

Livskvalitet, psykisk helse og rusmiddelbruk under Covid-19-pandemien

Utfordringsbilde og anbefalte tiltak



Rapport fra regjeringsoppnevnt ekspertgruppe

Forsidebilde: «Hug the world» av gatekunstneren AFK

I bildet er det skjult en tekst:

– *"When you can't control what is happening, challenge yourself to control the way you respond to what's happening. That's where the power is" – unknown*

Om bildet sier kunstneren selv:

«My intention with placing this artwork on the street, was to offer a sense of hope and togetherness to passers-by, and with the accompanying text, encourage the viewer to find ways to conquer fear and anxiety associated with the virus, potential lockdowns, and intensive media coverage». (April 2021)

Vi mennesker har både ressurser og sårbarheter i oss – tiden fremover vil kreve at vi har fokus på begge deler når vi skal håndtere konsekvensene av pandemien.

Bildet er gjengitt etter avtale og kan ikke gjenbrukes uten nærmere avtale med kunstneren.

Ekspertgruppens mandat og sammensetning

Regjeringen satte i mars 2021 ned en ekstern ekspertgruppe som skulle sammenstille tilgjengelig kunnskap om de konsekvensen koronapandemien har hatt for folks livskvalitet, psykiske helse og bruk av rusmidler. Gruppen skulle også vurdere konsekvenser av pandemien for tjenestetilbudet i helse- og omsorgstjenestene til befolkningen, og foreslå tiltak for å møte de aktuelle utfordringene. Ekspertgruppen begynte sitt arbeid 9. mars 2021 og leverer med dette endelig rapport 30. april.

I tråd med mandatet har ekspertgruppen tatt utgangspunkt i foreliggende forskning på konsekvenser pandemien har hatt for befolkningens psykiske helse og rusmiddelbruk. Det er også sett hen til forskning og erfaringer fra andre land. Erfaringer fra tjenestene, pårørende, brukere og pasienter er innhentet skriftlig og gjennom muntlige innspill til ekspertgruppen.

Ekspertgruppens vurderinger og forslag skal inngå som en del av regjeringens beslutningsgrunnlag for nye tiltak, både ved beslutninger om smitteverntiltak og i forbindelse med tiltak for ivaretagelse av befolkningens livskvalitet, psykiske helse og forebygging av rusmiddelbruk.

Ekspertgruppen har bestått av 12 medlemmer, med fag-, forsknings-, og erfaringskompetanse innenfor psykisk helse, rus og sosialfag. Leder for ekspertgruppen har vært psykolog Peder Kjøs. Ekspertgruppen har hatt støtte fra et sekretariat med representanter fra Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet.

Peder Kjøs, psykolog, Oslo (leder)

Inger Klippen, fastlege, Sandnes

Hektor Hovgaard, kommunepsykolog, Averøy

Steinar Krokstad, professor ved NTNU/HUNT forskningssenter, Levanger

Mira Aaboen Sletten, forskningsleder, seksjon for ungdomsforskning NOVA, OsloMet, Oslo

Børre Lekang, psykiatrisk sykepleier VGS og HFU, Bodø

Maryam Konar, helsesykepleier ungdomsskole, Drammen

Randi-Luise Møgster, psykiater, viseadm. direktør, Helse Bergen, Bergen

Martine Antonsen, landsleder, Mental Helse Ungdom, Bjerkvik

Monica Modalen, styremedlem og pårørenderepresentant i Alarm, Kristiansand

Håvard Stamsø-Ellingsen, senterleder Fellesverket sentrum, Røde Kors, Oslo

Camilla Lynne Bakkeng, fagleder, Akan kompetansesenter, Follo

Sekretariatet har bestått av: Seniorrådgivere i Helsedirektoratet Siv-Lise Bendixen Stærk og Wenche Øiestad, og seniorforskere fra Folkehelseinstituttet: Ingunn Olea Lund, Ola Røed Bilgrei og Geir Scott Brunborg.

Forord – Resiliente innbyggere i et resilient samfunn

Resiliens, eller motstandskraft til å bevare psykisk helse i møte med påkjenninger, kan vanskelig måles på noen annen måte enn ved å se hva som skjer når det verste inntreffer. Selv da er det ikke så enkelt, for resiliens er ikke nødvendigvis evnen til å forbli uforandret. Oftere er det evnen til å tilpasse seg som kreves. Vi bevarer oss selv ved å forandre oss.

Koronapandemien har rammet oss som storsamfunn, som små og store fellesskap, og som enkeltindivider. Vi har blitt rammet på ulike måter, og vi har hatt ulike forutsetninger for å takle utfordringene. For de aller fleste har det vært en vanskelig tid med mye bekymring, savn og kjedsomhet. Vi er mange som har opplevd et år med betydelig redusert livskvalitet. Virkningene på den psykiske helsa synes heldigvis likevel å ha vært begrenset for de fleste. Men for noen av oss har pandemien vært en katastrofe. Mye tyder på at det er de mest sårbare som har fått de største belastningene. For dem må motstandskraften være bygget inn i selve omgivelsene. Resiliensen må finnes i relasjoner, i nærmiljøet og i samfunnet rundt.

Langt på vei har vi klart denne store oppgaven. Fordi vi til sammen utgjør et godt fungerende samfunn der innbyggerne har tillit til hverandre, til myndighetene og til hjelpeapparatet, har vi klart å ta ganske godt vare på hverandre. Hjelpeapparatet har i all hovedsak fungert godt. I tillegg har vi i Norge en stor ressurs tilgjengelig i frivilliges innsats. For mange som har hatt det vanskelig har nettopp de frivillige lavterskeltilbudene vært en uvurderlig støtte, enten de har trengt noen å snakke med på chat eller telefon når det har røynt på, eller noen som kan handle dagligvarer for dem.

Nå er utfordringen å ta vare på de som har hatt det vanskeligst. Vi tenker særlig på barn og ungdom som ikke har et godt fungerende nettverk rundt seg, eller som i aller verste fall har blitt skadet nettopp av de som skulle ta vare på dem, når disse ikke har maktet påkjenningene. Vi tenker også på unge i overgangen til voksenlivet, på eldre som er mye alene, på de som er syke og deres pårørende, og på de som har mistet eller fått redusert hjelp og støtte som de er avhengige av.

I arbeidet med denne rapporten har det vært en utfordring å skille mellom belastninger som henger spesifikt sammen med pandemien og smitteverntiltakene, og hva som egentlig er en fortsettelse av problemer som fantes fra før. I hovedsak har vi sett at belastningene er gjenkjennelige, selv om de til dels har kommet i nye former og i uvanlig mengde. De har utfordret systemene på måter som har vist fram mangler og svake punkter som nok har vært der hele tiden. Følgelig har vi ikke foreslått mange helt nye tiltak, men heller anbefalt styrking av den eksisterende strukturen. Blant annet foreslår vi en tettere knytning mellom det offentlige hjelpeapparatet og frivilligheten. Erfaringen fra pandemien viser at frivilligheten utgjør en stor, raskt mobiliserbar ressurs som kan tilpasses og skaleres til akutte situasjoner. I tillegg vet vi at det gir en egen gevinst for mange å delta i frivillig arbeid. Samarbeid om å møte store utfordringer skaper varig samhold og gir en høyere mening som kan overskygge hverdagens fortredegheter.

Psykolog Peder Kjøs
Oslo, 30. april 2021

Innhold

Ekspertgruppens mandat og sammensetning.....	3
Forord – Resiliente innbyggere i et resilient samfunn	5
Innhold	6
Sammendrag	9
Begreper og definisjoner	11
Livskvalitet	11
Psykisk helse	11
Rus og medikamenter, samt andre former for avhengighet.....	11
Helse- og omsorgstjenester.....	12
Ekspertgruppens arbeid og rapportens oppbygning.....	12
Del 1: Utfordringsbildet.....	13
Hvordan pandemien har påvirket befolkningen	14
Sosial ulikhet i helse under pandemien.....	15
Direkte og indirekte konsekvenser for den psykiske folkehelse	16
Risiko for smitte, alvorlig sykdom og død av viruset.....	16
Konsekvenser av smitteverntiltak	17
Endringer i kapasitet og tilgang til tjenester	18
Langtidskonsekvenser	19
Psykososiale virkninger av smitteverntiltak	19
Barn og unge - psykisk helse og livskvalitet	23
Hvordan gikk det med barn og unge i den første fasen av pandemien?	23
Familiers hverdagsliv under den første nedstengingen	24
Konsekvenser av stengte skoler og sosial isolasjon	24
Ulike «koronaliv» blant Osloulungdom i den første fasen.....	24
Ungdom i Bergen under den første nedstengningen.....	25
Landet utenom Oslo – uendret konfliktnivå i familien.....	25
Kvalitative intervjuer av ungdom på ulike oppvekststeder.....	26
Studentenes situasjon	27
Utvikling i psykisk helse blant studenter	27
Studenter i Bergen gjennom pandemiåret.....	28
Resultater fra studiebarometeret 2020 – ensomhet og redusert sosialt liv.....	28
Voksne – påvirkning av pandemien.....	29
Psykisk helse under pandemien – internasjonale data	29
Norske studier – økning i psykiske helseplager mot slutten av 2020	29

Konsekvenser av pandemien for funksjonshemmede og kronisk syke.....	30
Konsekvenser av hjemmekontor som tiltak under pandemien	30
Flere henvendelser til Akan kompetansesenter under pandemien.....	31
Eldre - psykisk helse og livskvalitet under pandemien.....	32
Konsekvenser knyttet til rusmidler – herunder alkohol, narkotika, legemidler og pengespill	33
Bruk av alkohol	33
Pasienter med samtidig rus og psykisk lidelse under pandemien.....	34
Situasjonen i rusmiljøene under pandemien	34
Legemidler	35
Pengespillproblemer	35
Innspill fra bruker- og pårørendeorganisasjoner og frivillighet	36
Konsekvenser for helse- og omsorgstjenestene og helsetjenestetilbudet	37
Tjenester til barn og unge under pandemien.....	37
Kommunale helse- og omsorgstjenester for barn og unge.....	37
Psykisk helsevern for barn og unge.....	38
Konsekvenser av pandemien for velferdstjenestetilbudet til barn og unge.....	39
Fritidsklubbene – en sosial førstelinje.....	40
Økt bruk av samtaletilbud og chat	41
Helsetjenester for studenter	42
Helsetjenester for voksne	43
Kommunale helse- og omsorgstjenester.....	43
Kommunale psykisk helse og rustjenester	43
Psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	44
Nedgang i fjernbasert behandling for spilleavhengige.....	44
Frivillig innsats under pandemien	44
Oppsummering av utfordringsbildet.....	45
Livskvalitet	45
Psykiske helseplager og rusmiddelbruk	46
Behov for psykiske helsetjenester.....	47
Mulige effekter for den allmenne psykiske folkehelsa på kortere og lengre sikt.....	47
Del 2: Anbefalte tiltak.....	49
Forebyggende og helsefremmende tiltak – teoretisk bakgrunn.....	49
Tiltak på ulike nivåer og av ulik varighet	51
Akse 1: Individet i kontekst	51
Tilgjengelige virkemidler	52
Ekspertgruppens prioriteringer	53

Akutte og kortsiktige tiltak	54
Individ	54
Familie	56
Nærmiljø og hverdag.....	57
Kommune og lokalsamfunn.....	58
Tiltak på mellomlang sikt.....	59
Individ	59
Nærmiljø og hverdag.....	60
Kommune og lokalsamfunn.....	61
Langsiktige tiltak.....	62
Kommune og lokalsamfunn.....	63
Tiltak på storsamfunn – og spesialisthelsetjenestenivå.....	64
Tiltak for å styrke beredskap for framtidige pandemier eller andre store hendelser	65
Avslutning	66
Vedlegg 1 – Oppsummering av brukerinnspill	67
Referanser	79

Sammendrag

Pandemien har medført redusert livskvalitet for de fleste. I starten gikk det bra for veldig mange, men det er indikasjoner for at flere nå merker slitasje av langvarige smitteverntiltak og begrenset tilgang til meningsfylte opplevelser. Et mindretall, og da særlig i grupper som var utsatt fra før, har opplevd betydelige økte psykiske helseplager. Barn og unge i sårbare omsorgssituasjoner har vært særlig utsatt. Det er også en økning i bruk av alkohol blant de som hadde høyest forbruk fra før.

Tjenestesystemet har i hovedsak fungert godt, men pandemien tydeliggjør eksisterende svakheter i tjenestesystemet, særlig knyttet til tilgjengelighet, kapasitet og samordning av tjenester. Framfor å utvikle og bygge ut nye tjenester vil det være behov for å prioritere en videre styrking av det eksisterende tjenesteapparatet. Dette vil gjelde innenfor både helse- og omsorgstjenester og sosiale tjenester. Tjenesteapparatet må være rustet til å møte økt pågang og forventede ettervirkninger av pandemien. De tiltakene vi foreslår berører særlig forholdet mellom det offentlige tjenesteapparatet og de frivillige og private tjenestene. Både den aktuelle situasjonen og hensynet til beredskap tilsier at det er nødvendig å samordne disse aktørenes virksomhet mer effektivt.

Forslagene til tiltak bygger på en forutsetning om at tjenestene i dag fungerer rimelig godt, og at det derfor ikke er nødvendig med større omstruktureringer. Det er også en forutsetning at den generelle psykiske folkehelse er god og at vi lever i et godt integrert samfunn med høy tillit. Tiltak for å samordne det offentlige og det frivillige bedre vil kunne bidra til å bevare og styrke innbyggernes ivaretagelse av egen psykiske helse og engasjement i den felles innsatsen for den psykiske folkehelse.

Ekspertgruppen har anbefalt i alt 31 tiltak. Noen kan gjennomføres på relativt kort sikt, andre tiltak vil være mer langsiktige. Tiltakene er innrettet mot individer og grupper, nærmiljø, tjenestetilbud og den psykiske folkehelse. En vellykket gjennomføring av tiltakene forutsetter økonomiske og organisatoriske ressurser som er nærmere spesifisert for hvert enkelt tiltak.

Begreper og definisjoner

Ekspertgruppens mandat har vært å se på konsekvenser av pandemien for livskvalitet, psykisk helse og rusmiddelbruk, inkludert legemidler, i befolkningen, og hvilke konsekvenser pandemien har fått for tjenestetilbudet. Gruppen har tatt utgangspunkt i de følgende hovedbegrepene:

Livskvalitet

Begrepet livskvalitet kan omfatte både subjektive og objektive sider ved livet. Ekspertgruppen har lagt til grunn en definisjon som fokuserer på livskvalitet slik denne oppleves av den enkelte, ettersom denne definisjonen ligger nærmere problemstillingene i mandatet enn en definisjon som også omfatter objektive kriterier som materielle levekår og objektiv helsetilstand. Livskvalitet vil i det følgende forstås i tråd med OECDs begrep «subjective well-being», dette defineres som: *«Good mental states, including all of various evaluations, positive and negative, that people make of their lives and the affective reactions of people to their experiences»* (OECD, 2013). Definisjonen ligger nær den som legges til grunn i SSBs rapport *Livskvalitet i Norge 2020* (Støren, et al., 2020).

Psykisk helse

Psykisk helse er en nøkkelkomponent i livskvalitet og påvirker fremtidig fysisk helse og levealder. Psykisk helsetilstand vil være en viktig indikator for de indirekte langsiktige helsekonsekvensene av pandemien. Psykisk helse vil påvirke og drive en rekke andre individuelle valg, atferd og resultater.

WHO definerer helse som *«en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller lidelser»* (WHO, 1946). Nærmere definert er psykisk helse *«en tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, håndtere normale stressituasjoner i livet, arbeide på en fruktbar og produktiv måte og ha mulighet til å bidra overfor andre og i samfunnet. God psykisk helse er altså en positiv tilstand – ikke bare fravær av sykdom og vansker»*.

WHOs definisjon er en positiv helsedefinisjon som tar utgangspunkt i hva helse er eller bør være. I Ottawa-charteret vektlegges det at for å oppnå en slik tilstand av velvære må individet eller gruppen være i stand til å realisere sine drømmer, tilfredsstille behov og håndtere endringer i omgivelsene (WHO, 1986). En krise som en pandemi vil ikke utelukkende ha negative effekter på psykisk helse. Den enkelte og ulike grupper kan også oppleve endringer som gir en positiv psykisk helseeffekt. Samtidig endres også individets forutsetninger for selv å påvirke sin hverdag og omgivelser både gjennom pandemiens natur og nødvendige smitteverntiltak. Ifølge mandatet er ekspertgruppens oppdrag å foreslå tiltak som kan ivareta befolkningens livskvalitet og psykisk helse. Vi har derfor i vårt arbeid fokusert på hvilke grupper som er særlig påvirket av pandemien og smitteverntiltakene, og hvordan negative effekter på psykisk helse kan reduseres, samtidig som innsatsen for å fremme helse styrkes.

Rus og medikamenter, samt andre former for avhengighet

Ekspertgruppens mandat har vært å se på konsekvenser av pandemien for bruk av rusmidler og legemidler. Under rusmidler har gruppen sett på hvilke endringer pandemien og smitteverntiltakene har medført i omsetning og bruk av alkohol. Under illegale rusmidler har ekspertgruppen hatt fokus på pandemiens påvirkning for pasienter med samtidig rus- og psykiske lidelser. Også aktiviteter knyttet til pengespill er inkludert i rapporten. Disse er ikke nevnt i mandatet, men er tatt inn ettersom også disse kan ha betydelig innvirkning på individets og familiens økonomi, som igjen påvirker opplevd livskvalitet og psykisk helse for enkeltindividet og pårørende.

Helse- og omsorgstjenester

I tråd med ekspertgruppas mandat omfatter Helse- og omsorgstjenestene i denne sammenhengen både kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten. Kommunens helse- og omsorgstjeneste omfatter jf. Helse- og omsorgstjenesteloven §3-1: *offentlig organiserte helse- og omsorgstjenester som ikke hører under stat eller fylkeskommune*. Ekspertgruppen har imidlertid lagt til grunn en litt bredere definisjon, hvor også lavterskeltilbud i regi av frivillig sektor og sivilsamfunn inngår som en del av det helsefremmende og forebyggende tilbudet til befolkningen. Regjeringens frivillighetsstrategi vektlegger at det på helse- og omsorgsfeltet er et stort behov og potensial for å ta i bruk samfunnets samlede ressurser for å beholde og utvikle et godt velferdssamfunn, og at frivillige aktører har en sentral rolle i en slik utvikling (HOD, 2015). Frivillige og frivillige organisasjoners innsats er mangfoldig og et viktig supplement til kommunale helse- og omsorgstjenester både under normale forhold og ved samfunnskriser. Gjennom omsorgsberedskap og lavterskeltilbud tilbyr frivillige og ideelle organisasjoner psykososial støtte og møteplasser som supplerer de offentlige tjenestene. På denne måten bidrar de til både å fremme helse, fange opp utfordringer og tilby arenaer for deltakelse og mestring.

Ekspertgruppens arbeid og rapportens oppbygning

Ekspertgruppen har i tråd med mandatet tatt utgangspunkt i foreliggende forskning på konsekvenser pandemien har hatt for befolkningens livskvalitet, psykiske helse og rusmiddelbruk. Det er også sett hen til forskning og erfaringer fra andre land. Erfaringer fra tjenestene, pårørende, brukere og pasienter er innhentet skriftlig, og gjennom muntlige innspill til ekspertgruppen. Gruppen har vært hurtigarbeidende og har derfor hatt begrenset mulighet til å hente inn og analysere ikke-publiserte data eller forskning.

Gode analyser, fagfellevurderinger og publiseringer tar tid. Mye av den forskningen som er gjort på data fra pandemien er fortsatt under arbeid, og det er begrenset hvor mye av dette som er publisert. En stor del av det som er publisert og oppsummert er rapporter og oppsummeringer fra enkeltundersøkelser. Det foreligger få systematiske oversikter, og det er nødvendigvis vanskelig å si noe om de langsiktige konsekvensene av en pandemi som fortsatt er pågående. Ekspertgruppens rapport gir ikke en fullstendig litteraturoversikt som dekker alle relevante aspekter ved livskvalitet, psykisk helse og rusmiddelbruk under pandemien.

Ekspertgruppens rapport er todelt. I første hoveddel av rapporten gjør vi rede for hovedtrekk ved utfordringsbildet. Denne delen beskriver først hvordan pandemien har påvirket befolkningen, og dernest hvordan tjenestetilbudet har blitt påvirket. Til sammen utgjør disse beskrivelsene bakgrunnen for våre forslag til tiltak. Rapportens andre hoveddel beskriver forslag til tiltak på kort, mellomlang og lang sikt, i forhold til behov hos spesifikke grupper og hos befolkningen generelt.

Del 1: Utfordringsbildet

Utfordringsbildet beskrevet i ekspertgruppens mandat:

Det foreligger begrenset kunnskap om konsekvensene av koronapandemien på befolkningens livskvalitet, psykiske helse og bruk av rusmidler. Studier fra innledende faser av pandemien antydte at det i starten gikk fint med mange, men at pandemien og strenge smitteverntiltak også førte til en forverret livssituasjon for en del. Særlig gjelder dette personer som allerede hadde moderate til alvorlige psykiske lidelser og/eller rusbrukslidelser. En undersøkelse gjennomført av Folkehelseinstituttet blant et utvalg av befolkningen i Oslo, Vestland, Agder og Nordland i november og desember 2020 viste at flere sliter med ensomhet og psykiske plager, og at unge og aleneboende sliter mest. Blant studenter er én av tre ensomme. Én av fire studenter er ikke fornøyd med livet. Den psykiske belastningen oppleves ifølge studien fra FHI generelt størst i befolkningen der smitteverntiltakene har vært mest omfattende.

Koronapandemien har også påvirket rusmiddelbruken i befolkningen. Foreløpige vurderinger fra Folkehelseinstituttet tilsier at det samlede alkoholforbruket ikke er endret vesentlig, men at det kan være betydelige underliggende endringer i konsumet – i begge retninger. Norsk koronamonitor fra Opinion viser at 31 prosent drikker mindre alkohol enn før pandemien, men 8 prosent oppgir at de har fått et høyere alkoholkonsum. Det er flere blant de som oppgir å ha et høyere alkoholkonsum, som sier at endringen er betydelig (32 prosent), sammenlignet med de som har et lavere konsum (16 prosent). Stress, ensomhet, arbeidsledighet er eksempler på sårbarhetsfaktorer som kan bidra til å øke risiko for rusrelaterte problemer.

Foreløpige rapporter fra Dødsårsaksregisteret tilsier at det ikke er bevegelse i selvmordstallene og en nylig publisert studie fra HUNT fant heller ingen økning i psykiske lidelser i befolkningen, men datainnsamlingen ble avsluttet i september. Med nye smitteverntiltak utover høsten og vinteren kan dette ha endret seg. Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene melder om flere henvisninger og økt omfang av mer alvorlige tilstander blant barn og unge som henvises til psykisk helsevern, og forverring av allerede eksisterende tilstander. Det gjelder blant annet alvorlige spiseforstyrrelser, selvskading mv. Barnevernet melder om sannsynlig økt omfang av familievold og overgrep. Det er også en bekymring blant flere for at mye familievold ikke blir avdekket, og for at flere barn utsettes for nettovergrep. Også hjelpetelefonene forteller om økt pågang og mer alvorlige samtaler enn før pandemien.

Under pandemien er det bevilget betydelige midler til tiltak for flere grupper, både gjennom øremerkede tilskudd og rammeoverføringer til kommuner og helseforetak. Kommunenes rammetilskudd er blant annet økt med 1,4 mrd. kroner mer enn anslåtte merutgifter i kommunene for å kunne ivareta tjenestetilbudet til sårbare grupper under pandemien. Helseforetakene er i 2021 tilført 4,8 mrd. kroner i koronarelaterte bevilgninger, bl.a. for å kunne opprettholde tilbudet til andre pasientgrupper. Det er også bevilget betydelige midler til frivillige organisasjoner, hjelpetelefoner mm.

Hvordan pandemien har påvirket befolkningen

Koronapandemien er av WHO definert som en internasjonal helsekrise. Det ligger i definisjonen av en pandemi at den rammer svært mange mennesker og sprer seg over store deler av verden. Fortsatt foreligger det begrenset kunnskap om konsekvensene av pandemien på befolkningens livskvalitet, psykiske helse og rusmiddelbruk. Noe kan man imidlertid lære fra tidligere epidemier.

Allerede tidlig i pandemien gjorde Eien og Ringen ved Oslo universitetssykehus en litteraturgjennomgang for å samle kunnskap om tidligere pandemiers effekter på psykisk helse for den generelle befolkningen, for pasienter med psykiske lidelser og for ansatte i helsevesenet (Eien & Ringen, 2020). Formålet var å raskt få oversikt over kunnskap som kan gi grunnlag for primærforebyggende tiltak, skadereduksjon og behandling.

Litteraturgjennomgangen viser at det under tidligere epidemier er vist høy forekomst av stressymptomer, angst og depresjon i den generelle befolkningen. Mennesker som opplever sosial isolasjon, som for eksempel er nyetablert med lite lokalt nettverk, kan være spesielt utsatt. Smittede pasienter kan oppleve frykt for eget liv og helse, panikkanfall, ensomhet, kjedsomhet, depressivitet og sinne, samt bekymring for sine nærmeste. Også pårørende til sykehusinnlagte kan oppleve mer psykiske plager. Karantene kan føre til usikkerhet, isolasjon og mestringsstap. Det ble ikke funnet artikler som spesifikt omhandlet psykiske helse blant barn eller rusavhengige under epidemier.

Basert på litteraturgjennomgangen peker Eien og Ringen på følgende grupper som spesielt utsatte for psykiske reaksjoner:

- Smittede og syke
- Pårørende til syke
- Mennesker i risikosone for alvorlig infeksjon, spesielt eldre
- Mennesker i karantene
- Mennesker med psykiske lidelser
- Migranter, mennesker uten fast bopel
- Helsepersonell med vedvarende omfattende eksponering for pasienter med smitte

I tillegg mener forfatterne at det kan være grunn til å være særlig oppmerksomme på barn og rusavhengige.

Større epidemiske utbrudd har også senvirkninger, både for individene, for helsevesenet og for samfunnet som helhet (Van Bortel, et al., 2016). De samfunnsmessige effektene av epidemien er påvirket av den psykologiske responsen i befolkningen (Perrin, et al., 2009).

Pasienter med psykiske lidelser er i utgangspunktet mer utsatt enn den generelle befolkningen for psykiske reaksjoner under en pandemi. Pasienter med angst- eller tvangslidelser er mer sårbare for smittefrykt og forverring av lidelsen (Brand, et al., 2013). Tap av de vanlige kontaktpunktene med helsetjenester vil kunne virke forsterkende på slike mekanismer. Isolering, fremmedgjøring og angst vil kunne øke grad av mistenksomhet og paranoiditet og forverre psykotiske lidelser.

Schizofrenipasienter under SARS-epidemien hadde mer psykotiske symptomer, men samtidig ikke mer angst enn kontroller (Iancu, et al., 2005). Høyere grad av mistenksomhet hos pasienter med psykoselidelser kan føre til vegring mot forebyggende tiltak (Maguire, et al., 2019).

Sosial ulikhet i helse under pandemien

Sosiale ulikheter i helse er systematiske forskjeller i helsetilstand som følger sosiale og økonomiske kategorier, særlig yrke, utdanning og inntekt (Helsedirektoratet, 2018). Sosial ulikhet i helse preger de fleste samfunn, også Norge, og helseforskjellene øker (Strand, et al., 2014; Kinge, et al., 2019). Det er en lineær sammenheng mellom sosioøkonomisk status og helse. Litt bedre sosioøkonomisk status gir, statistisk sett, litt bedre helse. Dette gjelder gjennom hele inntektsskalaen (FHI, 2018). I familier med lav sosioøkonomisk status er det en høyere andel barn og unge som oppgir at de har dårlig helse enn i familier med høyere sosioøkonomisk status. Nyere forskning viser og at sosioøkonomiske forskjeller fortsetter inn i alderdommen (FHI, 2018).

Inntekts- og formuesstatistikken for husholdninger 2019 viste en positiv inntektsutvikling. Likevel fortsatte andelen barn i husholdninger med vedvarende lavinntekt å øke. Studier viser at personer født inn i lavinntektsfamilier har økt risiko for å bli hengende etter på flere levekårsområder. Blant annet henger oppvekst i lavinntekt sammen med negative helseutfall (FHI, 2018). Siden 2013 har barn med innvandrerbakgrunn utgjort over halvparten av alle barn med vedvarende lavinntekt, og det er i denne gruppen vi har sett størst økning de siste årene. Dette har en klar sammenheng med at husholdninger med svak tilknytning til arbeidsmarkedet er mest utsatt for lavinntekt (Fløtten & Nielsen, 2020).

De sosiale helseforskjellene gjelder for nesten alle sykdommer og helseplager i befolkningen. Hovedforklaringen er at sosioøkonomiske levekår gjennom livsløpet påvirker helseutviklingen (årsaksforklaringen). Men helseplager i ungdomstiden og voksen alder kan påvirke sosial status – det vil si at helseplager kan føre til at man får problemer med utdanning og arbeidsliv, og dermed ender opp med lav sosioøkonomisk posisjon (seleksjonsforklaringen) (FHI, 2018).

Den sosiale lagdelingen av infeksjonssykdommer, psykiske sykdommer, problematisk rusmiddelbruk og redusert livskvalitet gjør seg gjeldende også under pandemien. I Storbritannia er det påvist at sosial posisjon påvirker risikoen for død av koronasykdom (Williamson, et al., 2020), og at de sosiale konsekvensene av pandemien og endringer i samfunnet rammer folk med lav sosioøkonomisk posisjon hardest (Wright, et al., 2020). Det er grunn til å tro at situasjonen er tilsvarende i Norge.

Betydningen av sosiale faktorer som utdanning, inntekt og boforhold i møte med en pandemi, er lite vektlagt i den internasjonale beredskapen (Mamelund & Dimka, 2021). Analyser av beredskapsplaner i europeiske land, i USA og hos Verdens helseorganisasjon (WHO), viser at sosial ulikhet er helt utelatt som risikofaktor. Planverket omhandler i stedet somatiske risikofaktorer, som hjertesykdommer, fedme og alder. Forsker Sverre-Erik Mamelund ved OsloMet bemerker i denne forbindelse at norske myndigheter først i juni kom med en egen rapport om sosial sårbarhet knyttet til covid-19-pandemien (Mamelund & Dimka, 2021).

Arbeidslivsbarometeret for 2020 viser at ansatte med lav utdanning og lav inntekt har merket mest til de negative arbeidslivskonsekvensene av pandemien. Flere i denne gruppen har hatt mindre å gjøre enn vanlig eller hatt redusert arbeidstid, og en relativt høy andel har blitt permittert eller har opplevd inntektstap (Ingelsrud, et al., 2020). Statistikk fra FHI viser at ansatte i serviceyrker som servering, taxi og kollektivtransport og renholdere er blant yrkesgrupper som har hatt høyest smittetall (Magnusson, et al., 2021). Dette er samtidig yrker som skårer høyt på opplevd risiko for smitte. Arbeidstakerne har sjeldnere mulighet til å jobbe hjemmefra, de møter ofte mange mennesker i løpet av en dag, og det kan være utfordrende å holde avstand (Ingelsrud, et al., 2020).

Det er imidlertid ikke vurdert nærmere om smitten hos disse arbeidstakerne har skjedd i jobbsammenheng (Magnusson, et al., 2021).

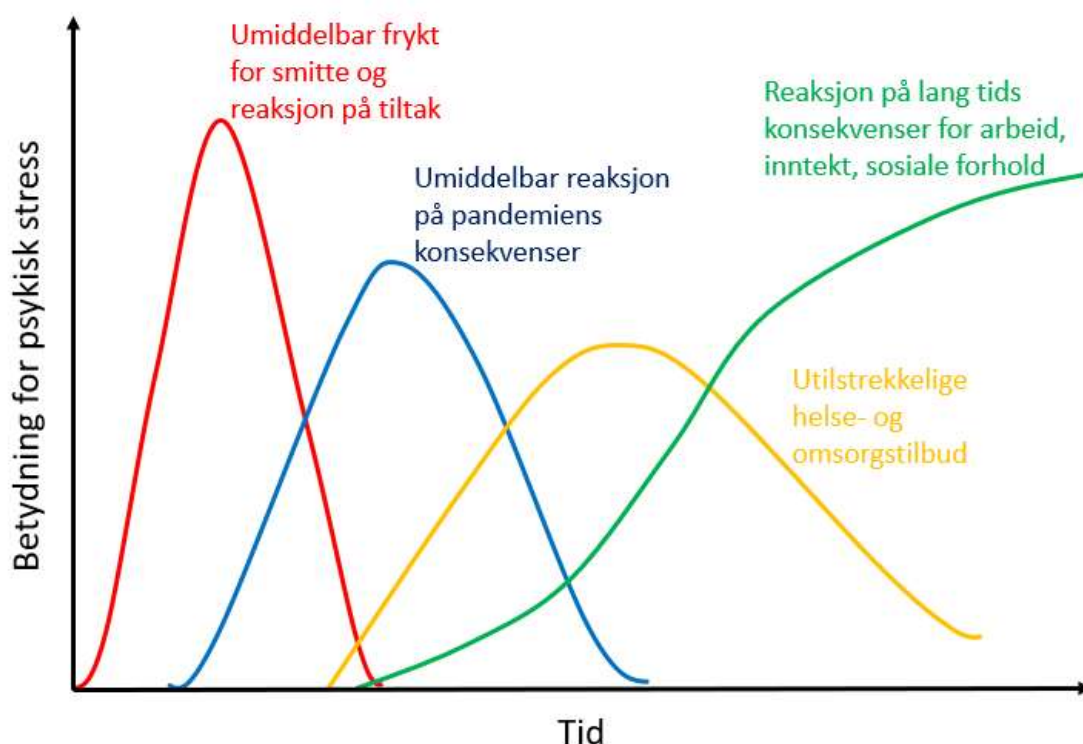
Informasjon om smitteforebyggende tiltak kan bli oppfattet og etterlevd ulikt i ulike sosiale grupper. Kulturelle normer, forståelse av smitte og helserisiko og tilgjengelighet til helsetjenester kan spille en rolle når man for eksempel ser lavere testaktivitet i forhold til antall smittede i noen innvandrergupper (Diaz, et al., 2020).

Direkte og indirekte konsekvenser for den psykiske folkehelse

Pandemiens konsekvenser for den psykiske folkehelse kan deles inn i fire hovedgrupper:

- Direkte konsekvenser av viruset
- Direkte konsekvenser av smitteverntiltak
- Indirekte konsekvenser gjennom redusert tilgang til helse- og omsorgstjenester
- Langsiktige konsekvenser

Når vi samler og tolker informasjon om hvordan situasjonen påvirker livskvalitet, psykisk helse og rusmiddelbruk er det nyttig å vurdere hvilke mekanismer som er i spill i de forskjellige tidsfasene i pandemien (figur 1).



Figur 1: Årsaker til økt psykisk belastning i befolkningen under en pandemi (etter (Helliwell, et al., 2021)).

Risiko for smitte, alvorlig sykdom og død av viruset

Umiddelbare konsekvenser av viruset gjelder for det første egen sykdom, sykdom hos familie og venner, ettervirkning av sykdom, og i verste fall død. Denne typen konsekvenser gjelder en liten del

av befolkningen. Per 27. april var det meldt 110 611 tilfeller av bekreftet covid-19-infeksjon i Norge og 737 dødsfall relatert til covid-19-sykdom. Norge har samlet sett hatt få pasienter med alvorlig sykdomsforløp som har krevd sykehusbehandling. Per 27. april har 4138 individer vært innlagt i sykehus for behandling, mens 788 av disse har hatt behov for innleggelse i intensivavdeling¹. Smittebelastningen har samtidig vært svært ulik i landet, med særlig stor smittebelastning i Oslo og Viken. I tillegg er det en etnisk gradient i forekomst av sykdom og behov for spesialisert behandling (Indseth, et al., 2021). En sammenstilling av erfaringer fra Norge, Sverige og Danmark viser at grupper av innvandrerbefolkningen synes å ha høyere sårbarhet for både alvorlig sykdomsforløp og død av covid-19 sykdom (Diaz, et al., 2020).

Pandemien skaper bekymring for smitte, sykdom og død, både på egne vegne og på vegne av familiemedlemmer eller venner. Omfanget av bekymring kan variere ut fra individets sårbarheter og eksponering, men også med bakgrunn i individets oppfatning av og holdning til helserisiko. En studie av befolkningens bekymringer og belastninger i begynnelsen av pandemien viste at deltakerne generelt uttrykte mye bekymring, både for samfunn, velferd og økonomi, men også for å miste noen de var glade i. En del uttrykte også bekymring for egen risiko for å bli alvorlig syk eller ikke få tilgang til nødvendig behandling (Thoresen, et al., 2020).

Helsepersonell som er direkte involvert i arbeidet med covid-19-pasienter risikerer psykiske plager under og etter denne innsatsen. Data fra Kina viste at 70% av helsepersonellet ved sykehusavdelinger for behandling av pasienter med covid-19 var plaget med psykisk stress. Det dreide seg om depresjonssymptomer (50%), angst (45%) og søvnløshet (34%). Under tidligere epidemier er det påvist tilsvarende høye prevalenstall for psykiske plager hos helsepersonell i Kina (Chong, et al., 2004; Chua, et al., 2004).

Konsekvenser av smitteverntiltak

Den andre hovedgruppen av konsekvenser handler om begrensinger i livsutfoldelse som følge av tiltak som er satt inn for å redusere sykdom og smitte. Ekspertgruppen vurderer det som utenfor mandatet å vurdere de praktiske konsekvensene av tiltak for opplæring, deltagelse i arbeidsliv, økonomi og fysisk helse isolert sett. Livskvalitet, psykisk helse og problematisk rusmiddelbruk vil imidlertid henge sammen med slike faktorer. Når smitteverntiltakene påvirker den enkeltes sosiale og økonomiske situasjon er dette egnet til å skape bekymring, på kort og lang sikt. I tillegg vil tiltakene medføre endringer i rutiner og struktur i hverdagslivet, mulighetene for positive opplevelser og muligheter for sosial kontakt. Hva tiltakene har å si for disse faktorene vil variere avhengig av individuelle faktorer, sosioøkonomisk posisjon, livsfase, og ut fra hvilken region eller sektor man lever og arbeider i.

Permitteringer, hjemmekontor og hjemmeskole har for mange ført til endringer i rutiner og struktur i hverdagslivet som kan påvirke søvn, døgnrytme, mulighet for distraksjon fra avhengighet/tilbakefall, opplevelse av tiltaksløshet etc. Tiltaksbelastningen har vært ulikt fordelt i landet. I noen områder har tiltak som gul/rød beredskap i skole og bruk av hjemmekontor vart over mange måneder, mens andre kun har opplevd nedstengninger i korte perioder. Mens noen sektorer er tilnærmet uberørt av permitteringer, har andre bransjer hatt svært mange permitterte over lang tid. En oppsummering fra NAV viser at det fortsatt var 73 200 permitterte arbeidstakere i februar 2021. Mens flertallet av dem som har vært permitterte i løpet av det siste året var tilbake i jobb, hadde 26 700 av de som var registrert som permitterte i februar vært sammenhengende permittert siden mars/april 2020 (Nav, 2021).

¹ <https://www.fhi.no/sv/smittsomme-sykdommer/corona/dags--og-ukerapporter/dags--og-ukerapporter-om-koronavirus/>

Videre kan sosial distansering og redusert sosial kontakt ha ført til ensomhet, færre muligheter for sosial bekreftelse og sosial trening. Sosial distansering har sannsynligvis slått ut på ulike måter i familielivet. For noen har tiltakene ført til at mer tid tilbringes sammen med familien – på godt og vondt. For familiemedlemmer som ikke bor sammen, har tiltakene for mange medført betydelig mindre kontakt. For mange familier og par som er bosatt i ulike land har reiserestriksjoner og innreiseforbud ført til at noen har vært atskilt fra sine kjære over lang tid.

I løpet av pandemien har tilgangen på sosiale møteplasser og opplevelser i hverdagen vært begrenset. Reduksjon i tilgjengelige opplevelser innebærer også at det blir mindre å se fram til eller glede seg over i hverdagen. Sammen med andre faktorer kan dette bidra til kjedsomhet og en følelse av meningsløshet. Fra brukerorganisasjonenes perspektiv er grensen uklar mellom hva som kan regnes som adspredelse og fritidsopplevelser, og hva som kan betraktes som lavterskeltilbud som inngår som del av behandling og rehabilitering. Dette er særlig relevant for sårbare grupper, der det å ta del i hverdagslivsaktiviteter, kultur- og fritidsaktiviteter og trening kan være del av en helhetlig behandling og gi viktig psykososial støtte for å vedlikeholde funksjon (jf. brukerinnspill, vedlegg 1).

Ved siden av de negative konsekvensene av pandemien og tiltakene skal det bemerkes at situasjonen også har hatt positive konsekvenser for noen. En del barnefamilier har fått mer tid sammen, både på grunn av situasjonen med hjemmekontor og hjemmeskole, og fordi mulighetene til å delta i fritidsaktiviteter har vært mindre. Særlig i den første fasen er det grunn til å tro at mange opplevde et pusterom fra stress og press i hverdagen. Noen fikk også en pause fra vanskelige situasjoner, for eksempel knyttet til mobbing eller sosial angst, på skolen eller i arbeidslivet. Andre igjen har fått mer tid til ulike hobbyer og til fysisk aktivitet, og blitt mer oppmerksomme på muligheter for turer i nærmiljøet, for friluftsliv og for å feriere i eget land.

Endringer i kapasitet og tilgang til tjenester

For enkelte grupper kan smittesituasjonen i kombinasjon med tiltak under pandemien ha ført til endringer i støtte- og behandlingsforløp og i muligheten til å få hjelp. I denne sammenheng er det grunn til å tro at grupper som i utgangspunktet har somatiske eller psykiske utfordringer er særlig utsatt. Det kan være endringer i tilgang på tjenester som gir forsinkelse i nødvendig helsehjelp, og i verste fall forverring av helsetilstand. Manglende tilgang til organisert trening, inkludert fysioterapi og rehabilitering, kan gi dårligere livskvalitet og forverret fysisk og psykisk helse. Digitale samtaletilbud ved psykiske helseplager gir ikke samme trygghet og rammer som fysiske samtale/gruppetilbud. Udekket behov eller behandlingssvikt skaper risiko for fremtidig overbelastning av tjenestene og manglende kapasitet til å ta seg av de som har behov for hjelp.

Ulike grupper kan også ha fått nye behov som følge av pandemien og restriksjonene. For eksempel gir endringer i tilgang til rusmidler endret rusatferd og endret behov for rusbehandling.

Det er også uttrykt bekymring for skoletilbudet for barn og unge med behov for ekstra tilpasning, og særlig for oppfølgingen av barn og unge med psykiske helseutfordringer. Barn og unges situasjon vil i tillegg påvirkes av foreldrenes og familiens fungering før, under og etter pandemien. Mange har vært bekymret for barn i familier preget for eksempel av fattigdom, trangboddhet, helseutfordringer, rus, vold og konflikt. Deres livssituasjon kan ha blitt vanskeligere i perioder der tilgangen til hjelpetjenester og tilbud fra frivillige aktører og kommunale fritidstilbud har vært redusert. Situasjonen kan bli særlig vanskelig fordi en eventuell reduksjon i tilbudet sammenfaller med at skolene er stengt og at organiserte fritidsaktiviteter og sosial kontakt med voksne utenfor familien generelt er redusert.

Pandemiens konsekvenser for tjenestetilbudet er oppsummert i senere kapittel.

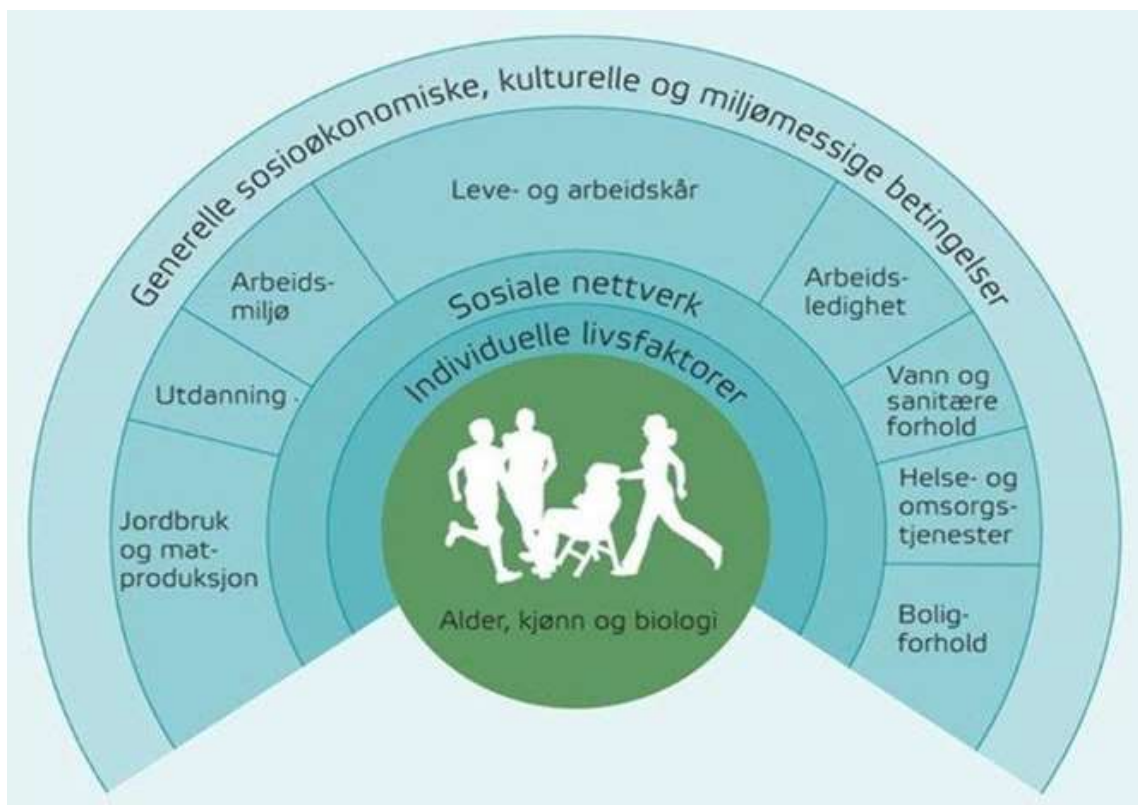
Langtidskonsekvenser

Den fjerde mekanismen er knyttet til konsekvenser av tap eller begrensning på lang sikt. Disse effektene vil sannsynligvis variere utfra status før pandemien, både når det gjelder livssituasjon, helsetilstand og livsfase. For noen kan muligheter for utdanning og arbeid bli påvirket, mens andre kan bli langtids arbeidsledige. For noen blir familiesituasjonen endret, og andre kan få varige helserelaterte og sosiale problemer, herunder problemer med bruk av rusmidler og spill. Noen vil oppleve forverring av helseplager som følge av begrenset tilgang til behandling og oppfølging under pandemien, eller uoppdaget sykdom.

Blant ungdom og unge voksne, deriblant studenter, har vi de siste ti årene sett en økning i psykiske plager (Rangul & Kvaløy, 2020; Sivertsen, 2021). Denne utviklingen har fortsatt gjennom pandemien, men det er uvisst hvordan pandemien i seg selv har bidratt. Utdanningssituasjonen og mulighetene har endret seg, og dette kan påvirke disse gruppenes framtidsutsikter. Unge voksne er også mer utsatt for permitteringer og arbeidsledighet enn eldre. Grupper med lav inntekt jobber typisk i yrker der risikoen for å miste jobben er størst (Bratsberg, et al., 2020).

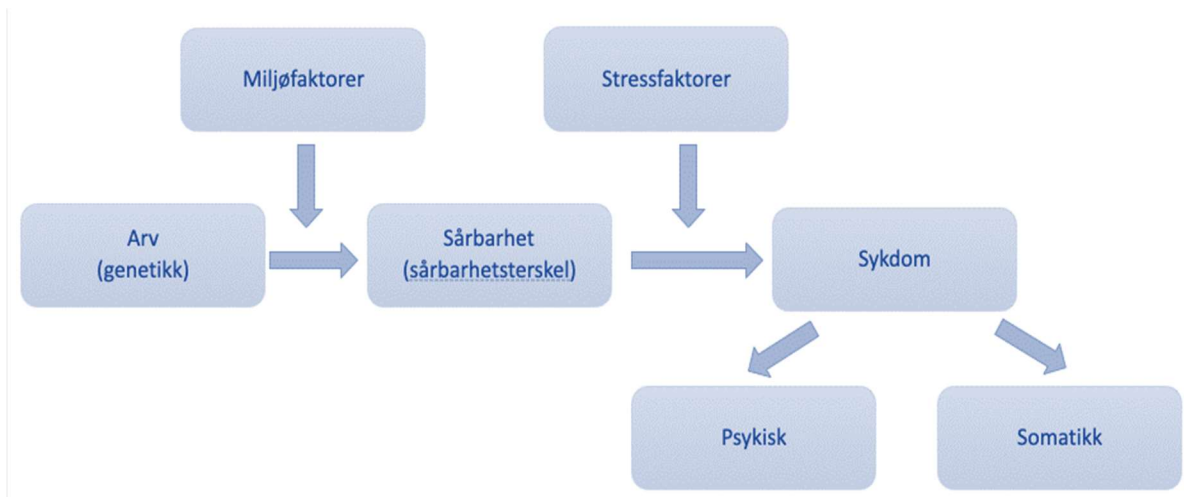
Psykososiale virkninger av smitteverntiltak

Tiltak for å begrense smittespredning består i å påvirke befolkningens atferd, og slike endringer vil ofte følges av endringer i livskvalitet og psykisk helse, på godt og vondt. Dahlgren og Whiteheads modell (1991) viser hvordan endringer på flere nivåer i samfunnet på grunn av smitteverntiltak kan påvirke grupper og individer i befolkningen (figur 2).



Figur 2: Faktorer som påvirker helsen i befolkningen. Kilde: (Dahlgren & Whitehead, 1991).

Forskjellige grupper i befolkningen vil påvirkes ulikt, og har ulik sårbarhet. Reaksjonene på ytre belastninger varierer mye mellom individer og grupper i befolkningen. Noen tåler mye belastning uten å bli fysisk eller psykisk syke, mens andre har en lavere toleranse og tar skade av belastninger som andre tåler ganske godt. Stress-sårbarhetsmodellen (se figur 3) beskriver hvordan psykisk og somatisk sykdom kan oppstå som et samspill mellom belastninger og individuelle forhold (Zubin & Spring, 1977). Modellen tar utgangspunkt i at genetisk arv og de miljøfaktorene vi utsettes for til sammen gir en sårbarhet eller stressterskel. Stress som overskrider denne terskelen vil føre til sykdom.



Figur 3: Modell for stress- og sårbarhet hos individer. Kilde: (Zubin & Spring, 1977).

Denne modellen gir en enkel oversikt over faktorer ved individet, miljøet og den aktuelle situasjonen som er relevante ved utforming av tiltak. En svakhet ved modellen er at den er laget for å beskrive sykdomsutvikling, og ikke nødvendigvis er like egnet til å beskrive faktorer ved individet som bidrar til motstandskraft og tilpasningsevne, eller beskyttende og styrkende faktorer i miljøet. Ekspertgruppen tar i betraktning også de positive faktorene i individene og omgivelsene. Det kan også bemerkes at modellen bygger på en forståelse av helse og et normalitetsbegrep som føyer seg til den tidligere refererte helsedefinisjonen som brukes av WHO. Dette helsebegrepet diskuteres ikke nærmere her.

Tabellene nedenfor gir eksempler på grupper i samfunnet med ulik sårbarhet og risiko for stress som ekspertgruppen har sett på (tabell 1 og 2).

Tabell 1. Grupper i forskjellige livsfaser som kan påvirkes av tiltak under pandemien, med risiko for redusert livskvalitet og psykisk stress og noen relevante kilder til kunnskap

Befolknings-gruppe	Grunnleggende behov	Risikofaktorer under koronapandemien	Kunnskap, evidens
Barn 0-1 år	God foreldrefunksjon, gode hjemmeforhold.	Svekket foreldrefunksjon pga. foreldres sårbarhet og bortfall av barselgrupper og annen støtte	FHI (Nøkleby, et al., 2021) (NKVTS, 2020)
Barn i barnehagealder	God foreldrefunksjon, venner og barnehage	Svekket foreldrefunksjon pga. foreldres sårbarhet under pandemien, stengt barnehage.	FHI (Nøkleby, et al., 2021) (NKVTS, 2020) (Pedersen & Egeland, 2020)
Skolebarn 6-12 år	God foreldrefunksjon, venner, fritidsaktiviteter og skole	Svekket foreldrefunksjon pga. foreldres sårbarhet under pandemien, avlyste fritidsaktiviteter og stengt skole	FHI (Nøkleby, et al., 2021). (NKVTS, 2020). (Alarmtelefonen for barn og unge, 2021). FamilieForSK (Larsen, et al., 2021) (Ukom, 2021)
Ungdom 13-19 år	God foreldrefunksjon, venner, fritidsaktiviteter, skole eller sysselsetting	Svekke foreldrefunksjon pga. foreldres sårbarhet under pandemien, sosial isolasjon, avlyste fritidsaktiviteter, stengt skole, arbeidsløshet	FHI (Nøkleby, et al., 2021) (NKVTS, 2020) (Alarmtelefonen for barn og unge, 2021) Osoulungdom i koronatiden (Bakken, et al., 2020) UEVO-studien (Hafstad & Augusti, 2020) Bergen i endring (Lehmann, et al., 2021) (Ukom, 2021)
Unge voksne 20-29	Gode sosiale relasjoner, fritidsaktiviteter, utdanning, sysselsetting og inntekt	Sosial isolasjon pga. smitteverntiltak, avlyste fritidsaktiviteter, stengte utdanningsinstitusjoner, arbeidsløshet, lav inntekt	SHoT (Sivertsen, 2021) (What Works Centre for Wellbeing, 2020) FaFo-notat (Bjørnset, 2021) (Bratsberg, et al., 2020)
Voksne i arbeidsfør alder	Gode sosiale relasjoner, fritidsaktiviteter, utdanning, sysselsetting og inntekt	Sosial isolasjon pga. smitteverntiltak, avlyste fritidsaktiviteter, stengte barnehager/skole for barna, arbeidsløshet, redusert inntekt. Reiserestriksjoner, endringer i arbeidssituasjon, hjemmekontor.	(Knudsen, et al., 2021) (Pedersen & Egeland, 2020) (Bratsberg, et al., 2020) (What Works Centre for Wellbeing, 2020) (Deloitte, 2020)
Alderspensjonister	Gode sosiale relasjoner, aktiviteter og etter hvert omsorgstjenester. Beskyttelse mot smitte.	Sosial isolasjon pga. smitteverntiltak, avlyste fritidsaktiviteter, reiseforbud, redusert kapasitet i helse- og omsorgstjenester.	(Koh, et al., 2020) (Krendl & Perry, 2021) Røde Kors (Fyhn, et al., 2021) SSB (Støren, et al., 2020) (Wang, et al., 2021)

Tabell 2. Sosiale grupper i forskjellige livsfaser om kan påvirkes av tiltak under pandemien, med risiko for redusert livskvalitet og psykisk stress og noen kilder til kunnskap			
Sosial gruppe	Grunnleggende behov	Risikofaktorer under pandemien	Kunnskap, evidens
Kronisk somatisk syke og uføre	Gode relasjoner, omsorg, aktivt engasjement og inntekt. Beskyttelse mot smitte.	Sosial isolasjon pga. smitteverntiltak, svekkede helsetjenester, avlyste aktiviteter, alvorlig virussykdom.	(Williamson, et al., 2020) FFO (Larsen, 2021) (Unge funksjonshemmede, 2020)
Psykisk syke	Gode relasjoner, omsorg, aktivt engasjement og inntekt. Beskyttelse mot smitte.	Sosial isolasjon pga. smitteverntiltak, svekkede helsetjenester, avlyste aktiviteter, alvorlig virussykdom.	(Wright, et al., 2020) (What Works Centre for Wellbeing, 2020)
Rusavhengige	Gode relasjoner, omsorg, aktivt engasjement og inntekt. Beskyttelse mot smitte.	Sosial isolasjon pga. smitteverntiltak, svekkede helsetjenester, alvorlig virussykdom.	Brukerinnspill fra ProLARnett og Alarm Kommunetorget.no (NKROP, 2021) (Welle-Strand, et al., 2020)
Etniske minoriteter	Avhengig av det andre i samme aldergruppe er, inkludering og tilpasset informasjon.	Mangel på forståelig informasjon og muligheter til å beskytte seg mot infeksjon.	FHI (Indseth, et al., 2021) (IMDi, 2020) (What Works Centre for Wellbeing, 2020)
Gjestarbeidere	Avhengig av å krysse riksgrensen for å arbeide og ha inntekt.	Stengte grenser, fattigdom, karantene, isolasjon, mangel på forståelig informasjon.	Innspill fra Polsk nettverksforum
Voldsutsatte grupper	Trygghet i sosiale relasjoner	Tettere kontakt i sosiale relasjoner, mindre innsyn	(NKVTS; RVTS Øst, 2020) (NKVTS, 2020) (What Works Centre for Wellbeing, 2020)
Grupper med lav sosioøkonomisk status	Gode sosiale relasjoner, beskyttelse mot smitte i arbeid, arbeid og inntekt.	Økt risiko for smitte, død, permitteringer, økonomiske vansker, sosiale problemer	(Williamson, et al., 2020) (Wright, et al., 2020) (Bjørnset, 2021) (Bratsberg, et al., 2020)
Ansatte i hjelpeyrker	Avhengige av gode rammer, støtte fra ledere og kolleger, overkommelig arbeidsmengde	Utsatt for smitte, langvarig stressbelastning, risiko for omsorgstretthet/utbrenthet	(Eien & Ringen, 2020) (Tveito, 2021)

Barn og unge - psykisk helse og livskvalitet

Smitteverntiltakene har som formål å beskytte den somatiske helsen i befolkningen, særlig til risikoutsatte personer. Samtidig fikk tiltakene raskt stor innvirkning på familielivet og barn og unges livskvalitet. Forskning fra ulike tidspunkter gjennom hele pandemien viser et sammensatt bilde der det både rapporteres om negative og positive virkninger.

Hvordan gikk det med barn og unge i den første fasen av pandemien?

Folkehelseinstituttet (FHI) har gjennomført en systematisk hurtigkartlegging av forskning om koronapandemiens konsekvenser for barn og unge (Nøkleby, et al., 2021). Kartleggingen er avgrenset til studier fra OECD-land som omhandler barn og unge under 25 år. Totalt inkluderte oversikten 93 unike studier gjengitt i artikler, rapporter og kommentarer, hvorav 11 nordiske studier. Fordi det var en hurtigkartlegging, ble det ikke utført vurderinger av systematiske skjevheter i utvalgene i de inkluderte studiene.

Oversikten viser at når det gjelder pandemiens konsekvenser for barn og unges psykiske helse er resultatene variert. Longitudinelle studier viser i gjennomsnitt få endringer fra tiden før pandemien. Dette gjelder både for endringer målt i atferdsproblemer og endringer målt i symptomer på angst. For symptomer på depresjon ga de longitudinelle studiene i oversikten et mer variert bilde. Noen studier viste forverring, mens andre ikke gjorde det. Studier av endring i opplevd livskvalitet og rusmiddelbruk ga også heterogene resultater (Nøkleby, et al., 2021). En norsk studie (kommentert under) viste nedgang i livskvalitet både for gutter og jenter (von Soest, et al., 2020).

Sammenlignet med de longitudinelle studiene var det vanligere at tverrsnittstudiene i oversikten, som brukte retrospektive spørsmål til å måle endring i psykisk helse, konkluderte med en forverring. Flere tverrsnittstudier viste dessuten at barn og unge savnet vennene sine og det sosiale livet på skolen (Nøkleby, et al., 2021).

Fire studier av familieforhold basert på registerdata konkluderte med en markant nedgang i barnemishandlingssaker. Dette ble tolket som et resultat av at profesjoner som tradisjonelt rapporterer mishandlingsaker hadde mindre kontakt med barn og familier som en følge av nedstengningen. Dermed ga studiene grunn til bekymring for at utsatte barn og unge ikke ble fanget opp og gitt den hjelpen de trengte. Noen studier antydte også at det var mer uro og kranling innad i familiene. Dette så ut til å henge sammen med foreldrenes håndtering av covid-19-relaterte stressfaktorer. Kun tre studier omhandlet bruk av hjelpetjenester under nedstengningen. Ingen av disse var nordiske. Disse rapporterte om redusert tilgang på støtte og behandling (Nøkleby, et al., 2021).

Flere av studiene viste samtidig at endringer i psykisk helse var korrelert med foreldrenes stress knyttet til pandemien (økte belastninger). I mange av studiene fant forskerne også at opplevelse av ensomhet var utbredt. Oversikten trekker videre fram noen grupper barn og unge som særlig sårbare. Dette gjelder barn som er utsatt for mishandling, barn med lærevansker og funksjonshemninger, unge med psykiske vansker og barn og unge fra hjem med svak økonomi og foreldrebelastninger som tap av arbeid, sykdom, økonomisk usikkerhet, økte omsorgsoppgaver, stress og psykiske lidelser. Studiene i oversikten tyder slik på at pandemien forsterket eksisterende økonomiske og sosiale forskjeller (Nøkleby, et al., 2021).

Oversikten inkluderer hovedsakelig studier fra andre land, og samtlige studier er publisert i 2020. Resultatene fra de nordiske studiene skilte seg ikke i særlig grad fra resultatene fra øvrige land.

Familiers hverdagsliv under den første nedstengingen

Forskere ved Arbeidsforskningsinstituttet (AFI) ved OsloMet har gjennomført kvalitative intervjuer med 14 barnefamilier med ulike arbeidsvilkår (Pedersen & Egeland, 2020). Familiene ble først intervjuet i november og desember 2019, så i januar 2020 og deretter i slutten av mai 2020, etter den første nedstengingen. Fra intervjuene trekker forskerne fram at stengte barnehager og skoler ga familiene mye tid sammen. Dette ble på den ene siden oppfattet som luksus og en pause. På den annen side kunne situasjonen bidra til konflikt mellom arbeid og omsorg. Behovet for oppfølging av skolearbeidet under hjemmeskoleperioden påvirket muligheten til å jobbe. Særlig foreldre med jobb i privat sektor måtte bruke ettermiddager, kvelder og helger til å jobbe. De var også mer bekymret for permittering og oppsigelser. Foreldre i samfunnsessensielle jobber var også utsatt, fordi de hadde mindre tid til å følge opp barna. Likevel klarte familiene seg alt i alt godt. Særlig det å få mer tid sammen ble sett på som positivt i den første fasen (Pedersen & Egeland, 2020).

Konsekvenser av stengte skoler og sosial isolasjon

FHI har undersøkt konsekvenser av stengte skoler og sosial isolasjon blant 442 barn som deltok i den longitudinelle FamilieForSK-studien (Larsen, et al., 2021). Gjennomsnittsalderen til barna var 11 år. Familiene i studien var hovedsakelig rekruttert fra familieverntjenesten (familier som var til mekling, familier der foreldrene har bodd fra hverandre en stund og familier der foreldrene fortsatt bor sammen) og representerer derfor en type sårbare familier. Fra begynnelsen av april til slutten av mai 2020 ble det gjennomført en ekstra datainnsamling i prosjektet. De fleste av barna svarte på et elektroniske spørreskjema mens det var hjemmeskole under den første nedstengningen (Larsen, et al., 2021).

I studien fant man at barna selv rapporterte nivået av familiestress og uro i familien under den første nedstengningen, til å være på nivå med situasjonen før pandemien (retrospektivt mål). Studien fant heller ikke at barna selv mente de har hatt flere negative emosjonelle reaksjoner (følt seg trist, redd eller engstelig, sint, utrygg og ensom) under den første fasen enn de hadde tidligere (retrospektivt mål). Som en mulig forklaring viser forskerne til at situasjonen kan ha ført til at barna fikk tettere oppfølging fra foreldrene under den første nedstengningen, og at perioden kan ha bidratt med en pause fra skolerelatert stress og bekymring. Derimot rapporterte barna i snitt flere somatiske og kognitive reaksjoner (konsentrasjonsproblemer, søvnproblemer). Forskerne forslår at dette kan skyldes endring i rutiner under hjemmeskoleperioden. Barna som håndterte hjemmeskolen best, rapporterte færre somatiske og kognitive problemer. Barna som savnet venner mest, hadde større omfang av negative emosjonelle reaksjoner. Det samme gjaldt de barna som var mest bekymret for viruset og smitte. Studien kontrollerte for tidligere sårbarhet hos barna, og var slik i stand til å skille effekten av situasjonen under nedstengningen fra problemer barna hadde i utgangspunktet. Alle negative sammenhenger var sterkere for de eldste barna sammenlignet med de yngste (Larsen, et al., 2021).

Ulike «koronalign» blant Osloungdom i den første fasen

Velferdsforskningsinstituttet NOVA ved OsloMet gjennomførte en elektronisk spørreskjemaundersøkelse blant ungdom på ungdomstrinn og videregående skole i Oslo mens smittevernstiltakene var på det strengeste i den første fasen av pandemien (Bakken, et al., 2020). Totalt deltok 12 686 Oslo-ungdom i alderen 13-19 år. Undersøkelsen viser pandemiens tvetydighet i den første fasen. Selv om flere opplevde konsekvensene som mer negative enn positive, mente en av tre at pandemien i noe eller stor grad hadde påvirket livet deres i positiv retning. Hele en av fem mente at konsekvensene var mer positive enn negative. Dette ble tolket som et resultat av at

familiene fikk mer tid til å være sammen, og at nedstengningen ga en pause fra krav og stress. Likevel, det gjaldt slett ikke alle. Mange savnet klassekamerater, venner og organiserte fritidsaktivitet. En av fire opplevde mer krancling i familien. I løpet av måneden før undersøkelsen tok 2% kontakt med hjelpetelefon /-chat, mens 3% hadde tatt kontakt med skolens helsepsykepleier. Det var de ungdommene som selv mente de hadde det dårligst, som oftest tok kontakt med hjelpetjenestene (Bakken, et al., 2020).

Et annet hovedfunn var at pandemien rammet skjevt. Permittering hos foreldrene og økonomisk bekymring var mest utbredt blant ungdom fra lavere sosiale lag og blant ungdom med innvandrerbakgrunn, mens hjemmekontor var klart vanligere i familier med høyere sosioøkonomisk status og der foreldrene hadde norsk bakgrunn. Mange var bekymret for at venner eller familie skulle bli syke. Jentene var mer bekymret enn gutter, og unge med innvandrerbakgrunn mer enn andre. Generelt hadde ungdommene høy tillit til regjering og helsemyndighetene, men tilliten til regjeringen var litt lavere blant unge med innvandrerbakgrunn. Unge med innvandrerbakgrunn og unge fra de østlige bydelene var likevel best til å følge smittevernreglene under den første nedstengningen (Bakken, et al., 2020).

Litt færre oppga å være tilfreds med livet under den første nedstengningen enn det man har funnet i lignende studier av ungdom gjennomført før pandemien. Mens det vanligvis er rundt 10% som skårer lavt på livstilfredshet (Bakken, 2018), var andelen økt til 20% i denne perioden. Von Soest og kolleger (2020) har sammenlignet resultatene fra undersøkelsen med tall for Oslo i 2018 og fra Ungdataundersøkelsen gjennomført før nedstengningen. Blant gutter gikk andelen med høy livstilfredshet (skår 6 eller høyere på en fra skala 0 til 10) tydelig ned, fra 88% i 2018 og 92% i 2020 før covid-19-restriksjonene til 71% under restriksjonene. Tilsvarende tall for jenter var 78%, 81% og 62%. Bekymringer for sykdom og smitte var knyttet til lavere livstilfredshet. Sosial ulikhet i opplevd livstilfredshet var mindre under restriksjonene enn ellers. Dette kan henge sammen med at ungdom fra ressursrike hjem opplevde en spesielt sterk reduksjon i livstilfredshet, fordi de vanligvis har tilgang på et rikt tilfang av opplevelser og sosiale goder i hverdagen (von Soest, et al., 2020).

Ungdom i Bergen under den første nedstengningen

Forskere fra flere universitets- og forskningsmiljøer inviterte ungdom i Bergen til å delta i en nettbasert epidemiologisk studie. En gruppe på 853 respondenter (12-15 år) var barn av foreldre som deltok i studien «Bergen i endring» (svarprosent: 54). En annen gruppe på 2 997 eldre respondenter (16-19 år) ble rekruttert via Bergen kommune ved hjelp av kommunens kontaktregister (svarprosent: 36). Datainnsamlingen foregikk fra 27. april til 11. mai, altså i den syvende uken av nedstengningen (Lehmann, et al., 2021).

Undersøkelsen gir et nøkternt, men også blandet bilde av konsekvensene. Alt i alt oppga 28% at de ble påvirket av skolestengningen og 63% at de lærte mindre enn før. Samtidig mente også 62% at hverdagen var forbedret. To av ti mente familielivet var forbedret, mens drøyt en av ti (13%) mente det var forverret. De fleste opplevde imidlertid at familielivet var omtrent som før. Flere bekymret seg likevel for vennenes familiesituasjon. Dette gjaldt om lag en av tre. Få var bekymret for selv å bli smittet, men litt over halvparten bekymret seg for at familiemedlemmer skulle bli smittet. Når det gjelder konsekvenser for struktur i hverdagen oppga to av ti søvnproblemer, mens nesten alle (90%) oppga at de la seg og sto opp senere enn vanlig i denne perioden (Lehmann, et al., 2021).

Landet utenom Oslo – uendret konfliktnivå i familien

Forskere ved NKVTS har gjennomført en digital spørreskjemaundersøkelse til 13-16-åringer ved 30 skoler i ulike deler av landet (Hafstad & Augusti, 2020). Undersøkelsen ble gjennomført i skoletiden

etter at skolene hadde åpnet igjen i juni 2020. 3475 ungdommer deltok, noe som utgjorde 73% av elevene på de skolene som deltok. Forskerne kunne sammenligne med resultater fra en undersøkelse gjennomført ved de samme skolene i 2019. Sammenligningen viste at nivået av psykiske helseplager var litt høyere i juni 2020 sammenlignet med året før. Mer inngående analyser konkluderer imidlertid med at økningen skyldes metodiske forhold og ikke en reell forverring av den psykiske helsen (Hafstad, et al., 2021). Nivået hadde økt noe mer i sårbare grupper (dårlig familieøkonomi, tidligere utsatt for vold, og splittede familier). Samtidig opplevde ungdommene færre kroppslige plager og søvnvansker enn året før (Hafstad & Augusti, 2020).

Ungdommene i studien opplevde verken en bedring eller en forverring i det generelle konfliktnivået i familien. Samlet hadde 1,5% vært utsatt for seksuelle overgrep, 8,6% vært utsatt for psykisk vold under nedstengningen, 2,9% hadde vært utsatt for fysisk vold og 4,8% hadde vært vitne til vold mot familiemedlemmer. Tallene er lavere enn og ikke sammenlignbare med tidligere omfangsundersøkelser fordi man i disse undersøkelsene har spurt om voldsutsatthet siste år. I alt hadde 5,3% opplevd minst én form for uønsket seksuell interaksjon på nett eller fått seksuelle bilder eller video av seg spredt på nett eller sosiale medier under skolestengningen. Nesten halvparten oppga at det skjedde for første gang mens skolen var stengt. Jenter er langt mer utsatt enn gutter og kjønnsforskjellen var større i koronastudien enn i tidligere undersøkelser (Hafstad & Augusti, 2020).

Rundt 20% ble utsatt for vold (fysisk eller psykisk) eller seksuelle overgrep for første gang under den første nedstengningen. Det var likevel gjennomgående de samme gruppene som opplevde vold og overgrep under nedstengningen som man har identifisert som risikogrupper i tidligere undersøkelser. Samlet var det særlig det å ha vært utsatt for vold og overgrep tidligere i livet som økte sjansen for å være utsatt for minst én form for vold eller overgrep under den første fasen av pandemien. Forskerne konkluderer derfor med at det er viktig å ha beredskapsplaner for hvordan sentrale helse- og omsorgstjenester skal forebygge og stoppe vold og overgrep mot barn i risikogruppene under denne typen kriser (Hafstad & Augusti, 2020).

Ungdom som vanligvis hadde kontakt med ulike hjelpetjenester, hadde mindre kontakt enn vanlig i den første fasen. Omkring 1 av 20 (N=198) hadde vanligvis faste samtaler med psykolog, rådgiver eller helsepsykepleier. 1 av 3 opprettholdt kontakten som vanlig. De øvrige hadde mindre kontakt, mens 17% ikke hadde kontakt i det hele tatt i den første fasen. Et lite mindretall (N=129) kom fra familier med en eller annen kontakt med barnevernstjenesten til vanlig. Nesten halvparten av disse fortsatte å ha samme kontakt, 28% hadde mindre kontakt, mens 20% ikke hadde hatt behov for kontakt i denne perioden (Hafstad & Augusti, 2020).

Kvalitative intervjuer av ungdom på ulike oppvekststeder

NOVA gjennomførte kvalitative telefonintervjuer med 40 niendeklassinger i april 2020, mens skolene var stengt (Eriksen & Davan, 2020). Ungdommene deltar i den kvalitative longitudinelle studien *Ungdom i endring*, og er fra fire ulike oppvekststeder.

Telefonintervjuene gir en blandet situasjonsbeskrivelse. På den ene siden opplever ungdommene en hverdag preget av tap og savn. På den andre gir de uttrykk for at situasjonen har virket mobiliserende. Mange forsøkte å gjøre noe positivt ut av situasjonen, og de hadde generelt høy tillitt til myndighetenes inngripende tiltak. Ikke minst viser undersøkelsen svært tydelig ulikheter mellom ungdommer i Norge i dag. Ulikhetene knytter seg både til sosiale forhold og tilgang på ressurser i familien, blant jevnaldrende og på skolen. Forskerne definerte fire ulike grupper: 1) De som håndterte det, men som savnet hverdagen. For disse var familien en kilde til trygghet, glede og nærhet. De savnet venner og skolearbeidet ble mer krevende, men alt i alt klarte de seg ganske bra.

2) De som opplever nedstengingen som en lettelse. Denne gruppen hadde ofte vanskelig forhold på skolen, for eksempel i form av mobbing og konflikter. 3) De som fikk en kjærkommen pause. For denne gruppe ble nedstengningen et brudd med et kanskje for hektisk liv med skole, venner og fritidsaktiviteter. 4) De som hadde det tungt. Dette var en gruppe unge som opplevde problemer på flere områder samtidig under den første nedstengningen: det faglige på skolen fungerte dårlig, det sosiale ble vanskelig og de hadde et vanskelig forhold til foreldre (Eriksen & Davan, 2020).

Studentenes situasjon

Pandemien har grepet sterkt inn i hverdagslivet til studenter, i form av redusert sosial kontakt med lærere og medstudenter på studiestedet. Hovedregelen har under store deler av pandemien vært digital undervisning, selv om det også har vært perioder med fysisk undervisning for en del studenter og perioder med åpne undervisningssteder. Mange studenter har i tillegg hatt en utfordrende økonomisk situasjon. Flere har mistet eller hatt problemer med å få ekstrajobb ved siden av studiene i perioden. Videre bor mange studenter et stykke fra familien sin, og mange bor trangt. Mange befinner seg i en overgangsfase der de har begynt på nye studier, de har flyttet til et nytt sted, de skal skaffe seg nye venner og de er kanskje på utkikk etter en å dele livet med. I tillegg er aldersgruppen i en sårbar fase også når vi ser bort fra pandemisituasjonen.

Utvikling i psykisk helse blant studenter

Studentenes helse- og trivselsundersøkelse (SHoT)² er en landsrepresentativ tverrsnittsundersøkelse gjennomført blant heltidsstudenter (universitet og høyskoler). SHoT er gjennomført i 2010, 2014 og 2018. Våren 2021 ble det gjennomført en ekstraordinær datainnsamling som gir mulighet til å sammenligne helse og trivsel blant studentene før og under pandemien (Sivertsen, 2021). Totalt deltok 59 765 studenter mellom 18 og 35 år i 2021-undersøkelsen (responsrate på 34 prosent). Studien viser at det er små forskjeller i demografiske variabler på tvers av undersøkelsene.

Tallene fra SHoT viser en økning i psykiske plager blant studenter fra 2018 til 2021. Omfanget av selvrapporterte psykiske plager blant studenter har vært økende også før pandemien. Fra 2018 til 2021 økte andelen med et høyt nivå av plager ($\geq 2,25$) ytterligere fra 21 til 32 prosent blant menn, og fra 37 til 52 prosent blant kvinner. Stigningen er noe brattere fra 2018 til 2021, enn mellom 2010 og 2014, og mellom 2014 og 2018. Dette kan tyde på at situasjonen i pandemiperioden spiller inn og har bidratt til en ytterligere eskalering av psykiske helseplager (Sivertsen, 2021).

Selv mordstanker har økt gradvis fra 8% i 2010 til 11% i 2018-undersøkelsen. Fra 2018 til 2021 øker andelen ytterligere, 15% av studentene oppgir å ha hatt selv mordstanker siste fjorten dager.

Mønsteret i utviklingen og omfanget av slike tanker er omtrent likt for kvinner og menn.

Undersøkelsen viser også en svak nedgang i andelen som opplever god livskvalitet fra 39% i 2018 til 34% i 2021, en økning i opplevd ensomhet fra 24% i 2018 til 41% i 2021. I tillegg ser man en økning i omfanget av søvnvansker både hos menn og kvinner (Sivertsen, 2021).

På spørsmål om hvordan de vurderer sin helse i alminnelighet svarer 68% i 2021 at den er «god» eller «svært god». Dette er en nedgang fra 79% i 2018. Når det gjelder en del andre indikatorer for fysisk helse er bildet mer positivt. BMI og overvekt økte fram til 2018, spesielt hos kvinner. Denne økningen fortsetter ikke i 2021. Fysisk aktivitet har også økt fra 2018 til 2021. Studenter har generelt et relativt høyt alkoholkonsum, men tallene viser at studenter drikker mindre i 2021-undersøkelsen og ikke så

² Informasjon om SHoT-undersøkelsen: <https://studenthelse.no/om-undersokelsen>

ofte sammenlignet med tidligere undersøkelser. Andelen med skadelig alkoholatferd er lavere i 2021 (Sivertsen, 2021).

Oppsummert viser tallene noen trender som gir grunn til bekymring. Spesielt bekymringsfullt er omfanget av psykiske helseplager, som øker i en høyere takt enn tidligere. Det gjenstår imidlertid å se hvordan situasjonen utvikler seg på lang sikt, og om dette er snakk om mer umiddelbare plager eller noe som vil gi mer langsiktige konsekvenser blant en større gruppe av de som var studenter under pandemien (Sivertsen, 2021).

Studenter i Bergen gjennom pandemiåret

Forskere ved FHI har i tillegg fulgt opp enkeltstudenter ved Universitetet i Bergen for å se på utvikling i psykisk helse og livskvalitet. Den longitudinelle studien³ startet januar 2020 med et utvalg studenter, og ble senere utvidet med et nytt utvalg i september 2020. Datainnsamlingen ble avsluttet februar 2021. Det ble gjennomført fem målinger før den første nedstengningen, som benyttes som baseline. I hovedtrekk er mønstrene like i begge utvalgene (ikke-publiserte data).

Undersøkelsen dekker temaer som psykisk helse, livskvalitet og alkoholbruk, fungering og sosialt liv, sett opp mot nedstengning. Hovedinntrykket er at resultatet for denne typen indikatorer varierer med grad av nedstengning og gjenåpning gjennom pandemiåret. Funnene for psykiske plager var overraskende. Studien viser ingen tydelig økning. Det er tydelig variasjon i omfanget i løpet av året og toppene kommer til syne i periodene med de strengeste restriksjonene. Økning i psykiske plager ser ut til å være mer kortvarig og knyttet til restriksjoner og varighet. Når det gjelder omfanget av tunge depressive tanker ser man ingen særlige endringer, året vurdert under ett. Et tydelig mønster er likevel at studenter var mindre fornøyde med livet i nærmest hele perioden under pandemien frem til februar 2021 (sammenlignet med perioden før pandemien). Resultatet er likt for første og andre utvalg. Det sosiale livet til deltakerne har videre jevnt over fungert dårligere enn før starten av pandemien. Ikke uventet økte graden av opplevd ensomhet under pandemien. For fysisk aktivitet var det ikke store systematiske forskjeller fra tiden før pandemien. Det samme gjelder omfanget av fysiske plager. Alkoholbruken gikk derimot ned.

Oppsummert bidrar de longitudinelle studentdataene med en nyansering av SHoT-tverrsnittsundersøkelsene. Når enkeltstudenter følges over tid, var det ingen tydelig økning i omfanget av psykiske plager, tunge depressive tanker eller fysiske plager i løpet av pandemitiden. Derimot viser undersøkelsen en tydelig nedgang i opplevd livskvalitet og forringelse av sosialt liv blant studentene. Dette er ikke uventet, da tilbudet til studentene har vært preget av restriksjoner både når det gjelder fysisk undervisning, samt aktiviteter og møteplasser for sosialt samvær.

Resultater fra studiebarometeret 2020 – ensomhet og redusert sosialt liv

Den nasjonale spørreundersøkelsen Studentbarometeret ble gjennomført for åttende gang høsten 2020 og ca. 30 000 studenter deltok (NOKUT, 2021). Undersøkelsen viser at studentene var omtrent like fornøyde eller misfornøyde med ulike sider av studiekvaliteten under koronapandemien sammenlignet med tallene fra 2019. Når det gjelder psykososiale forhold tyder undersøkelsen likevel på at pandemien og tiltakene har påvirket livskvaliteten. Det er en mindre andel i 2020 sammenlignet med høsten 2019 som svarer at de er fornøyde med det sosiale miljøet mellom studentene (fra 68% i 2019 til 60% i 2020). Studentene ble også spesifikt bedt om å vurdere hvordan de hadde hatt det etter 12. mars og den første nedstengingen. Om lag halvparten av studentene oppga at de har følt seg ensomme etter 12. mars, og et stort flertall er enige i at de har savnet det sosiale studentmiljøet.

³ Informasjon om den longitudinelle studenthelseundersøkelsen i Bergen: <https://www.uib.no/studenthelse>

Over halvparten bekymret seg også for at de selv eller venner og familie skulle bli smittet eller syke. Når det gjaldt mer positive konsekvenser som å oppleve mindre prestasjonspress eller få mer ro over livet, var en av tre enig i at dette gjaldt dem. Et mindretall - to av ti - oppga å ha fått økonomiske problemer som en følge av permittering eller mindre jobbing (NOKUT, 2021).

Voksne – påvirkning av pandemien

Hvordan pandemien påvirker livskvalitet, psykisk helse og rusmiddelbruk vil som vi har sett variere ut fra tidligere sykehistorie, sosial situasjon og tilknytning til arbeidslivet. Både pandemien og smitteverntiltakene har rammet befolkningen ulikt, og dette gjenspeiles også i de data vi har om livskvalitet, psykisk helse og rusmiddelbruk.

Psykisk helse under pandemien – internasjonale data

En internasjonal hurtigoppsummering av studier som har gjort datainnsamlinger både før og under og eventuelt etter pandemiens smittebølger (multiwave studies) fra 15 ulike land har sett på forekomst av psykiske helseplager hos voksne (Richter, et al., 2021). Studier som sammenlignet med data fra før pandemien fant en økning i psykiske helseplager. Under selve nedstengningen fant man ingen entydig trend. Etter nedstengning gikk andel med psykiske helseplager noe ned igjen. De ulike studiene konkluderte forskjellig om situasjonen for personer med kjent psykisk lidelse før pandemien. Noen av studiene fant at disse fikk det vanskeligere, mens andre finner at dette ikke er tilfellet (Richter, et al., 2021).

Aktivitetsdata fra tjenestene viser imidlertid ikke økt antall henvendelser. Forskerne forstår dette som at økt forekomst av psykiske symptomer er forenlig med det stresset man forventer at en pandemi med tilhørende nedstengning vil føre til. Selv om det i gjennomsnitt går fint med folk, vil det imidlertid være noen grupper av befolkningen som har hatt et høyere lidelsestrykk som følge av pandemien (Richter, et al., 2021).

Richter og kolleger (2021) konkluderer med at forekomst av psykiske helseplager er noe økt sammenlignet med før pandemien. World Happiness report for 2020 konkluderer med det samme (Helliwell, et al., 2021)

Norske studier – økning i psykiske helseplager mot slutten av 2020

En norsk spørreundersøkelse gjennomført i perioden januar til september 2020 sammenligner forekomst av psykiske lidelser, selvmordstanker og selvmord før og under pandemien (Knudsen, et al., 2021). 2154 deltakere fra HUNT-studien deltok. Studien fant at de var en signifikant nedgang i forekomst av psykiske plager de første to månedene av pandemien, sammenlignet med status før pandemien. I perioden juni til september var forekomst av psykiske plager den samme som i perioden rett før pandemien. Man fant ingen forskjeller i selvmordstanker eller selvmord (Knudsen, et al., 2021). Endelig selvmordsstatistikk for 2020 er imidlertid ikke publisert.

Data fra siste del av 2020 viser et litt annet bilde. I perioden 18. november - 4. desember ble i overkant av 58 000 nordmenn invitert til en omfattende spørreundersøkelse om smitteverntiltak, livskvalitet og psykisk helse (Nes, et al., 2020). Undersøkelsen viser at flere sliter med ensomhet og psykiske plager, og at en av fire ikke er fornøyd med livet. Den psykiske belastningen er størst i Bergen og Oslo, hvor smitteverntiltakene har vært mest omfattende (Nes, et al., 2020).

Som i tidligere undersøkelser finner man en aldersgradient i forekomst av ensomhet. De yngste skårer klart høyere enn de eldre. Bergen og Oslo skiller seg ut med markert høyere nivå av ensomhet i alle aldersgrupper. Fylker som har hatt lavere tiltaksbyrde skårer relativt stabilt på forekomst av ensomhet sammenlignet med funn fra før pandemien. Det er gjennomgående store forskjeller i ensomhet mellom de som bor alene og de som bor i en husholdning med flere enn ett medlem. Andelen som oppgir å være ensomme er også høyere blant arbeidsledige, uføre og permitterte (Nes, et al., 2020).

Studien viser en stor geografisk variasjon i det å være fornøyd med livet. Nivået for Norge som helhet er imidlertid relativt stabilt sammenlignet med før pandemien. Laveste fylkesgjennomsnitt observeres i Oslo. Det er ingen vesentlige endringer i opplevelse av mening i hverdagen (Nes, et al., 2020).

Målingen fra november og desember viser også en høyere andel med psykiske plager enn før pandemien. Forekomsten av betydelige psykiske plager ligger på samme nivå som under nedstengningen i mars 2020, og ser slik ut til å følge forandringer i smitteverntiltak. Andel med psykiske helseplager er størst i den yngste aldersgruppen (18-24 år) og synker med alder, frem til en beskjeden økning igjen i gruppen over 75 år (Nes, et al., 2020).

At pandemien har rammet ulikt også når det gjelder livskvalitet og psykisk helse gjenfinnes også i internasjonale studier. I tråd med andre konsekvenser av covid-19, har pandemien også vist seg å forsterke ulikhetene i psykisk helse, både i befolkningen som helhet og mellom demografiske grupper (Helliwell, et al., 2021).

Konsekvenser av pandemien for funksjonshemmede og kronisk syke

Funksjonshemmedes fellesorganisasjon har gjennomført en åpen spørreundersøkelse blant sine medlemmer (Larsen, 2021). 764 personer har svart på alle spørsmålene, mens 935 personer har svart på deler av undersøkelsen. Besvarelsene kommer fra alle landets fylker, men svarene er ulikt fordelt. Det er mottatt flest svar fra Trøndelag og Viken, og færrest fra Nordland. Den største gruppen besvarelser kommer fra personer med kronisk sykdom (60%), deretter kommer smerte- og utmattelsestilstand (26%) og sjelden diagnose (22%). Den høye andelen kronisk syke i svargruppen, hvorav 8 av 10 oppgir å være i risikogrupper, tilsier at utvalget er skjevt (Larsen, 2021). Undersøkelsen kan likevel si noe om hvordan pandemien har vært for denne gruppen spesielt.

34% oppgir at de har opplevd forverring i fysisk helsetilstand, og økte smerter og ubehag. 24% har opplevd forverring i psykisk helsetilstand, mens 18% har opplevd forverring i funksjonsgrad. Selv om mange sier at pandemien ikke har fått store konsekvenser for deres levemåte og at de har levd så normalt som mulig ut fra omstendighetene (54%) er det en god del som har levd isolert på grunn av reell risiko for alvorlige konsekvenser av sykdom (51%) (Larsen, 2021).

Konsekvenser av hjemmekontor som tiltak under pandemien

De strenge tiltakene som følge av nedstengingen 12. mars innebar at alle som kunne, ble oppfordret til å jobbe hjemmefra. Ifølge SIFO-rapporten «Digitalt koronalliv 2020 Norske husstanders digitale håndtering av koronapandemien» fikk halvparten av alle sysselsatte hjemmekontorløsninger. 40% av disse hadde ikke erfaring med hjemmekontor fra før og måtte raskt etablere nye rutiner (Slettebø & Storm-Mathisen, 2020). Den langvarige bruken av hjemmekontor har medført bekymring knyttet til trivsel og motivasjon. Fra tidligere vet vi at ensomhet svekker prestasjoner på jobb og medarbeidernes forpliktelse til virksomheten (Ozcelik & Barsade, 2018).

Data fra fylkeshelseundersøkelsene viser at forekomsten av psykiske plager og ensomhet er større for de som arbeider hjemme, enn for de som er på arbeidsteden (Nes, et al., 2020). Andelen ensomme blant arbeidstakere på hjemmekontor er nesten 22%, og signifikant høyere enn blant de som er fysisk til stede på arbeidsplassen. Også her, som ved ensomhet, ser vi at hjemmekontor er assosiert med negative følger. Andelen blant de som er på hjemmekontor som rapporterer psykiske plager, er 15%, og signifikant høyere enn de som utfører arbeid på arbeidsteden (Nes, et al., 2020). Sammenhengene mellom hjemmekontor og psykiske plager kan reflektere en rekke faktorer og er foreløpig ikke undersøkt nærmere.

Opplevelse av vekst, engasjement og mening skjer gjerne i det sosiale. For mange gir hjemmekontoret lite grunnlag for å fylle dypereliggende behov for mening, engasjement og fellesskap. Arbeidsteden er en av de viktigste sosiale vekstarenaene vi har, og livskvalitetsundersøkelsene viser at de som er uten arbeid eller annet meningsfylt virke, systematisk oppgir dårligere livskvalitet (Nes, et al., 2020; Støren, et al., 2020).

Deloitte Advokatfirma har gjennomført en undersøkelse om bruken av hjemmekontor under pandemien, og arbeidsgiveres erfaringer knyttet til dette (Deloitte, 2020). Formålet med undersøkelsen var å kartlegge hvorvidt norske arbeidsgivere er tilstrekkelig klar over sine forpliktelser som følge av økt bruk av hjemmekontor. Av 222 deltakere i undersøkelsen, har 9 av 10 tatt i bruk hjemmekontor under pandemien. Undersøkelsen er gjennomført blant arbeidsgivere i ulike bransjer, med virksomheter av ulik størrelse. Respondentene består av et utvalg offentlige og private virksomheter.

Hovedfunnene i undersøkelsen er at 4 av 10 arbeidsgivere ikke har iverksatt tiltak for å sikre et godt psykososialt arbeidsmiljø for sine ansatte på hjemmekontor. Samtidig sier 86,4% av respondentene at de har tilrettelagt fysisk for sine ansatte. Undersøkelsen viser at omtrent halvparten av arbeidsgiverne ikke har oversikt over om arbeidstidsbestemmelsene overholdes når de ansatte jobber hjemmefra. Hjemmekontor har gjort det enda vanskeligere å skille mellom fritid og arbeidstid, og arbeidstakere kan oppleve et press på å alltid være parat ved hjemmekontor, noe som igjen kan påvirke ivaretagelse av det psykososiale arbeidsmiljøet. Videre viser undersøkelsen at regelverket rundt bruk av hjemmekontor ikke er veldig godt kjent av arbeidsgivere og antagelig også utfordrende å implementere (Deloitte, 2020).

Undersøkelsen viser også flere eksempler på positive erfaringer knyttet til bruken av hjemmekontor. En av erfaringene var at sykefraværet var betraktelig lavere i april, mai og juni. Flere trakk også fram at de ansatte hadde levert bedre resultater, at møtevirksomheten hadde vært mer effektiv, og at det hadde skjedd et langt sprang framover i bruk av digitale verktøy. Likevel viser undersøkelsen at 50% ikke ønsker å etablere hjemmekontor som en permanent ordning. Flere påpeker at effektiviteten har sunket betraktelig, og selv om det driftsmessig går bra, er ensomhet og mangel på sosial kontakt med kollegaer utfordrende over tid (Deloitte, 2020).

Flere henvendelser til Akan kompetansesenter under pandemien

Akan kompetansesenter er partenes (LO og NHO) og statens (Helsedirektoratet) verktøy for å forebygge og håndtere problematisk bruk av alkohol, narkotika, legemidler og spill i arbeidslivet. De siste årene har Akan kompetansesenter opplevd stor økning i antall henvendelser til sin veiledningstjeneste. For perioden 13. mars til og med 30. september 2020 økte antall veiledningshenvendelser med 20% sammenlignet med samme periode i 2019 (Akan, 2020).

Ettersom kompetansesenteret kunne opprettholde den daglige dialogen med norsk arbeidsliv gjennom veiledningstelefon, chat og e-post, samt digitale kurs, har de fått kunnskap om hva

arbeidslivet var opptatt av under nedstengingen og tiden etter. Dette kom tydelig fram i veiledningshenvendelsene og under kursene. Akan kompetansesenter har erfart at den økende bruken av hjemmekontor har ført til usikkerhet hos ledere og utrygghet hos medarbeidere (Akan, 2020). Arbeid har stor innvirkning på menneskers alkohol-, rusmiddel- og spillvaner. På arbeidsplassen er det ofte tydelige og restriktive holdninger som sier at det ikke er akseptabelt å være påvirket, eller ha ettervirkning, av alkohol og rusmiddelbruk på jobb. Videre sier interne policyer at det ikke er tillatt å bruke rusmidler eller spille i arbeidstiden. I tillegg har ledere og verneombud ansvar for å tilse at medarbeidere er egnet til å utføre arbeidet sitt, og at helse, miljø og sikkerhet ivaretas. For ansatte som får oppfølging og behandling er det å være på jobb med faste rutiner, kjente oppgaver og et sosialt fellesskap en god støtte. I tillegg er jevnlig oppfølgingsmøter en trygghet, og det å bli sett av sin leder en sterk motivasjon for å komme videre.

Innholdet i henvendelsene har hovedsakelig dreid seg om tre perspektiver (Akan, 2020):

- Ledere og HR som spør om hvordan de kan følge opp ansatte på hjemmekontor
- Ledere og HR som spør om hvordan følge opp ansatte som var i hjelpetiltak før pandemien
- Ansatte med problematisk bruk som var redd for manglende oppfølging når de nå skulle jobbe hjemmefra.

Utover vinteren 2020 og 2021 har oppdragene ofte handlet om hvordan ivareta og følge opp ansatte som fortsatt jobber hjemmefra, og hvordan planlegge gjenåpning av arbeidsplassen. Det har også vært spørsmål om hvordan arbeidsplasser kan ivareta de som må være fysisk til stede på jobb, og som ikke har mulighet til å gjøre jobben hjemmefra. Dette gjelder mange yrkesgrupper og arbeidsoppgaver. Det har vært utfordrende å sikre tilstrekkelig avstand både under arbeidet på arbeidsstedet og på reise til og fra arbeid. Mange ansatte har uttrykt frykt for smitte og en opplevelse av urettferdighet overfor de som har mulighet til å jobbe hjemmefra (Akan, 2020).

Eldre - psykisk helse og livskvalitet under pandemien

Gruppen eldre over 80 år utgjør litt over 4% av Norges befolkning. Eldre mennesker har høyere risiko for alvorlig sykdomsforløp ved koronasmitte, og har måttet være mer varsomme med sosial kontakt enn de som er yngre. Flere blir sosialt isolert, med økt risiko for ensomhet og depresjon. Det er dessuten vist at personer med demens har betydelig større risiko for å få covid-19, bli innlagt på sykehus og dø av sykdommen (Wang, et al., 2021).

Røde Kors intervjuet i 2020 over 400 personer i alderen 80 til 98 år som ikke bodde i institusjon (Fyhn, et al., 2021). Flertallet av de som deltok i spørreundersøkelsen oppgav at de hadde hatt mindre sosial kontakt enn de ønsket. Ensomhet hadde økt noe. 29% rapporterte at de hadde følt seg ensomme ofte eller av og til før pandemien, mens denne andelen hadde økt til 34% under pandemien. Ensomhet var klart assosiert med lavere livskvalitet. 70% av respondentene i spørreundersøkelsen hadde deltatt i trening og fysisk aktivitet utenfor hjemmet før pandemien. Nær halvparten av dem hadde redusert omfanget av fysisk aktivitet som følge av pandemien og smitteverntiltakene.

Eldre med demens og deres pårørende har vært blant de mest utsatte gruppene under pandemien. I Norge har minst 77 000 personer demens, og 300 000 pårørende er berørt av sykdommen. Over halvparten av de som har demens bor i sine egne hjem, alene eller sammen med familie (Nasjonalforeningen for Folkehelsen, 2021). Når det gjelder den psykiske helsen til personer med

demens og deres pårørende, er det grunn til å tro at utfordringene har økt. En studie har vist mer agitasjon i form av rastløshet og heftige kroppsbevegelser, samt søvnforstyrrelser og irritabilitet blant eldre med demens, samt større omsorgsbyrde for deres pårørende (Koh, et al., 2020).

Forholdene for mange som bor i institusjon har blitt forringet. I den første fasen ble mange på sykehjem smittet og det var her de fleste dødsfallene skjedde. Svært mange sykehjemsbeboere mistet i lengre tid den nære kontakten de vanligvis har hatt med sin familie og venner. Dette har medført store belastninger, både for sykehjemsbeboere og deres pårørende. Studier av konsekvensene av sosial isolering viser en økning i depresjon blant eldre institusjonsboere (Krendl & Perry, 2021).

Statistisk sentralbyrå (SSB) gjennomførte 9. - 29. mars 2020 en undersøkelse om livskvalitet i den norske befolkningen. Hovedformålet med undersøkelsen var å få kunnskap om livskvalitet og å belyse forskjeller i livskvalitet mellom ulike grupper. I undersøkelsen har forskerne kartlagt spørsmål som hvor tilfreds man er med livet, tilfredshet med ulike livsområder, optimisme for framtiden, engasjement, mestring, sosiale relasjoner og positive og negative følelser. Et gjennomgående funn i rapporten var at eldre oppgav at de var mer tilfredse med livet enn yngre. Dette gjaldt for mange av livskvalitetsmålene, bortsett fra tilfredshet med fysisk helse, optimisme for framtiden, mestring og om man har givende sosiale relasjoner (Støren, et al., 2020). Undersøkelsen er gjennomført før og under den første nedstengningen, der det blant annet ble anmodet om å ikke besøke personer i institusjoner. Dette kan ha påvirket resultatene.

Konsekvenser knyttet til rusmidler – herunder alkohol, narkotika, legemidler og pengespill

Bruk av alkohol

Totalkonsumet av alkohol har ikke økt nevneverdig på tross av sterk vekst i alkoholomsetningen for 2020. For året som helhet ble det omsatt 7,23 liter ren alkohol per innbygger fra 15 år og over, mot 6,05 liter i 2019. Dette utgjør en økning på 19,5% (SSB, 2021). Økningen i den avgiftsbelagte omsetningen må sees i sammenheng med bortfallet av taxfreehandel og grensehandel av alkohol.

Spørreundersøkelser viser imidlertid at svært mange oppga å ha endret alkoholbruken i løpet av de første månedene av pandemien. Av disse var det flere som oppga at de hadde redusert alkoholbruken enn de som hadde økt alkoholbruken. I en undersøkelse gjennomført juni og juli 2020 oppgir 13% at de har drukket mer alkohol i perioden etter nedstengingen, sammenlignet med det de drakk før pandemien. 30% oppgir at de har drukket mindre, mens 57% har drukket omtrent som vanlig (Bramness, et al., 2021). I samtlige grupper av befolkningen er det flere som oppgir at de har drukket mindre fremfor mer enn vanlig etter koronautbruddet. De under 30 år oppgir i størst grad å ha endret konsumet, men også her er det flere som oppgir å ha drukket mindre enn mer (Bramness, et al., 2021).

Det er en tydelig sammenheng mellom tidligere konsumnivå og endringer i alkoholbruken under pandemien. De som hadde et lavt eller moderat konsum før pandemien, drakk i gjennomsnitt noe mindre under pandemien, mens de som allerede hadde et høyt konsum, i gjennomsnitt drakk enda mer under pandemien. Følgelig økte andelen med et risikofyllt konsum under de første månedene av pandemien (Rossow, et al., 2021).

Tall fra Opinions koronabarmeter viser at tendensen har fortsatt gjennom pandemien, og at stadig flere oppgir et lavere alkoholkonsum. Som gjennomsnitt for perioden mars 2020 til februar 2021

oppgir 8% at de har hatt et høyere alkoholkonsum, mens 21% oppgir lavere konsum. De fleste som svarer at de drikker enten mer eller mindre, oppgir at endringene er ubetydelige. Det er likevel 32% av de som oppgir å ha drukket mer under pandemien, som sier de har drukket betydelig mer (Opinion, 2021b).

Det er ulike årsaker til at drikkemønsteret har endret seg. Av grunner til at man har drukket mindre enn normalt, oppgir flere «sjeldnere i selskap eller sammen med venner», «sjeldnere på restaurant, bar og pub» og «har ikke hatt lyst på» som grunner. «Dårligere råd», «mindre alkohol tilgjengelig i huset» og «mer samvær med barn i hjemmet» oppgis av færre som grunner til å drikke mindre alkohol enn normalt (Bramness, et al., 2021).

Sosial isolasjon, negativt stress, angst og depresjon er risikofaktorer for økt alkoholbruk, særlig blant mennesker med avhengighetsproblematikk. Det er flere som oppgir «mer behov for å unne meg noe godt», «færre praktiske konsekvenser av å drikke» og «mer fleksibel jobbsituasjon og hjemmekontor» som grunner til at de har drukket mer enn normalt, enn grunner som «jeg har vært mer alene», «jeg har ønsket å dempe stress og bekymringer» og «jobbet mindre eller sluttet å jobbe» (Bramness, et al., 2021).

Pasienter med samtidig rus og psykisk lidelse under pandemien

I rapporten «Hvordan opplever personer med samtidig rus og psykisk lidelse utbrudd av covid-19», utarbeidet av Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP), fremkommer det at stengte lavterskel-tilbud og lav digital kompetanse har ført til større utfordringer enn vanlig for denne gruppen (NKROP, 2021). Informantene i studien beskriver bekymringer knyttet til å smitte andre, miste sosialt nettverk, ensomhet, tilbakefall og det å være en byrde for andre. Resultatene tyder på at personer med ROP-lidelser opplever at stigmatisering og diskriminering kan hindre mange i å få den hjelpen de trenger (NKROP, 2021).

Personer med ROP-lidelser må anses som en høyrisikogruppe for covid-19, ettersom mange av personene lider av tilleggssykdommer som hepatitt, HIV, KOLS og hjerte- og karsykdommer. I tillegg er ruslidelser assosiert med økt følsomhet for bakteriell lungebetennelse og andre virusinfeksjoner. De fleste som er intervjuet, opplever å ha mindre enn vanlig eller ingen kontakt med hjelpeapparat under pandemien (NKROP, 2021).

Situasjonen i rusmiljøene under pandemien

Det har vært knyttet sterk bekymring til rusmiddelbrukere gjennom hele pandemien, og FHI identifiserte dem tidlig som en sårbar gruppe det var viktig å opprettholde et godt tilbud for. Selv om forskning kan tyde på at korona har vært lite utbredt i rusmiljøene, er det et prioritert område å overvåke. Korus Oslo gjennomført regelmessige kartlegginger av hvordan krisen påvirker rusmiljøene. Kartleggingen distribueres til personer som jobber med rusproblematikk i kommuner over hele landet, og omhandler rusmiljøene og ikke enkeltpersoner. Formålet har vært å skaffe kunnskap om endringer i rusmiljøene og hvordan det kommunale tjenestetilbudet til brukergruppen påvirkes av pandemien. Kartleggingene publiseres fortløpende på kommunetorget.no.

Data fra kartlegging i uke 16 viser at det generelt er relativt lite koronasmitte i rusmiljøene nasjonalt, med unntak av Østlandet, (Korus Oslo, 2021). Det fremstår som at det er relativt lite koronasmitte i rusmiljøene, og at utbruddene oppleves å være under kontroll. Smittesporing har vært krevende noen steder og fungert godt andre steder. Respondenter over hele landet har meldt om økt isolasjon, ensomhet og noe aggresjon. Det meldes om tiltakstretthet når det gjelder overholdelse av smittevernstiltak (Korus Oslo, 2021).

En tverrsnittstudie gjennomført i mai og juni 2020 intervjuet 226 brukere av illegale rusmidler. 35,4% av deltakerne i studien rapporterte om redusert tilgang til rusmidler, da særlig beroligende rusmidler/ legemidler. Hele 61,5% rapporterte om økning i pris på rusmidler, særlig prisøkning på cannabis (Welle-Strand, et al., 2020). Disse funnene understøttes av de tilbakemeldinger vi har fått fra bruker- og pårørendeorganisasjoner om endret tilgang som igjen gir endringer i rusatferd. I kartleggingen gjennomført i uke 16 meldes også fra en informant at heroin som nå er i omløp er mer potent (Korus Oslo, 2021). Endringer i tilgangen til rusmidler og konsentrasjon kan påvirke risiko for overdoser.

Legemidler

Tall fra reseptregisteret viser at 69% av befolkningen fikk utlevert et legemiddel etter resept fra apotek i 2020. Dette er 1 prosent færre enn i 2019 og den laveste andelen de siste fem årene (FHI, 2021). Det er en kraftig nedgang i andelen som har fått utlevert minst en kur med antibiotika. Reduksjonen er størst hos barn, men det er også nedgang i antibiotikabruk for eldre. En årsak til nedgangen kan skyldes smitteverntiltak og at færre har oppsøkt fastlegen (FHI, 2021). Myndighetene har fra 2016 hatt en nasjonal strategi for å redusere bruk av antibiotika, og dette kan også ha bidratt.

Data for reseptfritt salg av legemidler i 2020 er oppsummert i en egen rapport (FHI, 2021b). Salget av reseptfri paracetamol var uendret i 2020 sammenlignet med 2019, mens det reseptpliktige salget økte noe. Det er også en liten nedgang i totalt reseptfritt salg av ikke-steroide betennelsesdempende og smertestillende medikamenter (NSAIDs). Det var også en reduksjon i salg av legemidler til bruk ved forkjølelse i 2020. Nedgangen kan tyde på at det har vært færre forkjølelser i 2020. Det er en økning i salg av røykeavvenningsmidler som inneholder nikotin (FHI, 2021b).

Det er per april 2021 ikke publisert artikler om endringer i bruk av psykofarmaka under pandemien. Rådata fra reseptregisteret viser en økning av antall brukere av antidepressiva, sovemidler og ADHD-midler i 2020 sammenlignet med 2019. Videre analyser og forskning vil kunne si mer om hvorvidt dette er del av en langsgående økende trend, eller spesifikt for pandemien.

Pengespillproblemer

Den siste befolkningsundersøkelse om omfang av penge- og dataspillproblemer i Norge ble publisert i mai 2020, basert på data fra høsten 2019, altså før pandemien. Undersøkelsen viste at 8,8% av befolkningen ble kategorisert som lavrisikospiller, 3,1% som moderat risikospiller og 1,4% som problemspiller (Pallesen, et al., 2020).

Spillavhengighet Norge er en frittstående interesseorganisasjon som jobber forebyggende, og tilbyr veiledning og nettverk for spillere og pårørende. Organisasjonen opplevde økning i antall nye henvendelser fra tidlig i januar 2020, like før pandemien. Totalt mottok de 792 nye henvendelser i 2020, en økning på 81,7% i antall nye henvendelser sammenlignet med 2019 (Spillavhengighet Norge, 2020). Spillavhengighet Norge vurderer at økningen før pandemien sannsynligvis skyldes økt aktivitet i markedsføring av pengespill. Denne markedsføringen har fortsatt under pandemien.

Organisasjonen har også opplevd pågang på oppfølgingssamtaler under pandemien. Oppfølgingssamtaler er ikke en del av statistikkene frem til og med 2020, og kan derfor ikke sammenlignes tilbake i tid. Organisasjonen merket negative effekter av pandemien, med et stort antall tilbakefall. Berørte som hadde holdt seg spillefri over lengre tid, begynte å spille igjen under koronapandemien. Både telefon- og epost-henvendelser har økt i løpet av året som har gått. Over halvparten av alle som henvender seg er spillere som tar kontakt på vegne av seg selv. Tradisjonelt har det vært overvekt av mannlige spillere som tar kontakt, men antallet kvinner som henvender seg

er mer enn doblet siden 2019. Sammenlignet med tidligere oppgir organisasjonen at flere samtaler nå dreier seg om selvmordstanker, og organisasjonen har sett behov for å oppdatere sin samtaleveileder for å ivareta dette (Spillavhengighet Norge, 2020).

Innspill fra bruker- og pårørendeorganisasjoner og frivillighet

Ekspertgruppen inviterte organisasjonene som er representert i Helsedirektoratets brukerutvalg for rus og psykisk helse (BrukerROP) til å komme med skriftlige og muntlige innspill til gruppen. I tillegg ble paraplyorganisasjonene Funksjonshemmedes fellesorganisasjon og Unge funksjonshemmede invitert til samme møte. 14 av organisasjonene takket ja til å holde muntlige innlegg direkte for ekspertgruppen:

- Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse (LPP)
- Spiseforstyrrelseforeningen (Spisfo)
- Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO)
- Landsforeningen mot seksuelle overgrep (LMSO)
- ADHD-Norge
- Unge funksjonshemmede
- Hvite Ørn
- Spilleavhengighet Norge
- Foreningen for helhetlig ruspolitikk (FFHR)
- A-larm
- Mental Helse
- Pårørendealliansen
- ProLarnett
- Rio

I tillegg har ekspertgruppen fått flere skriftlige innspill fra organisasjoner. En forkortet sammenfatning av brukerorganisasjonenes innspill er lagt ved rapporten (vedlegg 1).

Flere av organisasjonene melder om økende antall henvendelser og at de frivillige tilbudene i større grad får form som helsetjenester. Mens noen organisasjoner har fått økt støtte for å holde psykososiale tilbud åpne, opplever andre organisasjoner at kapasiteten er sprengt. Flere har måttet stenge fysiske lavterskeltilbud fordi dette ikke defineres som (nødvendige) helsetjenester. Blant henvendelsene er det flere fellestrekk som løftes frem:

- økt ensomhet, isolasjon og utenforskap
- økende belastning for pårørende
- manglende oppfølging etter avsluttet behandling
- tilbakefall
- forverring av fysisk og psykisk helsetilstand
- usikkerhet rundt et fragmentert helsetilbud
- ansvaret forskyves i systemet
- bekymring rundt selvmordstanker
- økonomiske bekymringer

I tillegg til innspillene oppsummert i dette vedlegget har ekspertgruppen hatt tilgang til rapporter og undersøkelser utført av frivillige og bruker- og pårørendeorganisasjoner. Disse er sitert i teksten der

disse kildene er lagt til grunn for beskrivelsene. Representanter fra A-larm, Mental Helse Ungdom og Røde Kors har sittet som medlemmer i ekspertgruppen.

Konsekvenser for helse- og omsorgstjenestene og helsetjenestetilbudet

Pandemien har hatt ulike konsekvenser for tjenestetilbudet til befolkningen. Smitteverniltak kan ha gitt endrede betingelser for gjennomføring av enkelte helsetilbud, for eksempel hjemmebesøk, gruppekonsultasjoner og varighet av konsultasjoner. En regel om 2 meters avstand kan være krevende å praktisere i små lokaler, og vanskeliggjøre deler av en konsultasjon. Tilgang til smittevernutstyr kan sette begrensninger på varighet og omfang av tjenester i hjemmet. Enkelte tjenester har også i perioder vært pålagt å holde stengt, blant annet fysioterapi og rehabiliteringstilbud. Der hvor helsepersonell har havnet i smittekarantene og ventekarantene påvirkes kapasiteten i tjenestetilbudet, og i spesialisthelsetjenesten har flere perioder med gul beredskap ført til utsatte operasjoner og lengre ventetid på elektive tjenester.

Samlet sett er det grunnlag for å si at det i perioder har vært endringer og reduksjon i tilgang til helse- og omsorgstjenester, men det er for tidlig å konkludere om hvilke langtidseffekter dette vil ha. Endringer i sykdomsbildet i befolkningen under pandemien kan gi endrede behov og økt bruk av nye kommunikasjonsformer kan bidra til nye måter å jobbe på.

Tjenester til barn og unge under pandemien

Kommunale helse- og omsorgstjenester for barn og unge

Nasjonale restriksjoner tidlig i pandemien førte til at kommunene brått måtte håndtere krevende situasjoner. Flere tilbud rettet mot barn og unge ble redusert eller stengt, blant dem også tilbud som er særlig rettet mot sårbare barn og unge, som barnevern, psykiske helsetjenester, PPT, avlastning og dagtilbud for personer med utviklingshemming. Tjenestene ble opprettholdt og levert, men mange kommuner vurderer at tilbudene hadde en lavere kvalitet enn til vanlig, særlig i pandemiens første måneder (KS, 2021).

Skolehelsetjenesten, helsestasjon og helsestasjon for ungdom var i starten av pandemien redusert eller stengt, blant annet fordi personell ble omdisponert. Ifølge foreløpige tall fra SSBs Kostra-data var det 73% av kommunene som i 2020 omdisponerte helsesykepleiere (Thonstad, et al., 2021). 9% avga jordmødre og 26% omdisponerte annet personell i tjenesten. I Oslo omdisponerte alle bydeler personell ved helsestasjons- og skolehelsetjenesten og i Viken gjorde nesten 90% av kommunene det samme (Thonstad, et al., 2021).

Foreløpige Kostra-tall viser at andel hjemmebesøk til nyfødte, og andel gjennomførte 2- og 4 årskonsultasjoner er lavere i 2020 sammenlignet med 2019, mens andelen som fikk tilbud om 6-ukerskonsultasjon og skolestartsamtale har holdt seg stabilt (Thonstad, et al., 2021). De foreløpige dataene kan gi en indikasjon om at enkelte konsultasjoner har vært prioritert ned, som følge av redusert kapasitet eller av smittevern hensyn. Oppdaterte tall fra Nasjonalt vaksinasjonsregister SYSVAK viser at vaksinasjonsdekningen i barnevaksinasjonsprogrammet har holdt seg stabilt høy i Norge under pandemien (FHI, 2021c).

En tverrdirrektoral koordineringsgruppe ledet av Barn-, ungdom- og familiedirektoratet (Bufdir) har jevnlig oppsummert status i barn- og unges tjenestetilbud under covid-19-pandemien. Siste statusrapport viser at ansatte i helsestasjons- og skolehelsetjenesten etterstreber normal drift, samtidig som det fortsatt oppgis at kommunene har forventninger om at helsesykepleiere skal delta i beredskap, smitteoppsporing og vaksinerings. Fra januar til februar er det en større andel av tjenestene som oppgir å være tilbake i full drift, samtidig som en større andel av ansatte har vært omdisponert til andre oppgaver. 40% av tjenestene som har deltatt i kartleggingen oppgir at tilgjengeligheten for drop-in konsultasjoner er redusert (Bufdir, 2021). Flere av tjenestenivåene oppgir fortsatt å ha et etterslep av konsultasjoner, og drøyt halvparten av respondentene fra skolehelsetjenesten i videregående skole oppgir å ha flere henvendelser enn normalt. Den statlige koordineringsgruppen uttrykker bekymring for at det fortsatt er eksempler på ubegrunnet bruk av digitale konsultasjoner i møte med barn og unge.

Det var færre pasienter hos fastlege i 2020 for aldersgruppene 0-5 år, 6-10 år og 11-17 år i 2020 sammenlignet med 2019 for alle diagnoser samlet. Ser man spesifikt på pasienter registrert med p-diagnoser (psykiske) i de samme aldersgruppene, finner man høyere antall pasienter i november og desember 2020 sammenlignet med 2019 (Helsedirektoratet, 2020). Foreløpige data fra februar 2021 viser at det også er flere barn og unge registrert med psykisk helse diagnoser hos fastlegen i februar 2021, sammenlignet med samme måneder i 2019 (Helsedirektoratet, 2021). Det er en økning både i ordinære konsultasjoner og e-konsultasjoner.

En undersøkelse gjennomført av Unge funksjonshemmede i samarbeid med Likestillings- og diskrimineringsombudet viser at ungdom med funksjonsnedsettelse og kronisk sykdom i stor grad har opplevd negative konsekvenser av smitteverntiltakene. 474 ungdommer besvarte undersøkelsen. 2 av 3 oppgir å ha hatt redusert tilgang til grunnleggende helsetjenester, og 6 av 10 oppgir at bortfall av tjenester har gitt en forverring av psykisk og fysisk helse (Unge funksjonshemmede, 2020). Pandemien har også berørt tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid omkring sårbare barn og unge. Avlastningstilbud og dagtilbud ble svært redusert tidlig i pandemien. I takt med at tjenestene har åpnet igjen fra og med mai 2020 ble tilbud til denne gruppen noe bedre ivaretatt (KS, 2021).

Psykisk helsevern for barn og unge

Nesten 57 000 pasienter ble behandlet i psykisk helsevern for barn og unge i 2020. Dette tilsvarer 5,1% av befolkningen under 18 år. For landet sett under ett var det en økning på 0,6% sammenlignet med året før. Polikliniske kontakter øker med 8% landet sett under ett. Det er en økning i antall digitale konsultasjoner, og nedgang i antall konsultasjoner med oppmøte (Helsedirektoratet, 2021b). Ser man på endringene fra 2019 til 2020 i ventetid, fristbrudd, nye henvisninger og antall avviklede i sammenheng, er det interessant at det innen psykisk helsevern for barn og unge var rapportert 7% flere henvisninger og 8% flere avviklede fra venteliste. Samtidig har gjennomsnittlig ventetid gått ned og andel fristbrudd har ikke økt (Helsedirektoratet, 2020).

Ikke-publiserte rapporter fra de fire helseregionene supplerer bildet. Helse Midt-Norge rapporterer om økt tjenestebehov og utfordringer i kapasiteten i BUP ved inngangen til 2021. Det har vært en økt henvisningsmengde gjennom 2020, med særlig stor økning høsten 2020 sammenlignet med høsten 2019. Det er økning i ventetider, samt bekymring for måloppnåelse for pakkeforløp og arbeidskapasiteten over tid hos ansatte. Ett helseforetak melder om større tjenestebehov knyttet til spiseforstyrrelser.

Helse Sør-Øst rapporterer om at bildet når det gjelder henvisninger til psykisk helsevern ikke er entydig, men at noen helseforetak og sykehus rapporterer om en tydelig økning i antall henvendelser. Samlet sett er det en svak reduksjon i andel avviste henvendelser fra 2020 til 2021 innen psykisk helsevern for barn og unge, men ventetiden er lengre enn 35 dager. Det har vært en jevn økning i pasienter med spiseforstyrrelser over flere år, og dette er en av få pasientgrupper som også har økt under pandemien.

Helse Nord rapporterer om at de har økt den polikliniske aktiviteten i psykisk helsevern for barn og unge med 3,4% fra 2019 til 2020. Antall ventende er høyere i 2021 enn på samme tid i 2019 og 2020. Helseforetakene uttrykker bekymring for økt mengde henvisninger til BUP.

Helse Vest melder om økt antall tilvisninger utover høsten 2020. Fra og med oktober gjelder økningen mer alvorlige tilstander, som håpløshet, depresjon, spiseforstyrrelser, selvskading og destruktiv atferd. Det er også en forskyving mot yngre barn. Ventetiden øker i flere foretak. Samtidig øker andelen øyeblikkelig hjelp-innlegginger. Det meldes om stort press på tjenestene.

Alle de fire helseregionene har satt i gang tiltak for å dekke økt behov, inkludert utvidet kveldspoliklinikk, rekrutteringstiltak og kjøp av tjenester.

Det er få barn og unge som legges inn i psykisk helsevern. De fleste mottar polikliniske tjenester. Siden i mai 2020 er det registrert flere døgnopphold (utskrivninger) enn i 2019 innen psykisk helsevern for barn og unge. Aktivitetsdata viser at antall døgnopphold i snitt har vært 8% høyere i 2020. Dette er i hovedsak knyttet til øyeblikkelig hjelp. Små tall gjør fortolkningen av aktivitetsdataene krevende, men et vedvarende høyere nivå gir grunn til å følge utviklingen nøye (Helsedirektoratet, 2020). Foreløpige data for de første månedene av 2021 viser imidlertid vesentlig høyere aktivitet, med en økning på 17-18% sammenlignet med 2019 (Helsedirektoratet, 2021). Den økte aktiviteten er knyttet til høyere volum av akutte døgnopphold.

Konsekvenser av pandemien for velferdstjenestetilbudet til barn og unge

Senter for barnevernforskning og innovasjon ved NTNU har sett på konsekvenser av epidemien og tiltakene for velferdstjenester for barn, unge og deres familier (Skrove, et al., 2021). Studien består av en litteraturstudie og nye analyser av syv spørreundersøkelser blant barnevernsledere. Spørreundersøkelsene er gjennomført av Bufdir i perioden mars til november 2020, og hadde relativt høy oppslutning.

Spørreundersøkelsene viser at barnevernstjenestens arbeid ble særlig berørt i mars/april 2020, og stabiliserte seg utover sommeren. For hoveddelen av tjenesten var det en kraftig nedgang i bekymringsmeldinger i starten av pandemien, men at meldingene økte utover høsten 2020. Alvorlighetsgraden i meldingene var stor. De fleste tjenestene melder at det har vært mulig å sikre forsvarlig håndtering av akutte saker, mens en betydelig andel rapporterer om svekket hjelpetiltakstilbud.

Totalt 40 av studiene i litteraturoversikten omhandlet endringer i tjenestetilbudet for sårbare barn og unge. Overordnet konkluderer forskerne med at all inkludert litteratur i større eller mindre grad nevner en form for begrensning eller endring i tjenestene i løpet av pandemien. Det finnes imidlertid lite kunnskap som bygger på barn, unge og foreldrenes egne opplevelser av tjenestene i denne perioden. Forskerne mener dessuten at det er for tidlig å konkludere samlet sett, fordi det mangler forskningsbasert kunnskap på mange tjenesteområder. Baser på den internasjonale litteraturen antar de med at pandemien kan ha ført til en individualisering av ansvaret for sårbare barn. Når tjenestetilbudet svekkes, blir mer av ansvaret lagt på familiene. Dermed er familiens funksjonalitet i

utgangspunktet og foreldrenes ressurser med å bestemme i hvilken grad pandemien får konsekvenser for barn (Skrove, et al., 2021). Dette understreker risikoen for at situasjonen forsterker allerede eksisterende ulikheter.

Barnevern i krisetid – Noen grupper fikk tettere og raskere oppfølging

NOVA intervjuet 23 ledere ved 20 barnevernkontor spredt over landets 11 fylker (Tveito, 2021). Undersøkelsen inkluderte kontorer lokalisert i by og bygd, små og store tjenester og både tjenester organisert etter spesialist- og generalistmodellen. Intervjuene ble gjennomført i perioden juni-juli 2020.

Studien konkluderer med at tjenestene var proaktive. Saksporteføljen ble risiko- og sårbarhetsanalysert, og saker med vold og overgrep ble gjennomgående prioritert. Noen grupper fikk dermed tettere og raskere oppfølging enn i en normalsituasjon. En del av tjenestene opplevde at flere av meldingene handlet om vold. Ettersom skoler og barnehager ikke kunne fungere som den sikkerhetsventilen de vanligvis gjør satte flere tjenester inn tiltak før undersøkelsene var konkludert, og familien fikk dermed raskere hjelp (Tveito, 2021).

Avlysning av eksterne møter frigjorde tid som ble brukt til å intensivere oppfølging av kjente familier. Dermed fikk noen familier tetter oppfølging enn ellers. Flere gruppebaserte tiltak ble avlyst, og flere familier fikk isteden tilbud om individuell oppfølging. Ingen av lederne mente pandemien hadde påvirket terskelen for omsorgsovertagelse. Oppsummert så det ut som risikobarnevernet og akuttbarnevernet («kjernebarnevernet») ble prioriterte områder under pandemien, mens hjelpetiltaksarbeid for familier med vanskelige levekår («velferdsbarnevernet») derimot ble noe nedprioritert. Noen opplevde at samarbeidsinstanser var mindre tilgjengelige, og at barnevernstjenesten ble belastet med andre instanser sine oppgaver i den første perioden. I juni/juli var de fleste av tjenestene tilbake i hverdagsdrift i en eller annen form (Tveito, 2021).

Familievernnet - Erfaring og læring under nedstengning og i en ny hverdag

NOVA intervjuet kontorledere ved 20 store og små familievernkontor i juni 2020 (Øverli & Gundersen, 2020). Studien konkluderte med at det ble gjort flere tilpasninger i arbeidet i løpet av den første fasen av pandemien. Det ble gjennomført offensiv informasjonsvirksomhet på nett. Det tok imidlertid to uker før telefonene ble åpnet for kontakt med brukerne, og fem uker før videokonsultasjoner ble tatt i bruk. I perioden ble det gitt fritak fra mekling ved separasjon. Dette resulterte i at barn ikke fikk mulighet til å bli hørt i meklingssaker (Øverli & Gundersen, 2020).

Familievernkontorene rapporterte om noe forbedring i relasjonene i familier som hadde moderate problemer. Dette ble tolket som en effekt av mindre hverdagslogistikk og tidspress. Derimot ble det rapportert om en markant forverring for andre grupper med mer alvorlige problemer. Dette ble tolket som en konsekvens av mindre sosial kontakt, mindre avlastning fra skole/barnehage og mer økonomiske bekymringer (Øverli & Gundersen, 2020).

Fritidsklubbene – en sosial førstelinje

Fritidsklubb er den fritidsaktiviteten ungdomsskoleelever oftest er med på, etter idretten. Tre av ti ungdommer i alderen 13-16 år går regelmessig på fritidsklubb eller ungdomshus. Tilbudet spiller en viktig, men uformell rolle i kommunenes folkehelsearbeid rettet mot ungdom (Seland, et al., 2021). Noen av fritidstilbudene er kommunale, mens andre er drevet av frivillige organisasjoner eller andre private aktører. Fritidsaktiviteter og møteplasser for barn og ungdom er viktige arenaer for sosial utvikling og god psykisk helse. Fritidstilbudene benyttes i større grad av ungdom med mindre sosioøkonomiske ressurser hjemme og de som er mindre tilfreds med egen helse, er mer utsatt for vold og mobbing eller begår regelbrudd (Seland & Andersen, 2020).

Ungdom og Fritid (Landsforeningen for fritidsklubber og ungdomshus) gjennomførte en medlemsundersøkelse for å kartlegge pandemiens virkning på aktiviteten i klubbene høsten 2020 og våren 2021 (Ungdom og Fritid, 2021). Undersøkelsen ble sendt ut 25. januar 2021 og fikk 135 svar. En stor andel av tilbudene har vært stengt ned eller sterkt redusert under pandemien. I undersøkelsen sier fritidsklubbansatte at de opplever å ha vært til stede som "avstandspoliti", heller enn som ungdomsarbeidere. Det har vært vanskeligere å fremstå som trygge, tilgjengelige voksne og gi emosjonell støtte (Ungdom og Fritid, 2021).

Fritidsklubbene var stort sett stengt fra mars og gjennom våren 2020. En del klubber gikk over til digitale aktiviteter, andre gjennomførte utendørsaktiviteter og pop-up klubb. Flere meldte at de hadde mistet kontakt med de eldste ungdommene, særlig i områder med restriksjoner for VGS-elever og ungdomsskoleelever. Det har også vært vanskelig å nå de yngste med digitale aktiviteter på grunn av aldersgrenser. Etter den første nedstengningen har uforutsigbarheten og økonomiske begrensninger (på grunn av behov for å ha flere på jobb, for å overholde smittevern) vært vanskelig for klubbene. De fleste arrangementer har blitt avlyst og fordi mange nye medlemmer rekrutteres via arrangementer, har pandemien dermed påvirket rekrutteringen til klubbene. Klubbene er bekymret for at unge mister eierskap til klubben, og at de «mister» hele alderskull for resten av ungdomsperioden. Det er særlig bekymring for at klubbene mister unge med minoritetsbakgrunn (Ungdom og Fritid, 2021). Psykisk helse, livskvalitet og rusmiddelbruk omtales ikke eksplisitt i rapporten.

Økt bruk av samtaletilbud og chat

Rådgivningstelefonene viser en betydelig økning i antall henvendelser. Det er flere samtaler som handler om psykisk helse, og flere rapporterer om mer alvorlige temaer som spiseforstyrrelser, incest og selvmordstanker. Flere av lavterskeltilbudene oppgir at de har måttet begynne å operere med ventelister, og er dermed mindre tilgjengelige. Flere tiltak har vært satt inn for å øke tilgjengeligheten til samtaletilbud for barn og unge.

Alarmtelefonen for barn og unge ble en døgnåpen tjeneste fra 15. mars (Alarmtelefonen for barn og unge, 2021). Alarmtelefonen for barn og unge hadde i 2020 en økning i antall henvendelser på 24,5% sammenlignet med 2019. I den første perioden var det ikke mye pågang. I denne perioden ble det opprettet ulike hjelpetelefoner på skoler rundt omkring i landet som sannsynligvis tok en del av henvendelsene. Etter at disse er avviklet har pågangen vært større. Snittet for desember 2020 var 20 samtaler (mellom 8.00 og 16.00), mot 8 i desember 2019. Den største gruppen som tar kontakt er barn og unge selv. De fleste henvendelsene avsluttes med råd og veiledning (Alarmtelefonen for barn og unge, 2021). I 2020 ble det sendt inn 62 bekymringsmeldinger til lokal barneverntjeneste. I begynnelsen av april ble det i tillegg etablert en døgnåpen chattetjeneste, som mottok 14 322 chattesamtaler fra oppstart i april til utgangen av 2020. Henvendelsene til chattetjenesten var særlig høy i fra oktober-november. Det mottas flest chatter i tidsrommet mellom 22.00 og 02.00. Psykisk helse er den klart største kategorien henvendelser til chattetjenesten.

Røde Kors' samtaletilbud for unge *Kors på halsen*, økte kapasiteten for å kunne ta imot besvarelser fra unge i 2020, og besvarte totalt 21 479 henvendelser dette året. Den totale økningen i henvendelser på telefon, e-post, individuelle samtaler og chat har vært på 36% (målt i januar 2020-2021) og 66% (målt i februar) (Røde Kors, 2021). Temaområdene som økte mest fra 2019 til 2020 var psykisk helse, kropp/helse og familie og hjem. De største enkelttemaene i 2020 var selvmordstanker, tristhet/nedstemthet, angst, relasjoner til foreldre/foresatte og selvskading. Omtrent dobbelt så mange samtaler hadde angst som viktigste tema i 2020 sammenlignet med 2019, og antall

henvendelser var økende mot slutten av året. Forelskelse som tema forsvant i deler av 2020, men har kommet tilbake som et av de største temaene i januar 2021 (Røde Kors, 2021).

BaRsnakk er et gratis, anonymt og landsomfattende samtaletilbud rettet mot barn og unge som opplever rus i nære relasjoner. Chattetjenesten drives av organisasjonen Barn av Rusmisbrukere og bemannes av voksne frivillige og har hatt utvidet åpningstid under pandemien (Mikov & Endresen, 2020). Våren 2020 beskrives at samtaler under pandemien stort sett er ganske like det de normalt møter på chatten. Samtidig var det mange som uttrykte sterk frustrasjon over situasjonen under pandemien. For mange ble det mer av det det allerede var vant til hjemme, men med færre muligheter for et pusterom. Det handlet blant annet om at det var utfordrende å finne plass til hjemmeundervisning i en kaotisk hverdag med foreldre som ruser seg, om utrygghet, kjedsomhet og ensomhet. Flere opplevde det som slitsomt, skummelt og vanskelig å være så mye hjemme. Særlig bekymringsfullt var det også at perioden var preget av uvanlig mange samtaler som omhandlet incest. Mens dette gjaldt 6 samtaler fra 16. mars til 15. mai året før, gjaldt det hele 43 av samtaler i det samme tidsrommet i 2020. Basert på hva brukerne forteller på chattetjenesten konkluderes det også med at inntrykket er at rusmiddelbruken hos foreldrene økte i perioden (Mikov & Endresen, 2020).

Helsetjenester for studenter

Tall fra Studentsamskipnaden i Oslo (SiO) helsetjenester viser at tjenestene opplevde en nedgang i antallet henvendelser før sommeren 2020. Dette sees i sammenheng med at flere studenter reiste hjem til andre steder i landet. Etter sommeren var pågangen normal for årstiden (SiO, 2021).

Kapasiteten i det psykiske helsetilbudet ved SiO er betydelig økt det siste året, og det har gjennom hele året vært kortere ventetider enn tidligere år. Det er grunn til å tro at den samlede pågangen har økt gjennom pandemien. Fastlegetjenesten ved SiO estimerer at omtrent 30% av konsultasjonene er knyttet til psykiske helseplager (SiO, 2021).

Behandlere, rådgivere og fastleger i SiO Helse rapporterer at henvendelsene nå er av mer alvorlig karakter enn tidligere. Det er en økning av henvendelser om redusert sosial kontakt, ensomhet og savn, motivasjonsutfordringer, stresshåndtering, bekymring for kvalitet og utbytte av undervisningen og bekymringer for fremtiden. Tjenesten har økt antall psykoedukative mestringskurs og tema, og lagt om til digitale konsultasjoner. Det er også økt trafikk på tjenestens anonyme spørretjeneste for studenter i Oslo ([Studentespor.no](https://studentespor.no)), særlig vårhalvåret 2021 (SiO, 2021).

Aktivitetsdata fra den psykososiale helsetjenesten til Studentsamskipnaden i Trøndelag, Trondheim (SiT) viser at det i 2020 ble registrert 10% færre nye henvendelser enn i 2020 (SiT, 2020). De vanligste henvendelsesgrunnene er depressive vansker, angst/ fobi, stress, relasjonelle vansker, sorg og selvfølelsesproblematikk. I tillegg er studieorganisering, eksamensangst og sosiale årsaker vanlige vansker. Tjenesten oppgir at pågangen har vært stor i 2020, og at de fleste henvendelser kom i februar og mars før pandemien traff, og så igjen i august, september, oktober og november. Gjennomsnittlig ventetid til første kontakt med behandler for registrering var 3,4 uker, og gjennomsnittlig ventetid på oppstart av behandling var 2,9 mnd. Det var betydelig kortere ventetid i august og september 2020 (SiT, 2020).

Helsetjenester for voksne

Kommunale helse- og omsorgstjenester

Det var høyere aktivitet både hos fastlege og legevakt i november og desember i 2020 sammenlignet med tilsvarende måneder i 2019, både når det gjelder antall pasienter, antall konsultasjoner og sum refusjoner og egenandeler. Andelen e-konsultasjoner hos fastleger er høyere enn i 2019.

Data som omhandler helse - og omsorgstjenester (IPLOS) i kommunen rapporteres inn fra kommunene til kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) en gang i året. Data for 2020 er ikke oppsummert eller publisert. Helsedirektoratet gjennomfører imidlertid en kartlegging i kommunene over antall pasienter på venteliste for langtids- eller korttidsplass i sykehjem. I de to siste kartleggingene i 2020 ble kommunene spurt om covid-19 hadde hatt noen innvirkning på henholdsvis ventelister for korttids- og langtids plasser. Mens svarene fra kartleggingen i august ga et inntrykk av at det hadde skjedd en endring i tjenestetilbudet i flere kommuner, så er ikke dette bildet så tydelig i kartleggingen gjennomført i november/desember (Helsedirektoratet, 2020). Noen av de hyppigste begrunnelsene som oppgis for at covid-19 har hatt innvirkning på ventelister er at plasser er satt av til covid-19-pasienter, smitte i institusjon, samt mindre sirkulasjon av plasser fordi det er mindre sykdom, bedre smittevern og lavere dødelighet på institusjonene. Endringer i tjenestetilbudet har for eksempel vært at omfanget av dagaktivitetstilbud tidvis var blitt redusert, at det ble gitt en økning i hjemmetjenester heller enn innvilgelse av korttidsplass, og at det tidvis var en reduksjon i tilbudet om avlastning, trygghetsplasser og rehabilitering (Helsedirektoratet, 2020).

Drøyt 30 prosent av de pårørende til hjemmeboende som har besvart en undersøkelse gjennomført av Nasjonalforeningen for folkehelsen opplevde at hjemmesykepleie eller hjemmehjelp opphørte eller ble begrenset ved den første nedstengningen (Nasjonalforeningen for Folkehelsen, 2021). Hele 55 prosent opplevde at dagaktivitetstilbudet opphørte, og for ytterligere 13 prosent ble dagaktivitetstilbudet begrenset. En av fire oppgir at tilbud om avlastning opphørte helt, en av fire at tilbudet ble redusert. For personer med demens innebar dette at møteplasser og aktivitet som bidrar til stimuli og opprettholdelse av funksjon forsvant, mens pårørende mistet viktig avlastning (Nasjonalforeningen for Folkehelsen, 2021).

Kommunale psykisk helse og rustjenester

Vi mangler en fullstendig statistikk fra kommunene når det gjelder henvendelser til psykisk helse og rustjenester for voksne, men har fått inn noen rapporter fra enkeltkommuner. Her meldes det om en merkbar økning i antall henvendelser til lavterskeltilbud siste fase av pandemien, eksempelvis Trondheim kommune som melder om en markant økning av henvendelser så langt i 2021 sammenlignet med samme periode tidligere år. I Oslo er det en økning i antall henvendelser til legevakt som omhandler psykisk helse i januar 2021 på 4,5%, sammenlignet med januar 2020 (Helseetaten Oslo, 2021). I samme periode er det en økning i antall telefonkontakter som klassifiseres som "psykiatri" på 25,8%.

Pandemiens konsekvenser for tjenestetilbudet er omtalt i flere av årsrapporteringene fra kommuner som mottok tilskudd over tilskuddsordningen for Rask psykisk helsehjelp i 2020. Oppsummert viser tilbagemeldingene en generell nedgang i henvendelser første del av pandemien, før en markant økt pågang fra og med høsten 2020. Flere kommuner som ikke hadde ventelister tidligere, har nå måttet opprette dette. Enkelte melder om inntaksstopp grunnet stor pågang og behov for å utvikle endrede arbeidsmetoder. Kommunene melder at de under pandemien har gått over til økt bruk av videoterapi, digitale kurs og/ eller veiledet selvhjelp med bruk av nettkurs.

I rapporten «Hvordan opplever personer med samtidig rus og psykisk lidelse utbrudd av covid-19», rapporterer flere av informantene at de har opplevd at planlagte legetimer ble utsatt eller avlyst (NKROP, 2021). Andre fortalte at de fikk et digitalt tilbud som erstatning for en fysisk time, men at dette ikke passet for alle. Personer med ROP-lidelser er avhengig av sikker tilgang til helse- og sosialtjenester. Rapporten anbefaler derfor å holde lavterskeltilbud kontinuerlig i gang samt tilby alternativer til digitale konsultasjoner, siden den digitale kompetansen i denne gruppen er begrenset (NKROP, 2021). I sine innspill løfter flere av rusorganisasjonene frem rusavhengige som kombinerer delvis LAR-behandling med bruk av illegale rusmidler. Endringer i pris og tilgang til illegale rusmidler påvirker den "egen-administrerte" delen av rusen, og gir endret behov for oppfølging og helsehjelp.

Psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Foreløpige tall for hele 2020 viser at det var omtrent 8% færre døgnopphold og 8% flere polikliniske konsultasjoner i psykisk helsevern for voksne. Antall ø-hjelpsinntak har siden mai vært på nivå med 2019. Et lavere antall døgnopphold skyldes dermed noe færre planlagte innleggelser. Det er små forskjeller mellom regionene i utviklingen gjennom 2020 innen psykisk helsevern for voksne. Bildet er mer variert mellom foretaksområdene, spesielt når det gjelder omfanget av døgnopphold (2020 sammenholdt med 2019).

Det er en økning av nyhenviste til psykisk helsevern for voksne i februar 2021 sammenlignet med de to foregående årene. Innen TSB er det et ganske stabilt antall nyhenviste i januar og februar 2021 sammenlignet med de to foregående årene. Ventetiden i januar og februar disse tre årene er stabilt for januar, men økende for februar 2021 i psykisk helsevern, mens det for TSB er samme nivå i 2021 som i 2019 både i januar og februar (Helsedirektoratet, 2021).

Oppdaterte månedstall for TSB fram til oktober viste at aktivitetsutviklingen innen TSB var omtrent på nivå med 2019. Den polikliniske aktiviteten har holdt seg ganske høy gjennom hele året, mens planlagte døgnopphold har variert mer og lå litt under fjorårsnivået også i september og oktober.

Nedgang i fjernbasert behandling for spilleavhengige

I løpet av 2020 registrerte Spillavhengighet Norge 229 påmeldte deltakere til behandling i sitt lavterskel nettbaserte behandlingstilbud. Til tross for å være et kostnadsfritt og korona-vennlig behandlingstilbud uten fysisk oppmøte, er dette en nedgang fra 2019, hvor de registrerte 256 deltakere til behandling. Mindre markedsføring av behandlingstilbudet gjennom 2020 kan være noe av årsaken til nedgangen. Nedstenging av kulturtilbud og andre aktiviteter som følge av pandemien har rammet behandlingstilbud der man forsøker å finne andre aktiviteter for å erstatte spillingen (Spillavhengighet Norge, 2020).

Frivillig innsats under pandemien

Norge har en sterk tradisjon for frivillig arbeid. Frivillighetsbarometeret viser at 66% av befolkningen deltok i frivillig arbeid i 2020 (Frivillighet Norge, 2020). Frivillig innsats har hatt en viktig rolle også i håndteringen av koronakrisen. Flere organisasjoner har utforsket mulighetsrommet for å gjennomføre sine aktiviteter innenfor smittevernbegrensninger, eller har styrket sine digitale samtaletilbud og tjenester. Frivillige organisasjoner har også mange steder ytt praktisk bistand og psykososial støtte til mennesker i risikogruppen eller krise (Arnesen & Sivesind, 2021). Slik praktisk og psykososial bistand omtales gjerne som *omsorgsberedskap*.

Tradisjonelt beredskapsarbeid er gjerne primært praktisk orientert, men under noen av de senere store krisene i Norge - flyktningsituasjonen og korona - har frivilligheten i mange situasjoner fått en framtrædende plass ved å tre inn i omsorgsroller. Noen frivillige organisasjoner kan være særlig egnet til slikt arbeid fordi de har mer tillit og et bedre omdømme enn offentlige hjelpetilbud i enkelte miljøer, og oppsøkes av folk som av ulike grunner ikke ønsker kontakt med offentlige instanser. Et større press på primærhelsetjenestene gjenspeiles i et økt press på frivillige tilbud drevet av for eksempel Røde Kors og Redd Barna, og telefontjenester og digitale samtaletilbud (Røde Kors, 2021).

I samarbeid med Norges Røde Kors, Sanitetsforeningen og Norsk Folkehjelp laget Helsedirektoratet tidlig i pandemien⁴ en anbefaling til kommunene om å inngå avtale om samarbeid med frivillige organisasjoner. Vi vet imidlertid lite om i hvor stor grad kommunene har inngått et slikt samarbeid (Arnesen & Sivesind, 2021). En surveyundersøkelse blant frivillige i 2019 peker på at ansvars- og oppgavefordeling var uavklart (Lorentzen & Skinner, 2019).

Frivillig arbeid kan i seg selv ha en gunstig innvirkning på de frivilliges egen trivsel (Russell, et al., 2019; Whillans, et al., 2016). 43% av de som betegner seg selv om frivillige synes det å være frivillig er viktig for det sosiale livet, og spesielt for frivillige over 60 år (Frivillighet Norge, 2020). De viktigste motivasjonsfaktorene for frivillig arbeid er mening, selvaktelse, læring og sosialt samhold (Wollebæk, et al., 2015)

Det er imidlertid viktige hensyn å ta i utforming av tiltak som baserer seg på frivillighet. En surveyundersøkelse fra 2019 som ble gjennomført i 50 kommuner viste at frivillige tilbud i omsorgstjenestene besto først og fremst av sosiale aktiviteter, kulturtilbud og besøkstjenester (Lorentzen & Skinner, 2019). 30% svarte at de ikke hadde denne typen tilbud. Respondentene rapporterte om mangel på frivillig arbeidskraft og koordinerings- og samordningsutfordringer i kommunen som sentrale utfordringer og at dette gikk ut over informasjonsflyt, personlige samarbeidsrelasjoner og at ansvars- og oppgavefordeling var uavklart og at manglende kultur for samarbeid spilte en rolle.

Oppsummering av utfordringsbildet

Gjennomgangen av den foreliggende kunnskapen gir et variert bilde. De fleste har nok klart seg ganske bra, samtidig som pandemien og tiltakene også har vært belastende for mange. Det er forventet at begrensninger i sosial kontakt og den generelle helsetrusselen som ligger i pandemien påvirker livskvalitet og stress. Dette vil være en naturlig reaksjon på en ekstraordinær situasjon. Men økt stress og psykiske helseplager kan også føre til mer langsiktige helseplager som vil gi behov for oppfølging. Dette gjelder særlig for grupper i befolkningen som var i utsatte situasjoner også før pandemien.

Livskvalitet

Norske studier blant barn og ungdom viser, ikke uventet, at mange har opplevd redusert livskvalitet, økt ensomhet, savn av venner og klassekamerater og stengte fritidsaktiviteter. Det kan for eksempel handle om bekymring hos barn og foreldre for smitte og sykdom, permittering, oppsigelser og familiens økonomiske situasjon. De negative utfallene er knyttet til den lokale smittesituasjonen og hvor restriktive smitteverntiltakene har vært. Det samme bildet ser man både for studenter, voksne

⁴ Brev gikk ut 11 mars 2020: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/beredskap-og-krisehandtering/koronavirus/anbefalinger-og-beslutninger/>

og eldre. I studier som har fulgt samme gruppe gjennom pandemien ser man at topper av plager sammenfaller med perioder med mer restriktive smitteverntiltak. Det ser altså ut til å være en sammenheng mellom omfanget av tiltak og redusert livskvalitet på kort sikt.

Samtidig har noen opplevd økt trivsel. Det kunne handle om at familiene fikk mer tid sammen, at man stress i hverdagen ble redusert eller mer tid og rom til alternative aktiviteter, men for enkelte handlet det også om å slippe unna mobbing, konflikter eller en belastende skolesituasjon generelt.

Noen familier har vært mer påvirket av pandemien enn andre, og stress i familiene ser ut til å ha påvirket barn og unges livskvalitet. Det finnes studier som antyder mer uro og kranling innad i familiene. Dette er imidlertid ikke et gjennomgående funn. Hovedinntrykket er at pandemien og tiltakene både har hatt negative og positive effekter på familielivet. For flertallet har nok familielivet vært omtrent som før, med verken en forbedring eller forverring. Gjennomgangen gir likevel grunn til å tro at en del av de barna og ungdommene som i utgangspunktet har det vanskelig hjemme, har hatt en ekstra belastning under pandemien. Dette kommer både fram i resultater fra spørreskjemaundersøkelser og i kvalitative studier. Rapporter fra samtale- og chat-tilbud understøtter bildet av at hjemmelivet har vært ekstra vanskelig for barn og unge i familier som utgangspunktet var belastet, for eksempel med rus. Det er imidlertid ikke slik at rapporter fra tjenester som barnevern, familievern og krisesentre tyder på en dramatisk økning i antall saker.

De fleste av studiene stammer fra pandemiens første fase og er gjennomført under den første nedstengningen, eller like i etterkant av denne. Det gjenstår derfor å se hvordan situasjonen utvikler seg på lang sikt, og om dette er snakk om forbigående redusert livskvalitet eller noe som vil gi mer langsiktige konsekvenser blant en større gruppe av barn, unge og studenter.

Psykiske helseplager og rusmiddelbruk

For barn, unge og studenter har det vært en betydelig økning i henvendelser til ulike hjelpetelefoner og chattetjenester, sammenlignet med tiden før pandemien. Dette kan være uttrykk for økt behov, men også for en dreining i hvor man oppsøker hjelp. Både fritids- og lavterskeltilbud og helsetjenester som helsestasjons- og skolehelsetjeneste har i perioder hatt redusert tilbud, og kan ha bidratt til at flere oppsøker hjelpetilbud digitalt eller per telefon.

Spørreskjemaundersøkelser blant barn og unge viser ingen tydelig tendens til at omfanget av psykiske helseplager har økt, men ulike studier gir litt ulike bilder. Studier som følger barn og ungdom over tid (longitudinelle design) viser i gjennomsnitt lite endringer fra tiden før pandemien for atferdsproblemer og symptomer på angst. For symptomer på depresjon gir de longitudinelle studiene et mer variert bilde. En norsk landsomfattende tverrsnittstudie blant 13-16 åringer viste ingen robust økning i psykiske helseplager fra våren 2019 til våren 2020 (Hafstad, et al., 2021). En oppsummering av retrospektive tverrsnittstudier som er gjort over et litt lengre tidsrom finner imidlertid en forverring i psykiske helseplager (Nøkleby, et al., 2021).

Den samme forskjellen i ulike studietyper ser man også blant voksne og studenter. En longitudinell studie som har fulgt de samme studenter ved universitetet i Bergen gjennom pandemitiden viste ingen gjennomgående økning i omfanget av psykiske eller fysiske plager. Derimot viser den gjentatte tverrsnittstudien blant studenter ved universitet og høyskoler (SHoT-undersøkelsen) trender som gir grunn til bekymring. Omfanget av selvrapporterte psykiske helseplager ser ut til å øke i en noe høyere takt fra 2018 til 2021 enn det som har vært tilfelle tidligere (Sivertsen, 2021). En spørreundersøkelse blant deltakere i HUNT-studien konkluderte med at forekomst av psykiske plager var den samme i perioden juni-september 2020 som før pandemien (Knudsen, et al., 2021), mens en tverrsnittsundersøkelse fra november og desember viser at flere opplevde ensomhet og psykiske

plager (Nes, et al., 2020). Den siste undersøkelsen fant at den psykiske belastningen har vært størst i Bergen og Oslo hvor smitteverntiltakene har vært mest omfattende.

Det generelle alkoholforbruket i befolkningen har gått ned, men det er en økning i bruk av alkohol blant de som hadde høyest forbruk fra før. Ekspertgruppen har ikke funnet tall som viser økning i annen rusmiddelbruk, men endringer i tilgang og pris på illegale rusmidler kan ha gitt endret rusatferd og endrede behov for helsetjenester og rusoppfølging.

Behov for psykiske helsetjenester

Statistikk fra tjenestene ett år inn i pandemien viser en økning i antall henvisninger til psykisk helsevern for barn og unge. En dreining fra planlagt behandling til øyeblikkelig hjelp og en økning i antallet innleggelser kan tyde på at alvorlighetsgraden har økt. Alvorlige tilstander som depresjon og spiseforstyrrelser har økt mest, og det er særlig de yngste (13-15 år) som har økt sykkelighet (Ukom, 2021). Flere barn har vært i kontakt med fastlege om psykiske helseplager (p-diagnoser) i januar og februar 2021 sammenlignet med 2019. Tilsvarende viser statistikk fra rådgivningstelefoner og chatter en økning i antall henvendelser, og flere samtaler av mer alvorlig karakter. Mer overordnet kan tallene dermed tyde på at en allerede pågående økning i psykiske helsevansker i aldersgruppen har fortsatt, og muligens blitt forsterket av pandemien.

For voksne er det en dreining fra døgnbehandling til polikliniske konsultasjoner. Det er lavere aktivitet for døgnbehandling i psykisk helsevern for voksne og spesialisert rusbehandling i januar og februar i 2021 enn i 2019. Den polikliniske aktiviteten i psykisk helsevern for voksne har vært noe høyere i 2021 enn tilsvarende måneder i 2019.

Tilbud som ligger i randsonen til det offentlige tjenestetilbudet har hatt utfordringer med å opprettholde driften fordi aktivitetene har vært definert som fritidsaktivitet og arrangement heller enn helse- og velferdstjenester. Dette har både rammet fritidsklubbtilbudet til barn og unge og dagaktiviteter for eldre, samt lavterskeltilbud for psykososial støtte til personer med psykiske helseplager og rusproblematikk.

Mulige effekter for den allmenne psykiske folkehelse på kortere og lengre sikt

Generelt er det utfordrende å skille mellom hva som var utfordringer før pandemien og hva som er nye utfordringer som kan ha sammenheng med pandemien. Det er ifølge Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom) grunn til å anta at økningen i psykiske helseplager som man så før pandemien, vil fortsette og være forsterket av pandemien (Ukom, 2021). Et økt behov for tjenester vil være å forvente, men omfanget er vanskelig å beregne. Fra tidligere er det en variasjon i tjenestetilbudet, og risiko for at barn og unges behov ikke i tilstrekkelig grad ivaretas (Ukom, 2020). Pandemien tydeliggjør svakheter som allerede er i systemet når en krise utfordrer tjenestetilbudet. Personer som fra tidligere har fysiske eller psykiske helseplager kan ha opplevd en forverring, f.eks. i forbindelse med at behandlingstilbudet har vært endret eller redusert.

Pandemien kan ha ført til at flere er kommet i en sårbar situasjon. Krisen rammer befolkningen skjevt. Ulike sosiale lag rammes ulikt av de økonomiske konsekvensene av pandemien og smitteverntiltakene. Personer fra lavinntektsfamilier eller med lite eller ingen formell utdanning er overrepresentert blant permitterte og arbeidsledige. Smittetrykket har også vært høyere blant innvandrere og norskfødte med innvandrerbakgrunn. Disse forskjellene kan føre til en økt sosial ulikhet i helse på lengre sikt.

Det har vært en stor økning i bruk av e-konsultasjoner, og flere av lærings- og mestringstilbudene som tilbys personer med psykiske helseplager og rusproblematikk er overført til digitale plattformer. Tilbakemelding fra organisasjonene er at dette ikke fungerer optimalt, og færre benytter seg av tilbudene. Terskelen for å søke hjelp kan ha blitt høyere. Etablering av tydeligere rutiner for digitale helsekonsultasjoner og avstandsoppfølging åpner samtidig for nye muligheter for framtidig tjenesteutvikling.

Del 2: anbefalte tiltak

Forebyggende og helsefremmende tiltak – teoretisk bakgrunn

Når myndighetene må gripe inn i folks hverdag for å hindre smittespredning, er det viktig samtidig å iverksette tiltak for å forebygge psykiske plager og rusmisbruk, og fremme helse og livskvalitet. Dette kapittelet handler om hva slags tiltak som kan anvendes basert på kjente teorier fra samfunnsmedisin og helsevitenskap.

Gerald Caplan (1964) utvidet forebyggingsbegrepet i forhold til det som hadde vært vanlig i folkehelsearbeid, og spesifiserte det i forhold til tre stadier i sykdoms- eller problemforløpet:

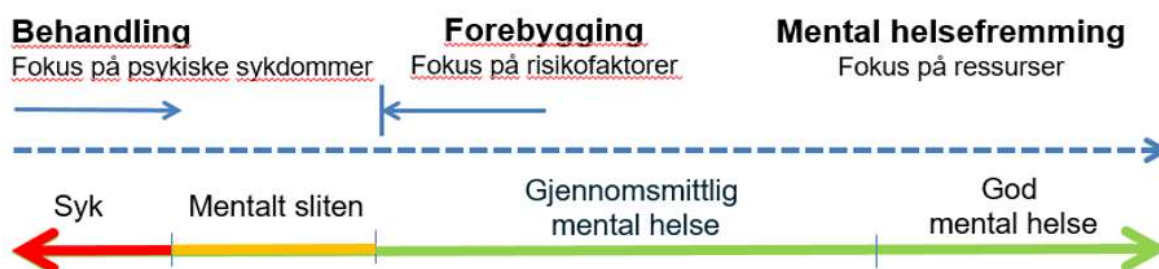
- før sykdommen eller problemet oppstår (primærforebygging),
- når sykdommen eller problemet har oppstått og er "aktivt" (sekundærforebygging), og
- etter at sykdommen eller problemet er behandlet (tertiærforebygging).

Senere er også et fjerde stadie, kvartærforebygging, lansert. Kvartærforebygging handler om å unngå unødvendig risikofokusering og medikalisering, og å foreslå tiltak som er etisk forsvarlige (Martins, et al., 2018).

Geoffrey Rose (1985) tydeliggjorde forskjellen mellom forebygging av sykdom hos enkeltindivider og risikogrupper på den ene siden (høyrisikostrategi) og forebygging av sykdom i befolkningen på den andre siden (befolkningsstrategi). Høyrisikostrategier kan ha stor betydning for enkeltindivider og grupper, men vil som regel ha svært liten betydning for forekomst av helseproblemene i befolkningen. Som oftest er dette snakk om sekundær- og terciærforebygging som foregår i helsetjenestene og liknende virksomheter. Befolkningsstrategier har ofte stor betydning på befolkningsnivå, og vil ofte dreie seg om primærforebygging. Tiltakene mot smittespredning under covid19-pandemien er en typisk befolkningsstrategi, og er effektiv mot smittespredning.

Primærforebygging er tiltak for å hindre at folk får psykiske plager og rusproblemer. Å øke innsatsen i helsetjenestene og andre hjelpetiltak er viktige, men består i å bøte på skadene eller lindre. Caplan (1964) peker på tre områder for primærforebyggende innsats:

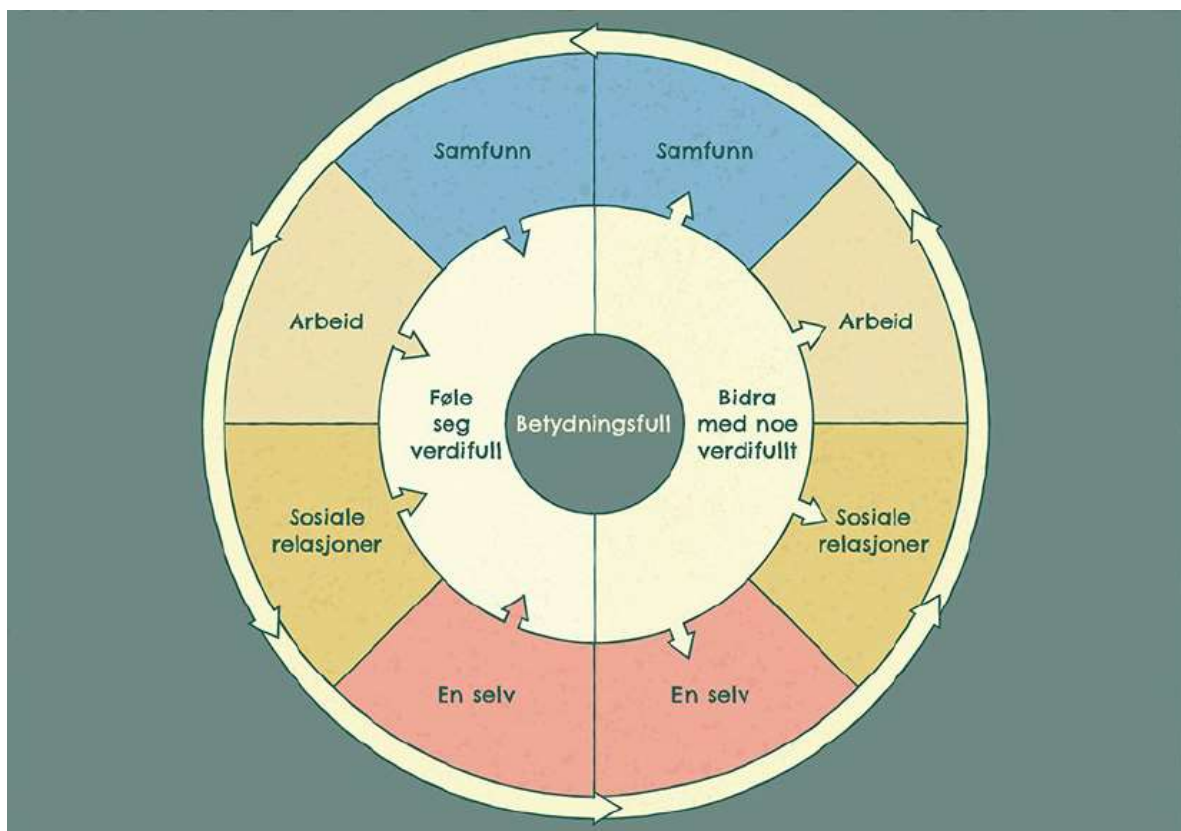
- forhold i miljøet som har skadelig innflytelse på folk
- krefter i miljøet som støtter eller øker folks mestring av skadelige forhold
- krefter i miljøet som kan øke befolkningens motstandskraft overfor fremtidige skadelige påvirkninger.
-



Figur 4: Helsefremming og forebygging.

Caplans definisjon av primærforebygging omfatter altså også det som betegnes som helsefremming. Begrepet helsefremmende arbeid står for tiltak som setter befolkningen i stand til i økt grad å kontrollere og forbedre helsetilstanden. Fokus rettes mot folks ressurser og helsekompetanse, tiltak som gjennomføres i forhold til det fysiske, psykiske og sosiale miljøet som befolkningen daglig lever i (se figur 4).

I nyere samfunnspsykologi brukes begrepet *mattering*, som kan oversettes til anerkjennelse eller betydningsfullhet, som et svært anvendelig faglig grunnlag for helsefremmende tiltak (Prilleltensky, 2020). Begrepet beskriver en ideell psykologisk tilstand der to psykologiske erfaringer komplementerer hverandre. På den ene siden handler det om å erfare at man har verdi. Samtidig dreier det seg om å erfare at man kan bidra med noe verdifullt (figur 5). Begge aspektene avhenger av og må balanseres mot det andre. For å kunne bidra med noe av verdi, må man ha troen på at man selv har en verdi. Vi trenger anerkjennelse fra både samfunn, arbeidsliv, sosiale nettverk og oss selv (figur).



Figur 5: Betydningsfullhet, et grunnleggende menneskelig behov (Krokstad, 2021).

De viktigste tiltakene for å redusere psykisk stress, rus og opprettholde en god livskvalitet i befolkningen under en pandemi, vil derfor være en primærforebyggende og helsefremmende befolkningsstrategi, og å unngå at folk får psykiske plager. Det kan handle om å øke befolkningens helsekompetanse, samt å legge til rette for helsebringende atferd og at den enkelte selv kan oppleve å bidra med noe verdifullt. Deretter er det viktig å ivareta de som er utsatte og sårbare, med sekundær- og tertiærforebyggende og helsefremmende tiltak, for grupper og enkeltindivider, i helsetjenestene og frivilligheten.

Tiltak på ulike nivåer og av ulik varighet

Med utgangspunkt i det ovenstående tilstandsbildet ser vi for oss tiltak langs to akser. Den ene akse beskriver hvor nær individet tiltakene vil ligge, og i hvilken grad de er rettet mot den sammenhengen individet inngår i. Denne akse omfatter nivåer fra konkrete, individuelt tilpassede tiltak for den enkelte, til tiltak rettet mot de nære omgivelsene, og videre til tiltak som omfatter de ytre sosiale rammene.

Derneft har vi plassert tiltakene langs en tidsakse, med tiltak på kort, mellomlang og lang sikt. På kort sikt handler det om å styrke det som finnes og er etablert, samt å etablere kortvarige akuttiltak. På mellomlang sikt handler det om å styrke implementering av eksisterende satsninger. På lang sikt handler det om å både endre samfunnsmessige forhold og utvikle nye satsninger, basert på ny kunnskap og kompetanse. Aktuelle tiltak kan sorteres inn på de ulike nivåene langs disse aksene og gis ulik prioritet.

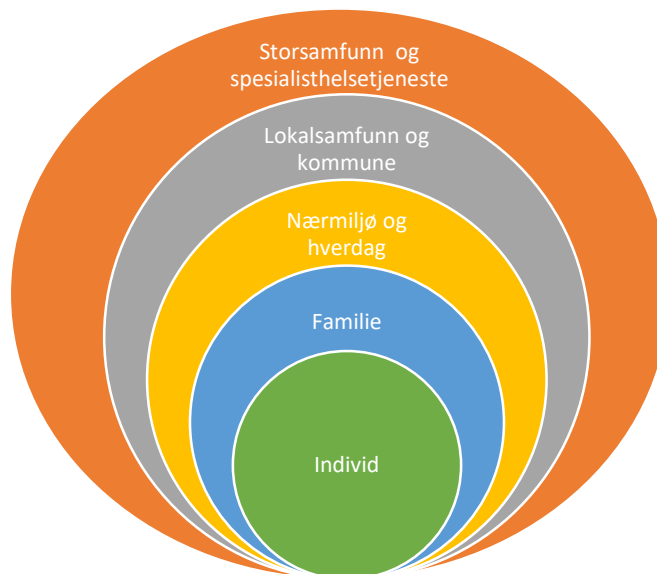
Det er store geografiske variasjoner i hvor langvarige og omfattende lokale smitteverntiltak har vært. Det er sannsynlig at varigheten av begrensninger i sosial kontakt vil spille inn på livskvalitet, og forekomst av psykiske helseplager og problematisk rusmiddelbruk i kjølvannet av pandemien. Det vil også være en sosial gradient i hvordan pandemien har påvirket folks hverdag, på godt og vondt. Smittespredningen har vært størst i områder hvor folk bor mange på få kvadratmeter, og hvor de sosioøkonomiske utfordringene er store. Det er sannsynlig at behovet for tiltak etter hvert som samfunnet åpner opp vil være særlig stort i disse områdene. Det vil derfor være hensiktsmessig at tiltakene gis en geografisk spredning som gjør at man prioriterer ressursene dit hvor belastningen av smitteverntiltak har vært størst.

Det vil være umulig å dekke befolkningens økte behov for hjelp og støtte under kriser kun ved å bevilge økte ressurser til helsetjenestene og andre organisasjoner som kan bidra overfor enkeltindivider og utsatte grupper. Tilstrekkelig spesialistkompetanse er ikke tilgjengelig og vil ta lang tid å skaffe. Derfor er det behov for å mobilisere og bygge befolkningens kapasitet til å ivareta egne og andres psykiske helse.

Akse 1: Individet i kontekst

Underliggende samfunnsmessige forhold, som politikk, økonomi og kultur, er avgjørende for befolkningens nivå av livskvalitet, omfanget av psykiske plager og bruk av rusmidler (figur 6). Når myndighetene nå har tatt politiske grep for å beskytte sårbare grupper og enkeltindivider mot covid19-sykdom, dreier det seg om tiltak som påvirker sosiale forhold, levekår og individuell atferd i befolkningen. Ettersom tiltakene er globale, vil de ha betydning for alle i samfunnet, og påvirke grupper i befolkningen på forskjellig vis. Noen vil oppleve at tiltakene har negative uønskede effekter med redusert livskvalitet, økt psykisk stress og økt risiko for rusavhengighet. For å avhjelpe de negative konsekvensene av smitteverntiltakene, er det behov for å iverksette tiltak på alle nivåer:

- Individuelt nivå
- Gruppenivå (familier, sosiale grupper, grupper i livsfaser)
- Organisasjonsnivå (Barnehager, skoler, organisasjoner, bedrifter)
- Lokalsamfunnsnivå (kommunale tiltak)
- Samfunnsnivå (nasjonale tiltak)



Figur 6: Individet i kontekst

Tilgjengelige virkemidler

Statens virkemidler for styring deles grovt sett inn i fire overordnede kategorier: juridiske virkemidler i form av lover, forskrifter og rundskriv; økonomiske virkemidler i form av satsninger / tilskudd og skatter /avgifter; organisatoriske virkemidler i form av f.eks. omorganisering, desentralisering /sentralisering og etablering av råd og utvalg; og pedagogiske virkemidler i form av nasjonale faglige råd og retningslinjer, kampanjer, kompetanseutvikling m.m. (DFØ, 2020).

I vår forståelse vil juridiske virkemiddel innebære endringer i lovverk knyttet til tjenestene og kreve både utredning og høringsrunder før iverksettelse. Selv om en under pandemien har sett at det fra nasjonalt hold raskt er iverksatt juridiske tiltak og endringer i enkelte situasjoner, vurderer gruppen at denne type tiltak vil kreve en lengre tidshorisont enn det som ligger i vårt mandat.

Økonomiske virkemidler vil kunne innbefatte både styrking av eksisterende tilskudds- og finansierungsordninger, og tilrettelegging for nye ordninger. I vårt arbeid har vi ikke foreslått endringer i kommunenes grunnfinansiering, da dette ligger inn under Kommunal- og moderniseringsdepartementet (KMD), og ikke Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Vi vurderer samtidig at det er et handlingsrom knyttet til bruk av tilskudds- og refusjonsordninger som også kan støtte opp under den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Balansen mellom kommunens selvråderett og det å pålegge kommunen oppgaver gjennom å styre midlene, blir her viktig. Gruppen viser her til rapporten fra en ekspertgruppe satt ned for å se på øremerkede tilskudd til kommunesektoren, levert KMD og Finansdepartementet i 2017 (Andreassen, et al., 2017). Rapporten gir en oversikt over både utfordringer og handlingsrom i tilskuddsordninger til kommunene. En utfordring med tilskuddsordninger er at prosjektfinansierte tilskudd gjerne avvikles eller reduseres dersom tilskuddsmidlene fra staten faller bort. Dette kan føre til "jojo-satsninger" i kommunene, og at kommunene vegrer seg for å søke tilskudd de ikke har midler til å videreføre på eget budsjett. Det kan derfor være krevende å få varige endringer i tjenester gjennom slik tilskuddsfinansiering.

Gruppen vil anbefale at en legger til rette for refusjonsbaserte ordninger for etablering av nye kommunale behandlingstilbud (se blant annet tiltak om Rask Psykisk Helsehjelp). Gruppen viser her til den eksisterende refusjonsordningen for særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester i kommunene (Helsedirektoratet, 2021). Slike refusjonsbaserte ordninger må utformes på en måte som sikrer både tilstrekkelige fagpersoner, ressurser og kompetanse i tiltakene. Vi ser for oss at det lages en beregningsfaktor som tar hensyn til folkehelseprofil i kommunene, eventuelt en bemanningsfaktor som refusjonsordningen skal sikre ressurser til, og at overskytende utgifter og satsninger ivaretas av kommunene selv.

Frivillige virksomheter er ikke lovpålagte tjenester på samme måte som de kommunale helse og omsorgstjenestene. Samtidig har det i vår dialog med frivillige organisasjoner, og i drøftinger innad i gruppen, kommet tydelig frem at en forutsigbar finansiering av disse tilbudene er av stor betydning. Det er ulikheter i hvilke organisasjoner som mottar stabil statlig støtte, og det er ulik praksis for å styre hvilke oppgaver organisasjonene skal løse. Vi foreslår derfor at det utredes hvordan man kan sikre likebehandling og en stabil finansieringsløsning for frivillige aktører, på tvers av sektorer. Et slikt arbeid bør baseres på en god utredning, og vil ha et mer langsiktig perspektiv.

Pedagogiske virkemidler innbefatter slik vi ser det, både tiltak på individ, nærmiljø og samfunnsnivå. I gruppens drøftinger har vi vært opptatt av å anbefale tiltak som kan bidra til å øke den psykologiske mestringsevnen og robustheten til befolkning, som for eksempel ABC-modellen.

Organisatoriske virkemidler handler både om hvordan tjenestene er organisert og hvordan de kan samhandle og samvirke. I gruppens drøftinger har vi vært særlig opptatt av hvordan tjenester på ulike nivå må samordne seg og samvirke. Vi ser behovet for i større grad å etablere et tydeligere definert halvannenlinje-nivå, der spesialist- og primærhelsetjenesten deltar på felles arenaer. En slik styrking av samarbeidet på tvers av tjenester vil både kunne sikre at rett hjelp gis på rett nivå til rett tid, og at vi unngår dublering av tjenester. En slik organisering kan også sikre at vi har fremskutt kompetanse tilgjengelig, for eksempel ved at en har spesialistkompetanse koblet til kommunale behandlingsteam.

Gruppen ser også et stort potensial i at frivillige organisasjoner og helsetjenestene i større grad samhandler utover det de gjør i dag, og at det gjøres tydeligere avtaler om hva slikt samarbeid skal innebære. På sikt vil også en viktig forutsetning for velfungerende halvannenlinjetjenester være gode, fleksible finansieringsmodeller som sikrer at finansiering ikke blir til hinder for god samhandling. Det vil i seg selv innebære en styrking av tjenestene at disse i større grad bruker evidensbaserte metoder og organiserer tiltak slik at ulike virkemidler spiller sammen.

Ekspertgruppens prioriteringer

Gruppen vurderer overordnet sett at hovedtyngden av de tiltakene som settes inn først og fremst bør bidra til å styrke lavterskeltilbud og førstelinjen av helse- og omsorgstjenestene og sosiale tjenester, i tråd med prinsippet om at tiltak bør settes inn på laveste effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet). I dette ligger det også at tiltak knyttet til skole, arbeidsliv og frivillige organisasjoner inngår, samt at samhandlingen mellom nivåene styrkes. Det bør i større grad legges til rette for en utvikling av halvannenlinje-tjenester i mellomrommet mellom primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjenesten. Hensynet til sårbare grupper med et midlertidig forhøyet behov for psykiske helsetjenester, og hensynet til beredskap for framtidige store hendelser, tilsier at tiltakene både bør omfatte umiddelbare straktiltak og tiltak for å organisere tjenestene med tanke på fleksibel respons.

Akutte og kortsiktige tiltak

Individ

Det har over tid vært utfordrende for tjenestene å rekruttere tilstrekkelig personell med nødvendig kompetanse. Situasjonen har ikke blitt mindre utfordrende under pandemien. Dette begrenser muligheten for rask oppskalering av eksisterende helse- og omsorgstjenester. En eventuell omdisponering av personell fra andre tjenester vil i sin tur nødvendigvis svekke tilbudet til andre grupper.

Ved siden av en midlertidig styrking av de eksisterende tjenestene der dette er mulig, vil de kortsiktige tiltakene derfor i hovedsak måtte bygge på mobilisering av potensielle ressurser i overgangen mellom frivillige tilbud og helsetjenester, samt gjennom veiledning, koordinering og utnyttelse av den omsorgsberedskapen som er tilgjengelig i frivillige tilbud. Frivillige lavterskeltiltak som hjelpetelefoner er allerede styrket, og denne økte beredskapen bør videreføres. Gruppen anbefaler på noe lengre sikt at kommunene i sterkere grad forpliktes til å bygge ut lavterskeltilbud for barn og unge.

Vi foreslår følgende tiltak:

- 1. Midlertidig styrking av eksisterende behandlingstilbud innen psykisk helse.**
Offentlige og frivillige tjenester bør settes i stand til å møte det akutte behovet for psykososial oppfølging av personer med ettervirkninger av sosial isolasjon og andre belastninger knyttet til pandemisituasjonen. Særlig bør man prioritere tiltak for barn og ungdom i vanskelige situasjoner, og personer som har mistet tilgang til sitt hjelpetilbud under pandemien. Det kan også være behov for særlige støttetiltak for arbeidstakere som har hatt en betydelig merbelastning i sin yrkesutøvelse.
- 2. Gjenåpning og styrking av eksisterende behandlingstilbud innen psykisk helse og rus (ROP), herunder lavterskeltilbud og oppsøkende virksomhet.** Personer med ROP-lidelser er avhengig av sikker tilgang til helse- og sosialtjenester. Det er viktig å holde lavterskeltilbud kontinuerlig i gang samt tilby alternativer til digitale konsultasjoner, siden den digitale kompetansen i denne gruppen er begrenset (NKROP, 2021). Det er utlyst et eget tilskudd som omhandler [Smittevern og oppfølgingsarbeid for personer med rus- og/eller psykiske helseproblemer](#). Tilskuddet ble lyst ut i 2020, og på nytt i 2021 med økt tilskuddsramme. Det bør vurderes om denne kan styrkes, dersom søkingen til den aktuelle utlysningen tilsier dette.
- 3. Styrke de kommunale psykososiale kriseteamenes aktive rolle.** Det psykososiale arbeidet er en sentral del av kommunenes tilbud for å forebygge og avhjelpe allerede oppståtte traumer, og de kommunale psykososiale kriseteamene har en viktig rolle i dette arbeidet. Langvarige smitteverntiltak har gitt en psykososial belastning som kan gi økt behov for oppfølging, særlig i deler av befolkningen som har levd med restriktive smitteverntiltak over lang tid. En viktig forutsetning for å yte god psykososial hjelp er å tilby hjelpen tidlig etter en krise og vektlegge kontinuitet i oppfølgingen. En proaktiv tilnærming og tidlig innsats bør tillegges stor vekt i psykososial oppfølging. Kriseteamets rolle bør styrkes og prioriteres under gjenåpningen av samfunnet og i etterkant av pandemien.

4. **Styrke fritidstilbud for barn og unge.** Tiltaket er særlig relevant i områder som har hatt stor tiltaksbyrde over lengre perioder. En stor andel av tilbudene har vært stengt eller sterkt redusert under pandemien, og smitteverntiltak har ført til at tilbudet har hatt et annet kvalitativt innhold. Fritidstilbudene benyttes i større grad av ungdom med mindre sosioøkonomiske ressurser hjemme og de som er mindre tilfreds med egen helse. Disse er også mer utsatt for vold og mobbing eller å begå regelbrudd (Seland & Andersen, 2020)

Ettersom voksne som jobber med fritidsaktiviteter utgjør den største kontaktflaten med barn og unge, utenom skole, barnehage og idrett, ligger det et stort potensial å styrke denne sosiale førstelinjen. Det er viktig at barne- og ungdomsarbeiderne er godt forberedt til å møte en høyere andel av ungdom med ulike psykiske helseplager, og de må ha kunnskap om hvor de mest utsatte kan få tilgang til spesialhelsetjenesten. Fagforbundets og Ungdom & Fritids Kvalitetskriterier for fritidsklubber og åpne møteplasser for ungdom gir råd om kvalitetssikring av slike tilbud. Den peker også på viktigheten av at fritidsklubbens funksjon i det forebyggende folkehelsearbeidet er synlig i kommunenes plan for folkehelsearbeid.

Det foreslås at det etableres en midlertidig tilskuddsordning for frivillige aktører som har nettverk, etablerte samarbeid og forutsetninger for å nå frem til barn og ungdom i tettbeboede og levekårsutsatte områder. Ordningen skal stimulere til "pop-up"-aktivitet utendørs og innendørs der egnede lokaler er tilgjengelig. Kriterier kan være gjennomføring i skolens sommerferie eller at det skal gjennomføres innen 2021. Mottakere av tilskuddet må ha kompetanse innen arbeid med barn og unge og rutiner for kvalitetssikring av frivillige, samt erfaring med gjennomføring av aktivitet der smittevernrutiner er ivarettatt og være koblet på et lokalt samarbeidsnettverk.

For at det skal være mulig å planlegge og gjennomføre et slikt tiltak må frivillige aktører involveres tidlig. Se for øvrig tiltak om formalisering av samarbeid med kommunale tjenester og hurtigplan for fritidstiltak. En ny tilskuddsordning bør også sees i sammenheng med Bufdirs tilskuddsordninger for samme målgruppe.

5. **Arrangører eller frivillige organisasjoner gis mulighet til å søke tilskudd til å etablere lavterskel psykososiale samtaletilbud på arrangementer sommeren/høsten 2021.** Frivillige organisasjoner kan tilby støttende samtaler og fange opp personer med behov for hjelp ved å være synlig og til stede på eventuelle festivaler, fadderuker og andre arrangement gjennom sommeren og høsten. Frivillige organisasjoner med eksisterende struktur for å kurse frivillige i psykososial støtte kan kurse personer som er interessert i å bidra til et tilstedeværende lavterskeltilbud. Det anbefales at tilbudet etableres i et samarbeid med lokal kommunal helse- og omsorgstjeneste. Det kan f.eks. være aktuelt å tilby studenter på de siste årene av helse- og sosialutdanninger kurs i psykososial støtte og mulighet for sommerjobb eller praksis på arrangementer. På denne måten får studenten viktig klinisk erfaring, samtidig som brukerne får et tilbud. Kommunen gis også en mulighet til å rekruttere framtidig helsefaglig kompetanse. Tiltaket bør også sees i sammenheng med forebygging og oppfølging av rusrelaterte skader.
6. **Midlertidig tilskuddsordning til aktivitets- og ferietilbud for aleneboende unge voksne og aleneboende eldre.** Når samfunnet gradvis åpner for aktiviteter kan en tilskuddsordning for frivillige organisasjoner fungere som et insentiv for å arrangere sosiale møtepunkter og treffsteder for målgrupper som har vært isolert under pandemien. Bufdir har etablerte

tilskuddsordninger som gir tilskudd til ferietilbud for barn og unge under 26 år⁵, og for personer ned nedsatt funksjonsevne⁶. Formålet med disse tilskuddsordningene er å tilby målgruppene mestring, opplevelser og inkludering. Ekspertgruppen foreslår at det for andre halvår 2021 etableres en lignende ettårig tilskuddsordning hvor frivillige organisasjoner kan søke tilskudd til fritidsaktiviteter og tilbud som kan bidra til sosial nettverksbygging, særlig rettet mot aleneboende unge og eldre voksne og personer med psykiske helseutfordringer som ikke omfattes av Bufdirs ordninger.

7. **Tilbud om forebyggende hjemmebesøk for eldre bør styrkes.** Eksisterende satsning på forebyggende hjemmebesøktjenester for eldre, både frivillige og offentlige ordninger, bør styrkes. Tiltaket er omtalt i Regjeringens eldreforvaltning *Leve hele livet* (HOD, 2018), og løftet frem i Regjeringens nye Handlingsplanen for forebygging av selvmord (2021). Utvidelse av slike tilbud vil særlig være aktuelt i områder hvor tiltaksnivået har vært høyt, og hvor det sosiale og fysiske aktivitetsnivået hos personer i risikogruppen har vært lavere enn normalt. Mange har sittet alene i lang tid og målgruppen nås ikke i samme grad gjennom digitale kanaler.
8. **Øke kjennskap til og bruk av tilgjengelige kartleggingsverktøy for å avdekke problematisk rusmiddelbruk og avhengighetsproblematikk.** Endringene i bruk av alkohol, illegale rusmidler, legemidler og spilling under pandemien har slått ulikt ut. Ulike grupper har vist økt bruk, lavere bruk og uendret bruk. Ifølge innspill fra rusorganisasjoner har redusert eller varierende tilgang på illegale rusmidler også gitt endringer i hvilke rusmidler som benyttes. Rusmiddel- og spilleproblemer kan ramme alle, og noen oppfyller kriteriene for avhengighet. Mange klarer å håndtere situasjonen ved egen innsats og med støtte fra familie, skolehelsetjeneste og arbeidsplass. Man kan også få hjelp og støtte ved å henvende seg til enhet for rusarbeid i kommunen og til fastlegen. Mange søker hjelp hos frivillige organisasjoner og selvhjelpstilbud, mens andre har behov for hjelp fra spesialisthelsetjenesten (TSB). For å kunne fange opp behov og gi hensiktsmessig hjelp er det imidlertid nødvendig at eventuelle utfordringer avdekkes. Det finnes flere tilgjengelige kartleggingsverktøy som kan benyttes av personen selv eller sammen med fagperson i møte med lavterskeltilbud eller helse- og omsorgstjenestene, f.eks. AUDIT (alkohol) og DUDIT (illegale rusmidler og legemidler).

Det bør samtidig vurderes om det er behov for informasjonskampanjer til befolkningen om problematisk bruk av alkohol, illegale rusmidler og spill og hvor man kan få hjelp, inkludert informasjon om aktuelle selvhjelpsverktøy. Tiltaket vil bidra til å følge opp mål 3 i ny Nasjonal alkoholstrategi.

Familie

9. **Sikre tilstrekkelig kapasitet og beredskap i sosiale tjenester.** En forutsetning for at helse- og omsorgstjenestene skal fungere effektivt er at hjelpebehov identifiseres tidlig og at behov som avdekkes raskt kan følges opp av riktig instans. For å sikre at uavdekket behov fanges opp og at familier med etablerte tiltak får god oppfølging er det behov for en målrettet styrking av sosiale tjenester som familievern og barnevern. Fordi tilgang til personell vil være avgjørende for kapasitet kan det vurderes om tjenestene for en kortere periode kan suppleres med ressurser med annen relevant sosialfaglig kompetanse, f.eks. fra frivillige organisasjoner og andre

⁵ https://bufdir.no/Familie/Fattigdom/Veileder/Praktisk_arbeid_eksempelsamling/Eksempelsamling1/Ferietiltak_barn_og_ungdom1/

⁶ https://bufdir.no/Tilskudd/Soke_om_tilskudd/Likestilling_og_inkludering/Tilskudd_til_fritidstiltak_for_personer_med_nedsatt_funksjonsevne/

samarbeidspartnere. Det vil også være relevant å vurdere en mer utstrakt samhandling på tvers av kommuner de kommende månedene. I små kommuner kan hele tjenester bli satt ut av spill ved lokale smitteutbrudd. For å unngå at dette og lignende ressursutfordringer setter tjenestene på pause, foreslår vi at det tas i bruk hospiteringer internt i fagmiljøene, f.eks. gjennom utlån av fagpersoner fra kommuner med lavt tiltaksnivå til kommuner med stor pågang i tjenesten.

Tiltaket må sees i sammenheng med tiltak om fritidstilbud for barn og unge, tilskudd til ferieaktiviteter og eksisterende tilskuddsordninger hos Bufdir, tiltak for foreldrestøtte og tiltak barnefattigdom. Det kan for sommeren 2021 være hensiktsmessig å også styrke eksisterende tilskuddsordninger hos Bufdir for å tilby fritids- og aktivitetstilbud for barn og unge.

10. **Styrke pårørendes rolle og rettigheter** med utgangspunkt i funnene fra Pårørendeundersøkelsen (Opinion, 2021) og tiltak i Regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan *Vi – de pårørende* (Regjeringen, 2021). Pårørende yter en betydelig omsorgsinnsats, og funnene i pårørendeundersøkelsen viser at en av tre har økt sin pårørendeinnsats under pandemien. Samtidig er det et fåtall som har blitt kontaktet av kommunen direkte, og det mangler ofte avtaler om hvem som skal gjøre hva i oppfølging av brukerne. Det bør gis en tydelig anbefaling fra nasjonale myndigheter om at kommunen bør kontakte pårørende for å få kartlagt situasjonen de befinner seg i, og lage en samarbeidsavtale for å få avklart hvem som gjør hva og hvilken støtte de pårørende eventuelt trenger. Det vil også være hensiktsmessig at det i informasjon til befolkningen om smittevern og pandemi finnes en nasjonal nettside hvor pårørende kan finne informasjon, veiledning og hjelp. Det bør også vurderes det er grunnlag for en økning av eksisterende tilskuddsordninger for pårørende, hhv. *Bruker- og pårørendearbeid innen rus, psykisk helse og voldsfeltet* og *Helhetlig støtte til pårørende med krevende omsorgsoppgaver*, enten gjennom en økning som gjør at flere av årets søknader kan innvilges, eller gjennom ytterligere utlysning av friske midler.

Tiltaket må sees sammenheng med Regjeringens strategi og handlingsplan for pårørende. Pårørendeorganisasjonene løfter i sine innspill fram følgende tiltak i handlingsplan *Vi - de pårørende* som bør iverksettes så fort som mulig:

- God og helhetlig ivaretagelse av alle pårørende slik at pårørende kan leve gode egne liv og kombinere pårørenderollen med utdanning og arbeid.
- Videreføre og styrke støtte til pårørende.
- Få pårørende koordinator og pårørendesenter i kommunene.
- Opprette pårørenderåd, slik at man gjennom perioden kan fange opp aktuelle utfordringer og sette i gang tiltak.
- Utvidet tilbud til pårørende, der de kan få hjelp for sin egen del, dersom de trenger det.
- Finansiering til at disse tiltakene kan opprettholdes.

Ekspertgruppen støtter disse forslagene.

Nærmiljø og hverdag

11. **Utarbeide en veileder for gjenåpning av arbeidslivet etter hjemmekontor og permitteringer.** Arbeidsgiver har etter Arbeidsmiljøloven plikt til å sørge for et helsefremmende og forsvarlig arbeidsmiljø. Langvarig pålagt hjemmekontor kan ha påvirket ansattes opplevelse av tilhørighet og autonomi. Det blir derfor viktig å vektlegge psykososialt arbeidsmiljø og bedriftskultur ved

gjenåpning. Arbeidstakere har hatt ulike forutsetninger for å håndtere pandemien og har opplevd den svært ulikt. Aleneboende, unge arbeidstakere med liten eller ingen arbeidserfaring, nyansatte og ansatte med store endringer av arbeidsoppgaver har vært sårbare under langvarig hjemmekontor. Før gjenåpning av samfunnet må virksomheter med utstrakt bruk av hjemmekontor og permitteringer planlegge og forberede hvordan de skal gjenåpne arbeidsplassen og jobbe videre etter pandemien. Arbeidsgiver bør generelt være oppmerksom på psykiske plager og (rus) lidelser som kan ha oppstått som følge av belastninger tilknyttet pandemien. Bedriftshelsetjenester kan være en viktig ressurs i kartlegging og oppfølgingsarbeid, gjerne i samarbeid med lavterskeltilbud i kommunene der det er behov disse.

Det foreslås at det utarbeides en veileder for gjenåpning av arbeidslivet som kan hjelpe virksomheter i denne fasen. Aktuelle aktører for utarbeiding av en slik veileder kan være partene i arbeidslivet, Arbeidstilsynet, STAMI og Akan, med flere.

Gode erfaringer med digitale plattformer og hjemmekontor tilsier at bruk av slike løsninger vil bli vanligere fremover, også etter pandemien. En slik utvikling vil kreve kartlegging og en god plan for gjennomføring for å ivareta de ansattes opplevelse av sosial støtte, sosial tilhørighet, autonomi og mestring. Kartleggingen bør skje i samspill mellom verneombud, tillitsvalgte og HR funksjon, og ev. bedriftshelsetjeneste. Ny forskrift om hjemmearbeid vil bli viktig for de virksomheter som vil benytte seg mer av hjemmekontor og hybride løsninger enn før pandemien, og bør prioriteres for snarlig ferdigstillelse.

12. **Benytte regelmessig testing som smittevernstiltak slik at skoler og fritidstilbud kan holdes åpne.** Covid-19 pandemien har ført til at skoleelever og studenter i Norge har fått en drastisk endring av skolehverdagen. I gruppens møte med de frivillige organisasjonene har vi også hørt om hvordan nedstengte tilbud under pandemien har påvirket brukernes hverdag og liv på en negativ måte. Regelmessig testing for SARS-Cov-2 av en populasjon kan bidra til å tidlig fange opp nye smittetilfeller før det utvikler seg til større utbrudd. Med påfølgende isolering og smittesporing (TISK-strategien) kan dette bidra til å senke risikoen for smitte innad i populasjonen og ut i samfunnet rundt. Dette gjør regelmessig testing til et dynamisk verktøy som kan tilpasses den lokale situasjonen. Regelmessig testing vil sannsynligvis være ekstra effektivt i miljøer med mange ungdommer og unge voksne, da disse oftere har svært milde eller ingen symptomer på covid-19, noe som gjør det vanskeligere å oppdage smitten ved symptombasert testing (Kasper, et al., 2020). Regelmessig testing av deltakere på fritids- og lavterskeltilbud for voksne innen psykiske helsevern og rusomsorg vil kunne bidra til at også disse kan holdes åpne.

Kommune og lokalsamfunn

13. **Styrke formalisering av samarbeidet mellom frivillige organisasjoner og offentlige tjenester.** Folkehelseloven § 4 pålegger kommunene å samarbeide med frivillig sektor i folkehelsearbeidet. Tidligere funn viser at ansvars- og oppgavefordelingen likevel ofte er uavklart (Lorentzen & Skinner, 2019). Kapasiteten i frivilligheten er stor og det er viktig å sørge for at det frivillige engasjementet vedvarer. Gode rutiner for lokalt samarbeid og en tydeliggjøring av roller og ansvar kan bidra til å stimulere til at lokale initiativ og prosjekter kan etableres, og kan understøtte og supplere det offentlige tjenestetilbudet.

Mange lavterskeltilbud fritidstilbud og frivilligdrevne aktiviteter jobber primærforebyggende, jf. Caplans definisjon (Caplan, 1964). Når belastningen på de offentlige tjenestene øker til et nivå der de ikke klarer å dekke behovet for hjelp, vil flere med lettere psykiske plager sannsynligvis oppsøke lavterskeltilbudene, som dermed beveger seg mot å jobbe sekundærforebyggende. Det vil derfor være hensiktsmessig å ruste lavterskeltilbudene bedre for å kunne forstå og bistå unge med lettere psykiske plager.

Kommuner og bydeler med høy andel av sårbare barn og unge og høy belastning av smitteverntiltak bør utarbeide og iverksette en egen, kortfattet hurtigplan med midlertidige tiltak på vei ut av pandemien. En slik hurtigplan bør forankres i kommunens folkehelseplan. Barn og unge må involveres i utarbeiding av tiltak. Tiltakene bør beskrive hvordan frivilligheten, idretten, fritidsaktiviteter og møteplasser for ungdom involveres i det kommunale helsearbeidet gjennom å:

- Sikre at informasjon om fritidstilbud når ut til alle i den aktuelle målgruppen, eventuelt bygge på erfaringer Helsedirektoratet har gjort med bruk av påvirkere og SoMe for å nå ut til ungdom. Informasjonen må også deles på andre måter enn digitalt for å sikre at man når alle, og ikke begrenses av digitalt utenforskap.
- Legge til rette for faste møter mellom representanter for frivilligdrevne lavterskel- og fritidstilbud/idrett og kvalifisert personell i helsetjenestene gjennom for eksempel SLT-samarbeid⁷, idrettsklynger⁸ eller andre tverrfaglige arbeidsgrupper.
- Kartlegge tilgjengelig kompetanse og eventuelt kompetansebehov blant voksne som møter barn og unge gjennom jobb eller frivillig engasjement, med mål om å sikre kompetanse til å bistå barn og unge med lettere psykiske plager, og til å henvise videre til nødvendig behandling på andre nivåer.
- Samarbeide med etablerte aktører som Ungdom & Fritid, RVTS, Korus m.fl. om kompetansehevende tiltak, f.eks. webinarer og workshops

Tiltak på mellomlang sikt

Selv om tjenestetilbudet i det store og hele har fungert godt, er det åpenbart fra tilbakemeldinger fra praksisfelt, bruker- og pårørendeorganisasjoner og frivillige at det er kapasitetsutfordringer eller sårbarhet i tjenestene ved normal drift, har disse blitt tydeligere under pandemien. Utfordringer i fastlegetjenesten, ventetider i psykisk helsevern, mangelfullt behandlingstilbud for rus i kommunene og utydelig tjenestetilbud for psykisk helsehjelp for barn og unge blir tydeligere når tjenesten settes under press. Gruppen vil løfte frem noen tiltak på mellomlang sikt som vi mener bør prioriteres:

Individ

14. **Øke tilgjengeligheten til digitale mestringsverktøy knyttet til psykisk helse og rusutfordringer, gjennom å sikre implementering av vedtatte satsninger.** Digitale verktøy har vist seg effektive for en rekke psykiske lidelser, da særlig når man tilfører en form for veiledning eller oppfølging knyttet til at brukeren jobber med disse verktøyene. Ungdom og unge voksne har ofte god kompetanse innenfor bruk av digitale løsninger og benytter disse aktivt i hverdagen. Det skjer for

⁷ <https://kriminalitetsforebygging.no/slt/>

⁸ <https://www.idrettsklyngevest.no>

tiden mye innovasjon på dette feltet, både hos offentlige og private aktører. Det blir dermed mange nye digitale verktøy for både hjelpeapparat og brukere å orientere seg i og holde oversikt over. Foreningen Digpsyk har laget en oversikt over helseteknologiske verktøy. Enkelte digitale selvhjelpsverktøy er også omtalt på [Helsenorge.no](https://www.helsenorge.no). Ekspertgruppen foreslår at det etableres en godkjenningsordning for digitale helseapper på tilsvarende måte som i Tyskland⁹ og andre land. Den allerede vedtatte og igangsatte satsningen DigiUng, må hensyntas i dette arbeidet.

Digitale verktøy kan ikke erstatte samtalebehandling, men kan være et nyttig supplement til ordinære behandlingstilbud. [seMei.no](https://www.semei.no) kan være et eksempel på prosjekter som har som mål å øke bruken av digitale psykologiske intervensjoner.

15. **Økt satsing på friskliv- og mestringstilbud.** Frisklivs- og mestringstilbudet i kommunene bør bygges ut ytterligere, med en tydeligere vektlegging av psykisk helse og mestring. Det bør jobbes for å få inn et større helhetsfokus i tilbudet og oppfølgingen av den enkelte. Åpningstider og tilgjengelighet må være tilpasset brukerne.

Nærmiljø og hverdag

16. **Styrke tilbud knyttet til livsmestring og psykisk helse i skolene og skolehelsetjenesten.** Skolen er i en unik posisjon til å sikre at alle får den nødvendige opplæringen og kunnskapen for å bli bedre rustet for å håndtere motgang. Psykisk helse er forankret i de nye kjerneelementene i skolen etter oppdateringen i læreplanene (LK20). Gruppen anbefaler at tilbud knyttet til livsmestring og psykisk helse i skolen og skolehelsetjenesten styrkes. Skolehelsetjenesten spiller en viktig rolle som samarbeidspartner, men det er behov for et sterkere eierskap til kjerneelementet i skolen, slik at skolene sikrer faglig kompetent formidling.
17. **Flere videregående skoler bør tilby Nærværsteam.** Nærværsteam er en samlokalisering av tjenester på videregående skole som legger til rette for bedre utnyttelse av eksisterende ressurser. Teamet består av helsesykepleiere, psykisk helserådgiver, sosialpedagogisk rådgiver og oppfølgingstjenesten (OT). Det tverrsektorielle fokuset gir mulighet for koordinert oppfølging av elever og veiledning av øvrige ansatte. Ungdommers utfordringer er ofte sammensatte og krever tverrsektorielle løsninger. Felles for ungdommene er imidlertid behovet for trygge og tydelige voksne som lytter, forstår og tar deres opplevelse på alvor. I videregående skole er det flere tjenester som har som oppgave å understøtte den faglige undervisningen. Det kan være utfordrende for elever og ansatte å navigere i mangfoldet av tjenester, og manglende samhandling mellom tjenestene kan vanskeliggjøre tett og god tverrsektoriell oppfølging av den enkelte ungdom. Nærværsteam ble prøvd ut i fire fylker som en del av regjeringens «Program for bedre gjennomføring i videregående skole». Forskning på prosjektet viser at spesielt helsesykepleierens rolle i skolen blir styrket gjennom arbeid i teamet (Anvik & Waldahl, 2018). Nærværsteamets praksis med oppsøkende samarbeid og dialog med grunnskolen om overganger for potensielle frafallskandidater i senere videregående opplæring, har i kombinasjon med tett oppfølging i videregående medført god oversikt over sårbare elever. Denne oversikten har vært svært formålstjenlig under covid-19-pandemien. Etablerte relasjoner bidro til en smidigere overgang til veiledning via digitale plattformer, og gjorde det mulig for teamet å gjøre gode vurderinger når det skulle avgjøres hvilke ungdommer som burde prioriteres.

⁹ https://www.bfarm.de/EN/MedicalDevices/DiGA/_node.html;jsessionid=CF664C99BA13D396DFC3DA9B85BF9248.2_cid344

I områder med høy andel elever med innvandrerbakgrunn bør det vurderes å styrke IMDIs minoritetsrådgiverordnings kapasitet på skolene i et toårsperspektiv.

Tiltaket må sees i sammenheng med Regjeringen nylig lanserte fullføringsreform for videregående skole (KD, 2021).

18. **Prøve ut Nærværsteam i grunnskolen.** Det er en klar sammenheng mellom fravær fra grunnskoleopplæringa og senere fravær og økt risiko for manglende gjennomføring av videregående opplæring (Bratholmen, 2018). Tidlig fraværidentifisering må kombineres med gode støttetiltak, og bedre oversikt kan føre til mer effektiv ressursbruk. Mer strukturert oppfølging av fravær og elever, samt systematisk og tverrsektorielt samarbeid mellom skolens ulike ressurser vil være et viktig forebyggende grep. Samtidig vil dette føre til bedre oversikt over sårbare barn og unge, noe som vil gjøre oppfølgingen av disse enklere også under framtidige pandemier og andre krisesituasjoner.
19. **Sikre tilgang til hjelpetilbud knyttet til arbeid og psykisk helse og rus.** Det må sikres tilstrekkelig kapasitet til å ivareta de som står i fare for å havne langvarig utenfor arbeidslivet som følge av endringer i arbeidssituasjonen eller økte vansker knyttet til psykisk helse og rus. Ekspertgruppen anbefaler styrking av Individuell jobbstøtte (IPS).
20. **Sikre forutsigbare rammer for frivillige organisasjoner og lavterskeltilbud som arbeider helsefremmende og forebyggende.** Ekspertgruppen foreslår at det etableres en fast tilskuddsordning som følges av et årlig oppdragsbrev det rapporteres på. Det er ulikheter i hvilke organisasjoner som mottar stabil statlig støtte, og det er ulik praksis for å styre hvilke oppgaver organisasjonene skal løse. Vi foreslår derfor at det utredes hvordan man kan sikre likebehandling og en stabil finansieringsløsning for frivillige aktører, på tvers av sektorer. Et slikt arbeid bør baseres på en god utredning i samarbeid med frivilligheten, og bør ha et langsiktig perspektiv.

Kommune og lokalsamfunn

21. **Kommunen bør forpliktes til å bygge ut lavterskeltilbud for psykisk helsehjelp til barn og unge.** Det bør utarbeides nasjonale føringer for hva slike tilbud skal inneholde. Tiltaket må sees i sammenheng med det igangsatte arbeidet med å utarbeide en ny tverrsektoriell veileder for psykisk helsearbeid for barn og unge, der det foreløpige oversiktsbildet peker på mangler ved kommunalt psykisk helsetilbud for barn og unge. Dette bildet understøttes også av Barneombudets rapport, *Jeg skulle hatt BUP i en koffert* (Barneombudet, 2020). Veilederen skal inkludere arbeid med rusproblematikk, vold og overgrep (jf. Opptrappingsplan barn og unges psykiske helse). Parallelt med at veilederen utvikles er det behov for at kommunen styrker og tydeliggjør sitt tilbud til barn og unge spesielt. Selv om arbeidet med veilederen ikke er ferdigstilt, bør en raskt kunne legge til rette for etablering av denne typen tilbud.

Det finnes flere gode eksempler på arbeid fra norske kommuner som kan tjene som forbilder. Sandnes kommune har laget en [plan for psykisk helsearbeid](#) som omfatter både barn og voksne. Tromsø kommune har etablert et [lavterskelteam for barn og unge](#), hvor barn, ungdom og foresatte kan henvende seg direkte uten henvisning for rask konsultasjon, hjelp og samtaler. I Oslo og Bergen er det etablert [UngArena sentre](#) for ungdom i alderen 12-25 år.

22. **Videreføre styrking av primærhelsetjenesten i kommunen.** Ekspertgruppen ser at det er behov for en fortsatt innsats for å styrke primærhelsetjenestene i kommunene, inkludert fastleger, helsestasjons- og skolehelsetjeneste, og psykiske helsetilbud.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten når ut til nesten alle barn og unge og deres familier, og har en svært viktig rolle når det gjelder å fremme helse og forebygge og oppdage utfordringer ved barn og ungdoms helse. Skolehelsetjenesten er også unik ved at den som eneste helsetjeneste er tilgjengelige på barn og unges egen arena, og ofte er barn og unges første kontaktpunkt ved behov for helsehjelp. En viktig forutsetning for at tjenesten skal kunne fylle sin funksjon er at den er tverrfaglig og har gode rutiner for samarbeid på tvers av faggrupper internt og mellom ulike tjenester og tjenestenivåer.

Eksisterende veiledende bemanningsnorm har stått uendret siden 2010, samtidig som antall oppgaver i nasjonale faglige retningslinjer er utvidet. Det må sikres tilstrekkelig kapasitet i tjenesten til at man både kan gjennomføre anbefalte konsultasjoner og tilby åpen dør og fleksibel tilgjengelighet for barn og unge. For å ivareta dette mener ekspertgruppen at det er behov for en sterkere faglig normering av bemanningsnivå i tjenesten. En slik normering må ivareta behovet for "Åpen dør tilgjengelighet" og justeres jevnlig parallelt med oppdateringer av faglige krav til tjenesten. Faglig normering kan ivaretas gjennom en ny, revidert bemanningsnorm eller ved at nytt beregningsverktøy for tjenesten videreutvikles til å omfatte hele tjenesten, inkludert skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom.

Tilstrekkelig kapasitet i fastlegetjenesten, psykiske helsetjenester og helsestasjons- og skolehelsetjenesten forutsetter tilgjengelige kvalifisert fagpersoner. En forutsetning for tilgang til kvalifisert personell er i sin tur at det sikres tilstrekkelig utdanningskapasitet. Styrking av kapasitet forutsetter dermed både økonomisk satsning på tjenesten og utdanningskapasitet.

Ekspertgruppen er kjent med at et forslag om henvisningsrett for helsesykepleiere ligger til oppfølging i Helsedirektoratet. Konklusjonen for dette arbeidet vil måtte følges opp i utforming og bemanning av tjenesten.

Langsiktige tiltak

En litteraturgjennomgang utført av OUS oppsummerer at det ved tidligere epidemier er vist en høy forekomst av stresssymptomer, angst og depresjon i den generelle befolkningen (Eien & Ringen, 2020). Mennesker som er i risiko for sosial isolasjon, som for eksempel er nyetablert med lite lokalt nettverk, kan være spesielt utsatt. Smittede pasienter kan oppleve frykt for eget liv og helse, panikkanfall, ensomhet, kjedsomhet, depressivitet og sinne, samt bekymring for sine nærmeste. Karantene og andre smitteverntiltak kan føre til usikkerhet, isolasjon og mestringstap. Pårørende til sykehusinnlagte pasienter opplever også mer psykiske plager. Det er grunnlag for å forvente at en pandemi vil gi økt press på psykiske helse- og omsorgstjenester, og en viktig forutsetning for fremtidig beredskap er at tjenestetilbudet har kapasitet til å fange opp dette behovet.

Langsiktige tiltak er innrettet mot å ivareta behov som har oppstått i forbindelse med pandemien, men det er også nødvendig å planlegge for framtidige pandemier eller andre store hendelser. Tiltak knyttet til beredskap bør både omfatte akuttberedskap og generell styrking av befolkningens og tjenesteapparatets evne til å håndtere krevende situasjoner.

23. **Øke tilgjengeligheten til Rask psykisk helsehjelp** ved å legge til rette for en refusjonsbasert tilskuddsordning der kommuner får dekket sine kostnader til RPH-team, basert på tilskuddsordningen for særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester (Helsedirektoratet, 2021). Rask psykisk helsehjelp er et kommunalt lavterskeltilbud som kan vise til gode resultater, både ved de 12 pilotkommunene evaluert av FHI i 2016 (Smith, et al., 2016) og senere RCT-studie (Knapstad, et al., 2018).

Det er definerte faglige krav til innhold i tilbudet, noe som innebærer at det er begrenset potensiale for å oppskalere dette tiltaket på kort sikt. Samtidig er det et uttalt behov å styrke tilbud om lavterskel psykisk helsehjelp i kommunene. Ved oppstart i 2012 var det et uttalt mål om at alle kommuner skulle ha tilbudet innen 2020. Per i dag har 64 kommuner fordelt på 54 team dette tilbudet. Tilskuddsordningen er nå avsluttet og erstattet med en opplæringsstøtte til kommunene, der NAPHA har fått et mandat om å gi veiledning, råd og implementeringsstøtte. For å sikre nasjonal utbredelse av tilbudet anbefaler vi en sterkere satsning, med bruk av refusjonsordning som kan gi forutsigbarhet for kommunene. I mindre kommuner har det vist seg nyttig med interkommunale samarbeid omkring RPH, se eksempelvis Fosen IKS. Der det er lengre reiseavstander mellom kommunene, som i Nord-Norge, kan et regionalt samarbeid som i større grad benytter videoterapi og internett-assistert behandling være aktuelt.

Kommune og lokalsamfunn

24. **Gjennomføre tiltakene i Regjeringens handlingsplan mot selvmord.** Det er foreløpig ikke vist økt forekomst av selvmord under pandemien, men det har vært uttrykt bekymring for at en økning vil kunne komme som en senvirkning. Ekspertgruppen vil derfor anbefale at man prioriterer å iverksette tiltakene foreslått i Regjeringens handlingsplan mot selvmord (Regjeringen, 2021).
25. **Styrke nettverket av kommunens utekontakter.** Når barn og unge ikke har hatt mulighet til å benytte seg av fritids-, idretts- og kulturtilbud, har en del oppholdt seg utendørs, og noen har funnet andre steder å møtes. Utekontakter, koronaverter, Natteravner og andre aktører som har gjennomført "felting" har dermed vært noen av de få ungdomsarbeidere som har vært synlige og tilgjengelige. Utekontakter representerer trygge voksenkontakter med god lokalkunnskap, som dermed har muligheten til å se og støtte ungdom der de er, og løse dem videre til hjelpetilbud eller fritidsaktiviteter ved behov.

Gruppen foreslår å sikre stabil og langsiktig bemanning og ansatte med sosialfaglig bakgrunn, kompetanse innen psykososialt arbeid, lokal kunnskap og flerkulturell kompetanse. Dette vil være særlig viktig i områder som har hatt høyt tiltakstrykk. Det bør etableres rutiner for samarbeid/koordinere ressurser mellom de kommunale utegående/oppsøkere, Natteravner og frivillige aktører som har tilstedeværelse ute i lokalmiljøet.

26. **Tydeliggjøre og videreutvikle halvannenlinjenivået.** Med bakgrunn i erfaringsgrunnlaget som pandemien har gitt oss, vurderer gruppen at det er behov for å se nærmere på hvordan tjenester og tilbud kan organiseres og driftes i felleskap mellom nivåene. I 2014 gav Helsedirektoratet ut *Sammen om mestring*, en veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. I veilederen understrekes det at kommunen bør ta et hovedansvar for å ha tilbud til personer med psykiske helseproblemer eller rusmiddelproblemer som forventes å bli milde og kortvarige.

Kommunen skal, ved behov, henvise til spesialisthelsetjenesten. Veilederen påpeker også at behovet for tjenester fra spesialisthelsetjenesten vil variere, og er størst for personer med alvorlige lidelser. En slik inndeling vil kunne resultere i en utpreget «silotankegang», der brukerne erfarer at samhandlingen mellom nivåene ikke fremmer helhetlige forløp. Veilederen Sammen om mestring er jf. Helsedirektoratets tildelingsbrev for 2021 under revisjon, og vi ber om at det tas hensyn til våre innspill i denne revisjonen:

- Øke antall FACT team, både ordinære FACT team og FACT ung
- Utrede og legge til rette for fellesinntaksteam for barn og unge på tvers av kommune og spesialisthelsetjeneste – på den måten sikre rett innsats på rett nivå
- Utrede og legge til rette for felles innsatsteam for barn og unge på tvers av kommune, spesialisthelsetjeneste - på den måten sikre at felles innsats koordineres¹⁰.
- Legge til rette for koordinerte pasientforløp på tvers av sektorer og tjenestenivå
- Bruke Helsefelleskapene til å prioritere felles satsning på de 4 prioriterte gruppene, på tvers av sykehus og kommuner

Tiltak på storsamfunn – og spesialisthelsetjenestenivå

27. **Gjennomføre en nasjonal folkehelsekampanje for å styrke befolkningens helsekompetanse innen psykisk helse.** Det har under koronaepidemien blitt tydelig at det er behov for å styrke innsatsen innen forebygging og helsefremming, i tillegg til å styrke helsetjenesten og andre ordninger som hjelper folk som allerede har fått vansker. Å styrke befolkningens helsekompetanse innen psykisk helse vil kunne avlaste trykket på tjenestene og ordningene og forhindre at så mange rammes av psykisk stress.

En nasjonal kampanje for den psykiske folkehelsen kan ta utgangspunkt i ABC-modellen, som er utviklet i Australia og er tatt i bruk av Folkesundhedsinstituttet i Danmark (Hinrichsen, et al., 2020). ABC står for Act Belong Commit, og handler om at det å *gjøre noe aktivt, gjøre noe sammen* og *gjøre noe meningsfullt* er gunstig for den psykiske helsen. ABC-modellen er lettfattelig og har dokumentert effekt i forebygging av psykiske plager (Santini, et al., 2017) og rusproblemer (Santini, et al., 2017b).

ABC er allerede tatt i bruk flere steder i Norge, men ikke som en nasjonal kampanje. WHO-nettverket Helsefremmende sykehus har oversatt begrepene til norsk og opprettet en nasjonal nettside ([Hva er ABC? • ABC Mental Sunnhet](#)). Folkehelseallianen i Trøndelag har erfaringer med modellen regionalt. I Trøndelag er det Røde Kors som koordinerer arbeidet. Gjennom samarbeid med profesjonelle kommunikasjonseksperter er begrepet *hodebra* blitt etablert, som et lett kommuniserbart og umiddelbart forståelig folkehelsebudskap. Tidligere benyttede rammeverk i Norge, for eksempel Fem råd for økt livskvalitet og sterkere psykisk helse, har et solid faglig grunnlag, men budskapet er kanskje for komplisert til å få gjennomslag som folkehelsekampanje. De fem dimensjonene dekkes imidlertid godt av de tre dimensjonene i ABC, slik at hodebra og ABC også har Fem råd for økt livskvalitet og sterkere psykisk helse som teoretisk bakgrunn. Videre bygger hodebra/ABC på teorien om «mattering» - betydningsfullhet (Krokstad, 2021; Prilleltensky, 2020).

¹⁰ Eksempel: Tromsø kommune har i samarbeid med BUP ved UNN etablert et lavterskelteam for barn og unge, hvor barn, ungdom og foresatte kan henvende seg direkte uten henvisning for rask konsultasjon, hjelp og samtaler

ABC-modellens styrke er at alle kan bidra til å styrke sin egen og andres psykiske helse uavhengig av utdanning og ståsted. Den er et nyttig felles kunnskapsgrunnlag for alle som arbeider for å bedre folks livskvalitet, både helsetjenestene og frivilligheten, i arbeidslivet og i utdanningsinstitusjoner. ABC understøtter frivillighetens viktige rolle og utløser kollektivt engasjement. En kampanje bør utformes slik at den i størst mulig grad når de som er mest utsatt for negative virkninger og senvirkninger.

Erfaringene fra pandemien viser at det er en utfordring å inkludere alle grupper i befolkningen når det gis informasjon om helseatferd og psykososiale tilbud. Det arbeidet som har vært gjort for eksempel i Oslo med å oversette materiell og utvikle egne kommunikasjonskanaler og -strategier i nært samarbeid med minoritetsgruppene selv bør videreføres.

Tiltak for å styrke beredskap for framtidige pandemier eller andre store hendelser

28. **Plikt for kommuner og spesialisthelsetjeneste til i felleskap å overvåke kapasitet og ressurser i sitt helsefelleskapsområde.** Når det opprettes Helsefellesskap over hele landet i oppfølgingen av Nasjonal Helse- og sykehusplan bør opprettelse av en pandemikoordineringsgruppe på tvers av tjenester innad i helsefellesskapet integreres som en av oppgavene. Jf. forslag til endringer i Helse- og omsorgstjenesteloven med krav til samarbeid. Målet bør være mer integrert samarbeid for bedre utnyttelse av personell og andre ressurser.
29. **Tidlig i krisehåndteringen planlegge for hvordan det kan tilrettelegges for at lavterskeltilbud kan holdes åpne – ved økt kompetanse på smittevern, og bruk av hurtigtester.** Økt bruk av hurtigtester for å hindre nedstenging av skoler og redusert tilbud i psykisk helsevern.
30. **Sikre at budskap om ivaretagelse av psykososial helse blir synligere i beredskapsarbeidet.** Det foreligger nasjonale rutiner og avtaler for etablering av psykososial beredskap ved hendelser som koronapandemien. Slik nasjonal kriseberedskap var godt synlig under blant annet krisehåndteringen etter terrorangrepene 22. juli 2011. Under pandemien har imidlertid denne beredskapen vært vesentlig mindre synlig, både for befolkningene og tjenesteytere. Råd og regler om smittevern har vært hovedfokus i det meste av nyheter og pressekonferanser, mens råd om hva man kan gjøre for sin og andres psykiske helse har vært formidlet i "mykere" former/kanaler og vært vesentlig mindre synlig. Det bør for fremtiden sikres at også psykososial beredskap er synlig både som funksjon og med sitt budskap.
31. **Evaluer håndteringen og mobiliseringen av frivillige ressurser under pandemien.** Frivilligheten ble tidlig mobilisert og har spilt en betydelig rolle i håndteringen av pandemien. Likevel finnes det et potensial for å møte lignende situasjoner i fremtiden bedre rustet. De to seneste store krisene i Norge, flyktningkrisen og koronapandemien, utfordrer krisedefinisjonen i sin kompleksitet og langvarighet. De er vanskelig å få til å passe inn i et tradisjonelt før-under-etter-perspektiv. På vei ut av disse krisene ser vi hvordan nye sosiale og helsemessige behov hos noen utsatte grupper utkrystalliserer seg. Ekspertgruppen mener det er potensiale for å videreutvikle og formalisere samarbeidet om den omsorgsberedskap som frivillige organisasjoner kan bistå med. For eksempel kan det bevilges midler til et prosjekt på tvers av Frivillighet Norge og et utvalg av de største organisasjonene.

Organisasjoner som driver velfungerende omsorgsaktiviteter i "fredstid" er sannsynligvis de best egnede til å møte denne typen nye behov, eller når et eksisterende behov vokser under en krise. Det er viktig at erfaringene med omsorgsberedskap under pandemien blir brukt til å evaluere og videreutvikle beredskapen i de frivillige organisasjonene.

Avslutning

I våre anbefalinger om tiltak har vi lagt til grunn at den mest tiltaksintensive fasen av pandemien går mot sin avslutning. Vi forutsetter at utfordringene framover består i å ivareta de som er rammet og har ettervirkninger, og trekke lærdom av erfaringen og tilpasse tjenestene ut fra de sterke og svake sidene som har kommet til syne.

Sammen med den forskningen som foreligger gir erfaringene fra de mange tjenesteyterne og mottakere av tjenester et godt grunnlag for å styrke og videreutvikle tjenestene. Slik ekspertgruppen ser det bør utviklingen videre i hovedsak følge de linjene tjenestene allerede fungerer etter, heller enn at det etableres mange helt nye tiltak eller gripes dypt inn i den nåværende organiseringen.

Det er behov for styrkning og avklaring av oppgavene til førstelinjetjenester i kommunene. Tilbudene er i dag er ulikt utbygd. Vi vil trekke fram behovet for utvikling av et halvannenlinjenivå som sikrer godt samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenestene.

Det offentlige hjelpeapparatet vil ikke være i stand til å ta seg av befolkningens hjelpebehov alene. Frivilligheten har vist seg som en viktig og mobiliserbar ressurs under pandemien. Et mer forpliktende samarbeid mellom det frivillige og offentlige tjenester vil kunne styrke framtidig beredskap.

Vedlegg 1 – Oppsummering av brukerinnspill

Sammenstilling av innspill fra bruker- og pårørendeorganisasjoner til Ekspertgruppen – Innspillene er overlevert muntlig og skriftlig i perioden 11.03. -15.04. 2021.			
Organisasjon:	Status per mars:	Hva har fungert og kan styrkes?	Åpenbare hull i dagens tiltak:
Mental Helse Ungdom	- MHU snakker med unge hver dag, blant annet via chat. Unge beskriver at det stadig blir vanskeligere, ensomhet, de mister motivasjon til søke hjelp. De føler seg glemt, og at man overser de negative konsekvensene tiltakene har. - Vanskelig å opprettholde aktivitet og tilbud. - Det er komplisert å navigere i tiltak og retningslinjer, hva har organisasjonen lov til gjennomføre av arrangementer m.m.? - Høyt terskel for å delta på digitale arrangementer. - Flere tar samtidig kontakt for å danne lokallag, søker tilhørighet? - Særlig bekymret for eldre ungdommer over 20 år, og andre som er i overganger vgs./ studie / lærlingplass m.m.	Chatten "En som lytter" ble startet høsten 2020. Høy trafikk, økning i ferier/romjul. Stor pågang også ved nye restriksjoner.	
Landsforeningen for Pårørende innen Psykisk helse (LPP)	- Flere klienter har i 2020 blitt mer isolert og dårligere enn de var. Tilbakemeldinger om økende belastninger og ensomhet, bla. som følge av at de har mistet rutiner og snur døgnnet. Gjelder spesielt klienter som ikke har oppfølging fra tjenesteapparatet. - Lavterskeltilbud er blitt lagt ned mange steder over hele landet. - Bekymring vedr. økning i antall selvmord, (spesielt i enkelte deler av landet). - Nedstengningen har blitt praktisert feil mange steder. - Det ble alt for «lettvint» for mange å stenge ned tilbud til psykisk syke. Opplevs som en ansvarsfraskrivelse, da disse pasientene/brukerne åpenbart har store behov, men ofte ikke selv klarer å gi uttrykk for dem. Det er grunn til å regne med at det er mørketall i forhold til enkeltpersoner og familier som lever med dårlige livsbetingelser og mangel på tilbud. - Ansvar for pasienter skyves i systemet. En lang, unødvendig og belastende prosess for klienten, som har en rettighet ihht. lovverket. - Mange pårørende har forsøkt å kompensere for nedstengning av off. tiltak, dette gir merbelastning for pårørende og nettverket. Har ført til mange utslitte pårørende og nærpersoner. - Pasienter har fått reduserte tilbud ved innleggelse. Får ingen «erstatning i lengre tid med behandling» eller løfter om kompensering senere. Blir skrevet ut som ferdigbehandlet. - Mange har opplevet at psykiatrisk behandling er blitt avsluttet. Pasienter har blitt skrevet ut uten oppfølging eller behandling. - De dårligste psykisk syke, som ikke klarer å uttrykke hva pandemien har gjort med dem, er blitt enda mer isolerte og dårligere. Her er pårørende og nettverket viktige.	- Nett møter/behandling via nett og telefon har fungert for noen av brukerne. Gjelder spesielt de friskeste av de psykisk syke. - Møter med og for pårørende har fungert ganske bra i endel av lokallagene til LPP. Nettmøter kan bringes videre der hvor dette fungerer, men kan aldri erstatte fysiske møter. - Mange av Lokallagene har vært gode til å ringe rundt til medlemmer og forsøke å holde kontakt. - Noen institusjoner og/eller behandlingssteder har «flyttet ut» i naturen med behandling, for eksempel samtaler, sosiale samlinger, gå turer, drive med sport etc.	- Utvide tilbudet om psykisk helsearbeider og tilbud om støttesamtaler (spesielt i overganger og ventekøer). - Satsning på åpne lavterskelsteder (innen psykisk helse). Det må skilles fra rusværesteder. - Tydelig plassering av koordinatoransvaret der ressurser må følge med. - Ha tilgjengelig/opprette et «mellomtilbud», mens man venter på behandling for de som trenger det. - Flere ansatte i Rask psykisk helsehjelp, slik at de kan gi hjelp tidligere til flere. - Oslohjelpa. Mer hjelp til sårbare familier med barn i alle aldre. Innføre grupper og tiltak som har blitt fjernet fordi budsjettene er kuttet. Lav terskel, foreldreveiledning og familiesamtaler med familier med lette til moderate utfordringer.

	• For enkelte tvangsinnlagte pasienter er det reduserte muligheter for daglige uteaktiviteter og besøk fra pårørende. • Psykisk syke pasienter er ikke blitt vurdert som risikogruppe med tanke på vaksinerings. • De som er innlagt på tvang og ikke har fått lov til å ha besøk av sine pårørende eller nære i nettverket. De har blitt dårligere og har lidd ekstra pga. besøksforbud og isolasjon.		
Spiseforstyrrelsesforeningen (SPISFO)	• Mange som kontakte Spisfo er redde for å bli dårligere igjen. • Barn ned til 10 års alder tar kontakt. • Mange ser barna sine oftere nå, som følge av at de jobber og går på skole fra hjemmet, de ser da hvor syke deres barn er. Foreldre og pårørende er redde. Dette kan vi ikke vente ut. • Enkelte får beskjed om at de ikke er syke nok når de søker hjelp, andre får beskjed om at de ikke er i stand til å ta imot hjelp. • Enkelte har flere sykdomslidelser og har hatt kontakt med andre tilbud tidligere før de henvender seg til Spisfo. • Spisfo er et supplement for helsevesenet, men føler nå at de er helsevesenet. • De hjelper veldig syke mennesker, men får ikke midler og føler at de ikke tellere. De holder seg knapt i gang men ser hvor viktig de er. • Redde for at det kommer en tsunami av behov for psykisk helsehjelp. •		
Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO)	• Mange funksjonshemmede og kronisk syke har fått forverret fysisk og psykisk helsetilstand i løpet av året med pandemi. • Stengte eller reduserte terapi, trenings- og behandlingstilbud har gitt mange dårligere funksjonalitet, mer smerter og ubehag og en dårligere psykisk helse. • 24 % sier at de har opplevd forverring i psykisk helsetilstand, mange har ikke hatt slike utfordringer tidligere. • Konsekvensene har vært både alvorlige og langvarige, det har vært liten endring utover høsten og vinteren, selv med noe gjenåpning. • Isolasjon, engstelse og uro for smitte og for konsekvensene av å få sykdommen går igjen i henvendelsene. Noen har isolert seg fordi de er i risikogrupper, eller for at de er pårørende til noen som er det. Noen har sjeldne diagnoser der utfallet av smitte er uforutsigbart, andre har isolert seg fordi de er veldig redde. • Er bekymret for de som har sittet mer eller mindre helt alene i ett år, og for de som de ny-syke, spesielt unge som er redde og ikke har tillit til myndighetenes informasjon. • Bekymret for at noen av disse faller utenfor og blir der. Utenforskapet og frafallet i utdanning/arbeid blant unge er høyt nok. • Man må ta høyde for at konsekvensene av pandemien kan bli langvarige for de mest sårbare.		• Et viktig tiltak som haster er vaksineprioritering for yngre grupper under 45 år, med underliggende sykdommer, slik at de kan få livene sine tilbake. • Viktig å få ned ventetiden på behandling hos psykolog eller andre samtaletilbud. • Tjenestene må også fange opp vold og overgrep. • Skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom må være åpne og tilgjengelige, fysisk og digitalt. Gjerne med utvidet åpningstid og med oppsøkende virksomhet, med særlig fokus på utsatte elevgrupper. • Bedriftshelsetjenester og arbeidsgivere bør følge opp ansatte som er isolert eller har fått forverring i kronisk sykdom pga. stopp i behandling. • Tapt behandling og terapi må tas igjen raskt. Treningsstilbud er viktig for funksjonshemmede. • Kommuner og helseforetak bør unngå å omplassere tjenesteytere som har en viktig rolle i å fange opp økte psykisk belastninger, samt vold og overgrep. • Helse- og omsorgstjenesten må sette inn proaktive/ oppsøkende tiltak for å følge opp de som har vært sosialt isolert over lengre tid, inkludert eldre som kan ha vært

(FFO forts.)			mindre sosiale på digitale møteplasser enn de yngre. • Det er behov for økt tilgang på lavterskeltilbud som samtalegrupper, nettverksgrupper i tillegg til hjelpetelefoner/chat. Tilbudene må være tilrettelagt for ulike funksjonsnedsettelse, og ikke erstatte tiltak i helse- og omsorgstjenesten, men komme i tillegg. • Arbeidsgivere bør være oppmerksomme.
Landsforeningen mot seksuelle overgrep (LMSO)	• For de som for første gang skal søke hjelp, blir det uforutsigbart og usikkert behandlingsforløp for eksempel som følge av at timer blir utsatt. Det tar gjennomsnittlig 17 år å be om hjelp. De første møtene er alltid sårbare. • Fragmentert hjelpetilbud skaper usikkerhet. • Mange er låst i uhensiktsmessige familieforhold. Noen tilbakemeldinger på at de som selv trenger å være del av noe utenfor hjemmet, nå må dekke familiens behov. • Behov for hjelp til terror- og overgrepsofre, behovet har økt under pandemien.		
ADHD Norge	• Henvendelsene til ADHD Norges sekretariat blir stadig mer komplekse, folk har utfordringer på mange områder. Henvendelsene kommer i form av telefoner, e-post og via sosiale medier. • Undersøkelser blant voksne med nevroutviklingsforstyrrelser gjennomført av Vårres i 2020 og 2021 viser at andelen som rapporterte økte belastninger på flere områder pga. pandemien i 2021 var vesentlig større enn i 2020. • Det rapporteres at psykoedukative kurs for vår målgruppe og pårørende forsvinner eller begrenses under pandemien. Det rapporteres om køer i DPS og BUP, og vi vil gjerne vite hvorfor. Skyldes det økte belastninger for den enkelte pga. tiltak knyttet til pandemien eller skyldes det endring i prioriteringer? • Det er av Vårres gjennomført en undersøkelse blant pårørende til barn med nevroutviklingsforstyrrelser. Blant de negative funnene i denne undersøkelsen kan vi nevne påvirkningen av familiene. 18% rapporterer at situasjonen har vært utfordrende. 18% rapporterer om økt konfliktnivå i læresituasjon, og 15% om slitne foreldre. Samtidig rapporterer 56% om økt konfliktnivå i hjemmet. Det rapporteres også om stor variasjon i hvilken støtte og hjelp barn og familier har mottatt fra undervisnings- og tjenesteapparat. Bl.a. har 41% av de som har etablerte ordninger med støttekontakt/avlastning, rapportert at disse ordningene har falt bort under nedstengningen. Svært få av de som har behov for støtte fra BUP har mottatt slik støtte. Her er det usikkerhet om hvor mange som har bedt om støtte, men totalt er det kun 8% som rapporterer mottatt hjelp til å håndtere konflikter.	• For våre målgrupper er konsekvensene av nedstenging og restriksjoner knyttet til pandemien delt. For mange har det vært en svært negativ opplevelse som har virket negativt på livskvalitet og mestring av hverdagen. For andre har de samme faktorene ført til økt livskvalitet og bedre mestring. F.eks. beskriver over 5% at barna har hatt økt mestring, og 25% at perioden med nedstengning har vært positiv. Noen av disse beskriver at dette skyldes mer ro morgen/ ettermiddag, tilpassede økter med undervisning, mer en til en oppfølging i læresituasjon, enklere å tilpasse pauser osv. • Totalt rapporterer 31% mindre stress og 24% tettere familieband. Kan undervisningssektoren benytte denne kunnskapen til å gjøre skolesituasjonen bedre for de som har disse utfordringene? • For ADHD Norges del har pandemien ført til økt fokus på alternative muligheter til å nå ut til medlemmer og hjelpeapparat. Gjennom flere prosjekter har vi utviklet og gjennomført mange digitale aktiviteter og laget nettbaserte	• Vi savner gode retningslinjer for hvordan vi kan opprettholde lavterskel tilbud til de mest sårbare gruppene innenfor rammen av smittevern. Det er til dels lite beskrevet i nasjonale retningslinjer, og praktiseres ulikt i kommunal sektor. Dette fører til at de fleste tiltak av denne typen, f.eks. treffsteder, samlingspunkt, samtalegrupper osv. ikke blir gjennomført for ikke å risikere å bryte med regler, påbud og anbefalinger.

(ADHD Norge forts.)		løsninger innenfor informasjon kunnskapsdeling. Digitale verktøy er også benyttet til opplæring og oppfølging av tillitsvalgte, likepersoner og brukarmedvirkere.	
Unge funksjons-hemmede	- Koronapandemien har hatt store konsekvenser for ungdom med funksjonsnedsettelse og kronisk sykdom, men situasjonen har for noen bidratt til mer tilpasninger og tilrettelegging. - Smitteverntiltak har hatt store konsekvenser for fysiske og psykisk helse. Mange tilbakemelding har vært hjerteskjærende, historier fra ungdom som kjenner på uro, engstelse, meningsløshet, og i visse tilfeller også selvmordstanker. - Mange har mistet nødvendig tilgang til trening, fysioterapi, psykolog og andre helsetjenester. Dette har forverret helsetilstanden deres, eller ført til plager som ikke var der før. - Mange unge er i risikogruppen og har isolert seg for å unngå smitte. - En forverring av psykisk helse har forsterket et utenforskap. - Flere opplever at de ikke får den oppfølging de trenger i skole og utdanning. Pandemien har dyttet mange unge funksjonshemmede lengre vekk fra arbeidslivet. - Mange er redd for å ta seg til offentlige treningssenter pga. frykt for smitte. De trenger åpne offentlige treningsinstitutter.	Mange har opplevd hjemmekontor og hjemmeundervisning som positivt, fordi det har gitt større fleksibilitet, færre psykiske helseplager og senket terskelen for deltakelse. Det er positivt at de føler seg mer inkludert som følge av tiltak under en pandemi, og viktig at vi tar med oss disse lærdommene også etter at pandemien.	- Unge funksjonshemmede oppfordrer til å ha et særlig fokus på ungdom med funksjonsnedsettelse og kronisk sykdom. - Unge i risikogruppen bør prioriteres høyere opp i vaksineøknen. Både for å beskytte mot sykdom og for at de skal komme tilbake til et mer normalt liv. - Forsterke lavterskeltilbud for ungdom. Skolehelsetjeneste og helsestasjoner for ungdom og andre bør bevilges øremerkede midler og drive oppsøkende arbeid overfor elever og ungdom som har falt utenfor under pandemien. Det samme bør gjøres i universitet og høyskolesektoren, hvor det er et stort behov for å styrke helsetilbudet til de studentene som har blitt rammet hardest. - Det generelle behandlingstilbudet innenfor psykisk helse må styrkes. Behovet vil bare bli større i tiden fremover.
Hvite Ørn	- Merker som org. at det er mye frustrasjon, uro, sinne, depresjon. - Noen takler det dårlig, noen takler det bedre. - Pleier å ha mye møteaktivitet, har forsøkt å erstatte dette med digitale møter. Mange synes digitale møter er vanskelig og det erstatter ikke de fysiske møtene. Det er helsebringende å møte andre mennesker. Ikke det samme nå. - Mange har hatt aktiviteter som et alternativ mht. medisiner. De prøver å motivere andre til å trene. - Det er for lite fokus på å styrke immunforsvaret mht. smittevern. - Tiltakene som iverksettes er en demper for immunforsvaret, dette er en konsekvens som ikke må glemmes.		- Trening og uteaktivitet er lettere å gjennomføre som smittesikre tiltak. - Har erfart at fysisk aktivitet er en viktig del av behandlingen, det å være ute i naturen er viktig. Viktig å styrke slike tilbud. - For å komme i gang med fysisk aktivitet trenger man motivasjon, vanskelig å sette i gang alene.
Spillavhengighet Norge	- Spilleavhengighet Norge har fra 2019 til 2020 erfart at antall henvendelser har økt med 80 %. - De får tilbakemeldinger om tilbakefall og mer selvmordstanker blant de som henvender seg. - Behandling er viktig. Det var en ventetid på 3 til 6 mnd. for behandling av spilleavhengighet før pandemien, det vil komme en tsunami etter pandemien. - Hva vil skje når flere søker hjelp? Akkurat nå er det mange som ikke vil søke hjelp, men det vil antakelig komme. - De føler at de som organisasjon har blitt helsevesenet og ikke kun er et supplement.	- Digitale tilbud kan ikke erstatte fysiske møter, men det er et godt supplement. Kanskje må hjelpeapparatet videreføre dette tilbudet, sammen med at tilbudene starter opp igjen? - Håper at kommunene vil samarbeide med organisasjonene også etter pandemien.	

Foreningen for helhetlig ruspolitikk (FFHR)	• Er opptatt av at det opprettholdes og kanskje opprettes flere tilbud for rusavhengige uansett ståsted under pandemien. Gjennom dette sørges det for mindre smitte, mindre isolasjon. Et eksempel er gateforballen. Nå får de ikke trene eller spille kamper. Mange får tilbakefall og blir borte fra dette fine tilbudet. Et annet eksempel er <i>Golf Grønn Glede</i> der mange psykisk syke, rusavhengige og funksjonshemmede har blitt borte i løpet av året. Vet at det har vært gode smittetiltak i begge leirer. • Har vært med i en prosess på OUS der pasientene på avdeling for voksne reagerte veldig på at de ikke fikk permisjon og måtte ha følge i butikken av fagpersoner. De ansatte reiste frem og tilbake, var sosiale osv. De følte seg dårlig behandlet. • En annen ting som skjedde flere steder var at man ikke hadde gruppebehandling i institusjonene, dette ble det gjort noe med da de lagde mindre grupper slik at riktig avstand kunne opprettholdes. • I forhold til gatefotballen så jobbes det med å kalle tiltaket behandling/rehabilitering og ikke et sportstilbud, for så kanskje å få starte opp igjen. Aktiviteter som dette har et enormt behandlingsaspekt, det kan ikke sees på kun som et idrettstilbud.		
A-larm	• Mange opplever hverdagen som vanskelig og søker trygghet, dette kan nå også være negative former for trygghet. • Opplever en følelse av fattigdom, både økonomisk og sosialt. • Mange isolerer seg pga. frykt for covid. • Restriksjoner skaper et misforhold mellom solidaritet til samfunnet og individet sitt behov for hjelp. • Unge jenter er utsatt og melder om økt bruk av rusmidler og større belastning på psykisk helse. • Pårørende er mer synlig enn tidligere og trenger mer oppfølging. • Møter mer av utsatte grupper som innvandrere. • Alkohol som rusmiddel er økende. Mange er redde for tilbakefall. • Det er økende utfordringer med ensomhet og psykiske vansker. • I byer med lite smitte drives lavterskeltilbud så normalt som mulig. • Det er en bekymring at det kan bli en tung vei tilbake til aktivitet og sosiale møteplasser etter pandemien. • Tilbakemelding fra rusmisbrukere i starten av pandemien om at det var vanskelig når man mistet tilgang til lavterskeltilbud og venner. Det er lett å sprekke når man er alene, og falle tilbake til gamle venner og vaner når lavterskeltilbudene stenger. • Folk vegret seg for å benytte digitale løsninger pga. taushetsplikt. • Hjemmekontor gir økte muligheter for kontrollert rusbruk. Enkelte tar mer medisin/smertestillende eller et ekstra glass vin eller to når man ikke må på jobb. Det er tilsvarende vanskelig å styre spillavhengighet.	• Opplever at egne tilbud har hatt evne til å omstille seg og finne nye møteplasser. • Mentor med en til en samtaler og individuell oppfølging fungerer bra. • Omlegging til mer utendørs aktiviteter. Utendørsaktiviteter/aktivitetsbaserte møteplasser fungerer godt. • Flere eksempler på lavterskeltilbud som har vært justert eller opprettholdt under pandemien. • Brukere opplever trygghet gjennom tilhørighet, lavterskel, dropp inn, digitale møteplasser er viktige tilbud. • Har flere nye brukere til tilbudene og mer henvendelser fra kommuner som ønsker å benytte seg av A-larms tilbud.	• Kommunene må ta i bruk regionenes kompetanse og kjennskap til brukeren for å få til et best mulig samarbeid om brukere som sliter. • Hvorfor er det ikke poengtert i smitterestriksjoner at utsatte grupper kan og bør få opprettholde sine møteplasser? • Behov for å synliggjøre og presisere samhandling på tvers av offentlige hjelpetiltak og frivillige organisasjoner.

Mental Helse	• Det virker som om gruppen som normalt sliter, og som var veldig utrygge våren 2020, har vendt seg til situasjonen under pandemien. Vi hører lite fra de, men vi kan måle gjennom statistikk fra Mental Helse Hjelpetelefon og medlemsundersøkelser at de har fått det mer psykisk krevende enn de hadde det før pandemien. • Det er store variasjoner i det psykiske helsetilbudet over hele landet. • Pårørende har hatt en tøff periode, de har båret og bærer mye ansvar. • Mental Helse Hjelpetelefon melder om økte antall henvendelser fra brukergrupper som normalt sett sjelden bruker Hjelpetelefonens tjenester. Eksempler er studenter, ungdom og unge voksne, foreldre, arbeidstakere og arbeidsgivere. De tar opp forhold de lever under og konsekvenser eller frykt for konsekvenser som følge av pandemien. • Det virker som Handlingsplanen for selvmord er satt på vent. • Ser lite til forberedelser for å ta imot den bølgen av behandlingsbehov som vil komme i etterkant av pandemien. Oppsummering av medlemsundersøkelse - Mental helse. (6000 SMS ble sendt ut, svar fra 2354 personer (38% svarprosent). 1. <i>Har pandemien og smitteverntiltakene påvirket din psykiske helse slik at det har blitt:</i> <table><tr><td>• <i>Bedre enn før personer</i></td><td>73</td></tr><tr><td>• <i>Litt bedre enn før personer</i></td><td>85</td></tr><tr><td>• <i>Ingen endring personer</i></td><td>1076</td></tr><tr><td>• <i>Litt verre enn før personer</i></td><td>676</td></tr><tr><td>• <i>Verre enn før personer</i></td><td>291</td></tr><tr><td>• <i>Vet ikke personer</i></td><td>153</td></tr></table> 2. <i>Har du opplevd at helsetilbudet i din kommune har blitt bedre eller verre enn før pandemien?</i> <table><tr><td>• <i>Bedre enn før personer</i></td><td>63</td></tr><tr><td>• <i>Litt bedre enn før personer</i></td><td>105</td></tr><tr><td>• <i>Ingen endring personer</i></td><td>826</td></tr><tr><td>• <i>Litt verre enn før personer</i></td><td>510</td></tr><tr><td>• <i>Verre enn før personer</i></td><td>310</td></tr><tr><td>• <i>Vet ikke personer</i></td><td>540</td></tr></table> 3. <i>Har du opplevd utsatte eller avlyste behandlinger som følge av smittevernstiltak?</i> <table><tr><td>• <i>Ja personer</i></td><td>910</td></tr><tr><td>• <i>Nei personer</i></td><td>987</td></tr><tr><td>• <i>Ikke relevant personer</i></td><td>457</td></tr></table>	• <i>Bedre enn før personer</i>	73	• <i>Litt bedre enn før personer</i>	85	• <i>Ingen endring personer</i>	1076	• <i>Litt verre enn før personer</i>	676	• <i>Verre enn før personer</i>	291	• <i>Vet ikke personer</i>	153	• <i>Bedre enn før personer</i>	63	• <i>Litt bedre enn før personer</i>	105	• <i>Ingen endring personer</i>	826	• <i>Litt verre enn før personer</i>	510	• <i>Verre enn før personer</i>	310	• <i>Vet ikke personer</i>	540	• <i>Ja personer</i>	910	• <i>Nei personer</i>	987	• <i>Ikke relevant personer</i>	457	• Kommunikasjonen fra myndighetene har vært god. • Kanaler som landsdekkende media og Facebooksiden «helsa di» har gitt god informasjon ut til befolkningen, også minoritetene. • Samarbeidet mellom bruker og pårørende organisasjoner innen psykisk helse, FHI, Helsedirektoratet og HOD har fungert veldig bra og bør videreføres. • Informasjonen fra organisasjonene har med få unntak vist seg å stemme, når forskjellige instanser har fulgt opp med forskning, undersøkelser og rapporteringer fra Politi, krisesenter med videre. • Statsforvalteren sin oppfølging av kommunene må bedres. Helt fra starten av pandemien, har det vært for store variasjoner mellom kommunene på landsbasis. Det samme gjelder for så vidt også helseforetak.	• Det bør opprettes en nasjonal (beredskaps) ressurs som kan arbeide med psykososial motstandskraft i befolkningen sett fra et folkehelseperspektiv. • Pandemien har vist oss at den psykososiale beredskapen på samfunnsnivå ikke fungerer ved større hendelser. En sentral ressursgruppe kan bidra til å skape struktur i den psykososiale hjelpen slik at motstandskraften i befolkningen kan økes. • I begynnelsen av pandemien så vi enkelte utspill fra leger/andre som kom med råd om kosthold, trening, komme seg ut i natur og sitte i solen. Det er mestringsstrategier som kan gi enkeltindivider opplevelse av å kunne gjøre noe for egen helse i stedet for å sitte å vente på å bli smittet. Vi ser at musikere, idrettsprofiler med flere marker seg med salutogene tiltak. Det er bra, men myndighetene har sviktet litt på dette feltet.
• <i>Bedre enn før personer</i>	73																																
• <i>Litt bedre enn før personer</i>	85																																
• <i>Ingen endring personer</i>	1076																																
• <i>Litt verre enn før personer</i>	676																																
• <i>Verre enn før personer</i>	291																																
• <i>Vet ikke personer</i>	153																																
• <i>Bedre enn før personer</i>	63																																
• <i>Litt bedre enn før personer</i>	105																																
• <i>Ingen endring personer</i>	826																																
• <i>Litt verre enn før personer</i>	510																																
• <i>Verre enn før personer</i>	310																																
• <i>Vet ikke personer</i>	540																																
• <i>Ja personer</i>	910																																
• <i>Nei personer</i>	987																																
• <i>Ikke relevant personer</i>	457																																

Pårørendealliansen	- Pårørende som jevnlig hjelper syke og eldre utgjør ca. 800 000. Dette utgjør 136 000 årsverk og er 50% av omsorgen i Norge. - Pårørende ivaretar mange med ulike omsorgsroller, gjennom å være barn som pårørende, foreldre med syke barn, ektefeller som har blitt værende hjemme med sin syke kone eller mann. Under pandemien er det få eller ingen som har spurt eller hørt om hvordan de ulike pårørende har det. - Pårørendealliansen har gjennomførte to undersøkelser i mars og desember 2020. De konstatere at pårørende som omsorgs-part i koronaåret har blitt uteglemt. Undersøkelsen våren 2020 viser at 7 av 10 pårørende ikke ble kontaktet av helsetjenesten med spørsmål om hvordan det gikk med dem, når tilbud var stengt og behandlinger stoppet. I januar 2021 svarte 8 av 10 pårørende at de ikke ble kontaktet av helsetjenesten. - Pårørende føler at de ikke har blitt sett eller ivaretatt som omsorgsyter i denne tiden. De opplever ikke å være inkludert i kriseberedskap. Hva skjer om de blir syke/smittet og ikke lenger kan yte sin omsorg? - De er engstelige for den psykiske helsen til pårørende som nå har hatt store belastninger og vært isolert gjennom det siste året.	Godt samarbeid med Hdir. om korona veilederen der man har presisert at man bør ta kontakt med pårørende som har overtatt omsorgsoppgaver, viser dessverre ikke å ha gitt resultater.	- En nasjonal nettside for pårørende der de kan finne informasjon, veiledning og hjelp. - Kommunen må ta kontakte med pårørende for å kartlegge situasjonen, lage en beredskapsplan og lage en samarbeidsavtale slik at man har avklart hvem som gjør hva og hvilke evt. støtte de trenger. - Opprette pårørenderåd slik at man gjennom perioden kan fange opp ulike utfordringer og sette i gang tiltak. - Pårørende har ikke på lik linje med småbarnsforelder fått utvide omsorgsdager. - Ta tak i tiltakene som er utarbeidet i pårørendestrategien med vekt på følgende: - At pårørende får en kontaktperson. - At det lages en samarbeidsavtale og plan for gjenåpning. - At man utvider tilbud for pårørende, der de kan få hjelp for sin egen del for de som trenger dette. - Bør tilby et systematisk familiesamarbeid til de som trenger det, også der hvor pasienten ikke vil involvere familien i egen behandling. Dette er spesielt viktig nå under covid-19 pandemien. Vi vet at mange står alene med tunge oppgaver i disse dager. Det vil lønne seg på sikt, og innsparingene vil synes andre steder i systemet. Dersom tilbudet gis til de pårørende alene får helseforetaket ingen inntekt, fordi pårørende ikke er definert som mottagere av helsehjelp selv om det er de som følger opp brukeren/ pasienten. - Familien / Pårørende bør få tilbud om hjelp om psykososial støtte i PHV selv om pasienten ikke ønsker behandling som kan skyldes forverring av egen sykdom. - Man bør innføre et unntak i prioritetsveilederen i korona perioden og denne hjelpen bør takseres som om pasienten får behandling.
ProLAR Nett	- Matkøene er lengre, stoffet er dårligere og brukerne ruser seg på andre måter enn tidligere. De ruser seg mer og er mer likegyldige til hva de får i seg. - Mange kommuner har restriksjoner med hensyn til oppsøkende tiltak. Tilbudene	Det er gitt dispensasjon til å trene for noen av medlemmer med psykiske helsevansker, dette er positivt da annen psykisk helsehjelp har vært	- Oppsøkende helsehjelp til lavterskeltilbud som fortsatt holder åpent – typ Kirkens bymisjon og andre. - Behov for legetilbud i oppsøkende tjenester, kommunale lavterskel tjenester og

(ProLAR Nett fots.)	varierte veldig og restriksjonene gjennomføres ulikt. • De som tidligere har klart seg greit, sliter nå mye og er utenfor et hjelpesystem. De som faller mellom stolene faller enda hardere nå. • Flere henvendelser fra pårørende enn tidligere. • Ensomhet og psykisk helse går igjen i henvendelser. Flere har kjent på at psykiske utfordringer forsterkes, samtidig som de opplever at det er vanskeligere å nå frem til fastlege og LAR, og at hjelpeapparatet ikke har hjelp å tilby. • Kommunikasjonsutfordringer på tvers av ulike elektroniske journalsystem forsterkes under pandemien. • Transport er et problem. Som organisasjon må de følge mer enn de har gjort før og være med mye tettere på. • =Oslo og =Kaffe selgere mister inntekter og har ikke tilstrekkelig dokumentasjon til å få hjelp via Nav, eller sliter med å få tilbake tiltak som bostøtte m.m. • Manglende utbetalinger av støtte fører til at enkelte mister bolig, bil m.m. Det fører blant annet til økt kriminalitet. Dette gjelder også personer som har vært på rett vei ut av rus og kriminalitet tidligere, nå risikerer de fengselsstraff, bøter m.m. Økonomiske vansker gir økt stress og bekymring. • Lavere aktivitet på mottaks- og oppfølgingsenter gir grunn til bekymring. LAR poliklinikker deler ut medisin ambulant, det gjør at man dekker legemiddelbehov, men ikke får kartlagt øvrige helsebehov. • I perioder med lavere smitte ser man at brukere ikke får tilbake samme tiltak som før pandemien. • Når antall lavterskeltilbud som får holde åpent begrenses, øker trafikken og potensielt smitterisiko på de som står igjen. • Kristiansand trekkes frem som et område som har hatt store vansker. Det har vært uklart hvem som har ansvar for personer som har vært rettighetsvurdert for TSB, men som har fått utsatt eller avbrutt sin behandling. Feltpleien har vært satt til smittesporing, og tilbudet til sårbare grupper har blitt begrenset. Lavterskeltilbudene i kommunen har ikke lege. Brukere i karantene/ isolasjon har hatt vanskelig for å få tilgang til rusmidler, og personer som har halv dose LAR pga. rusbruk har ikke fått økt dose LAR for å kompensere. Ingen tar et helhetlig ansvar for helsetilbudet til den enkelte. Få LAR pasienter får tilbud om FACT oppfølging. • Personer som selger sex har blitt ekstra utsatt under pandemien. Lavterskeltilbud er ikke tilgjengelige, og det er mye redsel for sanksjoner knyttet til at man selger sex under en pandemi. Hjelpetilbudet frykter at færre søker hjelp ved trusler og overgrep.	begrenset eller foregått digitalt. • Lavterskel LAR i Stavanger fungerer godt, og det er etablert lavterskel LAR team for 14 kommuner i Rogaland.	ved de kommunale botilbudene. Det er svært ulikt hvordan de ulike tjenestene er 'rigget' og hvilke tilgang det er på lege. Dette har blitt tydeligere under pandemien. • De som sliter mest er de som har vanskeligst for å få hjelp til abstinensbehandling og medisinsk hjelp under isolasjon og karantene. Dette gjelder både folk i og utenfor LAR. Man kan her se til eksempelet med tvangsinnleggelse av rusavhengige i Kristiansand. • Det kreves bedre samhandling mellom frivillige, sykehus, kommuner og Nav. Dette er kjente problemer som forsterkes under pandemien. • Ønske om nettverk for å utveksle erfaringer om hvordan man kan løse kompliserte saker på helhetlig måte. • Rusavhengige bør prioriteres for vaksiner.
Rusmisbrukernes Interesse-organisasjon (RIO)	• Tidvis tørke: ujevn tilførsel på gata fører i perioder til vold, grov vold. Vært noen ran innad i miljøene da de som kommer med ikke har nok til alle. • Bekymret for om det blir flere unge (særlig jenter) som ruser seg hardere og	• Har lært at det er viktig å opprettholde gatenære tilbud og lavterskeltilbud til gruppen. • RIO har flere egne aktivitets-rehabiliterings	• Ser behovet for å bedre ivaretagelse av pårørende. Pårørend blir i dag utslitt, sykemeldt og sliter psykisk. Når man har mennesker i utsatte grupper i familien, tør man da

(RIO forts.)	tidligere enn før, med de konsekvensene dette vil gi for den psykiske helsen. Dette er noe RIO får tilbakemelding om fra hele landet. • Bekymret for papirløse flyktninger, som ikke kan sendes tilbake til hjemland p.g.a krig, forfølgelse osv. Disse papirløse får ikke den oppfølging for sine rus og psykisk helse utfordringer som de trenger. ○ Hvordan følges disse opp slik at de får nødvendig helsehjelp. Når pårørende til syke mennesker (feks. psykose) ikke tar kontakt med hjelpeapparatet ved krise av redsel for å bli sendt ut, har vi et problem. ○ Hvor står denne gruppen i forhold til arbeidet rundt substitusjonsbehandling i forbindelse med korona epidemien? Er det bare et storby fenomen? Her trenger vi tiltak. • Mange minoriteter bor trangt, de er ikke vant til å bruke norsk natur. Når byer er mer eller mindre låst ned og moskeen er stengt har de lite å gjøre. Mangelen på aktiviteter for denne gruppen er stor, så hva gjør vi? Når man ikke har det bra i hverdagen blir det lett for at gamle opplevelser/minner slik som overgrep, krig etc. kommer frem igjen. Opplevelser de har rømt fra og som gir traumer de må stå i uten å få god nok hjelp. • Eldre enslige som kommer til Norge og ikke har noen nettverk opplever ensomhet og isolasjon. Der de kom fra hadde de nærmiljøet som hjalp dem. De kjenner på savn av hjemland, gjennomlever traumer mm. • Barn og unge er i minoritetsfamilier ofte tolker i forhold til brev og informasjon fra det offentlige. Om barna er unge kan det være vanskelig å formidle informasjon korrekt. Hvordan sikrer vi at alle får rett informasjon og den informasjon de trenger? • Vet at mange fra eldre fra urbefolkningen trenger tolker i kontakten med helsevesenet for å kunne få med seg all informasjon, er det noe annet med minoritets befolkningen (den eldre delen). • Hvordan påvirker pandemien vår urbefolkning psykisk. Vi har en gruppe som har en kultur der man holder psykisk helse/ rus utfordringer innad i familien, hvordan hjelpe dem? • Vår gruppe (i tillegg til de nevnte) er den som kanskje sliter mest i forhold til NAV og deres digitalisering, noe som får ekstra store konsekvenser i forbindelse med nedstengning. Hva gjør dette i forhold til psykisk helse, når kontakten med NAV oppleves vanskelig og når alt skal skje via webløsninger? Nå skal flere NAV kontor ha telefonsjener, tjenester som ikke alltid fungerer optimalt for alle gruppene. Fanger vi opp disse før de får alvorlige psykiske utfordringer av å stå i en slik vanskelig situasjon? • Gruppen vår sliter også når det vi hadde å tilby av kulturtilbud nesten er borte. Det er mange i en rehabilitering som prøver å finne nye interesser m.m. Ikke gunstig om alt fra	tilbud eks. brukerstyrt møtesteder/ aktivitet/ kulturtilbud. Ser hvor mye det betyr at vi klarer å holde disse mest mulig åpne. • Vi trenger flere slike tilbud over hele landet, da disse er positive for den psykiske helsen. • Ser behovet for mer ambulerende og oppsøkende tjenester, flere FACT og ACT- team.	ha så mye kontakt med barn eller andre familiemedlemmer som sliter med rus. Det er en påkjenning å stå i en slik situasjon.
--------------	---	---	--

(RIO forts.)	konserter, teater, kino m.m. ikke er tilgjengelig. • Manglende substitusjonsbehandling for brukere utenfor LAR fører til at man ikke tester seg. Trusselen for å havne i karantene-isolasjon, er en ekstra unødvendig belastning for mange. Det jobbes med dette, men for sakte og vi har en gruppe som vi må ha tilbud til nå i dag. Tilbudet må gis over hele landet og ikke bare i de største byer. Vi må finne løsninger der det er for få rus spesialister. Slitsomt å leve under et slikt press. • Lang ventetid på traumebehandling. Nedstengning fører til at mange sliter og har behov for hjelp i dag. Ventetid for døgn traumebehandling i Norge er 1 år. Mange i vår gruppe sitter med ubehandlet traumeproblematikk som kommer frem nå når man blir mer isolert og sliter.		
Rådgivning om spiseforstyrrelser (ROS)	De hadde nærmere 11 000 rådgivningshenvendelser i 2020. En økning fra året før på nærmere 15%, på tross av perioder med stengte sentre. De ser en drastisk økning mot slutten av 2020 og begynnelsen av 2021 og da spesielt fra unge brukere. Rådgivning omfatter chat, individuelle samtaler, telefon og e-post. Svært mange barn og unge kjenner nå på et anstrengt forhold til kropp, mat og vekt. Tall fra første kvartal 2021: • Januar 2021: Økning i antall henvendelser fra barn og unge (t.o.m. 18 år) på 115% sammenlignet med januar året før. Fra 151 til 321 • Februar 2021: Økning i antall henvendelser fra barn og unge (t.o.m. 18 år) på 192% sammenlignet med februar året før. Fra 115 til 336 • Mars 2021: Økning i antall henvendelser fra barn og unge (t.o.m. 18 år) på 123%. Fra 177 til 394 • Jan-mars 2020 vs. jan-mars 2021 = Økning i henvendelser fra barn og unge på 137%. Fra 443 til 1051 <i>Oppsummert:</i> Antall individuelle samtaler i ROS gikk opp med 32% i januar, 57% i februar og 43% i mars sammenlignet med samme måneder i fjor. Så langt i år er det gjennomført 1329 individuelle samtaler i ROS, på samme tid i fjor var tallet 932 . Det tilsvarer en økning på 43%. Antall henvendelser på chat økte med 118 % i januar, 141% i februar og 138% i mars. • I januar ble de <u>besvart</u> 581 henvendelser på chat (266 i jan 2020). • I februar ble det <u>besvart</u> 545 henvendelser på chat (226 i feb. 2020). • I mars ble det <u>besvart</u> 777 henvendelser på chat (326 i mars 2020). Total rådgivning (individuelle samtaler, telefon, epost og chat) ○ Økte med 36% i januar (fra 972 til 1320 henvendelser) ○ Økte med 66% i februar (fra 796 til 1319 henvendelser). ○ Økte med 84% i mars (fra 837 til 1537 henvendelser).		

(ROS forts.)	Antall alvorlige henvendelser (eks. selvmords-henvendelser): Fra januar til mars 2020 ble det registrert 20 alvorlige henvendelser, fra januar til mars i 2021 er det registrert 42 alvorlige henvendelser. Pr i dag har ROS over 100 brukere på ventelister. Dette er det høyeste tallet i ROS sin snart 40 års historie.		
Forandringsfabrikken v/ Kunnskaps-senteret	• Å holde barn inne, har laget utrygghet, redsel og vondt inni mange av dem. Barn har ikke fått informasjon om hvor lenge de måtte holde seg inne. • For mange barn har det vært vondt å brått bli sendt hjem fra skole eller barnehage, uten å kunne møte andre. Barn ble ikke forberedt på dette, det var en avgjørelse som skjedde raskt og uten nøye vurderinger av hvilke konsekvenser dette ville ha for barn. Dette skjedde uten at barn ble pratet med. • Barn har savnet venner og felleskap, noe som har skapt mye ensomhet. • Fra tidligere vet vi at kun 1 av 5 av barn som opplever vold har fortalt dette til noen i det offentlige. Det betyr at vi kun kjenner til en brøkdel av barn som opplever vold. Disse har også vært hjemme. Ny rapport fra NKVTS om barn, ungdom og koronakrisen viser at 15 % av barna i undersøkelsen, hadde blitt utsatt for minst en form for vold eller overgrep under nedstengingen våren 2020. Rapporten viser også at 20% av barna opplevde fysisk eller psykisk vold for første gang under nedstengingen. • Mange opplevde også nettovergrep for første gang under nedstengingen. Jenter var mye mer utsatt enn gutter. Få barn har visst hvem de kan ta kontakt med, og kun 1 av 3 fikk informasjon om at de kunne ta kontakt med skolehelsetjenesten under nedstengingen.		• Fagfolk må få opplæring i å bruke barns grunnleggende rettigheter, slik de er forpliktet til etter FNs barnekonvensjon. • Kunnskap fra barn må ligge til grunn for utforming av tiltakene. https://www.forandringsfabrikken.no/kunnskapssenter • Det må settes tydelige mål for psykisk helsehjelp. • Flere lavterskeltilbud til barn og unge. • Barn som strever med rus må få nyttig hjelp – rus er ofte et smerteuttrykk. • Alle barn og unge må vite hva vold og overgrep er. • Fagfolk må læres opp til å avtale med barn før de melder videre.
Oss med familie eller kjæreste i utlandet under covid	• Gjennom pandemien har par og familiemedlemmer på tvers av landegrensene hatt veldig store utfordringer med å kunne gjenforenes. Utover logistiske utfordringer med reise, forsterkes uforutsigbarheten ved stadig strengere innreiserestriksjoner som begrenser innreise for de som forsøker å planlegge/leve sitt sam-og familieliv. 29. januar ble påkjenningen ytterligere forsterket, med knapt halvannen døgns forvarsel, da grensen stengte for alle som ikke er ansett som 'nær familie', som av regjeringen defineres som ektefelle eller barn under 18 år. Ugifte par utestenges på grunnlag av manglende ekteskapskontrakt, som hindrer samliv og familieliv, også de som skal flytte sammen og/eller gifte seg. • Uforutsigbarheten i innreiserestriksjonene fører nå til at flere sitter i enda vanskeligere livssituasjoner. Nøkkelutfordringene får mange konsekvenser for de som er påvirket av innreiserestriksjonene. • Det er i gruppen dokumentert drastisk nedgang i psykisk og fysisk helse for en stor andel av de berørte. Resultatene av kartleggingen ble sendt regjeringen uten at vi har mottatt noe svar. Det er en komplett mangel på reell dialog mellom de folkevalgte		Å umiddelbart finne langsiktige, bærekraftige og forutsigbare løsninger som muliggjør trygge gjenforeninger mellom ugifte par og familiemedlemmer. Vi foreslår at Norge gjør det samme som de andre nordiske landene (Danmark, Finland, Island og Sverige): • Moderniser definisjonen av nær familie til å inkludere kjærester, forlovede, nyetablerte samboere, foreldre til voksne barn, besteforeldre og lignende. • Anerkjenn familiereise (inkludert reise til kjærester og/eller familiemedlemmer foreldre til voksne barn eller besteforeldre) som nødvendig reise, på lik linje som ektefeller og barn under 18 år. • Fokuser på å innføre tiltak for å redusere smitte for alle innreisende, som test og karantene, fremfor å redusere innreisen i seg selv for sårbare grupper som familier og kjærester. • Gjeninnfør kjæresteskjema med forsterket dokumentasjonskrav, inkluder andre bevis som kopi av

	og denne gruppen, en minoritet som bærer belastningen av alle tiltak innenlands og i tillegg må lide under at de ikke får se menneskene de behøver aller mest i en vanskelig tid. • Endringer i planlagt flytting fører til at folk sitter igjen uten jobb og bolig, familieliv blir satt på vent. De som ønsker å gifte seg må gjøre dette utenfor Norge, men denne muligheten finnes samtidig ikke for alle – de færreste land tillater for eksempel samkjønnet ekteskap. • Mange respondenter beskriver vanskelige livssituasjoner, både emosjonelt, sosialt, økonomisk, og mtp. andre omstendigheter. Situasjonene som beskrives er mer eller mindre utelukkende et direkte resultat av innreiserestriksjonene som ble innført av regjeringen, og i stor grad knyttet til det å være adskilt fra sin kjæreste eller familie. Situasjonen forverres ytterligere av uvissheten om når man får se sine nærmeste igjen. FHI og Hdir påpekte i januar og februar 2021 at denne gruppen opplever særlig belastende tiltak og anbefalte å oppheve dem, noe regjeringen ignorerte. De opprettholder i dag uvissheten ved å si at de "vurderer" å åpne opp for denne gruppen i trinn 2 av gjenåpningsplanen.		passet til den norsk bosatte/ norske statsborgeren, bostedsattest, leiekontrakt, bilder fra forholdet, dokumentasjon på tidligere reiser, eventuell prøvingsattest, og/eller andre bevis. • Anerkjenn familiemedlemmer som foreldre til voksne barn (over 18 år) og besteforeldre/voksne barn og barnebarn, og tillatt innreise ved bevis for/kopi av norsk borgers fødselsattest.
--	---	--	---

Referanser

- Akan, 2020. *Erfaringer fra Akan kompetansesenter under Korona-pandemien*, Oslo: Akan kompetansesenter.
- Alarmtelefonen for barn og unge, 2021. *Si Ifra! Årsrapport 2020*, Nodeland: 116111 - Alarmtelefonen for barn og unge.
- Andreassen, M., Fjeld, R., Vabo, S. I. & Glemmestad, E., 2017. *Områdegjennomgang av øremerkede tilskudd til kommunesektoren. Økt treffsikkerhet - bedre effekt - mindre byråkrati*, Oslo: Rapport fra ekspertgruppe.
- Anvik, C. & Waldahl, R. H., 2018. Sustainable Collaboration to Support Vulnerable Youth: Mental Health Support Teams in Upper Secondary School. *Open Access Journal*, 28 September.
- Arnesen, D. & Sivesind, K. H., 2021. *Frivillighet og koronakrisen. Befolkningens frivillige innsats og frivillige organisasjoners rolle, aktiviteter og økonomi under koronakrisen i Norge*, Bergen/ Oslo: Institutt for samfunnsforskning.
- Bakken, A., 2018. *Ung i Oslo 2018.*, Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA).
- Bakken, A., Pedersen, W., von Soest, T. & Sletten, M. A., 2020. *Oslo-ungdom i koronatiden. En studie av ungdom under covid-19-pandemien*, Oslo: Velferdsforskningsinstituttet NOVA, OsloMet.
- Barneombudet, 2020. *Jeg skulle hatt BUP i en koffert. En psykisk helsetjeneste tilpasset barn og unges behov*, Oslo: Barneombudet.
- Bjørnset, M., 2021. *Konsekvenser av Korona. Arbeidsledighet og gjennomføring blant unge i Viken*, Oslo: FaFo.
- Bramness, J. G., Bye, E. K., Moan, I. S. & Rossow, I., 2021. Alcohol Use during the COVID-19 Pandemic: Self-Reported Changes and Motives for Change. *European Addiction Research*, 9 April, pp. 1-6.
- Brand, J., McKay, D., Wheaton, M. & Abramowitz, J. S., 2013. The relationship between obsessive compulsive beliefs and symptoms, anxiety and disgust sensitivity, and Swine Flu fears. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2(2), pp. 200-206.
- Bratholmen, N. V. L., 2018. *SSB analyse 2018/08: Fravær i videregående skole. Karakterer og grunnskolefravær kan påvirke fraværet i videregående skole*, Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Bratsberg, B. et al., 2020. *Hvem tar støytten? Arbeidsmarkedet under Korona-krisen*, Oslo: Frischsenteret - SSB - Nav.
- Bufdir, 2021. *Statusrapport 12 - Utsatte barn og unges tjenestetilbud under covid-19 pandemien*, Oslo: Barne-, Ungdoms- og Familiedirektoratet.
- Caplan, G., 1964. *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.
- Chong, M.-Y. et al., 2004. Psychological impact of severe acute respiratory syndrome on health workers in a tertiary hospital. *The British Journal of Psychiatry*, 185(2), pp. 127-133.
- Chua, S. et al., 2004. Psychological effects of the SARS outbreak in Hong Kong on high-risk health care workers. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49(6), pp. 391-393.

- Dahlgren, G. & Whitehead, M., 1991. *Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO-Strategy paper for Europe (No. 2007: 14)*, Stockholm: Institute for Futures Studies.
- Deloitte, 2020. *Hjemmekontor under Covid-19. Deloitte Advokatfirmas undersøkelse av norske arbeidsgiveres forpliktelser ved bruk av hjemmekontor*, Oslo: Deloitte Advokatfirma.
- DFØ, 2020. *Organisering av statsforvaltningen - Virkemidler*, Oslo: Direktoratet for forvaltning og økonomistyring.
- Diaz, E. et al., 2020. Situational brief - Migration and covid-19 in scandinavian countries. www.migrationhealth.org, 18 Desember.
- Eien, E. N. & Ringen, P. A., 2020. *Helsebiblioteket.no*. [Internett]
Available at: <https://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/aktuelt/koronaepidemien-en-litteraturgjennomgang-av-psykiske-helseplager-og-tiltak-ous>
[Funnet mars 2021].
- Eriksen, I. M. & Davan, L. B., 2020. *Tap og tillit: Ungdoms livstilfredshet og samfunnsdeltagelse under pandemien*, Oslo: Velferdsforskningsinstituttet NOVA, OsloMet.
- FHI, 2018. *Sosiale helseforskjeller. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge.*, Oslo: Folkehelseinstituttet.
- FHI, 2021b. *Reseptfritt salg av legemidler i 2020.*, Oslo: Folkehelseinstituttet.
- FHI, 2021c. *Vaksinasjonsdekningen for 2020: Stabilt høy vaksinasjonsdekning i barnevaksinasjonsprogrammet – til tross for koronapandemien*. Oslo, Folkehelseinstituttet.
- FHI, 2021. *Litt færre fikk legemidler på resept i 2020.*, Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Fløtten, T. & Nielsen, & R. A., 2020. *Barnefattigdom – en kunnskapsoppsummering. Vedlegg til Like muligheter i oppveksten. Regjeringens samarbeidsstrategi for barn og ungdom i lavinntektsfamilier (2020-2023)*., Oslo: Barne- og familiedepartementet.
- Frivillighet Norge, 2020. *Frivillighetsbarometeret 2020. Frivillighet i Norge*, Oslo: Frivillighet Norge.
- Fyhn, Kari & Lønning, M. N. L., 2021. «*Såne små ting som å holde hender, det gjør så mye med hele deg*». *Eldre menneskers hverdag under koronapandemien*, Oslo: Røde Kors.
- Hafstad, G. S. & Augusti, E.-M., 2020. *Barn, ungdom og koronakrisen. En landsomfattende undersøkelse av vold, overgrep og psykisk helse blant ungdom i Norge våren 2020: Delrapport 1 av 3*, Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Hafstad, G. S., Skjørshammer, S. S., Wentzel-Larsen, T. & Augusti, E.-M., 2021. Adolescents' symptoms of anxiety and depression before and during the Covid-19 outbreak – A prospective population-based study of teenagers in Norway. *The Lancet Regional Health Europe*, 28 Mars.
- Helliwell, J. F. et al., 2021. *World Happiness Report*, s.l.: The Sustainable Development Solutions Network.
- Helsedirektoratet, 2018. *Temaside: Sosial ulikhet påvirker helse – tiltak og råd*, Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet, 2020. *Aktivitetsutvikling 2020 per desember - Foreløpige tall*, Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet, 2021. *Aktivitetsutvikling 2021 per februar. Foreløpige tall*, Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet, 2021b. *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2020. Norsk pasientregister, avdeling helseregistre*, Trondheim: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet, 2021. *Rundskriv IS-4/2021 - Tilskuddsordning for særlig ressurskrevende helse- og omsorgstjenester i kommunene*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helseetaten Oslo, 2021. *Kartlegging psykisk helse i Oslo - Status og konsekvenser av koronapandemien*, Oslo: Helseetaten, Oslo Kommune.

Hinrichsen, C. et al., 2020. Implementing Mental Health Promotion Initiatives - Process Evaluation of the ABCs of Mental Health in Denmark. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11 August, 17(16).

HOD, 2015. *Nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet (2015-2020)*, Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

HOD, 2018. *Meld. St. 15 (2017-2018) Leve hele livet - En kvalitetsreform for eldre*, Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Iancu, I. et al., 2005. Psychiatric Inpatients' Reactions to the SARS Epidemic: An Israeli Survey. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 42(4), pp. 258-262.

IMDi, 2020. *Arbeid mot negativ sosial kontroll og æresrelatert vold i 2020. Tallrapportering fra IMDi minoritetsrådgivere og integreringsrådgiverne sitt arbeid mot negativ sosial kontroll og æresrelatert vold*, Oslo: Integrerings- og mangfoldsdirektoratet.

Indseth, T. et al., 2021. *Covid-19 etter fødeland fra mars 2020 til februar 2021*, Oslo: Folkehelseinstituttet.

Ingelsrud, M. H., Ellingsen, D. & Steen, A. H., 2020. *Norsk arbeidsliv 2020 - Hele Norge på dugnad - konsekvenser og konstanter*, Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet AFI, OsloMet.

Kasper, M. et al., 2020. An Outbreak of Covid-19 on an Aircraft Carrier. *The New England Journal of Medicine*, 17 Desember, pp. 2417-2426.

KD, 2021. *Meld. St. 21 (2020-2021). Fullføringsreformen – med åpne dører til verden og fremtiden*, Oslo: Kunnskapsdepartementet.

Kinge, J. M. et al., 2019. Association of Household Income With Life Expectancy and Cause-Specific Mortality in Norway, 2005-2015.. *JAMA*, 321(19), p. 1916–1925.

Knapstad, M. et al., 2018. Effectiveness of Prompt Mental Health Care, the Norwegian Version of Improving Access to Psychological Therapies: A Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, Issue 89, pp. 90-105.

Knudsen, A. K. S. et al., 2021. Prevalence of mental disorders, suicidal ideation and suicides in the general population before and during the COVID-19 pandemic in Norway: A population-based repeated cross-sectional analysis. *The Lancet Regional Health - Europe*, Issue 4.

Koh, Z. et al., 2020. Impact of Coronavirus Disease on Persons with Dementia and Their Caregivers: An Audit Study. *Annals of geriatric medicine and research*, Nov, 24(4), pp. 316-320.

Korus Oslo, 2021. *Hurtigkartlegging av situasjonen i rusmiljøene under korona - uke 16*, Oslo: Korus Oslo.

- Krendl, A. & Perry, B., 2021. The Impact of Sheltering in Place During the COVID-19 Pandemic on Older Adults' Social and Mental Well-Being. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 18 Januar, 76(2), pp. e53-e58.
- Krokstad, S., 2021. Hva skal til for å få flere i arbeid? Essay. *Tidsskriftet Den Norske legeforening*, 22 februar.
- KS, 2021. *Kommunesektorens erfaringer fra koronakrisen så langt – Delrapport 1*, Oslo: KS / Deloitte.
- Larsen, B. T., 2021. *Covid-19 - Langsiktige konsekvenser for funksjonshemmede og kronisk syke*, Oslo: Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon.
- Larsen, L., Helland, M. & Holt, T., 2021. The impact of school closure and social isolation on children in vulnerable families during COVID-19: a focus on children's reactions. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 26 Mars.
- Lehmann, S. et al., 2021. Perceived consequences and worries among youth in Norway during the COVID-19 pandemic lockdown. *Scandinavian Journal of Public Health*, 1 Mars.
- Lorentzen, H. & Skinner, M. S., 2019. Frivillige i omsorgssektoren – muligheter. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 22(1), pp. 4-24.
- Magnusson, K. et al., 2021. Occupational risk of COVID-19 in the 1st vs 2nd wave of infection. *Preprint - not peer-reviewed*.
- Maguire, P. A., Reay, R. E. & Looi, J. C., 2019. Nothing to sneeze at - uptake of protective measures against an influenza pandemic by people with schizophrenia: willingness and perceived barriers. *Australas Psychiatry*, 27(2), pp. 171-178.
- Mamelund, S.-E. & Dimka, J., 2021. Social inequalities in infectious diseases. *Scandinavian Journal of Public Health*, 15 Mars.
- Martins, C., Godycki-Cwirko, M., Heleno, B. & Brodersen, J., 2018. Quaternary prevention: reviewing the concept. *European Journal of General Practice*, 24(1), pp. 106-111.
- Mikov, P. & Endresen, M., 2020. *Barn som pårørende under pandemien. Erfaringer fra samtaletilbudet BaRsnakk, etter covid-19-utbruddet i Norge*, Oslo: Barn av Rusmisbrukere.
- Nasjonalforeningen for Folkehelsen, 2021. *"Hun klarer ikke en stengning til". Rapport om personer med demens og koronasituasjonen*, Oslo: Nasjonalforeningen for Folkehelsen.
- Nav, 2021. Nesten hver sjuende arbeidstaker har vært permittert under koronapandemien. *MEMU Mennesker og Muligheter*, 22 Mars.
- Nes, R. B., Aarø, L. E., Veda, Ø. & Nilsen, T. S., 2020. Livskvalitet og psykisk helse under koronaepidemien november-desember 2020. *Folkehelseinstituttet*, 17 Desember.
- NKROP, 2021. *Hvordan opplever personer med en samtidig rus og psykisk lidelse utbrudd av COVID-19*, Oslo: Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP).
- NKVTS; RVTS Øst, 2020. *Krisesentrene og covid-19 – resultat fra en kartlegging i oppmykningsfasen av pandemien*, Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) og RVTS Øst.
- NKVTS, 2020. *Psykososiale konsekvenser av koronapandemien for barn, unge og voksne*, Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

- NOKUT, 2021. *Studiebarometeret 2020 – Hovedtendenser*, Oslo: Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen (NOKUT).
- Nøkleby, H., Berg, R., Muller, A. & Ames, H., 2021. *Konsekvenser av covid-19 på barn og unges liv og helse: en hurtigoversikt*, Oslo: Folkehelseinstituttet.
- OECD, 2013. *OECD Guidelines on Measuring Subjective Well-being*, s.l.: OECD Publishing.
- Opinion, 2021b. *Koronabarometeret - Nordmenn drikker stadig mindre alkohol.*, Oslo: Opinion.
- Opinion, 2021. *Nasjonal spørrendeundersøkelse 2020 - 2021*, Oslo: Opinion AS.
- Ozcelik, H. & Barsade, S. G., 2018. No employee an island: workplace loneliness and job performance. *Academy of Management Journal*, 61(6), p. 2343–2366.
- Pallesen, S. et al., 2020. *Omfang av penge- og dataspillproblemer i Norge 2019*, Bergen: Institutt for samfunnspsykologi, UiB.
- Pedersen, E. & Egeland, C., 2020. *Ro og råkjør: innblikk i familiers hverdagsliv under covid-19-nedstengningen*, Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet AFI, OsloMet.
- Perrin, P., McCabe, O., Everly, G. & Links, J., 2009. Preparing for an Influenza Pandemic: Mental Health Considerations. *Prehospital and Disaster Medicine*, 24(3), pp. 223-230.
- Prilleltensky, I., 2020. Mattering at the Intersection of Psychology, Philosophy, and Politics. *American Journal of Community Psychology*, Volum 65 , pp. 16-34.
- Rangul, V. & Kvaløy, K., 2020. *Selvopplevd helse, kroppsmasse og risikoatferd blant ungdommer i Nord-Trøndelag 2017-19. Helsestatistikk-rapport nummer 1 fra Ung-HUNT4*, Levanger: HUNT forskningssenter, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU.
- Regjeringen, 2021. *Handlingsplan for forebygging av selvmord (2020-2025). Ingen å miste*, Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Regjeringen, 2021. *Vi - de pårørende. Regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan (2021-2025)*, Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Richter, D., Riedel-Heller, S. & Zürcher, S., 2021. Mental health problems in the general population during and after the first lockdown phase due to the SARS-Cov-2 pandemic: Rapid review of multi-wave studies. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*.
- Rose, G., 1985. Sick individuals and sick populations.. *International Journal of Epidemiology*, Mars, 14(1), pp. 32-38.
- Rossow, I. et al., 2021. Changes in Alcohol Consumption during the COVID-19 Pandemic—Small Change in Total Consumption, but Increase in Proportion of Heavy Drinkers. *International Journal of Environmental Research and Public Health (IJERPH)*, 16 April.
- Russell, A., Nyame-Mensah, A., de Wit, A. & al., e., 2019. Volunteering and Wellbeing Among Ageing Adults: A Longitudinal Analysis. *Voluntas*, 15 Februar, p. 115–128.
- Røde Kors, 2021. *Velferdssamfunnet satt på prøve. Humanitære konsekvenser i kjølvannet av covid-19-pandemien.*, Oslo: Røde Kors.

- Santini, Z. et al., 2017. The protective properties of Act-Belong-Commit indicators against incident depression, anxiety, and cognitive impairment among older Irish adults: Findings from a prospective community-based study. *Experimental Gerontology*, Mai, pp. 79-87.
- Santini, Z. et al., 2017b. The association between Act-Belong-Commit indicators and problem drinking among older Irish adults: Findings from a prospective analysis of the Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA). *Drug and Alcohol Dependence*, November, pp. 323-331.
- Seland, I. & Andersen, P. L., 2020. Hva kjennetegner ungdom som går på norske fritidsklubber og ungdomshus?. *Nordisk tidsskrift for ungdomsforskning.*, 1(1), pp. s. 6-26.
- Seland, I., Andersen, P. L. & Eriksen, I. M., 2021. *Fritidsklubber i det lokale folkehelsearbeidet. Sluttrapport*, Oslo: Velferdsforskningsinstituttet NOVA, OsloMet.
- SiO, 2021. *Aktivitetsdata for helsetjenestene til studentsamskipnaden i Oslo*, Oslo: Studentsamskipnaden i Oslo.
- SiT, 2020. *Årsmelding 2020. Sit psykososial helsetjeneste*, Trondheim: Sit psykososial helsetjeneste.
- Sivertsen, B., 2021. *Studentenes helse- og trivselsundersøkelse. Tilleggsundersøkelse 2021.*, Oslo: SiO / Sammen / SiT / FHI.
- Skrove, G. et al., 2021. *Konsekvenser av covid-19 for tjenestetilbudet blant sårbare barn og unge*, Trondheim: NTNU, Institutt for sosial arbeid.
- Slettemeås, D. & Storm-Mathisen, A., 2020. *Digitalt koronaliv 2020: Norske husstanders digitale håndtering av koronapandemien*, Oslo: Forbruksforskningsinstituttet SIFO, OsloMet.
- Smith, O. R., Alves, D. E. & Knapstad, M., 2016. *Rask psykisk helsehjelp: Evaluering av de første 12 pilotene i Norge*, Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Spillavhengighet Norge, 2020. *Annerledesåret - Årsrapport 2020*, Lyngseidet: Spillavhengighet Norge.
- SSB, 2021. *Stor økning i alkoholomsetning 4. kvartal*, Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Strand, B. et al., 2014. Trends in educational inequalities in cause specific mortality in Norway from 1960 to 2010: a turning point for educational inequalities in cause specific mortality of Norwegian men after the millennium?. *BMC Public Health*, 24 Nov.
- Støren, K. S., Rønning, E. & Gram, K. H., 2020. *Livskvalitet i Norge 2020. SSB Rapport 2020:35*, Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Thonstad, M., Ekorud, T., Stølen & Castberg, S. B., 2021. 3 av 4 kommuner omdisponerte helsesykepleiere som følge av korona.. *SSB.no*, 24 Mars.
- Thoresen, S., Blix, I., Birkeland, M. S. & Andreassen, A. L., 2020. *Cope covid-19: helse og bekymringer under pandemien*, s.l.: NKVTS.
- Tveito, S. B., 2021. *Barnevern i krisetid. Barneverntjenestens arbeid med vold og overgrep under koronapandemiens første fase.*, Oslo: Velferdsforskningsinstituttet NOVA, OsloMet.
- Ukom, 2020. *Ungdom med uavklart tilstand - Samhandling mellom kommunale tjenester og mellom kommunale tjenester og BUP*, Oslo: Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten.
- Ukom, 2021. *Barn og unges psykiske helse et år inn i pandemien*, Oslo: Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten.

- Ungdom og Fritid, 2021. *Pandemiens påvirkning på barn og unges fritidsaktiviteter høsten 2020 og våren 2021. (ikke publisert)*, Oslo: Ungdom og Fritid.
- Unge funksjonshemmede, 2020. *Ungdom med funksjonsnedsettelse har mistet rettigheter under koronapandemien*, Oslo: Unge funksjonshemmede.
- Van Bortel, T. et al., 2016. Psychosocial effects of an Ebola outbreak at individual, community and international levels.. *Bulletin of the World Health Organization*, 1 Mars, 94(3), pp. 210-214.
- von Soest, T., Bakken, A., Pedersen, W. & Sletten, M. A., 2020. Livstilfredshet blant ungdom før og under covid-19-pandemien. *Tidsskrift for den norske Legeforening*.
- Wang, Q., Davis, P., Gurney, M. & Xu, R., 2021. COVID-19 and dementia: Analyses of risk, disparity, and outcomes from electronic health records in the US. 2021 Feb 9:10.1002/alz.12296. doi: . Epub ahead of print. PMID: 33559975; PMC. *Alzheimer's & dementia : the journal of the Alzheimer's Association*, 9 Feb.
- Welle-Strand, G. K. S. S., Clausen, T., Sundal, C. & Gjersing, L., 2020. COVID-19 survey among people who use drugs in three cities in Norway.. *Drug and Alcohol Dependence*, Issue 217.
- What Works Centre for Wellbeing, 2020. *Covid-19: How have relationships changed for different people*, s.l.: What works Centre for Wellbeing.
- Whillans, A. V. S. S. C. et al., 2016. Does volunteering improve well-being?. *Comprehensive Results in Social Psychology*, pp. 35-50.
- WHO, 1946. *Preamble to the Constitution of WHO as adopted by the International Health Conference, New York, 19 June - 22 July 1946*, New York: WHO.
- WHO, 1986. *The Ottawa Charter for Health Promotion*, Ottawa: WHO.
- Williamson, E. et al., 2020. Factors associated with COVID-19-related death using OpenSAFELY.. *Nature*, Aug, 584(7821), pp. 430-436.
- Wollebæk, D., Sætrang, S. & Fladmoe, A., 2015. *Betingelser for frivillig innsats : Motivasjon og kontekst.*, Oslo / Bergen: Institutt for samfunnsforskning : Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor.
- Wright, L., Steptoe, A. & Fancourt, D., 2020. Are we all in this together? Longitudinal assessment of cumulative adversities by socioeconomic position in the first 3 weeks of lockdown in the UK.. *Journal of Epidemiology and Community Health*, Sep, 74(9), pp. 683-688.
- Zubin, J. & Spring, B., 1977. Vulnerability: A new view of schizophrenia.. *Journal of Abnormal Psychology*, 86(2), p. 103-126.
- Øverli, I. T. & Gundersen, T., 2020. *Familievernet under covid-19. Erfaringer og læring under nedstengning og i en ny hverdag*, Oslo: Velferdsforskningsinstituttet NOVA, OsloMet.