



Personer med funksjonsnedsettelse – muligheter og begrensninger i måling av effekter av Covid-19

TALL

SOM FORTELLER

NOTATER / DOCUMENTS

2021 / 6

Håkon Torfinn Karlsen

I serien Notater publiseres dokumentasjon, metodebeskrivelser, modellbeskrivelser og standarder.

© Statistisk sentralbyrå
Ved bruk av materiale fra denne publikasjonen
skal Statistisk sentralbyrå oppgis som kilde.

Publisert 26. februar 2021

ISBN 978-82-587-1289-0 (elektronisk)
ISSN 2535-7271 (elektronisk)

Standardtegn i tabeller	Symbol
Ikke mulig å oppgi tall Tall finnes ikke på dette tidspunktet, fordi kategorien ikke var i bruk da tallene ble samlet inn.	.
Tallgrunnlag mangler Tall er ikke kommet inn i våre databaser eller er for usikre til å publiseres.	..
Vises ikke av konfidensialitetshensyn Tall publiseres ikke for å unngå å identifisere personer eller virksomheter.	:
Desimaltegn	,

Forord

Koronapandemien har truffet Norge og verden hardt. Befolkningen rammes ulikt, og for noen grupper i samfunnet kan konsekvensene bli omfattende og langvarige. Noen konsekvenser er allerede tydelige, men de langsiktige virkningene vil vise seg når det har gått noe tid.

Statistisk sentralbyrå har på oppdrag fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, vurdert om effekten av pandemien på personer med funksjonsnedsettelse kan kvantifiseres, og da med særlig vekt på utviklingshemmede.

Statistisk sentralbyrå, 22. februar 2021

Ann-Kristin Brændvang

Sammendrag

Statistisk sentralbyrå (SSB) har på oppdrag for Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) vurdert om datagrunnlaget for offisiell statistikk over levekår hos personer med funksjonsnedsettelse kan anvendes til å se på kortsiktige og langsiktige konsekvenser av Covid-19 for personer med funksjonsnedsettelse generelt og utviklingshemmede spesielt.

Notatet belyser særlig tre problemstillinger:

- Hvilke effekter er det mulig å analysere mht. kortsiktige og langsiktige konsekvenser av pandemien?
- Med hvor detaljert tidsoppløsning er det mulig å måle eventuelle effekter av pandemien, dvs. ukentlig, månedlig eller årlig?
- I hvilken utstrekning kan presise utvalg identifiseres og avgrenses slik at data om personer som inngår i grunnlaget for offisiell statistikk over levekår hos personer med funksjonsnedsettelse kan sammenstilles for å kunne måle kortsiktige og langsiktige effekter av pandemien?

Det er gjennomført noen undersøkelser av pandemiens effekter på personer med funksjonsnedsettelse. Brukerorganisasjoner og andre anslår at de viktigste effektene av pandemien så langt, er en større grad av isolasjon fra familie og venner med påfølgende psykiske påkjenninger, for eksempel opplevelse av depresjon. Det er imidlertid vanskelig å finne data i registrene som kan måle slike effekter. Noen resultater fra allerede gjennomførte undersøkelser blir presentert i kapittel 2.

Det er et potensial for å utnytte data som brukes i offisiell statistikk over levekår hos personer med funksjonsnedsettelse til å måle kortsiktige og langsiktige effekter av pandemien på denne gruppen. I kapittel 3 er noen muligheter for å måle kortsiktig effekter på arbeid og sysselsetting beskrevet. Når det gjelder statistikk og analyse som kan synliggjøre mer langsiktige effekter på levekårene, krever dette flere måletidspunkter og tidsserier og kan tidligst produseres våren 2022.

Det er gode utsikter for at bruk av diagnoseopplysninger sammenstilt med opplysninger om mottak av gitte stønader og ytelser, kan bidra til å definere mer særskilte grupper av personer med funksjonsnedsettelse, som f.eks. personer med utviklingshemming. I vedlegg A blir det presentert noen betraktninger rundt en slik tilnærming for å definere særskilte grupper som det kan produseres offisiell statistikk over.

Det er mulig å belyse bruk av helsetjenester blant personer med utviklingshemmede og sammenlikne tilsvarende bruk blant befolkningen generelt, ved hjelp av informasjon fra databasen Kontroll og utbetaling av helserefusjoner (KUHR). I vedlegg B blir det vist at det i stor utstrekning er mulig å isolere effekter av pandemien på bruk av fastlege og legevakt. Det blir også vist at det er meningsfylt å vurdere testing for Covid-19, og da den testvirksomheten som har utløst refusjoner.

Innhold

Forord	3
Sammendrag	4
1. Innledning	6
1.1. Bakgrunn.....	6
1.2. Tilnærming og problemstillinger	6
2. Hva viser gjennomførte undersøkelser om pandemiens konsekvenser på personer med funksjonsnedsettelse?	7
2.1. Funksjonshemmede fellesorganisasjon	7
2.2. Hørselshemmedes Landsforbund	8
2.3. Norges Handikapforbund	8
2.4. Bufdir.....	8
2.5. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.....	9
3. Kan registerbasert statistikk belyse effektene av pandemien?	9
3.1. Effekter på tilgang til og bruk av helsetjenester.....	10
3.2. Effekter på arbeid og sysselsetting	11
3.3. Korttidsstatistikk fra nasjonalregnskapet	12
3.4. Videre utvikling av statistikken	12
4. Oppsummering	13
Referanser	14
Vedlegg A: Diagnose som utvalgskriterium	16
Vedlegg B: Utviklingshemmede og allmennlegetjenester 2018 – 2020	18
B.1 Utviklingshemmede - populasjon	18
B.2 Utviklingshemmede – testing for koronasmitte	20
B.3 Utviklingshemmede – bruk av fastlege	21
B.4 Utviklingshemmede – bruk av legevakt	23
B.5 Metode.....	24
Figurer og tabeller	28

1. Innledning

1.1. Bakgrunn

Spredningen av SARS-CoV-2 viruset har påvirket alle grupper i samfunnet, på ulike måter og med varierende konsekvenser. Også for de som ikke selv har pådratt seg COVID-19 sykdommen. Noen konsekvenser er allerede tydelige, men de langsiktige virkningene vil vise seg når det har gått noe tid.

Mye tyder på at allerede utsatte grupper får sin situasjon særlig endret på grunn av smitteverntiltakene. Dette gjelder også for personer med funksjonsnedsettelse (FFO 2020).

Media rapporterer at fastleger og sykehus har sett en nedgang i antallet konsultasjoner som følge av pandemien. Det framgår ikke direkte om det er en følge av frykt for smitte eller om det er smitteverntiltak som er den antatte årsak. (NRK 2020).

Etter innspill fra bl.a. Likestillings- og diskrimineringsombudet (2020), valgte Helsedirektoratet (2020-1) å sende ut en påminnelse til kommunene om at de ikke har anledning til å innføre generelle besøksforbud og lignende i hjemmene til personer med utviklingshemming og at kommunene har plikt til å dekke individuelle behov som oppstår på grunn av stenging av andre tilbud.

Helsemyndighetene følger utviklingen, bl.a. i forhold til utnyttelsen av helsetjenester fordelt på alder og geografi. I en serie rapporter (Helsedirektoratet 2020-2) følges aktivitetsutviklingen. I det store bildet ser det ut til at aktiviteten, med noen unntak, gikk ned i mars og april, mens den har hentet seg inn igjen i august.

Særlig i begynnelsen av pandemien var det betydelige endringer (Helsedirektoratet 2020-3):

«Antallet pasienter som hadde kontakt med fastleger og legevakt var høyere i uke 11 og 12 2020 enn i tilsvarende uker i 2019. I uke 13 var nivået av pasientkontakter noe lavere enn tilsvarende uke i fjor.

Bruk av e-konsultasjoner økte betydelig i uke 12 og 13, og utgjorde 57-58 prosent av alle konsultasjoner hos fastleger i uke 12 og 13. Til sammenligning var andelen e-konsultasjoner kun 2 prosent av alle konsultasjoner i uke 12 2019.

....

Nedgangen i polikliniske konsultasjoner gjaldt alle aldersgrupper og var omtrent like stor for alle. For døgnopphold og polikliniske konsultasjoner var nedgangen noe større for pasienter bosatt i Helse Nord enn for pasienter bosatt i andre regioner.»

Det er imidlertid lite kvantitativ informasjon tilgjengelig om situasjonen blant særskilte grupper. Det handler ikke minst om at det er vanskelig å identifisere disse gruppene tilstrekkelig presist. Det er også verdt å merke seg at Helsedirektoratets rapport som er sitert ovenfor, og medieoppslagene ikke nødvendigvis har likelydende budskap og resultater.

1.2. Tilnærming og problemstillinger

SSBs offisielle statistikk over Levekår hos personer med funksjonsnedsettelse tar utgangspunkt i registerbasert informasjon om noen offentlige ytelser som i stor grad gis til personer med funksjonsnedsettelse, herunder tildeling av tekniske hjelpemidler. Bufdir har gitt SSB i oppdrag å redegjøre for om statistikken kan

benyttes til å lage analyser mht. kortsiktige og langsiktige konsekvenser av pandemien på denne gruppen generelt, og utviklingshemmede spesielt. Dette skal resultere i forslag til analyser av kortsiktige og langsiktige effekter av pandemien for utvalgte grupper av personer med funksjonsnedsettelse. Sentrale problemstillinger er:

- Hvilke effekter er det mulig å analysere mht. kortsiktige og langsiktige konsekvenser av pandemien?
- Med hvor detaljert tidsoppløsning er det mulig å måle eventuelle effekter av pandemien, dvs. ukentlig, månedlig eller årlig?
- I hvilken utstrekning kan presise utvalg identifiseres og avgrenses slik at data om personer som inngår i grunnlaget for offisiell statistikk over levekår hos personer med funksjonsnedsettelse kan sammenstilles for å kunne måle kortsiktige og langsiktige effekter av pandemien?

2. Hva viser gjennomførte undersøkelser om pandemiens konsekvenser på personer med funksjonsnedsettelse?

Det er allerede foretatt mange undersøkelser om effekten av pandemien på personer med funksjonsnedsettelse, dels av interesseorganisasjonene blant egne medlemmer, dels av forsknings- og analyseinstitusjoner. Noen av funnene oppsummeres i dette kapitlet.

Resultatene fra gjennomførte undersøkelser tyder på at epidemien har spesielt store konsekvenser for allerede utsatte grupper. Det handler blant annet om bortfall av eller redusert tilgjengelighet av tilbud og tjenester på flere områder og om at barrierene for normal aktivitet har blitt større. For eksempel har synshemmede fått større problemer med å ha med ledsager eller førerhunder i butikker (Fuglerud 2020). Belastningen på pårørende har også blitt større, og det er funnet økte forekomster av angst, depresjon og isolasjon (FFO 2020)

Det kan tjene som en kunnskapsoppsummering å se litt nærmere på noen av de undersøkelsene og gjennomgangene som er utført i andres regi. Det vil ikke være uttømmende verken mht. gjennomførte undersøkelser eller resultater, men det er grunn til å tro at flere av disse gir gode innspill til hvordan pandemiens konsekvenser kommer til syne.

2.1. Funksjonshemmede fellesorganisasjon

FFO gjennomførte en undersøkelse blant 2 249 personer om hvilke konsekvenser smitteverntiltak og smittefare har hatt for funksjonshemmede og kronisk syke. Hovedfunnene (FFO 2020) er at:

- «Mangel på terapi- og treningstilbud har ført til forverret sykdom, dårligere funksjonsnivå og mer smerter for svært mange»
- «Mange barn og unge mistet rettighetsfestet spesialundervisning og tilrettelagt undervisning.»
- «Mange pårørende har hatt store ekstrabelastninger. Flere forteller at de har «valgt» å ta over ansvaret for familiemedlemmer som ellers bor i omsorgsboliger, for å unngå regimet med besøksforbud. Andre fortviler over å ikke kunne besøke sine utviklingshemmede barn.»
- «betydelige økning i psykiske problemer, som angst og depresjon»

2.2. Hørselshemmedes Landsforbund

Smitteverntiltakene gjør en hørselshemmet enda mer hørselshemmet (Oppedal Vale 2020):

- De fleste høreapparater kompenserer for nedsatt lyd innenfor én meter.
- Plexiglassvegger hindrer lyden.
- Munnbind demper lyden og gjør det umulig å lese på munnen.
- Høy alder gjør det vanskeligere å bruke digital kommunikasjon med helsetjenestene – epost, koronatelefonen eller chat. Et annet eksempel på at informasjon om korona blir vanskelig tilgjengelig er at pressekonferansene om koronasituasjonen bare oversettes med tegnspråk – ikke teksting: Bare et mindretall av de hørselshemmede behersker tegnspråk.
- Bruk av videomøter er et hinder for deltakelsen i arbeidslivet.

2.3. Norges Handikapforbund

Norges Handikapforbund har utført en spørreundersøkelse (Norges Handikapforbund 2020) blant sine medlemmer og funnet at tilbudene fra kommunene og helseregionen ble borte eller kraftig redusert. I tillegg ble kommunikasjonen med tjenesteyterne vanskeligere og møter utsatt. Smitteverntiltakene førte til isolasjon samt ekstra belastning for de pårørende.

Konsekvensen av stengt barnehage og skole er stor for familier med barn med særskilte behov og Handikappede barns foreldreforening (Handikappnytt 2020) har funnet at det har tatt tid å få tilbud på plass og mange har fortsatt ikke fått tilbud. Kommunene oppleves i stor grad som lite tilgjengelige for familiene og at det er stor forskjell mellom kommunene.

2.4. Bufdir

På oppdrag fra Kultur- og likestillingsdepartementet gjennomførte Bufdir en kartlegging blant Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (NAKU), fylkesmannsembetene, kommunale råd for personer med funksjonsnedsettelse og brukerorganisasjoner. I tillegg har Bufdir innhentet statistikk fra krisesentrene. Rapportens (Bufdir 2020) hovedfunn er at

- «Koronapandemien har rammet bredt, men skjevt. Grupper som i utgangspunktet er sårbare, har blitt ekstra hardt rammet, både som følge av pandemien i seg selv og tiltakene som har vært iverksatt. Denne kartleggingen tyder på at koronapandemien har fått negative konsekvenser for likestilling av personer med funksjonsnedsettelse»
- «Personer med funksjonsnedsettelse har opplevd reduserte tjenester eller at tilbud om praktisk bistand, dagtilbud, avlastningstilbud, og andre tjenester har blitt endret eller har falt helt bort.»
- «Kartleggingen tyder på at smitteverntiltakene og mangel på tilrettelagt informasjon har bidratt til isolasjon, uro og usikkerhet.»
- «Undervisningstilbudet for mange barn og unge har vært redusert under pandemien. Barn og unge med vedtak om spesialundervisning framheves som særlig rammet»
- «Kartleggingen viser at familier og pårørende opplever at de har fått ansvar for oppfølging av barnet sitt døgnet rundt, noe som har vært belastende. For noen familier har dette bidratt til utfordringer med å opprettholde en normal arbeidssituasjon.»

2.5. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress

NKVS har to pågående studier om covid19. Fra et av prosjektene (NKVS 2020) foreligger det noen foreløpige resultater:

- «Nær halvparten av de spurte hadde i mindre grad kunnet gi omsorg eller hjelp til nærstående som trenger det.»
- «Mer enn en tredjedel oppga at de hadde fått utsatt helsehjelp fordi tjenesten ikke har tatt imot pasienter under pandemien.»
- «De eldste deltakerne hadde mindre bekymringer enn de yngre. Denne gruppen rapporterte også mindre grad av fysiske smerter og psykiske helseplager enn andre, og bedre livstilfredshet. Den eldre gruppen skilte seg ikke fra de andre når det gjaldt ensomhet.»
- «Deltakerne med fysisk sykdom i risikogruppen skilte seg ikke fra resten av utvalget når det gjaldt psykiske helseplager, livstilfredshet, eller ensomhet, men rapporterte høyere grad av smerter.

3. Kan registerbasert statistikk belyse effektene av pandemien?

Publiserte analyser om effekten av koronapandemien på personer med funksjonsnedsettelse, dreier seg nesten utelukkende om helserelaterte temaer. Effekter på viktige levekårsområder som arbeid, inntekt og lønn er nærmest fraværende. Effekten av pandemien på utsatte grupper bør også sees i forhold til befolkningen under ett.

Å bygge en registerbasert statistikk innebærer i denne sammenheng, to steg:

1. Identifisere utvalget av personer i befolkningen som inngår i den gruppen som statistikken eller analysen gjelder.
2. Koble personene i utvalget med relevant informasjon i SSBs registre, på individnivå, om levekår eller andre forhold av interesse.

Den registerbaserte levekårsstatistikken over personer med funksjonsnedsettelse har som formål å gi innblikk i levekårene til personer med varig funksjonsnedsettelse. Det eksisterer ingen oversikt over hvem som har (varig) funksjonsnedsettelse. Det antas at en varig funksjonsnedsettelse i stor grad kvalifiserer til en praktisk eller økonomisk offentlig ytelse eller medisinsk behandling i forbindelse med funksjonsnedsettelsen. Statistikken tar derfor utgangspunkt i et bruttoutvalg bestående av personer som finnes i disse registrene hos NAV:

- Utlån av tekniske hjelpemidler (Hjelpemiddelsentralene)
- Refusjon av ortopediske hjelpemidler
- Grunn- og hjelpestønad
- Uførhet

Ved å kombinere et nærmere bestemt utvalg trukket fra ovennevnte registre, med demografiske og andre kjennetegn hentet fra SSBs administrative registre, kan i prinsippet all levekårsstatistikk som i dag publiseres for hele befolkningen, gjenskapes for utvalget.

Frysing av utvalgene per 31.12

Samtlige utvalgsriterier er basert på vedtak i forvaltningen. Saksbehandlingstid, registreringspraksis og oppbyggingen av registrene gjør det imidlertid vanskelig å lage utvalg som er dynamiske innenfor kortere tidsperioder enn årlig. Utvalgene bør derfor fryses til å være alle personer som oppfyller visse kriterier per 31.12. i et

gitt år¹. Et utvalg av befolkningen som oppfyller de samme kriteriene i en kort mellomliggende periode, f.eks. i perioden 01.03. til 31.12.2020, er i praksis ikke mulig å konstruere.

De fleste data om levekår er også satt sammen pr. kalenderår. Eksempler er boforhold og inntekt. SSBs statistikk om levekår hos personer med funksjonsnedsettelse (SSB 2020), viser utviklingen av levekår på årlig basis, og publiseres i første halvdel av påfølgende år. Dermed er de uegnet til å vise pandemiens effekt på kort sikt samt raske svingninger. Statistikk for 2020 vil inneholde resultater for hele året, og er dermed påvirket av situasjonen før pandemien fikk skikkelig fotfeste i den norske befolkning første kvartal. De publiserte levekårsstall vil imidlertid gi et godt bidrag til å se på de mer langsiktige endringer, men da fra og med de første ett til to år etter utbruddet.

A-ordningen og NAVs Arena system kan imidlertid levere data om tilknytningen til arbeidslivet for kortere perioder, f.eks. per kvartal. Det er imidlertid grunn til å understreke at det fortsatt vil gjelde for utvalget av personer som er definert per 31.12. Statistikken kan utvides til å vise mulige kortsiktige effekter av pandemien på arbeid og sysselsetting.

Medisinske diagnoser som utvalgskriterium

Med unntak av registeret for utlån av tekniske hjelpemidler, oppgis også en medisinsk diagnose som grunnlag for ytelsen. Det kan gjøre det mulig å avgrense utvalget ytterligere. I vedlegg A gis eksempler på hvordan medisinske diagnoser kan benyttes til å definere et utvalg av personer: Utviklingshemmede og hørselshemmede.

I vedlegg B viser vi to eksempler på analyser av tilgang og bruk av allmennlegetjenester gjennom pandemiens første år. Eksemplene bruker utvalget av utviklingshemmede. Tilsvarende analyser kan gjøres for andre grupper, for eksempel hørselshemmede.

Å benytte diagnose som eneste kriterium for å danne et utvalg av personer i sårbare grupper, må likevel gjøres med forsiktighet, bl.a. fordi en diagnose ikke nødvendigvis er sammenfallende med funksjonsnedsettelse, og heller ikke angir funksjonsnedsettelsens alvorlighetsgrad. I sammenheng med eventuell uførhet eller stønader, kan likevel diagnose bidra til å identifisere grupper av særskilt interesse.

3.1. Effekter på tilgang til og bruk av helsetjenester

Med unntak av registeret over utlån av tekniske hjelpemidler, inneholder registrene en medisinsk diagnose som en del av grunnlaget for vedtaket om ytelsen². I tillegg gir data fra systemet for refusjon av egenandeler ved konsultasjon og behandling i allmennlegetjenesten (Helfo – Kuhr)³ tidspunkt for konsultasjon eller behandling, medisinske diagnoser som er årsak til behandlingen og behandlerens takstkoder.

Det er mulig å innhente data for korte intervaller – måned eller uke – i tillegg til grunnlag for årsstatistikk gjennom Kuhr. Se f.eks. <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/1-av-4-konsultasjoner-hos-private-spesialister> om hvilken statistikk som produseres i dag. Det er imidlertid verdt å merke seg at diagnosene i Kuhr ikke alene kan brukes som kriterium for å

¹ Eller ved årets start: 01.01. I praksis er dette tilnærmet det samme som 31.12. foregående år

² Datakvaliteten på denne opplysningen må vurderes nøyer. Det er én årsak til at tabeller basert på diagnose hittil ikke er publisert. I tillegg er diagnosedataene fra uføreregisteret ca. 1,5 år på etterskudd i forhold til statistikkåret.

³ Innleggelsler på sykehus er ikke omfattet av dette registeret.

definere utvalget, fordi konsultasjonen eller behandlingen ikke behøver å være relatert til funksjonsnedsettelsen.

Den registerbaserte statistikken over levekårene til personer med funksjonsnedsettelse kan dermed utvides til også å produsere statistikk over kortsiktige svingninger i de samme personenes bruk av helsetjenester. Noen mulige eksempler på problemstillinger som kan inngå og bidra til forståelsen av hvordan koronapandemien har påvirket sårbare grupper er:

- Har personer med ledd- og muskelsykdommer som bruker rullestol og/eller er ufør færre polikliniske behandlinger? Skiller denne gruppen seg fra den øvrige befolkning?
- Har utviklingshemmede hatt mindre kontakt (færre konsultasjoner) med sin fastlege med legevakt etter Covid19-utbruddet? Skiller denne gruppen seg fra den øvrige befolkning?
- Blir utviklingshemmede testet for SARS-CoV-2 i et annet omfang og på andre tidspunkt enn den øvrige befolkning?

I vedlegg B er noen sider av de to sistnevnte spørsmål belyst. Samme analyser kan utføres på andre utvalg.

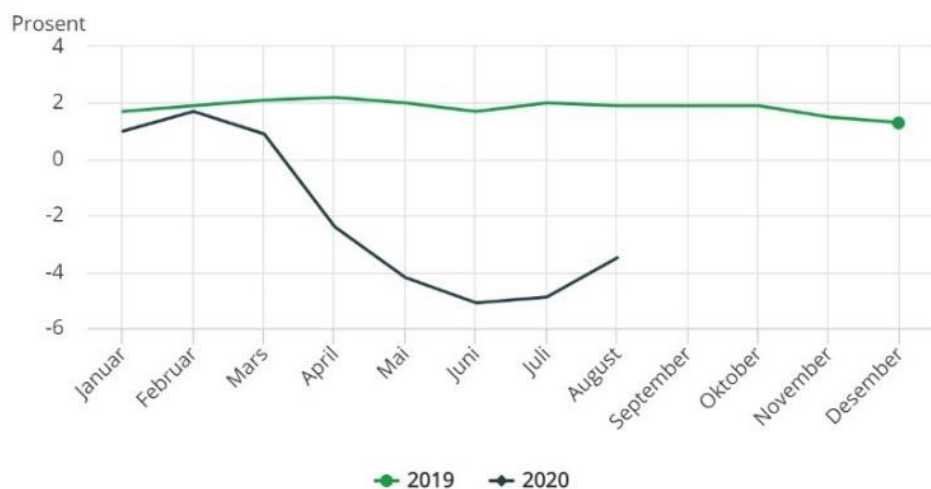
3.2. Effekter på arbeid og sysselsetting

I dag publiseres det kvartalsvis registerbasert statistikk over arbeid og sysselsetting for lønnstakere og helt ledige (SSB 2020-2), basert på innrapportering til A-ordningen. Her blir permitteringer under tre måneder uten lønn regnet som sysselsetting (som i Arbeidskraftundersøkelsen). Når permitteringen forventes å være mer enn tre sammenhengende måneder blir personen regnet som ikke sysselsatt.

På eksperimentell basis publiserer SSB nå også månedsstatistikk over arbeid og sysselsetting for å belyse effektene av pandemien, hvor A-ordningen er datakilden. Figur 3.1 er hentet fra en artikkel hvor antall jobber i august 2019 sammenliknes med august 2020.

Figur 3.1 Eksempel på utviklingen i antall jobber

Figur 1. Antall jobber (arbeidsforhold), endring i prosent fra året før. Foreløpige tall



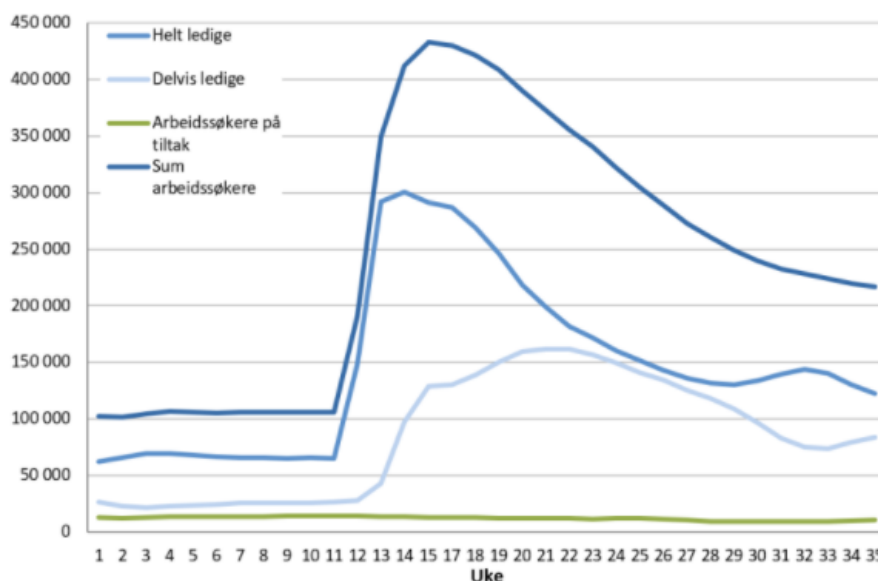
Kilde: Månedstall fra a-ordningen, Statistisk sentralbyrå

Kilde: Statistisk sentralbyrå.

NAV lager også statistikk over arbeidssøkere, som også inkluderer mer kortvarige permitteringsperioder

Figur 3.2 Eksempel på utviklingen i antall ledige

Figur 1. Antallet helt ledige, delvis ledige og arbeidssøkere på tiltak. Tall per uke for 2020



Kilde: NAV

Kilde: NAV (2020)

Det vil være mulig å lage tilsvarende analyser for et utvalg basert på datagrunnlaget til den registerbaserte statistikken over levekårene til personer med funksjonsnedsettelse.

Datakildene forholder seg til ulike regelverk, kodesystemer og periodiseringer, og det er derfor ikke mulig å lage en komplett og konsistent statistikk over alle sider ved tilknytningen til arbeidslivet: om personen er i hel- eller deltidsarbeid, permittert eller utenfor arbeidsstyrken. Dette er et generelt problem og ikke noe som gjelder spesielt for et utvalg av personer med funksjonsnedsettelse.

3.3. Korttidsstatistikk fra nasjonalregnskapet

SSB produserer korttidsstatistikk tilknyttet nasjonalregnskapet som er innrettet for å gi et bilde av pandemiens virkning også på helse- og omsorgstjenester. I hovedsak gjelder dette produksjon og konsum av tjenestene målt i aktivitetsvolum, f.eks. DRG-poeng i spesialisthelsetjenesten og liggedøgn i rusomsorgen. Statistikkene er i stor grad ikke basert på individdata, og kan dermed heller ikke knyttes til spesielt utvalgte grupper som personer med funksjonsnedsettelse.

3.4. Videre utvikling av statistikken

Den registerbaserte leveårsstatistikken over personer med funksjonsnedsettelse bygger på personer som forekommer i fire registre over offentlige ytelser. I tiden framover vil det arbeides for at datagrunnlaget utvides, for eksempel med data fra Norsk pasientregister og Kommunalt pasient- og brukerregister. Dette vil gi mulighet til å definere utvalgene som analyseres enda mer presist, og i tillegg gi grunnlag for ny statistikk om deres helsetilstand og bruk av helse- og velferdstjenester. På kort sikt kan disse dataene sees i forhold til og i lys av koronapandemien, på litt lengre sikt vil dem gi oss mer informasjon om den langsiktige utviklingen i situasjonen for personer med funksjonsnedsettelse.

4. Oppsummering

Det er allerede gjennomført noen undersøkelser som bidrar til å belyse konsekvenser og effekter av pandemien på ulike grupper av personer med funksjonsnedsettelse. Disse undersøkelsene er i all hovedsak innrettet for å avdekke mer helserelaterte forhold, og er i liten grad opptatt av å styrke forståelsen av pandemiens effekter på ulike levekårsområder.

Data fra registrene som utgjør grunnlaget for registerbasert levekårsstatistikk om personer med funksjonsnedsettelse, er allerede omfattende. Med noen utvidelser av datagrunnlaget, vil det være mulig til å avdekke langsiktige endringer i levekår som har oppstått i 2020.

Datagrunnlaget og innholdsbestemmelsen av hvilke utvalg av personer som blir undersøkt særskilt, kan bl.a. suppleres med kunnskap om medisinske diagnoser. Da kan grupper av personer med funksjonsnedsettelse identifiseres enda mer presist. Det er også mulig å beskrive kortsiktige svingninger i utnyttelsen av noen helsetjenester.

I vedlegg A nedenfor er utviklingshemmede og hørselshemmede brukt som eksempler på to grupper av personer med funksjonsnedsettelse som kan avgrenses ved hjelp av opplysninger om diagnose. I vedlegg B er det gruppen utviklingshemmede som er analysert med fokus på bruk av noen utvalgte helsetjenester. Tilsvarende tilnærming kan brukes i analyser av hørselshemmede og andre grupper av personer med funksjonsnedsettelse.

Referanser

- Birkeland (2020) Epost fra Steinar Birkeland, HLF, 18.11.2020
- Bufdir (2020) Kartlegging av likestillingskonsekvenser, Personer med funksjonsnedsettelse og covid-19
[https://ffo.no/globalassets/rapporter/eksterne-
rapporter/likestillingskonsekvenser-for-personer-med-
funksjonsnedsettelser.docx](https://ffo.no/globalassets/rapporter/eksterne-rapporter/likestillingskonsekvenser-for-personer-med-funksjonsnedsettelser.docx) (nedlastet 13.10.2020)
- FFO (2020) Covid-19: Store konsekvenser for funksjonshemmede og kronisk syke
[https://ffo.no/aktuelt/2020/covid-19-store-konsekvenser-for-
funksjonshemmede-og-kronisk-syke/](https://ffo.no/aktuelt/2020/covid-19-store-konsekvenser-for-funksjonshemmede-og-kronisk-syke/) (nedlastet 13.10.2020)
- Fuglerud (2020) Teamsmøte med Sverre Fuglerud, Blindeforbundet, 30.09.2020
- Handikapnytt (2020) Foreldreundersøkelse: Skoletilbudet svikter for åtte av ti barn
[https://www.handikapnytt.no/foreldreundersokelse-skoetilbudet-svikter-for-
atte-av-ti-barn/](https://www.handikapnytt.no/foreldreundersokelse-skoetilbudet-svikter-for-atte-av-ti-barn/) <https://www.hbf.no/foreldresundersokelse/> Nedlastet 08.02.2021
- Helsedirektoratet (2020-1): [https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/viktig-at-
kommunene-ivaretar-utviklingshemmedes-behov?fbclid=IwAR3YIXnav-
jSh2B8rLR4kAI2yjs07DLx6qL7RT85qi_zsudedMhAcLBm47Q](https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/viktig-at-kommunene-ivaretar-utviklingshemmedes-behov?fbclid=IwAR3YIXnav-jSh2B8rLR4kAI2yjs07DLx6qL7RT85qi_zsudedMhAcLBm47Q)
- Helsedirektoratet (2020-2):
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/aktivitetsutvikling/>
- Helsedirektoratet (2020-3): Endringer i aktivitet i helsetjenester mars 2020
Foreløpige tall Rapport IS-2927
[https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/endringer-i-aktivitet-i-
helsetjenester-mars-2020-forelopige-
tall/Endringer%20i%20aktivitet%20mars%202020.pdf/_/attachment/inline/1
41e3918-b031-4f27-bc0e-
5ee14d442bff:c5b96929e18ad492f0a3a20c3a30fdc93fb31a18/IS-
2927%20Endringer%20i%20aktivitet%20mars%202020.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/endringer-i-aktivitet-i-helsetjenester-mars-2020-forelopige-tall/Endringer%20i%20aktivitet%20mars%202020.pdf/_/attachment/inline/141e3918-b031-4f27-bc0e-5ee14d442bff:c5b96929e18ad492f0a3a20c3a30fdc93fb31a18/IS-2927%20Endringer%20i%20aktivitet%20mars%202020.pdf)
- Helsedirektoratet (2020-4): *Aktivitetsutvikling frem til august 2020 Foreløpige tall Rapport IS-2953*
[https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/aktivitetsutvikling/Aktivitetsutvik-
ling%20frem%20til%20august%202020.pdf/_/attachment/inline/453ca20a-
f5ee-4ec1-9192-
87dc97ee3ffe:53de4a982761713d514ebc40c706ca13dae83cb8/Aktivitetsutv-
ikling%20frem%20til%20august%202020.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/aktivitetsutvikling/Aktivitetsutvikling%20frem%20til%20august%202020.pdf/_/attachment/inline/453ca20a-f5ee-4ec1-9192-87dc97ee3ffe:53de4a982761713d514ebc40c706ca13dae83cb8/Aktivitetsutvikling%20frem%20til%20august%202020.pdf)
- Helsedirektoratet (2020-5) *Fastleger bør benytte diagnosekoden R991 ved mistenkt/sannsynlig covid-19 og R992 ved bekreftet covid-19*
[https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/koronavirus/kommunale-helse-
og-omsorgstjenester/allmennlegetjenesten#fastleger-bor-benyttediagnosekoden-R991-ved-mistenkt-sannsynlig-covid-19-og-R992-ved-
bekreftet-covid-19](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/koronavirus/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/allmennlegetjenesten#fastleger-bor-benyttediagnosekoden-R991-ved-mistenkt-sannsynlig-covid-19-og-R992-ved-bekreftet-covid-19) nedlastet 20.01.2021
- Keilegavlen (2018) Ingrid Keilegavlen m.fl. Fastlegers tidsbruk
Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, Bergen, februar 2018
[https://www.regjeringen.no/contentassets/e65a3259728c4d7a966ae53664c7
4da6/fastlegers_tidsbruk_180306.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/e65a3259728c4d7a966ae53664c74da6/fastlegers_tidsbruk_180306.pdf)
- Legeforeningen (2020) *Den norske legeforening: Normaltariff for fastleger og legevakt 2019-2020*
[https://normaltariffen.legeforeningen.no/asset/pdf/Fastlegetariffen-2019-
2020.pdf](https://normaltariffen.legeforeningen.no/asset/pdf/Fastlegetariffen-2019-2020.pdf) lastet 26.11.2020

- Likestillings- og diskrimineringsombudet (2020): Er vi godt nok forberedt til neste krise?
<https://www.ldo.no/ombudet-og-samfunnet/siste-nytt2/dugnadsandengjenspeiles-ikke-i-beredskapen>
- NAV (2020) 16 300 færre arbeidssøkere i august <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/arbeidssokere-og-stillinger-statistikk/nyheter/16-300-faerre-arbeidssokere-i-august>
- NKVS (2020) Cope covid-19: helse og bekymringer under pandemien
<https://www.nkvts.no/cope-covid-19-helse-og-bekymringer/> (nedlastet 13.10.2020)
- Norges handikapforbund (2020) Koronarestriksjonene rammet funksjonshemmede hardt <https://nhf.no/altfor-mange-opplevde-at-tilbudet-sviktet/> Nedlastet 08.02.2021
- NRK (2020) <https://www.nrk.no/norge/mange-dropper-fastlegen--leger-frykter-for-pasientenes-helse-1.14961587>
<https://www.nrk.no/osloogviken/leger-bekymret-for-at-pasienter-med-akuttsykdom-venter-med-a-ta-kontakt-pa-grunn-av-koronavirus-1.14958563>
- Oppedal Vale (2020) Teamsmøte med Marte Oppedal Vale, Hørselshemmedes landsforbund, 02.10.2020
- SSB (2019) Utredning av ny levekårsstatistikk for personer med funksjonsnedsettelse SSB Notat 2019/42 <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/utredning-av-ny-levekarsstatistikk-for-personer-med-funksjonsnedsettelse>
- SSB (2020) Levekår hos personer med funksjonsnedsettelse
<https://www.ssb.no/helse/statistikker/funkhem/aar>
- SSB (2020-2) Sysselsetting, registerbasert <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/regsys>

Vedlegg A: Diagnose som utvalgskriterium

For noen grupper av personer med funksjonsnedsettelse er medisinsk diagnose ett av flere kriterier for et vedtak om offentlige ytelser som grunnstønad eller uføretrygd. I hvilken grad diagnosene alene identifiserer gruppen tilstrekkelig presist, og om ytelsene først og fremst indikerer alvorlighetsgraden av funksjonsnedsettelsen, vil variere med analysens formål. Her gis to eksempler:

- **Utviklingshemmede:** Medisinsk diagnose er et egnet utgangspunkt for å identifisere gruppen og ytelsen indikerer alvorlighetsgrad
- **Hørselshemmede:** Diagnose bør kombineres med utlån av tekniske hjelpemidler for å skille personer med funksjonsnedsettelse fra personer med svakt nedsatt hørsel som ikke medfører funksjonshemming.

Utviklingshemmede ICPC2-klassifiseringen, som benyttes av allmennhelsetjenesten, har kategorien P85 – psykisk utviklingshemming. I ICD10-systemet som benyttes av spesialisthelsetjenesten, brukes følgende diagnoser i sammenheng med utviklingshemming (SSB 2019):

- F70 Mild (lett) psykisk utviklingshemming (IQ 50–69)
- F71 Moderat psykisk utviklingshemming (IQ 35–49)
- F72 Alvorlig psykisk utviklingshemming (IQ 20–34)
- F73 Dyp psykisk utviklingshemming (IQ under 20, hos voksne mental alder under 3 år)
- F78 Annen psykisk utviklingshemming
- F79 Uspesifisert psykisk utviklingshemming
- F840 Barneautisme
- F841 Atypisk autisme
- F842 Retts syndrom
- F845 Asbergers syndrom
- F848 Annen spesifisert gjennomgripende utviklingsforstyrrelse
- F849 Uspesifisert gjennomgripende utviklingsforstyrrelse
- G80 Cerebral parese
- Q871 Cornelia de Langes syndrom
- Q90 Downs syndrom
- Q934 Cri de Chat syndrom
- Q9351 Angelmans syndrom

Det er grunn til å understreke at det ikke hersker full konsensus i fagmiljøene om hvilke detaljerte diagnoser som impliserer utviklingshemming. Det er derfor nødvendig å forankre en nærmere avgrensning blant relevante parter, før det blir presentert resultater som knyttes opp mot utviklingshemmede som en egen gruppe av personer med funksjonsnedsettelse. En slik avgrensning kan være et minste felles multiplum av diagnoser eller de mest utbredte diagnosene som det verken er problematisk å innholdsbestemme eller bruke i en slik sammenheng.

Hørselshemmede Høreapparater er ikke hjelpemidler til utlån. Anskaffelsen følger samme system som for ortopediske hjelpemidler, men uten at det finnes et tilsvarende register. Det er imidlertid andre hjelpemidler som i større eller mindre grad kan knyttes til hørselshemming.

- 050603 Hjelpemidler for a trene fingerspråk
- 050606 Hjelpemidler for a trene tegnspråk
- 050609 Hjelpemidler for a trene munnnavlesning
- 050612 Hjelpemidler for a trene døvblindspråk
- 214221 Hørerør
- 2145 Høreapparater
- 2148 Hjelpemidler for varsling og indikering
- 2206 Hørselshjelpemidler

- 2224 Hjelpemidler for telefoning og andre former for telekommunikasjon
- 2227 Hjelpemidler for varsling og alarmering

Fra hørselshemmede landsforbund (Birkeland 2020) ⁴, har vi fått bekreftet at følgende ICPC2-koder kan legges til grunn for å identifisere hørselshemmede:

- H03 Øresus
- H28 Redusert funksjonsevne pga øreproblem
- H74 Mellomørebetennelse kronisk
- H80 Medfødt feil i øre
- H83 Andre sykdommer i indre øre (auris interna)
- H84 Hørselstap aldersbetinget
- H85 Hørselstap pga støyskade
- H86 Døvhhet/hørselstap IKA

Det rådes også til å bruke disse ICD10-kodene:

- H900 Bilateralt mekanisk hørselstap
- H901 Unilateralt mekanisk hørselstap uten nedsatt hørsel på motsatt side
- H902 Uspesifisert mekanisk hørselstap
- H903 Bilateralt nevrogen hørselstap
- H904 Unilateralt nevrogen hørselstap uten nedsatt hørsel på motsatt side
- H905 Uspesifisert nevrogen hørselstap
- H906 Bilateralt blandet mekanisk og nevrogen hørselstap
- H907 Unilateralt blandet mekanisk og nevrogen hørselstap uten nedsatt hørsel på motsatt side
- H908 Uspesifisert blandet mekanisk og nevrogen hørselstap
- H910 Ototoksisk hørselstap
- H911 Alderdomstunghørthet
- H912 Plutselig idiopatisk hørselstap
- H913 Døvtumhet ikke klassifisert annet sted
- H918 Annet spesifisert hørselstap
- H919 Uspesifisert hørselstap
- Z45.3 Justering og kontroll av implantert utstyr for hørsel.⁵

Til tross for at hørselshemmede er en enklere gruppe å definere, er det også her nødvendig å forankre en eventuell avgrensning eller utplukk av diagnoser blant berørte parter. Også med en slik gruppe kan tilnærmingen bli et minste felles multiplum av diagnoser eller de mest utbredte diagnosene som det verken er problematisk å innholdsbestemme eller bruke i en slik sammenheng.

⁴ Listen er godkjent av Norsk Audiologisk Samarbeidsutvalg (høstmøtet 29. oktober 2020).

⁵ For å fange opp personer med cochlea implantat, benforankret høreapparat og mellomøreimplantat

Vedlegg B: Utviklingshemmede og allmennlegetjenester 2018 – 2020

Utviklingshemmede er en gruppe som i liten grad er i stand til å ivareta egne interesser og som derfor er særlig utsatt i krisesituasjoner. Koronaepidemien og avbøtende tiltak har generelt medført en større belastning på helsetjenestene og sannsynligvis påvirket befolkningens bruk av tjenestene. Det er derfor grunn til å analysere om utviklingshemmede har blitt påvirket i betydelig grad, og da sammenliknet med situasjonen før pandemien og sammenliknet med resten av den norske befolkning (alle bosatte).

Fastlegen er den primære førstelinje ved sykdom eller helseproblemer. Når fastlegen ikke er tilgjengelig eller har ventetid som oppleves for lang, er legevakt neste alternativ. Utviklingshemmede har fastlege på lik linje med alle andre, men siden de ofte også har et annet hjelpeapparat rundt seg, er det nærliggende å anta at hyppighet og bruksmønster er annerledes. Det samme resonnementet gjelder for bruk av legevakt, med eller uten bistand.

Her undersøkes

- Utviklingshemmedes kontakt med fastlege og legevakt i perioden fra 2018 til 2020, sammenliknet med befolkningen som helhet.
- Hvordan utviklingshemmede er testet for SARS-CoV-2 gjennom kommunale teststasjoner.

Smittesituasjon og smitteverntiltak har endret seg flere ganger gjennom 2020 og analysen kan derfor ikke baseres på data for hele kalenderår. Samtidig er det viktig å isolere effektene av naturlige sesongsvingninger som påske- og sommerferie. Ved sammenlikning av resultatene mellom årene, må det tas hensyn til at «nedstengningen» av Norge skjedde i uke 11 i 2020 (onsdag 11.mars) og hvilken uke påsken og andre fri- og helligdager inntraff.

B.1 Utviklingshemmede - populasjon

Utviklingshemmede er en forholdsvis liten gruppe i forhold til andre bosatte⁶. For å kunne sammenlikne gruppene, tas det utgangspunkt i hvor store andeler av hver gruppe som har kontakt med fastlege, legevakt eller som testes for smitte⁷.

Vi fastsetter den ønskede populasjonen til:

Populasjon **alle bosatte per 31.12.2019 med en utviklingshemming som er tilstrekkelig alvorlig til at personen mottar en offentlig støtte.**

Utvalg Med utgangspunkt i populasjonen trekkes det et utvalg personer som tilfredsstillers minst ett av følgende kriterier:

- Mottak av grunnstønning eller hjelpestønning fra 2009
- Har fått refundert kostnaden til et ortopedisk hjelpemiddel fra 2013⁸
- Mottak av uføretrygd i perioden 2009 til juni 2016⁹
- Grunnlag for vedtak om ytelsen er en eller flere spesifiserte medisinske diagnoser (se nedenfor)

⁶ En person bosatt i Norge har norsk fødselsnummer. Dermed utelukkes arbeidsinnvandrere og andre med midlertidig opphold.

⁷ Antall tester og andeler gjelder bosatte i alt og bosatte utviklingshemmede. Det totale antall tester er derfor mye høyere siden det inkluderer testing av personer bosatt i utlandet.

⁸ Dette gjelder i hovedsak personer med cerebral parese (4 370) og Downs (911).

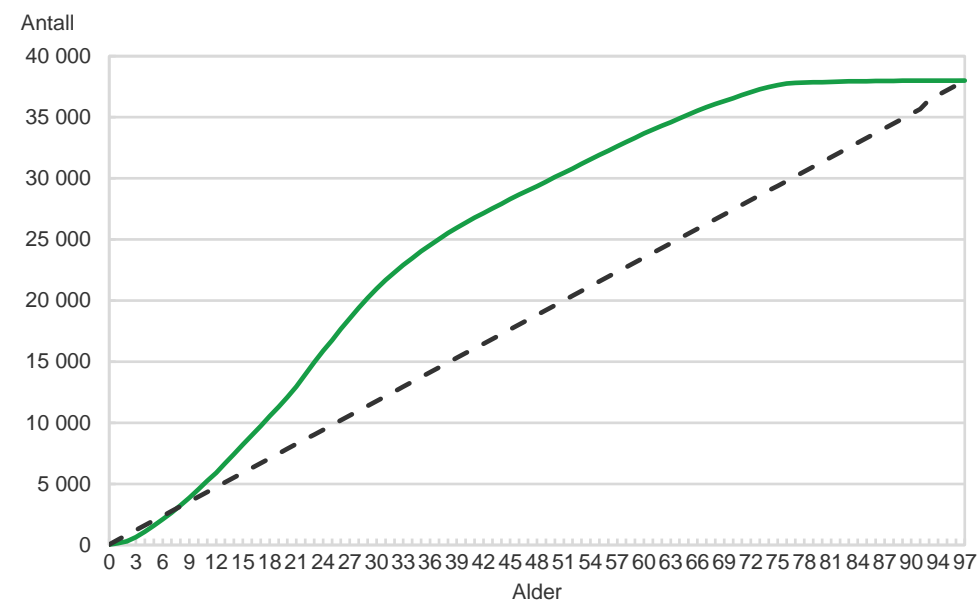
⁹ Datagrunnlaget for diagnoser som grunnlag for uføretrygd, er ikke tilgjengelig for nye vedtak etter juni 2016

Det er verdt å merke seg at om en person mister ytelsen, for eksempel ved at uføretrygd opphører ved pensjonsalder, vil vedkommende fortsatt være i populasjonen. Det skyldes at utviklingshemmingen antas å være permanent.

I alt er det 38 000 personer i populasjonen: 23 180 menn og 14 820 kvinner, hhv. 61 og 39 prosent. Til sammenlikning var det 5 367 580 bosatte ved utgangen av 2019, og 50,4 prosent av disse var menn. Dataene gir ikke grunnlag for å konkludere om det er flere menn med utviklingshemming, eller om de i større grad får stønader begrunnet med utviklingshemming¹⁰.

I utgangspunktet kan det antas at en utviklingshemming opptrer allerede fra fødselen, selv om det er noen unntak. Antallet utviklingshemmede bør derfor være tilnærmet uavhengig av alder.

Figur B 1 Utviklingshemmede etter alder. 2019



Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Figur B 1 viser at det er et ulikt antall utviklingshemmede i de ulike aldersgruppene gitt de fire kriteriene som ligger til grunn for å bli tatt med i utvalget. Etter om lag 70 år flater kurven ut, formodentlig på grunn av dødsfall. Fra 7-årsalderen fram til ca. 30 år blir det stadig flere som kommer inn under en eller flere ytelser. Også før man kan motta uføretrygd. Dette kan ha flere forklaringer: Endret fødselsrate de siste årene, at utviklingshemming først blir avdekket i grunnskolealder o.l.

Det er samme mønster for begge kjønn, men med litt ulike aldersintervaller: For gutter kommer økningen fra ca. 7-årsalder, men den for jenter blir synlig ved 12-13-årsalder.

Dersom vi kan anta at utviklingshemming i de aller fleste tilfeller oppstår ved fødselen, gir denne fordelingen grunn til å være tilbakeholden med å sammenlikne utviklingshemmede barn og unge med andre jevnaldrende.

Tabell B1 viser hvordan antallet personer fordeler seg mellom de medisinske diagnosene som ligger til grunn for vedtaket. Antallet per diagnose summerer seg ikke til 38 000 fordi en person kan ha flere av diagnosene.

¹⁰ Siden utviklingshemmede er så liten gruppe, er det ikke behov for å skille alle bosatte fra bosatte som også er utviklingshemmede.

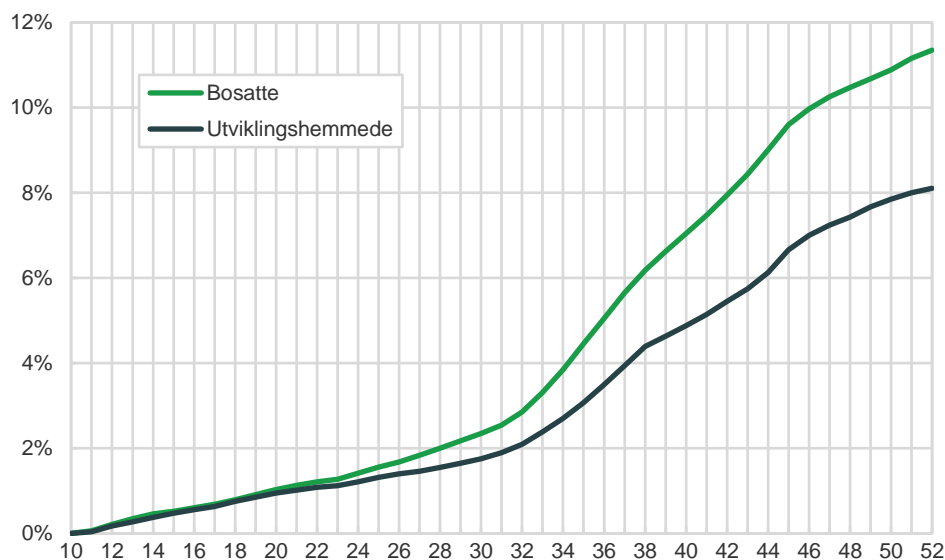
Tabell B 1 Antall utviklingshemmede, etter utvalgte medisinske diagnoser

ICD-10		antall
F70	Mild (lett) psykisk utviklingshemming (IQ 50-69)	11 762
F71	Moderat psykisk utviklingshemming (IQ 35-49)	3 150
F72	Alvorlig psykisk utviklingshemming (IQ 20-34)	1 104
F73	Dyp psykisk utviklingshemming (IQ under 20, hos voksne)	6 080
F78	Annen psykisk utviklingshemming	212
F79	Uspesifisert psykisk utviklingshemming	12 482
F84	Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser	25 998
G80	Cerebral parese	22 604
Q871	Medfødt misdannelsessyndrom som hovedsakelig fører til kortvoksthet	662
Q90	Downs syndrom	8 586
Q934	Delesjon av kort arm på kromosom 5 (Cri-du-chat-syndrom)	86
Q935	Annen delesjon av del av kromosom	438

Kilde: Statistisk sentralbyrå.

B.2 Utviklingshemmede – testing for koronasmitte

Figur B2 viser utviklingen i andel av det totale antallet av hhv. utviklingshemmede – som definert i populasjonen ovenfor - og bosatte som har vært testet minst én gang for SARS-CoV-2 i løpet av 2020. **Det må understrekes at dette gjelder bare bosatte som er testet i regi av kommunene og dermed framkommer i data fra refusjonsordningen.**

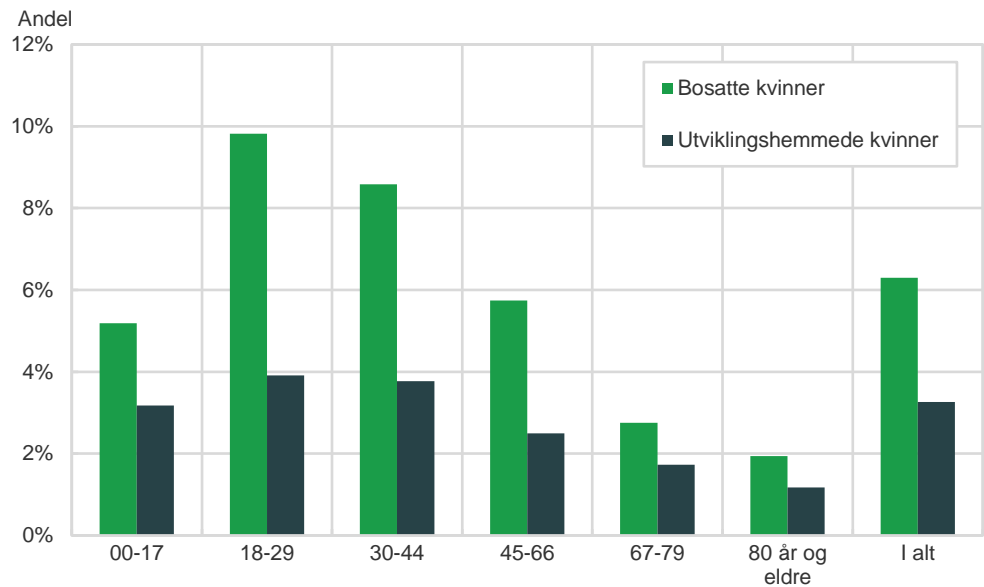
Figur B 2 Personer som er testet for korona hvor testen har utløst refusjon. Andeler. 2020

Kilde: Statistisk sentralbyrå og Kuhr.

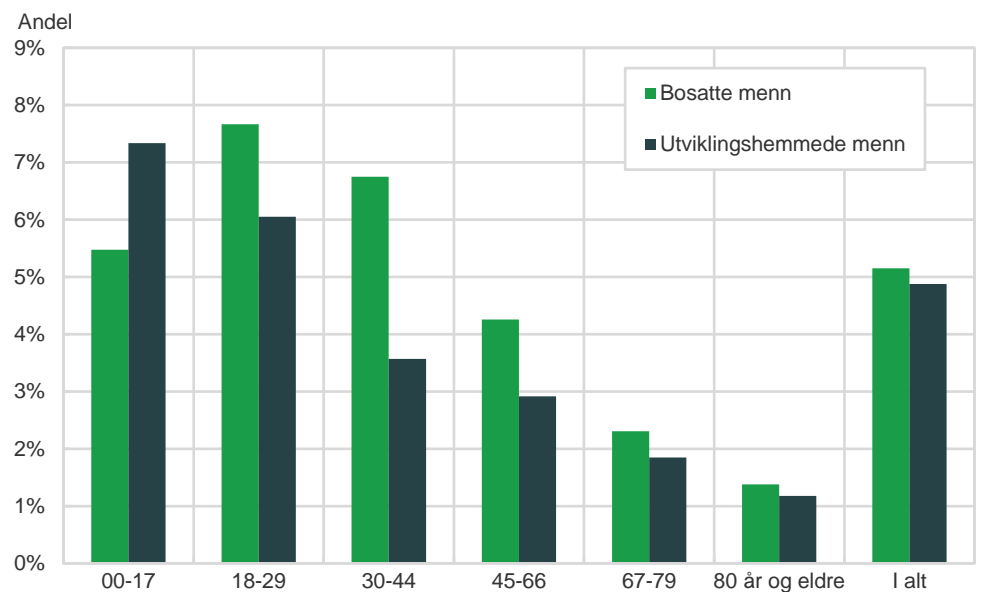
Om lag 8 prosent (3 000 personer) av utviklingshemmede er testet i løpet av 2020, mot 11 prosent av alle bosatte (590 000 personer). Fram til forsommeren 2020 var imidlertid andelene ganske like.

Tydelige forskjeller mellom alder og kjønn

Omfanget av testing varierer med kjønn og alder, og er forskjellig mellom gruppene. I alt hadde 3 prosent av utviklingshemmede kvinner testet seg, mot 6 prosent av andre kvinner. I begge gruppene hadde om lag 5 prosent av mennene testet seg.

Figur B 3 Kvinner som er testet for korona hvor testen har utløst refusjon. Andeler. 2020

Kilde: Statistisk sentralbyrå og Kuhr.

Figur B 4 Menn som er testet for korona hvor testen har utløst refusjon. Andeler. 2020

Kilde: Statistisk sentralbyrå og Kuhr.

Særlig blant unge voksne kvinner er det forskjeller mellom gruppene. Bare 4 prosent av utviklingshemmede unge kvinner mellom 18 og 44 år var testet, mot 8-10 prosent av alle bosatte kvinner.

B.3 Utviklingshemmede – bruk av fastlege

Fastlegen er den man først kontakter ved mistanke om sykdom eller skade som ikke er så akutt at man trenger umiddelbar hjelp. Timeavtaler med fastlegen deles gjerne inn i enkle kontakter og ordinære konsultasjoner. Men i tillegg kan man ha kontakt med fastlegekontoret uten nødvendigvis å bli «undersøkt» av legen personlig, f.eks. ved prøvetaking og forlengelse av sykemeldinger. Dette er også pasientrettet arbeid og bør inkluderes når man ser på mønsteret i bruken av fastlegetjenesten fra pasientens ståsted. For pasienten er det derimot ingen personlig interaksjon med fastlegen eller fastlegekontoret når legen har

oppfølgingssamtaler med pårørende eller andre deler av hjelpeapparatet når pasienten ikke er tilstede.

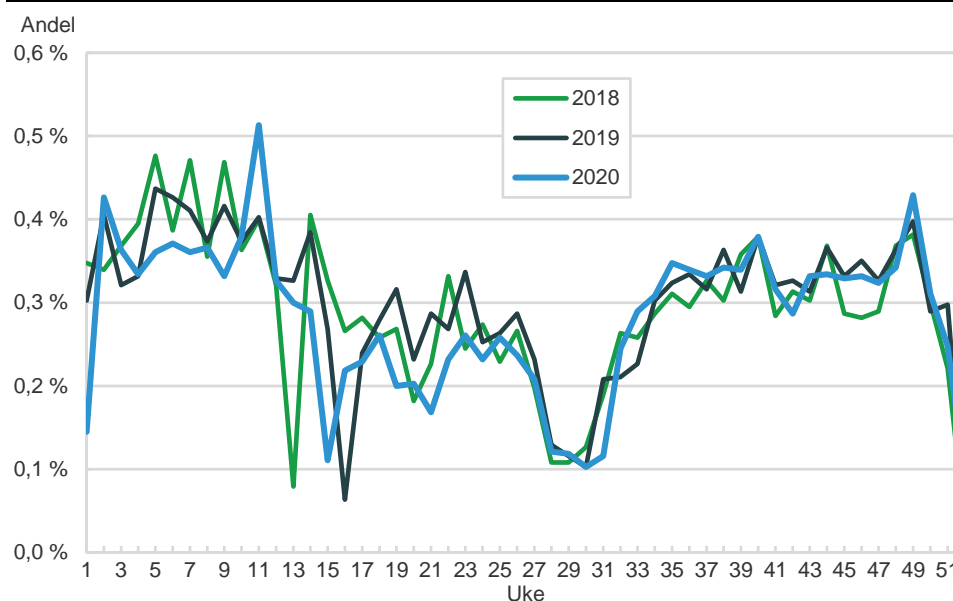
Tabell B 2 Antall som har hatt personlig kontakt med fastlegegjenseten. 2018-2020

	Bosatte		Utviklingshemmede	
	Antall	Andel	Antall	Andel
2018	813 699	15,3 %	1 988	5,2 %
2019	808 768	15,2 %	1 990	5,2 %
2020	799 259	15,0 %	1 930	5,1 %

Kilde: Statistisk sentralbyrå og Kuhr.

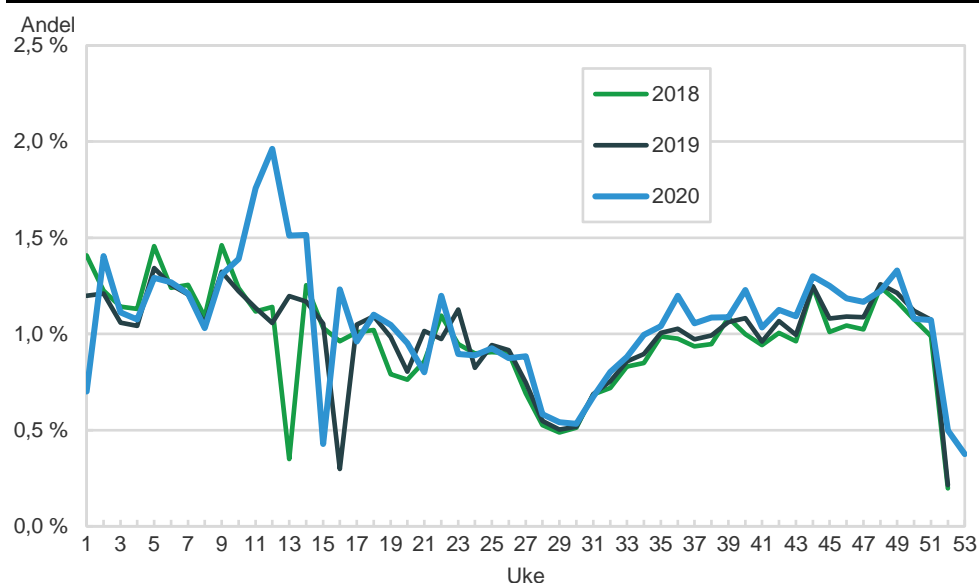
Utviklingshemmede har sjeldnere personlig kontakt med fastlegen enn bosatte totalt. Andelen utviklingshemmede med denne typen kontakter er om lag 10 prosentpoeng lavere enn andelen bosatte som har hatt personlig kontakt med fastlege. Men det er bare en minimal nedgang i 2020 i forhold til de to foregående årene når året blir sett under ett.

Figur B 5 Utviklingshemmede: Andel med personlig kontakt med fastlegegjenseten. 2018 - 2020



Kilde: Statistisk sentralbyrå og Kuhr.

Figur B 6 Bosatte: Andel med personlig kontakt med fastlegegjenseten. 2018 - 2020



Kilde: Statistisk sentralbyrå og Kuhr.

For begge gruppene er mønsteret i store deler av året nær likt i alle årene 2018-2020, når det tas hensyn til at påsken og andre helligdager faller i ulike uker¹¹. Det er likevel en forskjell da Norge ble stengt ned i uke 11 og de første påfølgende uker. For begge gruppene økte kontakten med fastlegen fra uke 11¹². For de utviklingshemmede falt andelen med en gang deretter og nedgangen fortsatte fram til påske. I motsetning til de andre årene økte den imidlertid ikke i tiden etter påske. For alle bosatte varte den økte andelen noe lengre før den falt tilbake til det samme nivået som i 2018 og 2019.

B.4 Utviklingshemmede – bruk av legevakt

Andelen bosatte som oppsøker legevakt er generelt lav, men det absolutte antallet viser en relativt tydelig nedgang i 2020:

Tabell B 3 Bosatte som har oppsøkt legevakten. 2018-2020

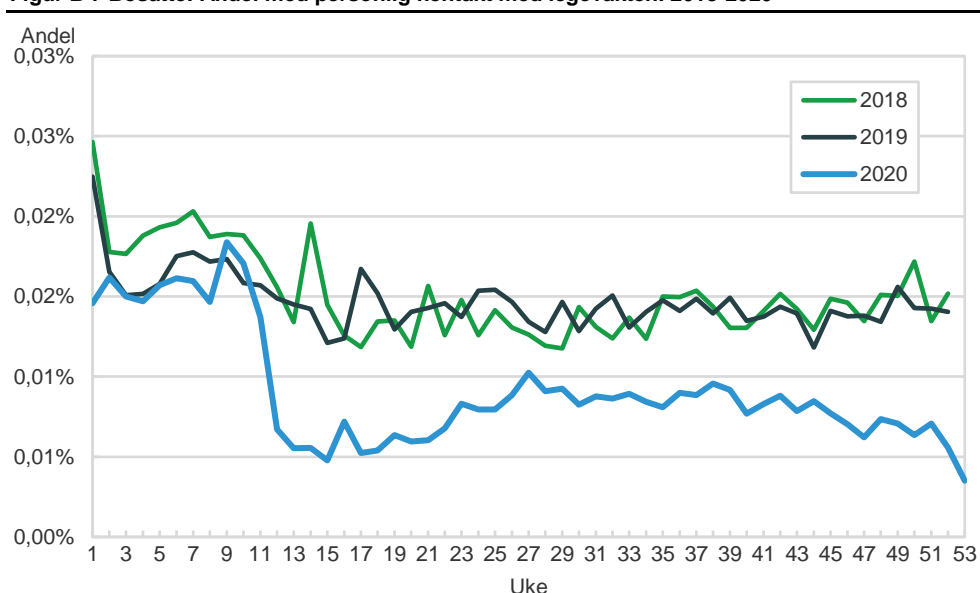
År	Antall	Andel
2018	37 917	0,7 %
2019	36 883	0,7 %
2020	23 595	0,4 %

Kilde: Statistisk sentralbyrå og Kuhr.

Antallet utviklingshemmede slik disse er innholdsbestemt her, er som tidligere påpekt lavt (38 000). Kun et fåtall av disse har benyttet legevakten: 111 i 2018, 98 i 2019 og 62 i 2020. Dette er for små tall til å kunne få fram et mønster fordelt på ukes eller månedsoppløsning. I lys av nedgangen for alle bosatte er det mulig at nedgangen i 2020 er signifikant, men det kan ikke fastslås ut fra en overordnet analyse av tallene.

Figuren B7 viser andelen av bosatte som har vært i personlig kontakt med legevakten.

Figur B 7 Bosatte: Andel med personlig kontakt med legevakten. 2018-2020



Kilde: Statistisk sentralbyrå og Kuhr.

Det er en markant nedgang fra uke 10 i 2020 som var en uke før nedstengningen av Norge. Vi ser også at økningen i forbindelse med påsken er lavere i 2020 enn

¹¹ Påskeukene: 2018 uke 13 2019 uke 16 2020 uke 15

¹² Noe av økningen kan direkte tilskrives covid-19, men siden diagnosekoden først ble innført i mars, vil trolig en del av covid19-kontaktene være kodet som andre luftveissykdommer.

tidligere år. Det kan blant annet bety at «hjemmepåske» har redusert behovet for legevaktjenester.¹³

Det kan også synes som om antallet som oppsøkte legevakten i 2020 forble lavere utover forsommeren enn i de foregående år. Det er uansett snakk om svært små ukesvariasjoner i alle de tre årene som er undersøkt. Tilfeldigheter kan være utslagsgivende: En oppgang eller nedgang på 0,001 prosent tilsvarer kun 530 personer.

B.5 Metode

Datagrunnlag

Statistikk om Levekår hos personer med funksjonsnedsettelse ble publisert 21. juli 2020. Statistikken baserer seg på utvalg av personer som har mottatt en praktisk eller økonomisk støtte fra samfunnet, og vil i stor grad omfatte personer med funksjonsnedsettelse. Statistikken viser levekår til personer som har mottatt eller fortsatt mottar minst en av følgende ytelser: Varig utlån av tekniske hjelpemidler fra NAVs hjelpemiddelsentraler, refusjon av utgifter til ortopediske hjelpemidler, grunnstønad eller hjelpestønad eller er registrert som ufør.

Data om levekår, boforhold, utdanning, inntekt m.m. vil i hovedsak måles ved utgangen av kalenderåret. A-ordningen kan imidlertid levere data om tilknytningen til arbeidslivet for kortere perioder, f.eks. per kvartal.

Datagrunnlaget for å definere utvalgene, kan suppleres med opplysninger om medisinske diagnoser. Data fra Helfos system for kontroll og utbetaling av helserefusjoner (KUHR) kan benyttes til å analysere både kortsiktige og langsiktige endringer i utnyttelsen av helsetjenester.

Det er viktig å påpeke endringer som observeres ikke alene kan tas som bevis for at pandemien er årsaken. At andre årsaker – både faktiske og som følge av regelverksendringer spiller inn, kan illustreres ved følgende utdrag fra Helsedirektoratets rapport om utnyttelsen av helsetjenester per august 2020 Helsedirektoratet (2020-4):

«Fra 2020 ble det gjennomført endringer i Innsatsstyrt finansiering (ISF)6 med hensyn til hvilken type utførende helsepersonell som er godkjent ift. telling av polikliniske konsultasjoner. Reglene for utførende helsepersonell er utvidet til å inkludere polikliniske kontakter med stråleterapeut, sosionom, vernepleier, pedagog, barnevernspedagog, logoped og genetiker. Dette kan ha bidratt til å øke omfanget av polikliniske konsultasjoner i 2020, og dermed sammenlignbarheten med 2019

Fra 1. januar 2020 har det blitt innført flere regelverksendringer i ISF (Innsatsstyrt Finansiering). Telefonkonsultasjoner i somatikk inngår også når de kommer til erstatning for en konsultasjon som ellers ville blitt gjennomført i spesialisthelsetjenestens lokaler. Disse og andre regelverksendringer i ISF innebærer at poengberegningene endres noe fra 2019 til 2020. Dette er det korrigert for i våre beregninger av endring i DRG-poeng fra 2019 til 2020»

Definisjoner

Bosatte

Befolkningen som helhet er avgrenset til bosatte i Norge per 31.12. i statistikkåret. Det vil si at personer uten fødselsnummer i folkeregisteret ikke er inkludert (Dnr

¹³ Påsketoppen i 2018 og 2019 er i uken etter påske. Det kan muligens komme av at man oppsøker legevakt etter helgedagene i stedet for å vente på time hos fastlegen. Denne uken har også bare 4 virkedager.

eller Dufnr), herunder flyktninger, asylsøkere og arbeidsinnvandrere uten fast oppholdstillatelse.

Det må understrekes at analysen gjelder bare omfatter testing i kommunal regi og dermed framkommer i data fra refusjonsordningen. En konsekvens av dette er at antallet personer som er testet for SARS-CoV-2 og antall tester utført i denne analysen ikke nødvendigvis er sammenliknbar med annen statistikk.

Kortsiktige effekter

Effekter som gir signifikante utslag i statistikkene på månedsbasis i 2020, sammenliknet med samme periode i 2019 og 2018.

Langsiktige effekter

Konsekvenser av pandemien som består i ett år eller lengre etter utbruddet, det vil si som vises som endringer i levekår m.m. i forhold til nærmeste år før utbruddet, i praksis 2018 og 2019.

Utviklingshemmede

Personer bosatt i Norge per 31.12. i statistikkåret og som har fått fastsatt ICPC2-diagnosen P85 Psykisk utviklingshemming og/eller en eller flere av ICD-10 diagnosene som er nevnt i vedlegget om medisinsk diagnose som utvalgs-kriterium. På grunn av begrensninger i datagrunnlaget, vil dette ikke omfatte personer hvor eneste kilde til diagnosen er uføreregisteret og hvor diagnosen er stilt etter 2015.

De tilgjengelige registre som ligger til grunn for identifisering av utviklingshemmede, gjelder offentlige ytelser til medlemmer av folketrygden, det vil si i hovedsak bosatte.

Kontakter med fastlege og legevakt – pasientrettet arbeid

Med «kontakt» menes at pasienten personlig har en interaksjon med fastlegen eller legevakten, det vil si hvor pasienten samhandler fysisk eller elektronisk. Dermed inngår også utskriving av resepter, sykemeldinger, prøvetaking m.m. Samtaler med pårørende og samarbeidsmøte med andre instanser i hjelpeapparatet inngår ikke. Bruk av helsetjenester hos private behandlere hvor pasienten betaler hele kostnaden, er heller ikke inkludert i datagrunnlaget. Om en regning i KUHR kan oppfattes som at pasienten har hatt «kontakt», avgjøres av hvilke takstkoder som er oppgitt på regningen.

Rapporten om fastlegers tidsforbruk (Keilegavlen 2018) definerer pasientrettet arbeid slik:

«Pasientrettet arbeid» er definert som det arbeidet som utføres på kurative dager med pasientkonsultasjoner og for øvrig alt arbeid som er relatert direkte til det medisinske ansvaret for en listepopulasjon, også kalt kurativt arbeid.

Følgende variabler er tatt inn i «pasientrettet arbeid»:

- Med pasient til stede:
 - Pasientarbeid på kontoret med pasient/pårørende tilstede
 - Dialogmøter og ansvarsgruppemøter inklusiv reisetid
 - Sykebesøk inklusiv reisetid
- Uten pasient til stede
 - Henvisninger, resepter, rekvisisjoner, svar på prøver, journalarbeid.
 - Attester og erklæringer
- Elektronisk eller telefonisk kommunikasjon
 - • Enkle kontakter, telefon og e-kommunikasjon med pasient/pårørende

- Telefonkontakt og e-kommunikasjon med samarbeidspartnere
- E-konsultasjoner

Formålet med denne analysen er å finne omfanget av pasientens kontakt med allmennlegetjenesten, det vil si hvor tjenesten utføres med pasienten til stede eller hvor det på annen måte er direkte kontakt med pasienten. **Vi velger å se bort fra pasientrettet arbeid uten at pasient er til stede eller selv ikke kommuniserer med tjenestene.**

Dette resulterer i at pasientkontakt omfatter både takstkoder for konsultasjoner (takstkodene 2xx) og for 'enkel pasientkontakt' (takstkodene 1xx) i refusjonsordningen Legeforeningen (2020). Dette skiller seg fra publisert statistikk over fastlegeordningen og legevakt som bare omfatter konsultasjoner.

Tabell B 4 Refusjonstakster – konsultasjoner og enkle kontakter

Hovedtakst ved konsultasjon	
2ad, 2ak	Konsultasjon hos allmennlege (2ad=dag, 2ak=kveld)
2ae	E-konsultasjon hos fastlege
2ed	Gruppebehandling, takst per pasient
2ld	Systematisk legemiddelgjennomgang
2nk	Utrykning til kontoret kl. 23 - kl. 08 (ikke legevakt)
Enkle kontakter	
1ad, 1ak	Personlig frammøte eller bud (1ad=dag, 1ak=kveld)
1bd, 1bk	Brev eller telefon (1bd=dag, 1bk=kveld)
1be	Forespørsel ved elektronisk kommunikasjon
1e	Taking og undersøkelse av hemoglobin
1g	Enkel pasientkontakt, forespørsel, rådgivning per telefon mellom kl. 23 og 08.
1h	Utfylling av sykmeldingsblankett (Blankett NAV 08.07.04)
11ad	Sykebesøk ved allmennpraktiserende lege.
11ak	Sykebesøk ved allmennpraktiserende lege.

Kilde: Den norske legeforening

Det er også en rekke 'tilleggstakster' som innebærer at pasienten har personlig kontakt med fastlegen eller legevakten uten at legen nødvendigvis har benyttet en av ovenstående takstkoder. **Vi antar at følgende koder også innebærer at pasienten har hatt personlig kontakt med personalet ved fastlegekontoret eller legevakten, og dermed bør inkluderes i forekomster av personlig kontakt¹⁴:**

Tabell B 5 Tilleggstakster som innebærer personlig kontakt

100	Mindre kirurgiske prosedyrer -...	15A	Tillegg for deltakelse i kommu...
103B	Gynekologisk undersøkelse.	15B	Tillegg for deltakelse i kommu...
105	«Større kirurgiske prosedyrer ...	217A	Første gangs fullstendig under...
106A	Gipsing og bandasjering - **Zi...	2AF	Takst for tverrfaglig konsulta...
106B	Behandling av frakturer som kr...	2AFD	Tillegg for tidsbruk ved konsu...
108A	Diagnostisk ultralyd hos allme...	2AFDD	Tillegg for spesialist i allme...
108D	Diagnostisk ultralyd hos allme...	2CK	Tillegg for tidsbruk ved konsu...
108E	Diagnostisk ultralyd hos allme...	2DD	Tillegg for spesialist i allme...
108F	Diagnostisk ultralyd hos allme...	2DK	Tillegg for spesialist i allme...
10A	Materiellgruppe 1 - Utstyr til...	402	Tonometri hos allmennlege. ...
10B	Materiellgruppe 2 - Utstyr t...	501	Inhalasjonsbehandling ...
10C	Materiellgruppe 3 - Materiel...	507C	Dynamisk spirometri (flow-volu...
10D	Materiellgruppe 4 - Materiel ...	615	Samtaletterapi ved allmennlege ...
110	Individuell prevensjonsveiledn...	618	Overvåket urinprøvetaking av p...
111	Kryokirurgi...	6A	Taksten kan brukes når fastleg...
11DK	Tillegg for spesialist i allme...	6B	Tillegg for tidsbruk ved syste...
11F	Tillegg ved aktivt redningsarb...	7	Tillegg for undersøkelse/behan...
11NK	Tillegg for sykebesøk mellom k...	087A	Taking av prøver hos lege til ...
129F	Ambulant kontinuerlig 24 timer...	701A	Taking av prøver til laborator...
148	Nødvendig kollegial assistanse...	8	Ekspedisjonsgebyr Utgifter og ...
149A	Lokalbedøvelse og triggerpunkt...	L1	Sykmelding ...
149G	BLA av penis, funikkel, 1 ekst...		

Kilde: Statistisk sentralbyrå

¹⁴ Listen er satt sammen med utgangspunkt i refusjonskrav i 2019 og januar-september 2020

I Kuhr-dataene, skilles refusjonskrav som gjelder fastleger og legevakt, med 'samhandler_praksis_type_kode' hhv. FALE eller FALO for fastlege og LEKO eller LEVA for legevakt.

SARS-CoV-2 smitte og Covid-19 sykdom

Den medisinske ICPC-2 diagnosen for koronasmitte eller sykdom er todelt: R991 Covid-19 (mistenkt/sannsynlig) og R992 Covid-19 (bekreftet). R991 ble opprettet i mars 2020, mens R992 ble først tilføyd i mai 2020

«I tilfeller hvor pasienten har bekymringer om covid-19 uten at det er mistanke om infeksjon, er riktig kode R27 Engstelig for sykdom i luftveiene IKA.

I tilfeller med luftveissymptomer (eller andre symptomer) hvor legen ikke har mistanke om covid-19, bør det kodes med relevant diagnose som for eksempel R05 hoste, R07 nesetetthet eller R74 akutt øvre luftveisinfeksjon.» (Helsedirektoratet (2020-5))

Testing av mulig koronasmitte vises i Kuhr-dataene som kontakter med legevakt med takstkode 701A (prøvetaking) og ICPC-2 diagnosen R991. Antallet tester for befolkningen som helhet er dermed trolig noe for lavt, siden det også er mulig å teste seg privat og betale hele kostnaden selv.

Figurer og tabeller

Figur 3.1 Eksempel på utviklingen i antall jobber	11
Figur 3.2 Eksempel på utviklingen i antall ledige.....	12
Figur B 1 Utviklingshemmede etter alder. 2019/19	
Figur B 2 Personer som er testet for korona hvor testen har utløst refusjon. Andeler. 2020.....	20
Figur B 3 Kvinner som er testet for korona hvor testen har utløst refusjon. Andeler. 2020 ..	21
Figur B 4 Menn som er testet for korona hvor testen har utløst refusjon. Andeler. 2020.....	21
Figur B 5 Utviklingshemmede: Andel med personlig kontakt med fastlegetjenesten. 2018 - 2020.....	22
Figur B 6 Bosatte: Andel med personlig kontakt med fastlegetjenesten. 2018 - 2020.....	22
Figur B 7 Bosatte: Andel med personlig kontakt med legevakten. 2018-2020	23