsvarende sommeren 2019.
- Avviste henvisninger var i hovedsak fra Helse Midt-Norge RHF for PHBU og PHV. Vi ser ingen klare endringer av antallet avviste henvisninger i koronaperioden.
- Gjennomsnittlig vurderingstid var relativt likt mellom RHF-ene, og det har ikke vært endringer i koronaperioden.
- Det har ikke vært noen tydelig økning i brudd på vurderingsgarantien i koronaperioden.
- Ventetid for ventende.
 - Innen PHBU var ventetiden relativt stabil i perioden, med 30–40 dagers ventetid hver måned. Ventetiden for hele landet var i februar i år 32 dager og i august 40 dager. Helse Nord RHF hadde en økning i gjennomsnittlig ventetid for ventende fra mars til juli, >

men i august gikk ventetiden ned mot landsgjennomsnittet.

- Gjennomsnittlig ventetid på landsbasis for PHV var i februar 37 dager, og i august 46 dager. I Helse Nord RHF har ventetiden økt i de fleste helseforetak i perioden mars–august. Helse Nord RHF lå over landsgjennomsnittet i hele koronaperioden. Ved de øvrige RHF-ene har ventetiden ligget på samme nivå i hele perioden.
- Innen rusbehandling har ventetid for ventende vært stabil siden januar 2019 med mellom ca. 30 og 40 dagers ventetid. Ingen av de regionale helseforetakene skiller seg vesentlig fra landsgjennomsnittet.
- Antall fristbrudd for ventende:
 - Innen PHBU økte antall fristbrudd på landsbasis i perioden februar til april, deretter var det variasjon per måned fram til august. Helse Nord RHF hadde en jevn økning i antall fristbrudd fra januar til juli, men med en sterk nedgang i august. Helse Sør-Øst RHF hadde en økning i mars og april, en nedgang i mai og juni, mens det igjen var en økning i juli og august.
 - For PHV økte antall fristbrudd på landsbasis fra ca. 300 i februar til ca. 600 i april. Deretter gikk det ned til ca. 400 juni, og har på ny økt til rundt 500 i august. Helse Nord RHF har flest fristbrudd med over 300 i august. Den største andelen blant fristbruddene i Helse Nord RHF skjedde ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF og ved Nordlandssykehuset HF. Her har antall fristbrudd for ventende vært økende det siste året. I Helse Midt-Norge RHF var det særlig Helse Møre og Romsdal HF som hadde fristbrudd. I Helse Sør-Øst RHF var det i perioden mars–juli flest fristbrudd for ventende ved Sykehuset Østfold HF.
 - Rusbehandling: Antall fristbrudd for ventende økte på landsbasis fra februar til april, deretter var det en nedgang. Samlet sett har ikke antall fristbrudd økt i perioden.
- Innen PHV var det en økning i antall og andel tvangsinnleggelser og tvangsmiddelvedtak det siste året. Siden tallgrunnlaget er basert på data fra siste år gir det ikke grunnlag for å si noe om økningen har sammenheng med koronapandemien.
- Koronarelaterte varsler beskrev på ulike måter hvordan koronasituasjonen og smitteverntiltak påvirket pasientenes/brukernes situasjon. Noen av de viktigste områdene som ble beskrevet, var:
 - Pasientrelaterte forhold: forverring av sykdommen, med økende helseangst, forverrede tvangstanker, realitetsbrist og tilbaketrekking. >

4 Vurderinger og konklusjoner

- Behandlingstilbud falt bort, ble endret eller utsatt uten at alternativ ble iverksatt.
- Pårørenderelasjon til aktuell pasient: nær pårørende ble forhindret å bistå hjelpetrengende familiemedlem som var innlagt i institusjon.
- Samhandling: Avvik fra rutiner for utskrivelse fra psykiatrisk avdeling. Vanskelig samhandling mellom ulike nivåer og virksomheter i psykisk helsevern.

4.3.2 Helsetilsynets vurderinger og forventninger

Under koronapandemien er det flere pasienter som har opplevd forlenget ventetid og fristbrudd i deler av tjenesten. Forlenget ventetid og økt antall fristbrudd for dem som fortsatt venter på oppstart av behandling, representerer et viktig risikoområde. Dataene sier ikke noe om mulige konsekvenser av øket ventetid og fristbrudd for den enkelte pasient, og dataene sier heller ikke noe om hvor lenge hver enkelt pasient har ventet etter fristbrudd. Forlenget ventetid før behandling starter kan imidlertid påvirke prognosen til pasienter og kan indikere kapasitetsproblemer i tjenestene.

De datakildene vi har anvendt, indikerer at det kan være kapasitetsutfordringer i deler av tjenestene. Dataene viser økte ventetider og fristbrudd for pasienter som venter på utredning eller behandling i deler av tjenestene. Vi har ikke klart å identifisere data som kan si noe spesifikt om de som allerede har startet utredning eller behandling også opplever forsinkelser og eventuelle konsekvenser av slike forsinkelser. I en situasjon med kapasitetsutfordringer er virksomhetenes evne til å identifisere og prioritere de pasienter som har størst behov for og nytte av behandling avgjørende for forsvarligheten. Virksomhetene må derfor ha god oversikt over hvem som venter, hvor lenge de har ventet og mulige konsekvenser av å utsette utredning og behandling. Helsetilsynet forventer at virksomhetene har nødvendige systemer som gjør dem i stand til å følge med på og følge opp dette, slik at pasientene får forsvarlig behandling.

Tallene viser at noen henvisninger, i hovedsak i Helse Midt-Norge RHF, ble avvist. Det er ukjent for oss om dette skyldes ulik registreringspraksis mellom de regionale helseforetakene, eller om det skyldes andre årsaker. Avviste pasienter kan representere et risikoområde. Pasienter som avvises til behandling i spesialisthelsetjenesten, kan likevel ha behov for hjelp og annen oppfølging. Det er derfor viktig at virksomhetene følger med på dette slik at pasienter som blir avvist og likevel har behov for behandling, får sine behov dekket på en forsvarlig måte. ➤

Det siste året har antall tvangsinnleggelser og bruk av tvangsmidler økt noe. Fordi tallgrunnlaget er basert på siste år er det ikke mulig å si om økningen har sammenheng med koronapandemien. Det er et helsepolitisk mål at bruken av tvang innen psykisk helsevern skal være så lav som mulig, og det gir grunn til bekymring at tvangsbruken ser ut til å øke.

Helsetilsynet har mottatt en rekke varsler som er relatert til koronapandemien. Det er ikke mulig å si om koronapandemien alene forårsaket de alvorlige hendelsene, men koronapandemien og tjenestene sin håndtering av den, ser ut til å ha vært en medvirkende årsak i disse varslene.

Koronarelaterte varsler kan ikke si noe om forekomst og omfang av kvalitetsutfordringer, men gir likevel et innblikk i hvordan koronapandemien og smitteverntiltak påvirket brukernes situasjon. På den måten kan varslene gi informasjon om mulige risikoområder som tjenesten må være oppmerksomme på og håndtere. Pasienter som har både rus og psykisk lidelse er en sårbar brukergruppe som har behov for sammensatte og koordinerte tjenester. Gjennom tidligere tilsynserfaringer har Helsetilsynet vist og påpekt at tjenestene til denne brukergruppen er mangelfulle. Samhandling og koordinering mellom ulike tjenesteytere var et av hovedområdene der det ble påvist svikt. En fellesnevner i flere av de koronarelaterte varslene var svikt i koordinering og samhandling mellom ulike tjenester. I pandemiperioden har mange brukere fått tjenesten sine endret. For brukere som har behov for sammensatte tjenester vil det være en særlig risiko for at endringene i tjenestene også kan føre til utfordringer for koordinering og samhandling mellom tjenestene.

Helsetilsynet forventer at tjenestene gjør risikovurderinger av hvordan pandemien og håndteringen av den kan påvirke det helhetlige tjenestetilbudet, og at det blir satt i verk tiltak for å rette eksisterende feil og forebyggende tiltak for å hindre fremtidige feil. Basert på varslene ser dette ut til å være særlig viktig når behandlingstilbudet blir utsatt, faller bort, eller blir vesentlig endret som følge av pandemien.

4.4 Tilgjengelige data som kan si noe om konsekvenser av pandemien

Det gir grunn til ettertanke at vi ikke har klart å identifisere kvantitative data som kan si noe direkte om hvordan pandemien eventuelt har påvirket behandlingskvaliteten i tjenestene. Det finnes begrenset med data som kan si noe om behandlingskvalitet og slike data har i hovedsak en årlig oppdateringsfrekvens eller ligger tilbake i tid, og er derfor ikke egnet til å følge den løpende behandlingskvaliteten. ➤



«Det har lenge vært et ønske fra helsemyndighetene at flere helsetjenester digitaliseres og at pasientens netthelsetjeneste etableres.»

Det finnes aktivitetsdata som kan si noe om hvordan behandlingstilbudet har blitt påvirket av pandemien, herunder ventetider og fristbrudd. På dette området gir det imidlertid også grunn til ettertanke at dataene ikke er mer presise. Tilgjengelige data gir ikke noe klart bilde av hvor lenge pasienter venter på utredning og behandling, hvor i behandlingsforløpet forsinkelser oppstår og mulige konsekvenser av slike forsinkelser. Det er mulig at tjenestene selv har slike data. Hvis de ikke har det, er det viktig at tjenestene fremskaffer slike data og bruker dem til å følge med på konsekvenser av pandemien og til løpende styring for å sikre at pasienter får forsvarlig behandling også i en tid med kapasitetsutfordringer for tjenestene.

4.5 E-konsultasjoner

4.5.1 Økende bruk av e-konsultasjoner – en nødvendig og ønsket utvikling

Som tidligere presentert økte bruken av e-konsultasjoner raskt helt fra starten av koronapandemien. Deretter er omfanget gradvis redusert, men andel e-konsultasjoner hos fastlege og legevakt er fortsatt høyere de siste månedene enn før pandemien.

Det har lenge vært et ønske fra helsemyndighetene at flere helsetjenester digitaliseres og at pasientens netthelsetjeneste etableres. Dette ble presisert allerede i Meld. St. 9 (2012–2013) *En innbygger – én journal* (21). Meldingen setter som mål at alle innbyggere skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tjenester. Digitale tjenester er ønsket også av pasienter (22)(23)(24). Men for å kunne løse noen av utfordringene som følge av pandemien, ble denne digitaliseringsprosessen av helsetjenesten iverksatt i løpet av svært kort tid. Denne endringen var både nødvendig og ønsket.

En så rask endring i hovedkontaktform mellom behandler og pasient/bruker som vi har sett, innebærer også økte risiko. Gjennom IKT-kartleggingen ved norske sykehus så vi at helsevirksomheter i liten grad har gjort risikovurdering av faglig innhold eller i hvilke situasjoner e-konsultasjon er egnet å bruke (kap 3.5). Oppsummering av mottatte varsler i perioden viser at de varslene vi har mottatt som omhandlet e-konsultasjoner, i hovedsak var fra psykisk helsevern og rusbehandling (kap 3.5).

I 2019 ble Helsedirektoratet av Helse- og omsorgsdepartementet bedt om «å utarbeide og foreslå løsning og verktøy ved e-konsultasjoner hos fastlege» (23) for å kunne sortere, prioritere og velge ut (triagere) slik at pasienter får riktig helsehjelp på riktig sted til riktig tid og at mennesker med store behov for helsehjelp ikke faller utenfor. Som en del av dette oppdraget, ble Nasjonalt senter for e-helseforskning (NSE) bedt om å ➤

bidra med en hurtig forskningsoppsummering om triage i fastlegeordningen. Konklusjonen var at «det er behov for mer forskning på triageringsverktøyets påvirkning på viktige endepunkter som kvalitet, pasientsikkerhet, effektivitet og fordeling av helseressurser.» (23).

E-konsultasjoner ble således tatt i bruk raskt og i et stort omfang uten at vi har tilstrekkelig kunnskap om mulige bieffekter og risiko.

4.5.2 Risikoområder ved bruk av e-konsultasjoner

Det finnes lite forskningsbasert kunnskap om risiko ved bruk av e-konsultasjoner, men vi har identifisert noen publikasjoner som har beskrevet erfaringer knyttet til dette.

- **Pasientbehandling**
 - Det kan være fare for at viktige symptomer overses når klinisk undersøkelse utføres ved e-konsultasjoner, særlig i akutt-situasjoner (25).
 - E-konsultasjoner var best egnet når helsepersonell skulle følge opp pasienter som allerede var kjent og når tiltak for pasienten skulle koordineres (26).
 - For å kunne gjøre en helhetlig klinisk vurdering, er det fortsatt nødvendig med fysisk møte mellom pasient og helsearbeider (27).
 - E-konsultasjon er ikke egnet i alle situasjoner, for eksempel kan det være utfordrende for pasienter med komplekst sykdomsbilde (22).
- **Kommunikasjon**
 - E-konsultasjoner kan innebære kommunikasjonsutfordringer, for eksempel pasienter med redusert syn og hørsel og pasienter med kognitiv svikt (27).
- **Relasjon mellom helsepersonell og pasient/bruker**
 - Relasjonen mellom helsepersonell og pasient kan påvirkes (23). En studie med kvalitative intervjuer av pasienter og helsepersonell viste at video fungerte bedre enn telefon (27).
 - Pasienterfaringer fra akuttpsykiatrisk helsetjeneste tilsa at pasienter opplevde økt tilfredshet med bruk av videokonsultasjoner ved at de fikk direkte tilgang til legen, de fikk selv beskrevet hvordan de hadde det og følte seg mer involvert i beslutninger (28). Dette bidro til en mer pasientsentrert helsetjeneste. >

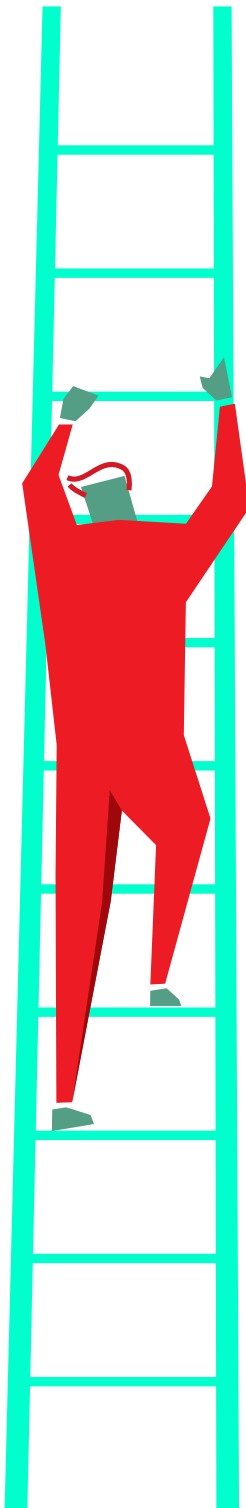
- **Konfidensialitet, tilgjengelighet, integritet og funksjonalitet**
 - Digital kommunikasjonskanal som ivaretar personvern må være etablert. Datatilsynet har beskrevet krav til informasjonssikkerhet og risikovurderinger (29).
 - Det er beskrevet at enkelte har erfart at det var vanskelig å vite hvem som deltok i samtalen (27).
 - Nødvendig informasjon må være tilgjengelig for de som trenger når de trenger den.
- **Helsearbeideres tekniske kompetanse**
 - Tekniske forhold kunne ta oppmerksomheten bort fra pasienten (for eksempel tilkobling, innstillinger av lyd og bilde) (27).
 - Det var utfordrende for helsearbeidere med liten kjennskap til bruk av utstyret. Det er beskrevet et ønske om god teknisk opplæring, informasjon og veiledning og at det er tilgang på teknisk hjelp ved problemer (27).
- **Tekniske løsninger**
 - Det finnes ulike systemer for videokonferanser. Datatilsynet anbefaler at man bruker løsninger som allerede er tatt i bruk i helsetjenesten (29).
 - En studie om helsepersonells erfaringer med bruk av videomøter beskriver at det er behov for å beskrive hvilke systemer som anbefales, hvilke som snakker sammen og hvilke nettlesere som anbefales for ulike alternativer (27).

Det må gjøres individuelle vurderinger og tilpasninger for hver enkelt pasient/bruker basert på helsepersonellens kjennskap til pasienten/brukeren og ut fra demografiske og kulturelle forhold.

4.5.3 Positive aspekter knyttet til e-konsultasjoner

Varselordningen mottar varsler kun om hendelser ved dødsfall eller svært alvorlig pasientskade. Varselordningen gir således ikke informasjon om positive erfaringer med e-konsultasjoner. Forskning fra NSE viser imidlertid at videokonferanse ble opplevd som nyttig på mange nivåer, blant annet mer pasientsentrert helsetjeneste, økt trygghet for både helsepersonell og pasient/bruker, økt tilgjengelighet for pasient/bruker og tidsbesparelse ved redusert reisetid til behandlingssted (28). Helsedirektoratet støtter utvidet bruk av e-konsultasjoner i pandemiperioden for å ivareta kontinuiteten i forholdet mellom lege og pasient (23).

For å ivareta disse positive elementene og å redusere negative konsekvenser, kan det være nyttig at helsevirksomhetene utfører >



risikovurderinger innen de områdene som er beskrevet i kapittel 4.5.2 og etablerer felles kjøreregler og prosedyrer for gjennomføring av e-konsultasjoner.

4.5.4 Helsevirksomhetenes ansvar

Økningen i bruk av e-konsultasjoner er en villet og nødvendig utvikling. Det er sannsynlig at den økte bruken av e-konsultasjoner vil vedvare (23). Samtidig ser vi at det er mulig risiko forbundet med dette.

Helsetilsynet forventer at virksomhetene gjør risikovurderinger og etablerer faglig fundert praksis for når e-konsultasjoner er egnet og når det frarådes eller ikke bør anvendes. Det er avgjørende at involvert personell får tilstrekkelig opplæring slik at de kan gjennomføre e-konsultasjoner på en forsvarlig måte. Videre forventer vi at virksomhetene følger med på bruken av e-konsultasjoner og mulige konsekvenser for pasientene gjennom sin ordinære virksomhetsstyring, slik at de sikrer at praksis blir implementert og om nødvendig revidert.

•

Referanser

1. Tilsyn med tjenester til sårbare barn og unge – gjennomgang av spesialisthelsetjenestens behandlingskapasitet innen barne- og ungdomspsykiatri [Internett]. Helsetilsynet. 2020 [sitert 19. oktober 2020]. Tilgjengelig på: https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplaster/rapporter/rapporter2020/helsetilsynetrapp4_2020.pdf
2. Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) - Helsedirektoratet [Internett]. [sitert 3. oktober 2020]. Tilgjengelig på: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/statistikk-registre-og-rapporter/helsedata-og-helseregistre/kommunalt-pasient-og-brukerregister-kpr>
3. Fastlegestatistikk - Helsedirektoratet [Internett]. [sitert 16. mai 2020]. Tilgjengelig på: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/fastlegestatistikk>
4. Ventetider og pasientrettigheter - Helsedirektoratet [Internett]. [sitert 19. oktober 2020]. Tilgjengelig på: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk-fra-npr/ventetider-og-pasientrettigheter>
5. Tvangsinnleggelser i psykisk helsevern for voksne - Helsedirektoratet [Internett]. [sitert 19. oktober 2020]. Tilgjengelig på: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/psykisk-helse-for-voksne/tvangsinnleggelser-i-psykisk-helsevern-for-voksne>
6. COVID-19. Ukerapport - uke 38 [Internett]. 2020 [sitert 19. oktober 2020]. Tilgjengelig på: <https://www.fhi.no/contentassets/8a971e7b0a3c4a06bdf381ab52e6157/vedlegg/andre-halvar-2020/2020.09.23-ukerapport-uke-38-covid-19.pdf>
7. Aktivitetsutvikling i juni og juli 2020. Foreløpige tall [Internett]. 2020 [sitert 29. september 2020]. Tilgjengelig på: https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/aktivitetsutvikling/Aktivitetsutvikling%20i%20juni%20og%20juli%202020.pdf/_/attachment/inline/4fb64918-6916-4ca2-a847-82ae73617af8:8be5c7bce18df341b708bb468df77f853552ac79/Aktivitetsutvikling%20i%20juni%20og%20juli%202020.pdf
8. Statusrapport 7. Utsatte barn og unges tjenestetilbud under covid-19-pandemien [Internett]. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet; 2020 aug [sitert 19. oktober 2020]. Tilgjengelig på: <https://www.regjeringen.no/contentassets/b00915a385e04d3cb56e3567dfcecf9/statusrapport-nr-7-fra-koordineringsgruppen-28.08.2020-til-bfd.pdf>
9. Stor innsats for vaksinasjon våren 2020, men fortsatt forsinkelser i MMR-vaksinasjon ved 15 måneder [Internett]. Folkehelseinstituttet. 2020 [sitert 19. oktober 2020]. Tilgjengelig på: <https://www.fhi.no/nyheter/stor-innsats-for-vaksinasjon-varen-2020-men-fortsatt-forsinkelser-i-mmr-vak/>
10. Statusrapport 6. Utsatte barn og unges tjenestetilbud under covid-19-pandemien [Internett]. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet; 2020 jul [sitert 19. oktober 2020]. Tilgjengelig på: <https://bufdir.no/globalassets/global/nbbf/bufdir/200820-statusrapport-nr-6-fra-koordineringsgruppen-til-bfd.pdf>
11. Covid-19: Store konsekvenser for funksjonshemmede og kronisk syke [Internett]. Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon. 2020 [sitert 19. oktober 2020]. Tilgjengelig på: <http://www.ffe.no/aktuelt/2020/covid-19-store-konsekvenser-for-funksjonshemmede-og-kronisk-syke/>
12. Koronarestriksjonene rammet funksjonshemmede hardt [Internett]. Norges handikapforbund; [sitert 19. oktober 2020]. Tilgjengelig på: <https://nhf.no/altfor-mange-opplevde-at-tilbudet-sviktet/>



5 Referanser

13. Thorsager M, Rimestad MF. Kartlegging av smittevern i hjemmetjenestene i kommunene [Internett]. 2020 [sitert 19. oktober 2020]. Tilgjengelig på: https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/internserien/kartlegging_smittevern_hjemmetjenesten_kommunene_internserien5_2020.pdf
14. Kirkevold Ø, Eriksen S, Lichtwarck B, Selbæk G. Infection control at nursing homes during the COVID-19 pandemic [Internett]. [sitert 19. oktober 2020]. Tilgjengelig på: <https://sykepleien.no/sites/default/files/pdf-export/pdf-export-81554-en.pdf>
15. Nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI) - Helsedirektoratet [Internett]. [sitert 19. oktober 2020]. Tilgjengelig på: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer>
16. Årsverk med fagutdanning i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene - Helsedirektoratet [Internett]. 2020 [sitert 19. oktober 2020]. Tilgjengelig på: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/fagutdanning-i-pleie-og-omsorgstjenesten#muligeaarsakertilvariasjoner>
17. Sykehjemsbeboere som har fått legemiddelgjennomgang siste 12 måneder - Helsedirektoratet [Internett]. [sitert 19. oktober 2020]. Tilgjengelig på: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/legemiddelgjennomgang-hos-beboere-p%C3%A5-sykehjem>
18. Sykehjemsbeboere vurdert av lege siste 12 måneder - Helsedirektoratet [Internett]. [sitert 19. oktober 2020]. Tilgjengelig på: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/Sykehjemsbeboere%20vurdert%20av%20lege%20siste%2012%20m%C3%A5neder>
19. Sykehjemsbeboeres legetimer per uke - Helsedirektoratet [Internett]. [sitert 19. oktober 2020]. Tilgjengelig på: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/legetimer-per-beboer-i-sykehjem>
20. Foreløpige tall for dødsårsaker i perioden mars-mai 2020 [Internett]. Folkehelseinstituttet; 2020 sep [sitert 5. oktober 2020]. Tilgjengelig på: <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/dodsarsaksregisteret/forelopige-tall-for-dodsarsaker-i-perioden-mars-til-mai-2020/>
21. Meld. St. 9 (2012-2013) Én innbygger – én journal [Internett]. Helse- og omsorgsdepartementet; 2012 [sitert 4. oktober 2020]. Tilgjengelig på: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-9-20122013/id708609/>
22. Veiledning i god praksis for bruk av Digital Dialog Fastlege. Råd til helsepersonell som skal ta tjenestene i bruk for sine pasienter [Internett]. Direktoratet for e-helse; 2019 sep [sitert 6. oktober 2020]. Tilgjengelig på: <https://www.nhn.no/media/2706/veiledning-i-god-praksis-for-bruk-av-digital-dialog-fastlege-pdf.pdf>
23. Rapport om e-konsultasjon og triage hos fastlege [Internett]. 2019 [sitert 6. oktober 2020]. Tilgjengelig på: https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/e-konsultasjon-helsedirektoratet-og-direktoratet-for-e-helse/E-konsultasjon%20og%20triage%20hos%20fastlege%202019.pdf/_/attachment/inline/498cccfe-064d-44b3-ac15-654f2973dc80:4e1508e05535fff54896ea5aad8e5c02831654e4/Rapport%20om%20e-konsultasjon%20og%20triage%20hos%20fastlege%202019.pdf
24. Nur P, Lindeman H, Trømborg E, Makridis I. Digital modenhet ved norske legekontor [Internett]. 2018 [sitert 6. oktober 2020]. Tilgjengelig på: <https://fil.forbrukerradet.no/wp-content/uploads/2018/11/20181012-ke-digital-modenhet-ved-norske-fastlegekontor-rapport.pdf>



5 Referanser

-
25. Rapport om e-konsultasjon og triage hos fastlege 2019.pdf [Internett]. [sitert 6. oktober 2020]. Tilgjengelig på: https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/e-konsultasjon-helsedirektoratet-og-direktoratet-for-e-helse/E-konsultasjon%20og%20triage%20hos%20fastlege%202019.pdf/_/attachment/inline/498cccfe-064d-44b3-ac15-654f2973dc80:4e1508e05535fff54896ea5aad8e5c02831654e4/Rapport%20om%20e-konsultasjon%20og%20triage%20hos%20fastlege%202019.pdf
-
26. Helsepersonell ønsker å fortsette med digital pasientbehandling [Internett]. 2020 [sitert 23. september 2020]. Tilgjengelig på: <https://forskning.no/arbeid-helsetjenester-nasjonalt-senter-for-e-helse-forskning/helsepersonell-onsker-a-fortsette-med-digital-pasientbehandling/1730946>
-
27. Silsand L, Severinsen G-H. Helsepersonell ønsker å fortsette med digital pasientbehandling [Internett]. Nasjonalt senter for e-helseforskning. 2020 [sitert 6. oktober 2020]. Tilgjengelig på: <https://ehealthresearch.no/nyheter/2020/helsepersonell-onsker-a-fortsette-med-digital-pasientbehandling>
-
28. Trondsen V. Videocare: Akuttpsykiatrisk hjelp via videokonferanse [Internett]. Nasjonalt senter for e-helseforskning. 2019 [sitert 6. oktober 2020]. Tilgjengelig på: <https://ehealthresearch.no/faktaark/videocare-akuttpsykiatrisk-hjelp-via-videokonferanse>
-
29. Digitale konsultasjoner og personvern [Internett]. Datatilsynet. [sitert 6. oktober 2020]. Tilgjengelig på: <https://www.datatilsynet.no/personvern-pa-ulike-omrader/korona/digitale-konsultasjoner-og-personvern/>
-





Vedlegg

6.1 Vedlegg 1: Beskrivelse av litteratursøk

Kilde	Søkeordene (med lenke til søk der mulig å sette opp og lagre søket som lenke)	Merknad
Retriever Monitor	covid-19 OR korona* OR corona*[kombinert med datointervall]	Fra 7. mai er det søkt i Monitor (innen vår abonnementsprofil hos Retriever). 19. juni ble abonnementsprofilen justert noe, bl.a. for bedre å fange opp rus/psykiatri, ROP-lidelser.
NORART (norske tidsskriftartikler)	("covid-19" OR korona* OR corona*) [velg årstall 2020]	
Idunn	"covid-19" korona* corona* [velg avansert søk, noen av disse ordene, sorter etter publiseringsdato]	
ORIA	covid-19 eller koronavirus eller koronavirus eller koronakrisen [utgitt i 2020, sortert på dato, nyeste først, avgrenset til materiale på norsk]	Geografiske emneord ikke systematisk brukt, dermed ikke mulig å begrense til Norge/Norden.
Ovid Medline ® and Epub Ahead of Print, In- Process & Other Non- Indexed Citations and Daily	Search Strategy: 1: covid-19*.ti,ab,kw. 2 (corona adj1 virus*) or corona-virus*). ti,ab,kw. 3: 1 or 2 4: (norway or norwegian or denmark or Iceland or sweden or finland or danish or swedish or finnish or icelandic).ti,ab,kw. 5: 3 and 4	E-postvarsel på dette søket, biblioteket får e-post straks noe nytt publiseres.
Feedly (i denne appen overvåker vi mange enkeltnettsteder og tidsskrifter som til sammen skal dekke Htils portefølje)		Sjekkes omtrent daglig og med et spesielt fokus på situasjonsbetinget tilsyn
Manuell overvåking av relevante nettsteder, tidsskrifter o.l. som ikke tilbyr nyhetsbrev/ikke er tilgjengelig i Feedly		Frekvens for sjekk av faste overvåkingsopp-gaver er økt, og nettstedene overvåkes med spesielt fokus på situasjonsbetinget tilsyn. Utvalget av kilder utvides stadig.
(SweMed+	covid-19 OR corona OR korona*	Utgår, bekreftet september 2020 at SweMed+ ikke vil bli oppdatert lenger)

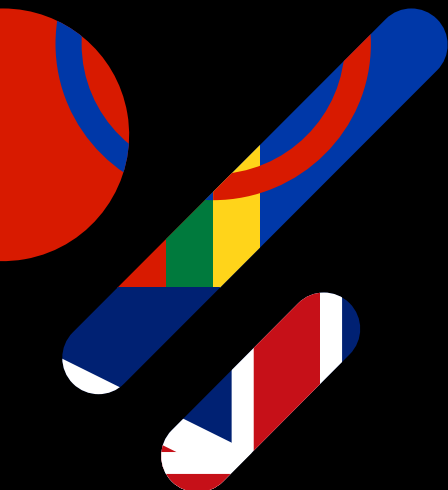


6.2 Vedlegg 2: Ventetid for ventende, gjennomsnittlig antall dager per HF innen psykisk helsevern voksne

Tall markert med rødt markerer HF som ligger over landsgjennomsnittet per måned															
	Jun 19	Jul 19	Aug 19	Sep 19	Okt 19	Nov 19	Des 19	Jan 20	Feb 20	Mar 20	Apr 20	Mai 20	Jun 20	Jul 20	Aug 20
Helse Nord RHF	61	66	68	65	58	57	65	62	57	61	71	77	71	80	83
Finnmarkssykehuset HF	51	41	44	41	36	40	52	48	46	49	69	66	53	57	59
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	45	52	46	43	41	42	51	55	56	58	60	68	65	78	78
Nordlandssykehuset HF	74	80	86	81	69	66	77	78	61	65	69	67	68	73	86
Helgelandsykehuset HF	39	39	26	25	23	28	37	27	27	37	42	27	23	33	27
Privat Nord HF	105	196	132	153	169	187	192	123	134	114	142	194	198	216	186
Helse Vest RHF	40	45	43	35	31	32	39	33	35	42	43	39	33	39	37
Helse Stavanger HF	41	46	47	44	38	43	48	45	48	51	57	49	42	46	43
Helse Fonna HF	35	41	36	24	22	24	32	33	31	33	36	30	28	35	35
Helse Bergen HF	54	51	49	41	33	34	39	31	35	42	41	41	34	40	35
Helse Førde HF	20	30	23	16	15	15	25	21	16	21	21	13	16	21	12
Privat Vest HF	31	32	24	28	23	22	44	26	29	31	30	35	20	30	86
Voss DPS Bjørkeli	25	41	48	40	37	29	39	23	26		43	42	22	36	53
Solli DPS	26	39	29	23	23	26	30	29	28		30	53	14	29	24
NKS Olaviken alders-psyk. sykehus	13	29	67	15	17	13	23	18	14		45	24	70	54	12
NKS Jæren DPS	37	51	56	40	40	37	48	34	34	41	48	31	26	38	37
Helse Midt-Norge RHF	34	44	44	32	33	32	41	34	31	43	50	39	33	42	40
St. Olavs Hospital HF	33	42	40	30	30	31	40	30	27	36	39	29	26	37	35
Helse Nord-Trøndelag HF	27	38	36	23	32	28	37	31	30	40	53	36	27	33	23
Helse Møre og Romsdal HF	39	50	53	39	38	36	45	41	40	52	59	50	44	53	54
Helse Sør-Øst RHF	34	47	41	30	29	27	34	32	31	36	40	33	27	41	41
Vestre Viken HF	27	34	24	22	23	26	39	28	27	37	39	37	36	44	31
Lovisenberg diakonale sykehus AS	31	42	37	33	29	31	39	31	32	39	49	40	38	40	36
Diakonhjemmet sykehus AS	40	50	25	24	25	32	34	27	25	29	31	24	18	27	22
Akershus universitets-sykehus HF	32	38	26	27	25	29	33	28	3	34	38	30	27	33	34
Sykehuset Innlandet HF	32	42	36	28	29	32	38	31	30	38	42	35	29	38	35
Sykehuset Østfold HF	50	54	48	42	39	40	50	47	40	49	55	55	54	59	54
Sørlandet Sykehus HF	32	47	41	32	32	32	39	40	36	42	50	43	31	44	38
Sykehuset i Vestfold HF	19	29	20	16	18	18	28	18	19	24	17	15	15	24	16
Sykehuset Telemark HF	24	35	35	29	20	21	26	17	19	27	23	23	17	26	23
Oslo universitets-sykehus HF	37	44	43	29	32	29	36	31	29	37	34	34	34	40	38
Privat Sør-Øst HF	81	89	95	88	86	74	71	126	108	92	82	84	74	82	97
Norge totalt	40	48	44	36	35	35	43	39	37	44	50	45	40	47	46

7

Samisk og engelsk sammendrag





Čuovvut mielde ja čuovvulit pandemiija – diehtujuohkin- ja diehtogáldut. Raporta nr. 2

RAPORTA DEARVVAŠVUODABEARRÁIGEÁHČŪS 5/2020

2020 gida ráhkaduvvui raporta mas leat diehtogáldut ja systemáhtalaš dieđut das mo koronapandemiija ja dan giedahallan váikkuhii bálvalusaide. Dát ođasmahtton almmuhus čilge bohtosiid ja árvvoštallamiid čuovvovaš surggiin; duodalaš dáhpusaid diedihantnet dearvvašvuoda- ja fuolahusbálvalusas, somáhtalaš spesialistadearvvašvuodabálvalusat ja psykalaš joatkkadikšu (mánáid ja nuoraid, ja rávesolbmuid) ja gárrendilledikšu spesialistadearvvašvuodabálvalusas.

Daid diehtogálduid vuodul maid leat guorahallan leat mii identifiseren čuovvovaš riskasurggiid:

Vuodđodearvvašvuodabálvalusas lea ain gáržžiduvvon beasatlašvuohta dearvvašvuodastašuvnnain ja skuvlladearvvašvuodabálvalusas. Muhttin vassis boahkuheamit eai leat vel addojuvvon ja leat maŋŋonan. Ollu doaimmashehttejuvvon olbmuid dárbbalaš bálvalusat leat gáržžiduvvon dahje jávkan. Ollu gielddat leat hearkkit dan dáfus mo giedahallet dili jus olugiidda ruovttubálvalusas ja buhcciidruovttuin njoammu dávda.

Somáhtalaš spesialistadearvvašvuodabálvalusas ja psykalaš dearvvašvuodasuddjemis leat vuordináiggat guhkkon ja áigemearreriikkumat leat lassánan osiin bálvalusas, muhto leat erohusat siskkáldasat regiovnnain ja regiovnnaid gaskkas. Danne sáhtta leat riska ahte pasieanttat geain leat duodalaš buozalmasvuodát fertejit vuordit guhkit ovdal ožžot dárbbalaš dearvvašvuodaveahki.

E-konsultašuvnnat lassánedje sakka pandemiija álggus, muhto dát leat áiggi mielde unnon. Lassáneapmi leamaš dárbbalaš ja sávahahtti. Ná jođanis ja viiddis lassáneapmi sáhtta leat hástalus pasieantasihkkarvuhtii go e-konsultašuvnnat eai heive buot dilálašvuodaide seamma bures.

•



Monitor and follow up the pandemic – sources of information and knowledge. Report no. 2

REPORT OF THE NORWEGIAN BOARD OF HEALTH SUPERVISION 5/2020

In spring 2020, a report was prepared on knowledge sources and systematised information concerning how services have been affected by the coronavirus pandemic and its handling. This updated edition describes results and assessments within the following areas; the warning system for serious incidents in the health and care services, municipal health and care services, somatic specialist health services and mental health care (children and adolescents, adults), as well as substance abuse treatment in the specialist health service.

Based on the reviewed data sources, we have identified the following risk areas:

Within the primary health care service, there is still some reduced availability of health centres and the school health service. Some vaccines are lagging behind and subject to delays. Many disabled people have reduced or no access to services on which they depend. Many municipalities are vulnerable as regards the management of major outbreaks of infection within the home health care service and in nursing homes.

When it comes to the somatic specialist health services and mental health care, there has been an increase in both waiting times and the number of deadline breaches in certain areas of the services, but there are variations both between and within the regions. There may therefore be a risk that patients who are seriously ill will have to wait longer before receiving essential health care.

There was substantial rise in the use of e-consultations at the start of the pandemic, but the use of such consultations has gradually declined since then. The increase was both necessary and desirable. Such a rapid and substantial increase can challenge patient safety because e-consultations are not as well-suited to every situation.

•

Videre lesing www.helsetilsynet.no

Koronapandemien – samleside. Nyheter og dokumenter fra Helsetilsynet

Følge med og følge opp pandemien – informasjons- og kunnskapskilder. Rapport nr. 1, juni 2020 Internserien 4/2020

Tilsyn med tjenester til sårbare barn og unge under koronapandemien. Gjennomgang av spesialisthelsetjenestens behandlingskapasitet innen psykisk helse for barn og unge Rapport fra Helsetilsynet 4/2020

Kartlegging av smittevern i hjemmetjenestene i kommunene. Arbeidsgruppen for smittevern i den kommunale helse- og omsorgstjenesten under koronapandemien Internserien 5/2020

Hvordan er tilbudet til barn og unge i somatisk spesialisthelsetjeneste påvirket av koronapandemien? Internserien 9/2020, oktober 2020

Alle utgivelser i **Rapport fra Helsetilsynet** finnes i fulltekst med sammendrag på engelsk og samisk på www.helsetilsynet.no

ISBN 978-82-93595-35-9 Rapport fra Helsetilsynet 5/2020 **Følge med og følge opp pandemien – informasjons- og kunnskapskilder. Rapport nr. 2**, elektronisk versjon

Følge med og følge opp pandemien – informasjons- og kunnskapskilder. Rapport nr. 2

Rapport fra Helsetilsynet 5/2020

Våren 2020 ble det utarbeidet en rapport over kunnskapskilder og systematisert informasjon om hvordan koronapandemien og håndteringen av den påvirket tjenestene. Denne oppdaterte utgaven beskriver resultater og vurderinger på følgende områder; varselordningen for alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten, kommunale helse- og omsorgstjenester, somatiske spesialisthelsetjenester og psykisk helsevern (barn og unge, voksne) samt rusbehandling i spesialisthelsetjenesten.

Med bakgrunn i gjennomgåtte datakilder har vi indentifisert følgende risikoområder:

I primærhelsetjenesten er det fremdeles noe redusert tilgjengelighet i helsestasjonene og skolehelsetjenesten. Det er et etterslep og forsinket vaksinasjon for enkelte vaksiner. For mange personer med funksjonsnedsettelse er det redusert tilgang til eller bortfall av tjenester de er avhengige av. Mange kommuner er sårbare når det gjelder å håndtere større smitteutbrudd i hjemmetjenesten og på sykehjem.

For somatisk spesialisthelsetjeneste og psykisk helsevern har det vært en økning i ventetid og tallet på fristbrudd i deler av tjenestene, men det er det forskjeller mellom regionene og innad i regionene. Det kan derfor være en risiko for at pasienter med alvorlig sykdom må vente lengre før de får nødvendig helsehjelp.

Det var en betydelig økning i bruk av e-konsultasjoner i starten av pandemien, men omfanget er deretter gradvis redusert. Økningen har vært nødvendig og ønskelig. En så rask og omfattende økning kan utfordre pasientsikkerheten fordi e-konsultasjoner ikke er like godt egnet i alle situasjoner.



Helsetilsynet

TILSYN MED BARNEVERN, SOSIAL- OG HELSETJENESTENE

I serien Rapport fra Helsetilsynet formidles funn og erfaring fra klagebehandling og tilsyn med sosiale tjenester, barnevern- og helse- og omsorgstjenestene.

Serien utgis av Statens helsetilsyn. Alle utgivelser i serien finnes i fulltekst på www.helsetilsynet.no