

Notat

Situasjonen i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i april 2020

SAKSBEHANDLER / FORFATTER

Solveig Osborg Ose

Silje L. Kaspersen

BEHANDLING**UTTALELSE****ORIENTERING****ETTER AVTALE**

GÅR TIL

Solfrid E. Lilleeng, Helsedirektoratet

Referansegruppen for IS-24/8

Rådgiverne hos Fylkesmannen i alle fylker

Roar Håskjold, Sentio AS

PROSJEKTNR / SAK NR

78i14030/notat 1_2020

DATO

2020-05-04

GRADERING

Åpen

Innhold

INNHold	2
1 BAKGRUNN	3
2 DEKNING OG ØNSKET SVARFRIST PÅ HOVEDKARTLEGGINGEN	4
3 KONSEKVENSENE AV KORONASITUASJONEN	7
3.1 Konsekvenser for tjenestetilbudet	7
3.2 Konsekvenser for tjenestemottakerne	22
3.3 Konsekvenser for samarbeid med andre	30
3.4 Endring i antall henvendelser	32
4 OPPSUMMERING	33

1 Bakgrunn

Situasjonen som utviklet seg etter 12. mars 2020 førte til betydelig usikkerhet knyttet til årets IS-24/8 datainnsamling i kommunene. Vi valgte derfor å gjennomføre en forundersøkelse i kommunene for å kartlegge situasjonen, og finne ut hvordan tidsperioden for årets datainnsamling best kunne tilpasses situasjonen.

I 2020 er det 371 kommuner/bydeler som skal rapportere. Av de 356 kommunene i landet i 2020, er det 355 kommuner som svarer på kommunenivå, mens Oslo svarer på bydelsnivå (15 bydeler i tillegg til Velferdsetaten som behandles som egen bydel i datagrunnlaget).

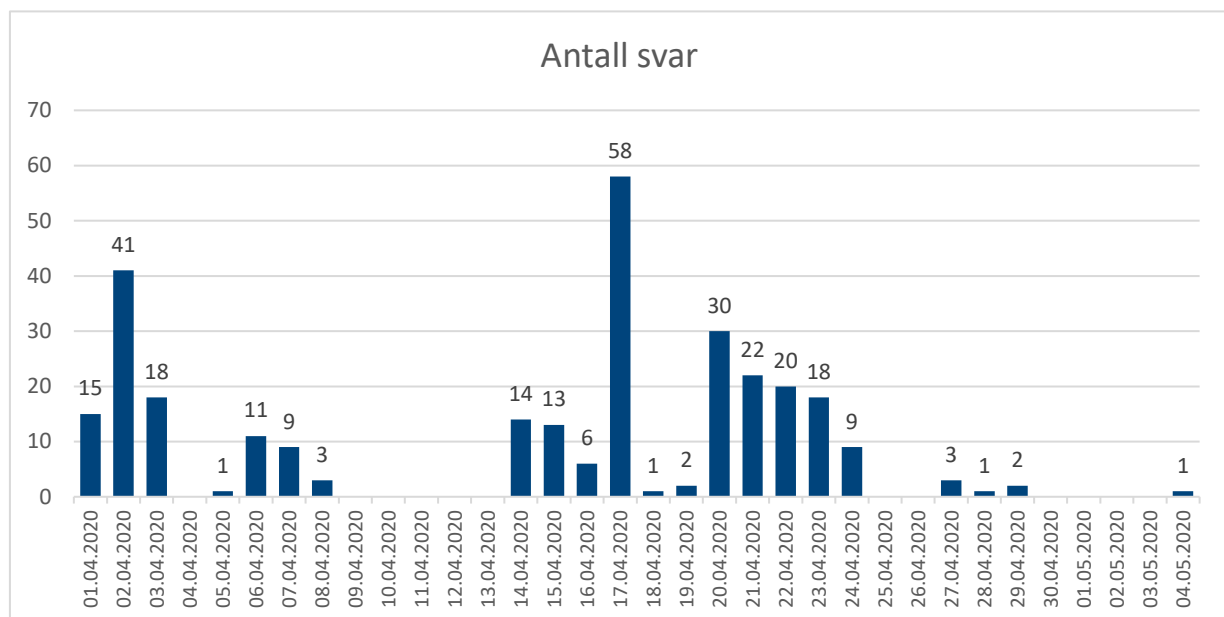
Det var 298 av 371 kommuner/bydeler som deltok i forundersøkelsen, og dette tilsvarer 80 prosent dekning. Sentio AS gjennomførte én purring, men vi besluttet å ikke purre videre og heller prioriterte å få sendt ut hovedundersøkelsen fordi relativt mange oppgav at de ville svare innen den første svarfristen som ble satt til 15. mai. Datagrunnlaget for dette notatet er altså svarene fra dette utvalget.

Vi vil i datainnsamlingen prioritere å ta kontakt med kommunene som ikke responderte på forundersøkelsen og som ikke har svart innen første svarfrist.

Datagrunnlaget inneholder følgende variabler og spørsmål:

1. Kommunenummer
2. Kommunnavn
3. Når vurderer dere at dere har kapasitet til å rapportere innen? (fem mulige datoer) - 295 svar
4. Kan dere kort gi en beskrivelse av konsekvensene av koronasituasjonen for målgruppene til kommunalt psykisk helse og rusarbeid? (åpen beskrivelse) – 285 svar

I tillegg inkluderer datafilen navn og kontaktinformasjon til ansvarlig i den enkelte kommune, men denne informasjonen er ikke benyttet i dette notatet. Kommunene har svart i løpet av april med unntak av en kommune som svarte 4. mai, se figur 1.



Figur 1 Antall svar på ulike datoer. N=298

I kapittel 2 ser vi på dekning og ønsket svarfrist, mens vi i kapittel 3 går grundig inn på situasjonsbeskrivelsen fra kommunene i første fase av pandemien. Kapittel 4 Oppsummerer funnene.

2 Dekning og ønsket svarfrist på hovedkartleggingen

Det er 295 kommuner/bydeler som har svart på når de ønsker å besvare IS-24/8 kartleggingen i 2020. Dette utgjør 79,5 prosent av kommunene/bydelene.

Svarfordelingen er vist i Tabell 1.

Tabell 1 Antall og andel kommuner som vil svare innen de ulike fristene, N=295.

Vil svare innen:	Antall	Prosent	Kumulativ prosent
15.mai	107	36	36
15.jun	110	37	74
15.jul	17	6	79
15.aug	13	4	84
15.sep	48	16	100
Totalt	295	100	

Vi kan se om det er betydelig fylkesvariasjon, først i forhold til dekning, se siste kolonne i tabell 2.

Tabell 2 Antall og andel kommuner som har svart, N=371.

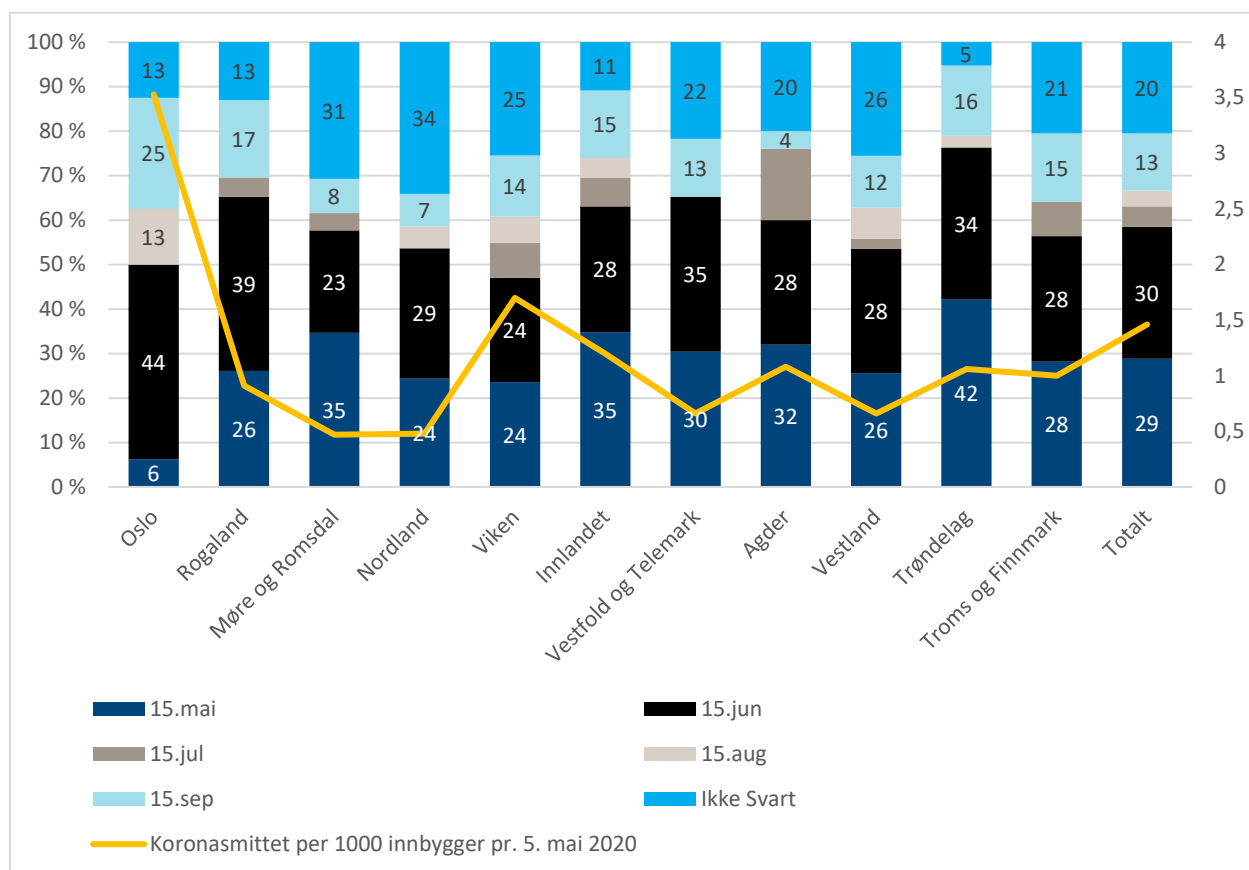
	Antall svar	Antall kommuner/bydeler	Prosent dekning
Oslo	14	16	88
Rogaland	20	23	87
Møre og Romsdal	18	26	69
Nordland	27	41	66
Viken	38	51	75
Innlandet	41	46	89
Vestfold og Telemark	18	23	78
Agder	20	25	80
Vestland	32	43	74
Trøndelag	36	38	95
Troms og Finnmark	31	39	79
Totalt	295	371	80

Det er 66 prosent av de 41 kommunene i Nordland som har svart på forundersøkelsen, mens andelen er 95 prosent i Trøndelag. Dette kan indikere at arbeidet med å få inn data til innsamlingen i 2020 kan forventes å måtte intensiveres spesielt i Nordland og i Møre og Romsdal.

Tabell 3 Antall og andel kommuner som har svart, N=295.

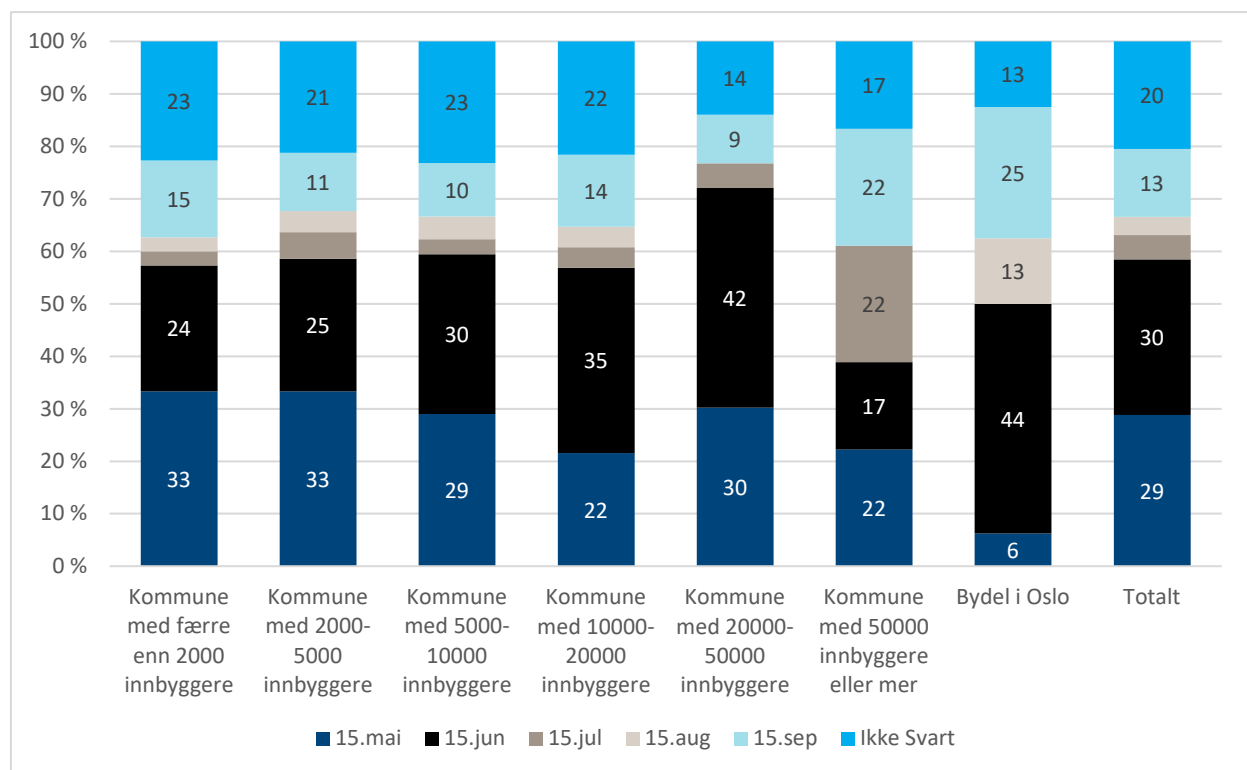
	15.mai	15.jun	15.jul	15.aug	15.sep	Totalt
Oslo	7	50	0	14	29	100
Rogaland	30	45	5	0	20	100
Møre og Romsdal	50	33	6	0	11	100
Nordland	37	44	0	7	11	100
Viken	32	32	11	8	18	100
Innlandet	39	32	7	5	17	100
Vestfold og Telemark	39	44	0	0	17	100
Agder	40	35	20	0	5	100
Vestland	34	38	3	9	16	100
Trøndelag	44	36	0	3	17	100
Troms og Finnmark	35	35	10	0	19	100
Totalt	36	37	6	4	16	100

Figur 2 viser svarfordelingen fra tabell 2, men her har vi også lagt til en egen kategori for de som ikke har svart.


Figur 2 Prosent av kommunene som oppgir svar innen ulike frister, N=371.

Det er altså en størst andel av kommunene som vil svare innen sommerferien i Trøndelag, og færrest i Viken og Oslo. På nåværende tidspunkt er det også disse fylkene som har høyest andel av innbyggerne med smitte. Den laveste andelen smittede er i de to fylkene med høyest andel kommuner som ikke har

svart på forundersøkelsen (Møre og Romsdal og Nordland). Vi ser videre på svarfordelingen etter kommunestørrelse i figur 3.



Figur 3 Prosent av kommunene som oppgir svar innen ulike frister etter kommunestørrelse, N=371.

Det er ikke betydelige forskjeller i ønsket svarfrist etter kommunestørrelse, med unntak av kommuner med mellom 20000 og 50000 innbyggere som i litt høyere grad vil svare før sommerferien. De største kommunene med unntak av Oslo, er de som i størst grad oppgir at de vil svare i juli.

3 Konsekvensene av koronasituasjonen

Mange av brukerne i målgruppen for tjenester innen psykisk helse og rusarbeid er sårbare i en pandemisituasjon, og kommunene satte derfor raskt inn tiltak for å unngå at smitte spredte seg særlig i rusmiljøene. Alle dagtilbud, gruppetilbud, kurs og aktivitetstilbud ble stengt ned, og de fleste en-til-en samtaler ble tatt på telefon. I slutten av april var det flere kommuner som åpnet noen av tilbudene igjen, men kun hvis det kunne gjøres i henhold til gjeldende smittevernanbefalinger. Det er fortsatt mange tilbud som er nedstengt, og kommunene erfarer at dette har store konsekvenser for de mest sårbare brukerne.

Etter å ha gått grundig gjennom svarene fra 285 kommuner/bydeler (77 prosent) som har beskrevet konsekvensene av koronasituasjonen for målgruppene til kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, gir vi i dette kapitlet en gjennomgang av de viktigste temaene som tas opp av kommunene under den første bølgen av pandemien. Vi har organisert resultatene etter følgende overskrifter:

- Konsekvenser for tjenestetilbudet
- Konsekvenser for tjenestemottakerne
- Konsekvenser for samarbeid med andre
- Endring i antall henvendelser

Resultatene oppsummeres i kapittel 4.

3.1 Konsekvenser for tjenestetilbudet

Sårbart i en pandemisituasjon hvis mange ansatte i tjenestene er sykepleiere

I en del kommuner er psykisk helse- og rustjenestene i stor grad bemannet av sykepleiere eller annet helsefaglig personell. Disse tjenestene vil være sårbare i en pandemisituasjon fordi helsepersonell kan bli beordret eller omdisponert til annet arbeid:

Bemanningen i tjenesten er rent sykepleiefaglig. Det er varslet at kommunen kan trenge sykepleiere i andre tjenester og da ville denne pasientgruppen få et dårligere/mindre tilbud. Foreløpig har vi heldigvis hatt full bemanning da koronarelaterte hendelser i kommunen er få. (Kommune med færre enn 2000 innbyggere).

Det er 10-15 kommuner som eksplisitt nevner at kommunene har gjort omdisponeringer av personell som påvirker tjenestene til målgruppen, men sannsynligvis er det mange flere kommuner som har gjort slike vurderinger. Når det viste seg at smitten ikke ble særlig utbredt i mange kommuner, ser det likevel ikke ut til at så mange ansatte faktisk skiftet arbeidsted. I en kommune ble ansatte i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid blant annet satt til å betjene en ny telefontjeneste til befolkningen:

Det blir brukt ressurser på Corona-tlf i kommunen, sitter i smittesporingsgruppa, noe ressurser inn på sykehjemmet, og noe i boliger og hj.tj. Tjenesten har ikke vært syke eller i karantene til nå, men balanserer da vi har blitt pålagt omdisponeringer. (Kommune med 5000-10000 innbyggere).

En annen kommune oppga at de også hadde opprettet en ny telefontjeneste som befolkningen kunne bruke for å få informasjon, men de hadde ikke opplevd særlig pågang. En annen kommune forberedte de seg på at situasjonen kunne eskalere, slik at de måtte bidra i andre deler av tjenesteapparatet. I en liten kommune forberedte de seg på at også legekantorene ville kunne trenge forsterkninger:

Ansatte blir omdisponert til andre arbeidsoppgaver, i omsorgstjenesten og i ved legekantoret. (Kommune med færre enn 2000 innbyggere).

Men det er ikke bare små kommuner som har gjort omdisponeringer av årsverkene. Og når kommunene omdisponerer årsverk, må de også sørge for nødvendig opplæring:

*Flere årsverk er omdisponert til sykehjem o.l. for opplæring og beredskap.
(Kommune med 20000-50000 innbyggere).*

Det er også kommuner som er kritiske til at ressurser tas fra disse tjenestene i en tid da mange av brukerne mister tilbudene sine, og har behov for tettere og mer individuell og ressurskrevende oppfølging:

*Det er flere ansatte som er omplassert som følge av beredskap. Utfordringen er også uforutsigbarheten for de ansatte som er i beredskap. Det oppfattes at fagområdet blir sterkt nedprioritert. Dette svekker aktiviteten i forhold til brukergruppen med psykiske og/eller ruslidelser. Vi ser at angst/depresjon øker, samt sinne. Det er også flere med rusutfordringer som har sprukket pga. manglende oppfølging og aktiviteter.
(Kommune med 5000-10000 innbyggere).*

Flere kommuner har liknende erfaringer:

Omfordeling av personale. Manglende mulighet til oppfølging av brukere. Individuell fysisk samtale. Lite kontinuitet av oppfølging for å avdekke utfordringer knyttet til psykisk helse og rusproblematikk. (Kommune med 10000-20000 innbyggere).

3,5 kliniske årsverk er hos oss nå redusert til 1,5, da 2 årsverk er beordret til annet arbeid for tiden (Kommune med 5000-10000 innbyggere).

I en kommune har de omdisponert personell til ambulerende tjeneste, men ikke nødvendigvis med tilbud til den vanlige målgruppen sin:

Flere følges opp pr telefon, noe enkelte synes er vanskelig. Dagsenter og samtale/tjeneste/ruskonsulenter er stengt og personellet har delvis hjemmekontor eller er delvis omdisponert til ambulerende tjeneste (Kommune med 20000-50000 innbyggere).

Noen opplevde også at bemanningen ble lavere i en periode da mange ble satt i karantene etter reiser i vinterferien:

Status og kapasitet for rus og psykisk helsetjeneste er bra. Det er flere i jobb ved psykisk helse og rus nå enn for 14 dager siden. Dette fordi flere ble satt i reisekarantene etter vinterferien. Det har vært noen få tilfeller av ansatte i smittekarantene, men ikke veldig mange (Kommune med 50000 innbyggere og mer).

Den samme kommunen har også erfart at det kan bli reservekapasitet når noen tjenester stenges ned:

Mange av kommunens tjenester og tilbud har begrenset åpningstid eller holder stengt på grunn koronatiltakene, og at dette har ført til en slags reservekapasitet med tverrfaglig personell (Kommune med 50000 innbyggere og mer).

Omdisponeringer påvirker tjenestene, og kanskje særlig i de små kommunene med få årsverk:

Tjenestemottakerne har i hovedsak fått sine tilbud via telefon og noe av tilbudet har vært redusert grunnet omorganisering av personell (Kommune med færre enn 2000 innbyggere).

Slike omdisponeringer kan ha stor betydning for brukerne av tjenestene, og kanskje særlig for enkeltbrukere som er avhengig av stabilitet:

De får et dårligere tilbud. Ikke alle får de tjenestene i den utstrekning de har vedtak for. Mer ensomhet. Ved omdisponering mister de sin faste kontakt, som igjen kan føre til forverring i pasientens psykiske helse (Kommune med 5000-10000 innbyggere).

Nedstengte dagtilbud, aktivitetstilbud, kurstilbud, lavterskeltilbud og gruppetilbud

Ut ifra svarene fra kommunene ser det ut til at nesten alle kommuner har stengt det meste av dagtilbud, gruppetilbud, kurstilbud og andre aktivitetstilbud.

Mange kommuner gav i april beskrivelser som likner på denne:

Situasjonen har ført til nedleggelse av all gruppevirksomhet, fritidsgrupper og aktivitet/arbeidsgrupper. Vi følger opp brukere med samtaler på telefon, utlevering av LAR-medisiner i hjemmet og en-til-en oppfølging, turer og aktivitet og samtaler. (Kommune med 5000-10000 innbyggere).

En større kommune beskriver det slik:

All kursvirksomhet er lagt på vent, planlagte KIB kurs må utsettes. I tillegg er også dagsenter stengt. (Kommune med 10000-20000 innbyggere).

Dagtilbudene ble raskt stengt ned, og begrunnelsen var at kommunene ikke kunne holde tilbudene åpne samtidig som de fulgte smitteverne-reglene:

Vi har stengt dagtilbudene våre da vi ikke har mulighet å tilrettelegge etter smitteverne-regler i eksisterende lokaler. Noen av brukerne gir uttrykk for at de savner det faste sosiale møtepunktet. Alle brukere er fulgt opp pr. telefon, unntaksvis mulighet for avtale på kontor/i hjem (Kommune med færre enn 2000 innbyggere).

Generelt er det mindre fysisk kontakt mellom brukere og en dekkende beskrivelse for mange av kommunenes svar er:

Alle tiltak stengt. Nesten all kontakt foregår pr. telefon med unntak av mat, utdeling av brukerutstyr og tilsyn med de dårligste brukerne våre (Kommune med 10000-20000 innbyggere)

Noen kommuner har klart å opprettholde noen gruppetilbud for enkelte brukere, mens andre har stengt helt ned:

Vi har i lagt ned ordinær drift av grupper og lågterskel tilbud. Vi har likevel hatt noko gruppetilbud for enkelte brukere. Mykje av den individuelle oppfølginga skjer på telefon, men dei som må ha ordinære samtaler får dette i eit egna lokale, der det er mogleg å halde god avstand (Kommune med 2000-5000 innbyggjarar).

Dagsenter for brukergruppa innen psykisk helse er pt. stengt, det samme er den del av de andre treffarenaene for ROP gruppen (Kommune med 20000-50000 innbyggere).

Nye former for å gi tjenester beskrives av noen:

*Lokalene for rus-psyk helse med lavterskeltilbud holdes stengt, dette inkluderer musikkterapi og treningsgrupper. Musikkterapi opprettholdes via Helsenet.
(Kommune med 5000-10000 innbyggere).*

Noen kommuner har erstattet nedstengte tilbud med hjemmebesøk:

Helsestasjon for rus er stengt og erstattet av at vi drar hjem til de som har behov for sprøytebytte, sårstell etc. Aktivitetshuset vårt er stengt, samt arbeidstreningsplasser. Behandlingstilbudet for rusavhengige er opprettholdt, men har gått fra å være et gruppetilbud til et individuelt tilbud. Rask psykisk helsehjelp har redusert tilbud, stort sett via telefon, eller tilbud om nettløsning. Mestringskurs blir ikke gjennomført. Botiltakene har samme tilbudet. (Kommune med 20000-50000 innbyggere).

Selv om det ikke er påvist smitte i kommunen, forholder de seg til smittevernreglene:

Ingen smitte i vår kommune enda, men nye retningslinjer og stengte tilbud. Endring i daglige rutiner og tilbud: Utdeling etter smittevernregler, ute på trappa, avstand. Samtaler på tlf./Skype foruten ett utvalg svært sårbare brukere. Stengte dagsentre og tilbud som gatefotball og støttekontaktjenester. (Kommune med 2000-5000 innbyggere).

I en kommune forteller de at de har lokaler i forbindelse med sykehjem, og at de på grunn av strenge regler ikke har tilgang til kontoret:

Pr nå utestengt fra eksisterende kontorlokalteter grunnet samordnende lokaliteter med sykehjem. Hjemmekontor og midlertidige lokaler for brukermøter i tillegg til telefonmøter, hjemmebesøk og videokonsultasjoner under utprøving. Foreløpig lite nye henvendelser. Ingen registrerte smittede i kommunen foreløpig. (Kommune med 2000-5000 innbyggere).

I noen av kommunene er det derimot innført strenge restriksjoner fordi de har flere smittetilfeller i institusjon:

*Kommunen har foreløpig 3 smittede og en del som har vært i karantene. Ingen får komme inn på omsorgssenteret hvor de psykiatriske sykepleierne har kontor. LAR-pasienter håndteres utenfor, lavterskelsamling er stoppet, kjente og nye kontakter håndteres mest via telefon. Hjemmebesøk v/behov, men med hele familien heime ender det av og til med at brukeren må bli med meg ut og luften hunden min
(Kommune med færre enn 2000 innbyggere).*

Siste del av beskrivelsen viser at det i små kommuner kan oppstå behov for å lage private og pragmatiske løsninger for å ha nødvendig kontakt med brukerne.

Noen arbeidstiltak ser ut til å fortsatt være i drift, men fler kommuner melder om nedlagt aktivitet også i arbeidstiltak:

Primært telefonkonsultasjoner, unntak forekommer. Sosiale møteplasser holder stengt. Tiltak ift arbeid og aktivitet blir satt noe på "vent" (IPS, NAV) (Kommune med 5000-10000 innbyggere).

Det er kanskje arbeidstiltakene som foregår utendørs som har klart å opprettholde tilbudene, for eksempel tilbud der deltakerne foretar rydding rundt sentrene og i nærområdene (Dagsverket i Alf). I Oslo oppgir de at aktivitetstilbudet FIXIT innen rus har tatt på seg kjøreoppdrag for smitteutstyr utlevering samt flytting/etablering.

Personlige møter erstattes med oppfølging på telefon, videomøter og møter ute

De aller fleste kommunene oppgir at det er færre fysiske kontakter med brukerne og at dette er erstattet av oppfølging på telefon og utemøter. Flere og flere har kommet i gang med videomøter og konsultasjoner:

Fysiske samtaler er erstattet med tilbud om videosamtaler eller telefonsamtaler. (Kommune med 5000-10000 innbyggere).

Vi har ikke registrert store konsekvenser for brukere i vår målgruppe ennå. Holder kontakt på telefon og er i ferd med å opprette videokonferanseløsninger nå og skal være operativt rett etter påske. (Kommune med 2000-5000 innbyggere).

Oppfølgingen skjer over telefon, eller utendørs for de som vurderes til å trenge å se noen. I starten ble det litt bråstopp på alt, men det går seg litt til og vi får på plass flere og flere videomøter osv. (Kommune med 5000-10000 innbyggere).

Men det kan likevel være endringer i både hyppighet og varighet når tilbudet flyttes fra fysiske møtesteder til digitale arenaer:

Alle får tilbud, stort sett jf. vedtak, men samtalerterapi foregår som e-konsultasjon eller pr telefon og har kortere varighet og ikke fullt så hyppig som ønsket (Kommune med 2000-5000 innbyggere).

Noen nevner hvilke løsninger de har brukt:

Store deler av hjelpetilbudet er endret, og mesteparten av hjemmebesøk / fysiske samtaler er avlyst. Brukere er tilbudt samtaler på telefon eller videosamtaler via appen Signal (som tilbyr sikker kommunikasjon). (Kommune med 2000-5000 innbyggere).

Noen beskriver en mer systematikk i kontakten med brukerne, for eksempel at alle brukerne blir oppringt hver uke:

Konsekvenser har blitt at fysiske avtaler har blitt erstattet av telefonsamtaler. I noen tilfeller har vi vurdert av det har vært nødvendig i møte brukere, da helst ute eller innenfor retningslinjer gitt ifht smitte. Alle har blitt oppringt hver uke. Vi har en turgruppe som er avlyst, det samme er brukerstyrt tilbud. (Kommune med 2000-5000 innbyggere).

Noen kommuner oppgir at de bruker Helsenett.no i sin kommunikasjon med brukerne:

Situasjonen er forholdsvis rolig. Mange brukere får nå samtaleoppfølging på telefon eller over Helsenettet. De tjenester som ikke vurderes som helt nødvendige er blitt redusert på grunn av smitteverntiltak og planlegge for mulig høyt sykefravær. (Kommune med 20000-50000 innbyggere).

Andre har ikke på plass utstyr for videosamtaler, og erfarer at det er vanskelig å vurdere brukerne kun med telefon som hjelpemiddel:

Pasienter i oppfølgingsgruppe 1 og 2 får kun tilbud om oppfølging pr. telefon. Kommunen har pr. i dag ikke på plass videosamtaler. Medfører at det er vanskelig å gjøre en vurdering av brukere (Kommune med 5000-10000 innbyggere).

Men noen kommuner har erfart at telefonkontakt ikke er tilstrekkelig for de som trenger tjenestene mest og går nå over mot mer normal kontakt:

Målgruppen som har ambulant oppfølging har i stor grad blitt fulgt opp, ved et fysisk møte, for eksempel gåtur eller via mobil. Det sees nå økt symptomtrykk hos brukere

som har fått oppfølging via mobil over tid. Etter faglige vurdering økes nå normal kontakt med brukerne. Brukere med store bruk av illegale rusmidler og har psykisk helse utfordringer har i økende grad vært i risikogruppen for økt smitte, fare for overdose og fare for helse grunnet urene illegale stoffer (Kommune med 50000 innbyggere og mer).

Vi kommer tilbake til konsekvensene for denne gruppen i kapittel 3.2.

Færre hjemmebesøk, men ulike vurderinger

Selv om hjemmebesøk foretas i mye mindre grad enn til vanlig, beskriver kommunene at de drar på hjemmebesøk dersom det er behov:

Personer som er under behandling følges fortrinnsvis opp med samtaler eller videosamtaler og hjemmebesøk ved behov. (Kommune med 10000-20000 innbyggere).

De fleste kommunene oppgir at de gjør en vurdering om hvem som har størst behov for fysisk møte, og de prioriterer disse:

Det er færre som får individuell oppfølging i form av hjemmebesøk, men forsøker å opprettholde fysisk kontakt med de alvorlig syke (Bydel i Oslo)

Begrensa oppfølging og hjelp. Vi har gått inn og individuelt kartlagt og vurdert alle vi har på lista. Det meste av kontakt har vore over telefon i henhold til vedtaka, men også heimebesøk og turar til dei vi har vurdert treng det mest. (Kommune med 2000-5000 innbyggere).

Noen oppgir at terskelen for å få hjemmebesøk er at det skal være kritisk behov for helsehjelp:

Målgruppen i kommunen får et redusert tilbud, hvor vi ikke foretar hjemmebesøk utenom kritisk hjelp ved fare for liv og helse. Samtaler på kontor er også redusert til et minimum, men vi er tilgjengelige på videokonsultasjon og telefon (Kommune med færre enn 2000 innbyggere).

Vi har redusert 1:1 kontakten, det er kun nødvendig helsehjelp som medfører hjemmebesøk. (Kommune med 20000-50000 innbyggere).

Men i andre kommuner, har de valgt å opprettholde hjemmebesøkene til en gruppe av brukerne:

De som trenger daglig tilsyn, får dette i samme utstrekning som før. Ellers får de andre samtaler på telefon etter vanlig intervall foreløpig (Kommune med færre enn 2000 innbyggere).

Flere har fått annerledes oppfølging, dvs. over telefon og video. De som har hatt mest behov for det har fått direkte oppfølging. (Kommune med 5000-10000 innbyggere).

Hjemmetjenestene må særlig ta hensyn til at de kan dra med seg smitte mellom brukere som er særlig utsatt for alvorlig sykdomsforløp om de blir smittet, og noen kommuner ser ut til å ikke ha fysiske møter i det hele tatt for de mest sårbare gruppene:

ROP-tjenesten har ikke oppfølging/samtale i hjemmet el. kontor. Har jevnlig kontakt pr. tlf. med de som er innvilget hjemmetjenester. Fastlegen har også oppfølging med noen av pasientene som f.eks. telefon eller legebesøk. (Kommune med færre enn 2000 innbyggere).

Psykisk helse tar ingen hjemmebesøk til våre brukere med unntak av der liv og helse står i fare. (Kommune med 2000-5000 innbyggere).

Har ikke vært en-til-en samtaler, kun oppfølging via telefon. Ikke utført hjemmebesøk. (Kommune med færre enn 2000 innbyggere).

De kommunene som har unngått hjemmebesøk helt, ser ut til å være små kommuner. I en større kommune beskriver de grundigere hvilke vurderinger de har gjort:

Dette er en spesiell situasjon, men innbyggere som trenger rus- og psykisk helsetjenester skal få dette. Dersom det er aktuelt med tjenester fra miljøterapeutisk enhet, gjøres dette enten via telefon/Skype, at bruker møter opp på tjenestestedet eller at ansatte går hjem til bruker. Det siste gjøres i mindre grad, og de prøver å oppholde seg kortest mulig i brukers leilighet, de prøver heller å gå tur med bruker.

Vurderingene gjøres utfra en prioritering av alvorlighetsgrad. [...]Dersom en rusavhengig får påvist covid-19, og er i isolasjon, skal vi bidra med nødvendig helsehjelp i tråd med det tilbudet vi har. Da reiser vi hjem til bruker, og dersom det er forespørsel om brukerutstyr leveres det på døren slik at ansatte ikke trenger å gå inn. Dersom det er snakk om sårstell, må ansatte ikke seg fullt smittevernsutstyr og utføre sårstellet hjemme hos bruker. Det kan også være aktuelt å levere sårutstyr på døren, det må vurderes ut fra hvem det er og hvilken type sår det er snakk om. Det kan også gis veiledning pr. telefon. Uansett er det en dialog mellom bruker og ansatt og en vurdering om nødvendig helsehjelp sett opp mot risikoen for smitte (Kommune med 50000 innbyggere og mer).

Mens en annen, mindre kommune har gitt følgende beskrivelser om hjemmebesøk:

Fleire av brukarane har dagleg oppfølging frå heimesjukepleie og heimehjelp. Det er tett dialog og samarbeid mellom dei ulike avdelingane. Det er og tett dialog med kommuneoverlegen ved vurderingar etter anbefalingar frå FHI og dei avgjersle som til ei kvar tid er gjeldande. (Kommune med 2000-5000 innbyggjarar).

Enkelte kommuner oppgir også at de har liten endring i tilbudet om hjemmetjenester, dvs. at de har tilnærmet ordinær drift - men har innført forebyggende smitteverntiltak.

Det er også enkelte brukere som ikke ønsker hjemmebesøk under pandemien:

Alle aktivitetstilbud er utsatt inntil videre med bakgrunn i retningslinjer fra FHI. Enn så lenge har vi kapasitet til å opprettholde tilnærmet vanlig drift. Enkelte brukere ønsker ikke hjemmebesøk med bakgrunn i situasjonen, det tilbys da telefonoppfølging, og videokonferansesamtaler. (Kommune med 10000-20000 innbyggere).

Praktisk bistand er redusert til kun å gi nødvendig helsehjelp

En del kommuner oppgir at praktisk bistand er redusert for å kunne prioritere forsvarlig helsehjelp til alle:

Vi prøver å følge opp brukerne våre på best mulig måte i denne koronasituasjonen. Rus- og psykisk helsetjeneste følger opp brukerne/pasientene fortrinnsvis over telefon. En del pasienter/brukere mottar også praktisk bistand fra Miljøtjenesten er redusert til kun den oppfølgingen som er helt nødvendig, altså kun å gi nødvendig helsehjelp. Oppfølgingene av pasientene vurderes kontinuerlig og blir ut ifra individuelle behov, (Kommune med 10000-20000 innbyggere).

Det er gjort individuelle avklaringer med samtlige kjente brukere for hvordan de ønsker oppfølging under denne situasjonen. Mange følges kun opp pr tlf, noen drar vi fortsatt hjem til eller vi møtes på gåtur/samtale. Praktisk bistand er noe redusert, for å prioritere forsvarlig helsehjelp til alle (Kommune med 20000-50000 innbyggere).

Andre oppgir at det gis tjenester om det er forsvarlig, og at det er dette som er kriteriet for å yte tjenester:

*Det gis direkte tjenester i den grad vi finner det forsvarlig for brukerne og ansatte.
(Bydel i Oslo).*

Døgnbemannede bofellesskap opprettholder drift med smittevernstiltak

De fleste kommunene oppgir at døgnbemannede bofellesskap går som normalt, men med strenge smittevernstiltak som anbefalt:

Døgnbemannede bofellesskap fortsetter driften stort sett som normalt (Kommune med 10000-20000 innbyggere).

Når det gjelder ruspasienter med heldøgns omsorg har tilbud blitt gitt i boligene som vanlig, men med tilpasninger mht. smittevern (Kommune med 5000-10000 innbyggere).

*Botilbudene er som tidligere med de begrensninger som smittevernstiltakene setter.
(Kommune med 50000 innbyggere og mer).*

I noen tilfeller har de for eksempel innført regler på hvor mange som kan være i fellesarealer på samme tid i botilbudene. Men nedstengte arbeids- og aktivitetstilbud får konsekvenser også for beboere i botilbudene.

Men kommunene melder også omprioriteringer med redusert oppfølging også i boligene selv om driften opprettholdes:

Døgnbemannet bolig, går med redusert oppfølging. (Kommune med 5000-10000 innbyggere).

Hjemmekontor og telefonoppfølging

Noen ansatte har hjemmekontor som beredskapstiltak med de samme utfordringer som andre med hjemmekontor hadde da barnehagene var stengt:

*Helse og sosialkonsulent som er ansvarlig for psykisk helse har hjemmekontor som et beredskapstiltak i tillegg til at han har 2 barnehageunger som trenger oppfølging.
(Kommune med færre enn 2000 innbyggere).*

I andre kommuner er det flere som har hjemmekontor:

Vi på rus og psykisk helse arbeider fremdeles via hjemmekontor, som flere avdelinger i kommunen gjør i disse dager. (Kommune med 5000-10000 innbyggere).

Ansatte med hjemmekontor følger opp brukere over telefon eller videosamtaler, men tar noen fysiske møter:

Brukere følges opp med samtaler pr telefon eller videosamtaler. Noen få brukere følges opp med fysiske møter, men da med nødvendige forhåndsregler. - Gruppetilbud som dagsenter og treffsted er stengt - Noen ansatte har fått deler av stillingen sin omprioritert til andre/nye oppgaver - De fleste ansatte har hjemmekontor (Kommune med 10000-20000 innbyggere).

Noen forteller at de bruker i nettbrett som de har fått lånt inn for å gjennomføre behandlingssamtaler via Helsenet:

Ansatte som har hjemmekontor, bruker IPAD og har behandlingssamtaler med sikker linje via Helsenet (Kommune med 5000-10000 innbyggere).

Prioriterer de sykeste

Kommunene prioriterer å gi hjelp til de som trenger det mest:

Dagsenter tilbudet for psykisk helse og rus er stoppet. En har gjennomført en vurdering opp mot diagnose, symptomtrykk, daglig fungering og pårørende, dette blir gjort kontinuerlig, slik at de som er sykest skal få best hjelp. Vi endrer også på tilbudet dersom det er behov (Kommune med 5000-10000 innbyggere).

Mange oppgir at de gir hjelp i henhold til vedtak:

Begrensa oppfølging og hjelp. Vi har gått inn og individuelt kartlagt og vurdert alle vi har på lista. Det meste av kontakt har vore over telefon i henhold til vedtaka, men også heimebesøk og turar til dei vi har vurdert treng det mest. (Kommune med 2000-5000 innbyggere).

En bydel i Oslo oppgir at de har ekstra fokus på følgende målgrupper i denne perioden:

- De med høy fare for suicid.
- Barn og unge med sammensatte behov, hvor hjemmesituasjonen ofte er en del av utfordringene deres og hvor isolering i hjemmet i så måte er lite gunstig.
- Personer i aktiv rus med underliggende lidelser som er ekstra utsatt ifht smitte og har ikke mulighet for karantene / isolering.
- Psykosepasienter som er avhengig av stabil medisinerings for å ivareta egen helse.

Dette synes å være i tråd med de målgruppene de andre kommuner oppgir at de har prioritert.

Me føl notat av 25.mars frå helsedirektoratet om prioritering av helsetenester. (Kommune med 2000-5000 innbyggere).

I dette notatet står det blant annet at lavterskeltilbud for brukere med alvorlige rusmiddelproblemer eller psykisk lidelser bør opprettholdes for å gi tilbud til de mest sårbare personene og for å avdekke alvorlig sykdomsutvikling. Forekomst av selvmordsproblematikk, psykoseutvikling og akutte stressreaksjoner kan øke i krisetider. For brukere med alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse bør det legges til rette for ambulans oppfølging i samarbeid med spesialisthelsetjenesten, som for eksempel ved ACT/FACT team.

En kommune oppsummerer prioriteringene slik:

Brukere er kontaktet. De er spurt om hva som er deres behov. Brukere ROP: Tilnærmet samme tilbud som før. Brukere forløp 3: Tilnærmet samme tilbud som før. Brukere forløp 2: Enkelte mottar regelmessige telefoner, gåturer eller annet. Andre har sagt at de vil vente med å motta et tilbud. Brukere forløp 1: Mange har sagt at de vil vente en stund. Andre blir prioritert da de gir uttrykk for at de trenger hjelp nå. Mange mottar telefon regelmessig. Dagtilbud åpner forsiktig i uke 18. Brukere i forløp 3 og ROP blir prioritert først. (Kommune med 5000-10000 innbyggere).

En annen kommune oppsummerer slik:

Alle lavterskeltilbud er avlyst. Alle grupper er avlyst. Samtaler kun på telefon. Fokus på de som er i hovedforløp 3. De andre nedprioriteres. (Kommune med 5000-10000 innbyggere).

Større kommuner oppgir å også å prioritere forløp 3:

Brukere i hovedkategori 1 og 2 har fått avlyst tjenester de tidligere har hatt (som aktivitetstilbud, gruppetilbud og samtaler på kontoret), og får tilbud på andre måter - som telefon, oppfordringer om apper og nettløsninger, eller gåturer. Brukere i hovedkategori 3 har mer eller mindre de samme tjenestene som tidligere, men noen av tjenestene gis på andre måter. Som følgetjenster, kjøre i bil, og flere smitteverntiltak (Kommune med 20000-50000 innbyggere).

Mange uttrykker bekymret for utsatte barn og unge:

Lavterskeltilbud, kurs og grupper stoppet. Sikrer feltpleie og mat til de mest utsatte. Individuell oppfølging over telefon, video, tur og helt unntaksvis på kontor. Begrenset kapasitet, mye hjemmekontor. Men alle sikres et minimum, men ikke optimalt. Spesielt sårbart for utsatte barn og unge. (Kommune med 50000 innbyggere og mer).

Prioriterer mat, medisiner og rent brukerutstyr

De fleste kommunene oppgir at de har gjort omprioriteringer og gjør nå det mest nødvendige. Mat til rusavhengige og andre grupper prioriteres:

Opprettholder kontakt med alle brukere på telefon. De som må ha direkte kontakt får det. Medisinering inkl. injeksjoner går som vanlig. Rent brukerutstyr og mat til rusavhengige blir delt ut. Nærbehandling for rusavhengige foregår via videomøter. Døgntilbudet, 18 boenheter, har tilfredsstillende bemanning (Kommune med 20000-50000 innbyggere).

Noen har inngått avtaler med lokale butikker for å få tilgang til overskuddsmat, og dette kan bidra til at de opprettholder kontakt med de mest utsatte:

To ganger i uken henter vi overskuddsmat fra butikkene, og det kjøres nå ut matposer til rusmisbrukere og andre vanskeligstilte. Dette har ført til at vi har kontakt, og følger de med samtaler og observasjon. Vi har delt ut informasjon og Antibac. Jeg opplever vi har en ganske god oversikt, og vi er særlig oppmerksomme ovenfor de som har en forverring av sin psykiske helse. Situasjonen gjør at mange får utfordringer med sin psykiske helse. Vi har fått endel nye henvendelser og vedtak, og jeg tenker dette kan øke i tiden framover. (Kommune med 10000-20000 innbyggere).

Andre kommuner samarbeider med frivillige organisasjoner og frivillighetssentraler:

Vi har hjulpet til med å få opprettet praktiske ordninger for handling og henting av medisiner gjennom Frivilligsentral, og samarbeid med hjemmetjenesten, Til nå synes de fleste i brukergruppen å ha håndtert situasjonen godt (Kommune med færre enn 2000 innbyggere).

Kommunen har forsterket samarbeidet med Kirkens bymisjon og samarbeider nå spesielt om formidling og utlevering av overskuddsmat som Kirkens bymisjon anskaffer. (Kommune med 20000-50000 innbyggere).

Andre organiserer matutdeling gjennom ambulerende virksomhet:

Tjenestene er nedskalert etter en individuell vurdering av brukerne. Det tilstrebes å holde god avstand og poliklinisk virksomhet er i stor grad lagt om til

telefonkonsultasjoner. Lavterskel er noe redusert ift fellessamlinger, men det er ambulerende virksomhet med bl.a. tilgang til brukerstyr og matutdeling. Praktisk bistand er redusert, men det gjøres også her individuelle vurderinger. Matinnkjøp/tilberedelse prioriteres ift praktisk bistand. Det prioriteres også akutte hendelser og at vi har beredskap for det. Enkelte sårbare brukere har mer tilsyn/oppfølging enn vanlig. (Kommune med 20000-50000 innbyggere).

Noen kommuner har funnet løsninger gjennom samarbeid med ulike aktører:

Ekstra vanskelig tid for de som fungerer marginalt når alle offentlige instanser stort sett har vært stengt. Har tett samarbeid med Feltpleie om enkeltbrukere. Levert ut brukerstyr hjem til brukere. Samarbeid med Røde Kors; de har laget suppe som vi har kjørt ut til brukere. Ekstra vanskelig å gi tilstrekkelig hjelp til de med omfattende komorbiditet som har fått plass på sykehjem, men ikke vedtak om tilbakeholdelse. (Kommune med 20000-50000 innbyggere).

Noen kommuner oppgir at utdeling av medisin går som normalt, mens andre presiserer at de ikke går inn til brukerne:

Alle innmeldte behov blir ivaretatt. Samtaler tas over telefon eller i hjemmet. Smittevern iverksatt. Utdeling av medisin går som normalt. (Kommune med færre enn 2000 innbyggere).

Medisin leveres i døra, enten utenfor pas sine leiligheter, eller ute foran kontoret. (Kommune med 2000-5000 innbyggere).

En del kommuner oppgir at de nå leverer brukerstyr hjemme til rusbrukerne:

Det har blitt mindre oppfølging i hjemmet til brukerne av tjenesten. De har fått utlevert brukerstyr hjemme. Mye oppfølging har skjedd via telefon. (Kommune med 20000-50000 innbyggere).

Kommunen har innført tilbud om utdeling av reint brukerstyr til den gruppen innen ROP som har behov for dette (Kommune med 20000-50000 innbyggere)

Flere oppgir at noen får større medisindoser om det er forsvarlig fordi det er sjeldnere kontakt, og mer bruk av selvhåndtering av medisiner med tett oppfølging på telefon.

En relativt liten kommune oppsummerer situasjonen slik, og dette er representativt for mange av svarene:

Psykisk helse utøver fysiske møte med brukarar primært i hovudforløp 2 og 3- Lite heimebesøk, men går turar saman med brukarane. Elles tilbyr dei telefonsamtale som støttesamtale. Dagsenter /treningsstilbod i grupper er førebels på vent.

Medisinhandtering føregår som normalt ettervedtak. Køyrer dosettar heim til brukarane heller enn at dei kjem inn på avdelinga og hentar- Enkelte brukarar ,ved ustabil psykisk helse har ein auka opp tilbodet til på grunn av kontakt og rutinar som t.d jobb/ tilrettelagt er førebels på vent. Tilbyr gåtur og handlar inn matvarer for dei.

(enkelte er i risikograppa vedr. korona). For rusarbeidet er fysisk aktivitet/gruppetilbodet (som ovanfor) på vent. Heimebesøk vert ikkje gjennomført.

Tilbyr hyppigare kontakt på telefon med same grunngjevinga som ovanfor då tilrettelagt jobb/tiltak og er på vent. Vi er jamleg i kontakt med lokale samarbeidspartar - og dialog med spesialisthelsetenesta med omsyn til LAR - pasientane, sikre utdeling av medisinar ved eventuell smitte (Kommune med 5000-10000 innbyggere).

Gjør det mest nødvendige

Selv om dagtilbudene og en-til-en samtaler er stoppet, er de mest nødvendige tjenestene opprettholdt:

I dialog med brukere er mange hjemmebesøk, støttesamtaler avlyst. Det opprettholdes kontakt med alle brukere per telefon: daglig eller ukentlig etter avtale. Der brukere er avhengig av tjenester for mat, praktisk bistand foregår utføring som vanlig. Lavterskeltilbud gir tilbud om videosamtaler, telefon eller nettbasert assistert selvhjelp. (Kommune med 5000-10000 innbyggere).

Flere kommuner oppgir at de har opprettholdt det meste innen rusomsorg, men at det er større endringer innen psykisk helse:

Vi har opprettholdt det meste av tilbudet innen rusomsorgen. Ift. psykiske helsetjenester gis nødvendig helsehjelp, og fokus på å fange opp økte symptomer hos dem med alvorlige psykiske lidelser. Vi har endret en del på tilbudet, har telefonoppfølging der det er mulig, alternativt går en tur ut i stedet for å møtes hjemme eller på kontor. Barn/unge følges opp via telefonkontakt med den enkelte eller foresatte. Etterspørsel etter veiledning. Vi har stengt aktivitetscenter, men de får tilbud om telefonkontakt og tur i stedet. (Kommune med 10000-20000 innbyggere).

Noen økte også tilgjengeligheten i påska:

Vi opprettholder tjenestene, men er mer digitale og på telefon hvis det er mulig. Vi har ekstra tilgjengelighet alle helligdagene i påska. (Kommune med 20000-50000 innbyggere).

Noen har også behov for økt tjenestetilbud i situasjonen:

Tjenester gis i stor grad som normalt, dog med telefonkontakt/video-løsning der mulig. Lavterskeltilbud rus er stengt, men det gis økte tjenester til brukere etter individuell vurdering. (Kommune med 10000-20000 innbyggere).

Det er få kommuner som rapporterer om smitte i målgruppen:

Foreløpig ikke registrert direkte helsemessige konsekvenser, men kartlegger kontinuerlig situasjonen og forbereder oss på at det kan bli nødvendig med tettere oppfølging på målgruppen etter hvert. (Kommune med 10000-20000 innbyggere).

Ingen konsekvenser foreløpig. Ingen har blitt syke og tjenesten går som normalt. (Kommune med færre enn 2000 innbyggere).

Små kommuner uten smittetilfeller med god oversikt over behovene i målgruppen, kan ha hatt en lettere jobb i denne situasjonen:

Koronasituasjonen har så langt ikke gitt store utfordringer for våre målgrupper. Ansatte i tjenesten har vært flinke til å ta og holde kontakt med brukerne via telefon og virtuelt behandlingsrom. (Kommune med færre enn 2000 innbyggere).

Stort sett samme tjenestetilbud, enkelte konsultasjoner er over på elektroniske plattformer (Kommune med færre enn 2000 innbyggere).

Men det er flere som påpeker at oppfølging via telefon ikke er optimalt:

Kontakt foregår hovedsaklig pr tlf og ikke ved personlig oppmøte. Dette medfører at kvaliteten på helsehjelpen ikke blir optimal. (Kommune med færre enn 2000 innbyggere).

Dersom bare telefon er tilgjengelig, kan det være vanskelig å gjøre gode vurderinger:

Pasienter i oppfølgingsgruppe 1 og 2 får kun tilbud om oppfølging pr. telefon. Kommunen har pr. i dag ikke på plass videosamtaler. Medfører at det er vanskelig å gjøre en vurdering av brukere. Konsekvenser: Isolasjon og mangel på kontakt gjør pasienter sykere. (Kommune med 5000-10000 innbyggere).

Noen kommuner svarer at tilbudet er vesentlig redusert:

Vesentlig mindre tilbud gjennom stengt dagsenter, fysioterapi og hjemmesykepleie. Rus-psykiatritjenesten har hjemmekontor, men tlf kontakt. Noe mindre kontakt med fastleger. Noen av våre pasienter er engstelige, dette blir tatt opp i tlf samtaler med inf om situasjonen og bistand til infrundt smittetiltak alle kan bidra med. (Kommune med 2000-5000 innbyggere).

Har oversikt og dialog med brukerne

Mange av kommunene oppgir at de har god oversikt over situasjonen og gjør vurderinger sammen med brukerne:

Konsekvensen av koronasituasjonen er mindre individuelle samtaler/hjemmebesøk. Men det er mye kontakt via telefon. Det er gjort vurderinger sammen med den enkelt pasient på hvordan oppfølgingen skal fungere. (Kommune med 2000-5000 innbyggere).

Vi har tett oppfølging pr telefon. Har hatt oppsøkende arbeid med god avstand, vært i kontakt med flertallet av brukerne. Opplever at vi har oversikt og dialog med den enkelte (Kommune med 10000-20000 innbyggere).

En kommune beskriver mer eksplisitt hvordan de har gjort vurderinger:

Driftsenhetsleder har sammen med faglig ansvarlig fulgt prioriteringsveilederen fra FHI, og gjennomgått alle brukere og kategorisert behov for oppfølging etter behov. Disse er kategorisert etter gul, grønn og rød etter behov og blir fortløpende vurdert av ansvarlig personell. Psykisk helse og rustjeneste har god kontroll på sine brukere, og det har ikke vært noen smittede i tjenesten (Kommune med 10000-20000 innbyggere).

Men flere kommuner melder at det er brukere de ikke får kontakt med, men at dette er ganske vanlig for mange av deres brukere.

Forsterket lavterskel helsetilbud til personer med rus/ROP lidelser

I en stor kommune oppgir de at de har stengt dagsentertjenester for personer med psykiske lidelser og forflyttet personalet til en forsterket lavterskel helsetilbud til personer med rus/ROP lidelser. De beskriver videre:

Vi mottar ikke lenger besøk inne i dagsenterlokalene for personer med ruslidelser, da vi har endret driften til å levere ut mat (frokost og middag) daglig, sammen med rent brukerutstyr, Naloxone mm. Personalet er oppsøkende og gir råd og veiledning til de rusavhengige som oppsøker stedet. Ambulante hjemmetjenester og ruskonsulenttjenester- her følges brukerne hovedsakelig opp ukentlig pr telefon eller ved at personalet går tur sammen med brukerne i nærområdet. Ved alvorlige lidelser og sammensatte komplekse behov følges brukerne opp etter enkeltvedtak/kontinuerlige vurdering i de ulike hjem. Vi gir alle brukerne tilbud om selvhjelpsplan, og risikovurderer. Har fokus på risikofaktorer, beskyttelsesfaktorer og mestringsstrategier for å fange opp brukere som får det ekstra vanskelig i denne spesielle tiden. Støttekontaktordningen er endret til telefonisk kontakt /digital kontakt eller turer i nærmiljø (Kommune med 20000-50000 innbyggere).

Denne kommunen har også et midlertidig botilbud for bostedsløse og har måttet redusere antall personer i tilbudet av smittevern hensyn. De bygger opp nye botilbud som er forbeholdt bostedsløse ved mistanke om smitte eller påvist smitte for å opprettholde reglene om karantene/isolasjon også i denne målgruppen.

En annen kommune har helsestasjon for rusavhengige åpen:

Helsestasjon for rusavhengige har åpent. Felteam rus møter noen pasienter som har et større hjelpebehov. (Kommune med 20000-50000 innbyggere).

Det virker som de fleste kommunene har klart å holde disse tiltakene iallfall delvis åpne, men flere har gjort om tiltaket til individuell oppfølging i hjemmet.

Forbereder gradvis åpning

Litt ut i mai er det flere som planlegger en gradvis åpning:

Det har ført til store endringer i hjelpetiltaka då vi ikkje kan yte helsetenester 1 - 1 som tidlegare. Vi planlegg ein gradvis tilbakevending til tidlegare arbeidsmåte så snart nye retningslinjer ligg føre. I tillegg er alle grupperelatert tiltak mellombels stengt. (Kommune med 20000-50000 innbyggjarar).

Noen tilbud ble stengt ned uten at pågående kurstilbud var avsluttet. Og for noen kommuner kan det være første steg å få fullført de kursene som var påbegynt:

Det blir færre direkte treff, men tilbud via nett eller telefon. De mest sårbare treffer vi fortsatt, men gjerne ute. Kurstilbudene (KID, KIB), dagsenter, selvhjelpsgrupper mm er dessverre utsatt. Ser på løsninger for å gjennomføre og i hvert fall avslutte de vi hadde startet på en god måte. (Kommune med 5000-10000 innbyggere).

Nye digitale løsninger vurderes på flere områder, også i forhold til kurstilbud:

Brukere av kommunale tjenester hadde de første ukene ikke personlig kontakt med sin kontaktperson. All kontakt skjedde via telefon. Fra medio april åpnet vi opp for møter 1:1 utendørs. Lavterskel møtesteder er stengt, gruppebehandling som depresjonsbehandling KID og Tankenskraft. Av spennende ting er nettbaserte selvhjelpsprogram blitt mer aktuelt å tilby som behandling. Både som kurspakker, men også som verktøy for ansatte. Og vi er også i gang å utforske Skype hvor vi kan møtes med bilde over telefon, både som 1:1 kontakt men også om og hvordan dette kan brukes som kurs eller undervisning for mindre grupper. (Kommune med 10000-20000 innbyggere).

Noen har kommet litt lenger med gjenåpningen og nærmer seg ordinær drift:

De får oppfølging, men mer på avstand. Over telefon/e-konsultasjoner. Går mer og mer over mot ordinær drift med smittevernstiltak som å sitte to meter unna hverandre, godt renhold av kontor, god håndhygiene, ikke ha for lange konsultasjoner, ha konsultasjoner over telefon etc. hvis det er mulig, samt hvis pasienten har luftveissymptomer/er syk. (Kommune med færre enn 2000 innbyggere).

Men de er usikre på om ordinær drift med smittevernstiltak er tilstrekkelig for alle brukerne:

Vi har hatt en del telefonsamtaler og gåturer, og pasientene har gitt uttrykk for at det ikke er like bra som oppmøte på kontoret eller hjemmebesøk. Vi har gått tilbake til normal drift, men med godkjent avstand mellom pasient og behandler. (Kommune med 2000-5000 innbyggere).

De som har fått åpnet dagtilbudene igjen, erfarer at dette verdsettes:

De fleste fysiske møter er erstattet med telefonisk kontakt, og vi opplever å klare å holde kontakten med de feste. Noen hjemmebesøk/ samtaler foregår "ute i det fri".

Dagtilbud har vært stengt, men åpnet delvis opp igjen denne uken (med restriksjoner), og var veldig kjærkomment. Tjenesten har vært/er tilgjengelig for målgruppen, men i en annen form. (Kommune med 2000-5000 innbyggere).

Noen arbeider på en litt annen måte enn tidligere:

Klart å holde kontakt med de i forløp 2 og 3 på andre måter enn tidligere., Møter pasienter ute, og har samtaler. Bo-veiledning er som før, men de som utfører arbeider i flere team slik at vi kvalitetssikrer hjelpen i tilfelle smitte. (Kommune med 20000-50000 innbyggere).

Hjemmeavlastning og avlastning for barn/unge har gått som normalt. Støttekontaktordningen er redusert, det foretas ikke hjemmebesøk, men det gis alternativt oppfølging via telefon eller utendørs. Det er opprettet egen kontaktelefon for barn og unge med utvidet bemanningstid. Psykolog har ikke hatt en til en samtaler, men kun pr telefon. Helsestasjon er tilgjengelig pr telefon, tar imot henvendelser til familieteam, og helsesykepleier er tilgjengelig faste dager på skolen når disse åpnes igjen. Det åpnes gradvis på kulturskole og ungdomshus. Tildeling av tjenester psykisk/helse og rus foregår via telefon, alle henvendelser behandler fortløpende. saksbehandler har hjemmekontor. Faste samarbeidsmøter på Teams på tvers av kommunale enheter som har ansvar for barn og unge hver uke. (Kommune med 10000-20000 innbyggere).

... forsiktig opning av dagsenter denne veka med to turar i veka med 1 tilsett på 4 brukarar. Omsorgsbustadane tek dei mest nødvendige besøka i heimen/injeksjoner/sårstell + noko praktisk bistand, med dei smittevernreglar som gjeld. (Kommune med 10000-20000 innbyggere).

Gradvis har man sluppet opp på restriksjonene og har åpnet lavterskeltilbudene som driftes i tråd med smittevernanbefalinger. Fortsatt mye oppfølging per telefon. (Kommune med 20000-50000 innbyggere).

Det er gradvis mer fysisk kontakt med brukerne i mange kommuner:

Vi har opprettet telefoner som befolkningen kan ta kontakt i forhold til alle tjenestene innen rus og psykisk helse, barn og unge og eldre med daglig telefontid. Ikke erfart at det har vært stor grad av aktivitet på disse telefonene. Etter at psykologene fikk mulighet til å ta pasienter på kontoret, har Psykologtjenesten mer normalisert sine tilbud og tjenester til sine pasienter. Det samme gjelder også for ansatte i Rus- og psykisk helsetjeneste. Vår tilnærming til pasientene er ikke bare på telefon lenger, men vi har også samtaler med brukerne/pasientene, og vi reiser hjem og møter pasientene utenfor deres hjem, eller andre steder der de vil gå på tur. Vi har svart på ukentlige rapporter til Helsedirektoratet/Korus. Vi erfarer nå at brukerne med rusavhengighet prøver andre stoffer enn de tidligere har benyttet fordi de ikke får tilgang på deres vanlige stoff. Dette har medført at vi har vært i situasjoner i denne perioden at personer som ikke har hatt overdoser tidligere nå har gått i overdoser. (Kommune med 20000-50000 innbyggere).

Etablerer tilbud med korona som normaltilstand

I en stor kommune oppgir de at de nå etablerer tilbud med korona som normaltilstand. De innfører smitteverntilpassede møter i friluft og ved oppsøkende team og har hyppigere telefonsamtaler og SMS slik at de kan ha tettere oppfølging enn vanlig. De forklarer videre:

Tavlemøter på Skype og Skypemøter med pasienter/brukere. Etablerer FACT med corona som normal-tilstand. Mobile bistandsteam for særskilte grupper med alvorlige lidelser. Samtale, muntlig og skriftlig informasjon/kunnskap, mat-smittevern-hygiene-pakker. Feltpleie/lavterskel helsetjenester etableres med corona tilpassede tjenester. LAR program driftes med smitteverntilpasninger. Medisinen deles ut, enkelte noen lengre intervaller. Kommunale boliger med stedlig bemanning i drift som før med smitteverntiltak og tilpasninger/endringer og fokus på tilgjengelig brukerutstyr/Nalokson mv. Digitale «kurs» gratis på nettside/face-book: mat/kosthold, trening, sosiale treff. Informasjon om selvhjelpsapper og gode nettbaserte tjenester. Ingen smittede oppdaget i rus/ROP miljøet som mottar kommunale tjenester (Kommune med 50000 innbyggere og mer).

3.2 Konsekvenser for tjenestemottakerne

Ukjente konsekvenser

Mange er opptatt av hvordan situasjonen påvirker brukerne, og mange er bekymret for mange i målgruppen:

Tilbakemelding er eksempler som både er erfart, og som en frykter har et omfang vi ikke ser konsekvensen av enda: - Isolasjon med de konsekvenser det medfører for både barn, ungdom eller voksne. - Økt helseangst - Mindre tilgjengelig hjelpeapparat. I noen tilfeller klarer en å følge opp via nettkurs og tlf. - Økt "trøkk" på de familiene som sliter i utgangspunktet - Mindre muligheter til å oppdage om barn/ unge utsettes for omsorgssvikt, vold og overgrep - Økt bekymring for økonomiske situasjon - Økt mulighet for å ruse seg, (Kommune med 10000-20000 innbyggere).

Konsekvensene for de ulike gruppene på lenger sikt er vanskelig å anslå, men vi ser i det følgende nærmere på hvem som rammes av redusert tjenestetilbud på kort sikt.

Som mange påpeker, vil konsekvensene være avhengig av varigheten på tiltakene:

Bekymret for målgruppa ved langvarige tiltak. Ingen brukere påvist korona ennå. (Kommune med 50000 innbyggere og mer).

Det uttrykkes også en bekymring for hvordan målgruppen forholder seg til smittevernreglene:

Det er en utfordring ift. at flere innenfor spesielt rus og alvorlig psykisk syke ikke greier å forholde seg til smittevernreglene. (Bydel i Oslo).

Bekymret for sårbare barn og unge

Det er mange kommuner som uttrykker bekymring for sårbare barn og unge, særlig når barna var hjemme fra barnehage og skole:

For barn med særskilte behov og foreldre med hjelpetiltak fører forsinkelse i tilbud og saksbehandling til at barn ikke får hjelp til riktig tid. Barnets stemme fanges i mindre grad fordi færre voksenpersoner er i kontakt med barna. Det er utfordrende å få til en kontinuitet i tilbudet/oppfølgingen av familiene. Barn med og uten spesielle

behov får begrenset læringsutbytte/stimulering hjemme. Det er stor risiko for regresjon i resultatet av allerede gitt oppfølging, og dermed en forventet en tilbakegang i utvikling, og for økte atferdsproblemer på kort og lang sikt pga. uhensiktsmessige oppdragerstrategier som resultat av økt omsorgsbelastning (Bydel i Oslo).

En del kommuner forteller også om at det er mindre rusmiddeltesting av unge og den samme bydelen i Oslo som uttrykte bekymring for barn og unge (over) forklarer det slik:

Med politiets samtykke har man valgt å gi ungdom som går på rusoppfølging med fast prøvetagning fritak/utsettelse for oppmøte for rusmiddeltesting, da man ikke ville tvinge personer til å gå ut og bruke kollektivtrafikk o.l. Ruskonsulent for unge har vært tilgjengelig for oppfølgingsamtaler pr. telefon og mail. Det er uvisst hvordan dette vil slå ut for de unge som er under oppfølging.

Bydelen er videre bekymret for konsekvensene av redusert tilbud ved skolehelsestasjon og helsestasjon for ungdom og ser at terskelen for å ta kontakt med tjenestene har økt, det har blitt dårligere samarbeid mellom skolene og færre tverrfaglige møter og ansvarsgruppemøter:

Når helsesykepleier ikke har vært fysisk til stede, har elevene mistet et lavterskeltilbud- drop-in- der de kan komme for å ta opp små og store ting. I tillegg har det i denne perioden ikke vært naturlige møtepunkter som skolestartundersøkelse, vaksinerings og undervisning. For de eldre barna/ungdommene og foreldrene har det vært formidlet tilbud om å ta kontakt pr. telefon og e-post. Dette kan for mange medføre en større terskel for å ta kontakt. Vi opplever at det ikke er veldig mange som har tatt kontakt. Samarbeidet med skolene er nødvendigvis blitt dårligere ved at en ikke har den daglige kontakten. Det har derfor vært mindre drøfting av elevsaker og andre ting. Tverrfaglige møter og ansvarsgruppemøter rundt enkeltelever er blitt utsatt. Dette er elever som trenger ekstra oppfølging og tilrettelegging. Helsestasjon for ungdom har hatt redusert åpningstid. Tidligere har det vært åpent for drop-in. Nå må ungdommene bestille avtale på forhånd. Færre har ønsket time enn tidligere. Dette kan også ha sammenheng med at samfunnet har vært «lukket ned» og at noen kan ha vært engstelige for å oppsøke oss pga. smittefare.

Flere kommuner ser at når skolene nå åpnes igjen, blir det flere voksne som igjen får kontakt med utsatte barn og unge:

Helsestasjon er tilgjengelig pr telefon, tar imot henvendelser til familieteam, og helsesykepleier er tilgjengelig faste dager på skolen når disse åpnes igjen. Det åpnes gradvis på kulturskole og ungdomshus. Faste samarbeidsmøter på Teams på tvers av kommunale enheter som har ansvar for barn og unge hver uke. (Kommune med 10000-20000 innbyggere).

En annen kommune beskriver hvordan helsestasjonen har drevet i koronasituasjonen:

Helsestasjonen har hatt telefonkontakt med lærar og foreldre til sårbare barn, samt telefonkontakt med ungdommar som får oppfølging. Sårbare barn har hatt tilbud om barnehage/SFO. Det vil no truleg blir opna opp att for kortare møter for barn/ungdom på helsestasjon/skulehelsetenesta (Kommune med 2000-5000 innbyggere).

En av kommunene har opprettet egen kontakttelefon for barn og unge:

Det er opprettet egen kontakttelefon for barn og unge med utvidet bemanningstid. Psykolog har ikke hatt en-til-en samtaler, men kun pr telefon (Kommune med 10000-20000 innbyggere).

Noen kommuner har nå åpnet for kontakt på Snapchat:

Det er opprettet UngHelse i kommunen snapp for barn og unge som betjenes av helsesykepleier og sosionom/ familieterapeut. Mange har lagt seg til og noen tar direkte kontakt. (Kommune med færre enn 2000 innbyggere).

Større kommuner har flere tjenester som har lagt til rette for at sårbare barn og unge ikke skal bli skadelidende:

Seksjonen har jobbet for å tilrettelegge slik at ikke sårbare barn og unge skal bli skadelidende i situasjonen. Dette er gjort gjennom tilgjengelige skoleansatte (lærere, sosiallærere, miljøterapeuter og andre), helsesykepleiere og de andre forebyggende tiltakene. Det er gitt tilbud om SFO/skole/barnehage til gruppen, og tilgjengeliggjort informasjon på nettsider og i andre kanaler om hvor man kan henvende seg ved behov. Barnevernstjenesten har hatt normalt antall bekymringsmeldinger, og det har generelt vært få henvendelser relatert til korona-situasjonen til kontaktpunktene. (Kommune med 50000 innbyggere og mer).

Vanskeligst for de som har det verst i utgangspunktet

Personer som ikke har det så vanskelig i utgangspunktet, er naturlig nok de som takler situasjonen best. Samtidig rapporterer flere av kommunene at symptomtrykket hos de alvorligste syke har økt som følge av isolering og bortfall av vante rutiner i hverdagen:

Det later til at en del av våre pasienter, oftest de med lettere psykisk helseproblematikk, har taklet situasjonen utmerket og har også klart seg uten tjeneste noen uker, mens en del av pasientene (alvorlige psykisk lidelser, men også de med moderate lidelser) har virket mer utrygg og hatt behov for økte tjenester. Noen av de med psykoselidelser har reagert negativt på den økte isoleringen, færre kontakter med omverden og ikke kunne følge faste rutiner (eks. handle, spille på automater på butikken, besøke nettverk). I tillegg har vi spesielt sett en oppblomstring av utagerende og destruktiv atferd hos de med personlighetsproblematikk. (Kommune med 5000-10000 innbyggere).

Lavterskeltiltak og dagsenterdrift er ofte etablert for de med de største utfordringene, og det er derfor de som rammes av nedstengte tilbud:

Ingen dagsenterdrift rammer de med vedvarende og sammensatte vansker, fortsatt hjemmebesøk til den samme gruppen (Kommune med 5000-10000 innbyggere).

Men det er ikke bare disse tjenestene som er stengt, andre tilbud og arrangementer har også vært nedstengt og avlyst:

Ekstra vanskelig tid for de som fungerer marginalt når alle offentlige instanser stort sett har vært stengt (Kommune med 20000-50000 innbyggere).

Mange har blitt dårlige psykisk og det har vore auke i innleggingar på sjukehus. Vi ser at mangel på tilbud utanom det kommunale tenesteapparatet også har hatt negativ effekt på mange. (Kommune med 5000-10000 innbyggere).

Ingen arrangementer eller organisert treningstilbud å delta på. (Kommune med færre enn 2000 innbyggere).

I denne kommunen trekker de også frem at det har vært ekstra vanskelig å gi tilstrekkelig hjelp til de med omfattende komorbiditet som har fått plass på sykehjem, men ikke vedtak om tilbakeholdelse.

Andre kommuner oppgir at de opplever at det er vanskeligere å følge opp brukere etter innleggelse, fordi det er vanskeligere å komme i hjelperposisjon når tilbud er nedstengt.

Konsekvensene er at vi ikke har klart å møte pasientene som før. Alt har blitt mer komplisert i relasjonen. Alle har fått oppfølging, men på en annen måte og i henhold til de smitterestriksjoner som foreligger. Veldig uheldig, spesielt for dem med innen hele ROP-spektrret. (Kommune med 20000-50000 innbyggere).

Mistet stabiliserende og forebyggende tiltak

Ulike lavterskeltilbud fungerer både forebyggende og stabiliserende for mange:

Konsekvensene handler mye om at veldig mange tilbud og aktiviteter som er essensiell for å opprettholde funksjonsnivå er stengt. Alt fra aktivitetssenter, arbeid, støttekontaktordning, særlig lite menneskelig og sosial kontakt med brukere. Psykisk helse team og booppfølgere møter brukere vi vurderer særlig viktig, men primært foregår nå all oppfølging over telefon eller videoløsninger. (Bydel i Oslo).

Ulike lavterskel-tilbud i grupper har blitt redusert/borte. Disse har hatt en forebyggende effekt. Vanskeligere livssituasjon for tjenestemottakere. Utdfordrende å følge opp de mest sårbare brukerne, og da særlig barnefamilier. (Kommune med 2000-5000 innbyggere).

Vi ser at reduksjon i lavterskel gruppetilbud fører til blomstring av til dømes psykose problematikk, da vi tenker at dette er særs stabiliserende og viktige tiltak (Kommune med 5000-10000 innbyggere).

Mangel på meningsfylt aktivitet over lang tid kan bli en stor belastning for de som har lite/dårlige nettverk av familie og venner:

Opplever noe økt symptomtrykk ang rus problemer og sosial ensomhet pga. arbeidsvedtak er stoppet og mangel på dagtilbud/sosiale møteplasser (Kommune med færre enn 2000 innbyggere).

Og kanskje er det de som har lite nettverk samtidig som de er i risikogrupper mest utsatt:

Målgruppene er ekstra sårbare i denne situasjonen då mange av dei har lite nettverk og er i tillegg i risikogrupper. (Kommune med 2000-5000 innbyggere).

Flere opplever at brukere med rusproblematikk får utfordringer om de ikke får oppfølging og aktivitetstilbud:

Det er også flere med rusutfordringer som har sprukket pga manglende oppfølging og aktiviteter. (Kommune med 5000-10000 innbyggere).

Vanskeligere hverdag for de mest sårbare

Mange kommuner opplever at de mest sårbare har fått en vanskeligere hverdag:

Opplevs en forverring hos de mest sårbare, da flere stabiliserende faktorer forsvinner, som for eksempel faste oppmøter, rusprøver, aktivitet og lignende. (Kommune med 10000-20000 innbyggere).

Selv om det ikke er registrert smittetilfeller i kommune, har tiltakene gått ut over de mest sårbare:

Vi har ikke registrerte smittetilfeller i kommunen. Vi har i hovedsak møtt brukerne på telefon i denne perioden. Noen har vi møtt fysisk, da det er nødvendig. Særlig har dette vært personer med ROP-lidelser. Generelt kan vi si at mange har gitt uttrykk for slitasje ved å bli sittende mye alene hjemme, uro, og noe økt angst og depresjon. (Kommune med 2000-5000 innbyggere).

Mennesker med ROP lidelser sier de opplever krevende dager med mye bekymring rundt smitte problematikk og egen helse. (Kommune med 2000-5000 innbyggere).

Men det virker som LAR fungerer som normalt, og at medisin leveres hjem til brukerne:

Situasjonen har ført til nedleggelse av all gruppevirksomhet, fritidsgrupper og aktivitet/arbeidsgrupper. Vi følger opp brukere med samtaler på telefon, utlevering av LAR-medisiner i hjemmet og en til en oppfølging, turer og aktivitet og samtaler. (Kommune med 5000-10000 innbyggere).

Individuell variasjon i hvordan brukerne tåler situasjonen

En del av målgruppen har god nytte av telefonsamtaler, mens andre har større utfordringer når tjenestene stenges ned:

Noen får økt symptomtrykk, eskalering i adferd og andre klarer seg fint (Kommune med 20000-50000 innbyggere).

En del brukere rapporterer at koronasituasjon gjør deres hverdag enklere (slipper krav til sosial deltaking, mindre stress og krav i hverdagen), mens andre rapporterer økt bekymringsnivå og økt ensomhetsfølelse. (Kommune med 2000-5000 innbyggere).

Når det gjelder psykisk helse, opplever vi at noen har behov for hyppigere samtaler, mens andre har kjent seg friskere. Vi har noen eldre med rusproblematikk (alkohol) som etterspør mer oppsøkende virksomhet. Ellers følger vi som vanlig tett opp de få yngre vi har med rusproblematikk. (Kommune med 2000-5000 innbyggere).

Opplever noe økt oppfølgingsbehov (økt angst, frustrasjon, til dels sinne) (Kommune med færre enn 2000 innbyggere).

Andre opplever at brukerne følger reglene og at det går greit:

De fleste av våre brukere har vært ute en "vinterdag" før, og tar denne situasjonen med beundringsverdig stor ro. De følger forordningene meget samvittighetsfullt. Vi har tett kontakt med alle pr telefon, går noen turer med en og en og foretar noen få hjemmebesøk. (Kommune med 5000-10000 innbyggere).

Men mange kjeder seg:

I og med at samfunnet er under en form for lavdrift er det mange som "kjeder" seg og føler seg ekstra ensomme da noen av tilbudene er frafalt (Kommune med 2000-5000 innbyggere).

Mer isolasjon og ensomhet

Mens noen brukere kjeder seg på linje med resten av befolkningen som har mistet aktivitetstilbudene sine, er det noen i målgruppen som har så få rundt seg i utgangspunktet, at de blir ekstra isolerte og ensomme når tiltak stenges ned:

Det merkes godt at folk sliter med sin psykiske helse. Mange i målgruppen er ensomme fra før, og kjenner på økende ensomhet nå. (Kommune med færre enn 2000 innbyggere).

Vi er bekymret for/antar en økt psykisk helseproblematikk som følge av isolasjon, ensomhet hos mange, særlig de som fra før lite nettverk, alvorlige lidelser, sammenholdt med redusert kvalitet på/endrede tjenester. Flere årsverk er omdisponert til sykehjem o.l. for opplæring og beredskap. Det meste av tjenestene skjer over telefon (Kommune med 20000-50000 innbyggere).

Mange av brukerne er avhengig av et stabilt tjenestetilbud som blir vanskelig å opprettholde i pandemisituasjonen:

Endring av det vanlige, uforutsigbar hverdag, mye info på media som medfører uro. Konsekvenser: lite sosial/mellommenneskelig kontakt, økt ensomhet, angst, uro, hygieniske utfordringer. Det vanlige systemet endres/dagsrytmen endres for flere og medfører mindre motivasjon til å opprettholde en akseptabel hverdag. Handling kan være en utfordring, ikke alle har betalingskort. (Kommune med 5000-10000 innbyggere).

Mindre direkte kontakt fører til at mange pasientar/brukarar føler seg meir utrygge og isolerte. Dette har på kort sikt mindre alvorlege konsekvensar, men vil vere svært uheldig på lengre sikt. (Kommune med 2000-5000 innbyggere).

Selv om mange av pasientene bor og lever alene, har denne tiden vært ekstra ensom og noen har opplevd mer generell engstelse og frykt. (Kommune med færre enn 2000 innbyggere).

En av kommunene forklarer litt mer om hvordan situasjonen har utviklet seg i perioden:

Vi har drift via Hjemmekontor/kontordager, telefon/videokonsultasjoner- noen møtepunkter for gå turer med bruker der det trengs så lenge det ikke er snakk om luftveis/forkjølelse symptomer. I starten var brukere meget stille, isolerte seg og ønsket minimal kontakt. De siste ukene rett før og etter påske har det vært flere brukere med engstelse i forhold til pandemien. Konsekvensene blir mer engstelse, isolasjon og ensomhet for flere. (Kommune med færre enn 2000 innbyggere).

Det kan være mange utfordringer brukerne opplever når de mister praktisk bistand og oppfølging:

Lite sosial/mellommenneskelig kontakt, økt ensomhet, angst, uro, hygieniske utfordringer. Det vanlige systemet endres/dagsrytmen endres for flere og medfører mindre motivasjon til å opprettholde en akseptabel hverdag. Handling kan være en utfordring, ikke alle har betalingskort. (Kommune med 5000-10000 innbyggere).

Ikke alle ønsker samtale over telefon

Noen brukere er ikke komfortabel med samtaler over telefon:

Pga koronasituasjonen og fare for smitte er det satt inn tiltak, som gjør at vi fysisk ikke får møte brukerne. All kontakt går over telefon. Det er noen brukere som ikke er komfortabel med det - og takker nei til samtaler inntil videre. Vi har likevel sms-kontakt med jevne mellomrom for de som takker nei til samtale. (Kommune med 2000-5000 innbyggere).

Flere kommuner forteller at en del brukere velger å avstå helt eller delvis fra kontakt fordi de er redd for smitte. Men det er også personer med lettere problematikk som ikke ønsker telefonkontakt, men heller venter til de kan få en samtale:

Noen brukere har sagt at de ikke har behov for oppfølging på denne måten, og vil avvente til vi kan møtes fysisk igjen. Andre brukere uttrykker at de har det noe dårligere, og blir dermed fulgt opp tettere ved jevnligere samtaler på telefon/ video. (Kommune med 5000-10000 innbyggere).

Kan ikke ta med brukerne i bil

En annen situasjon som nevnes av flere av kommunene, er at restriksjoner om at de ikke kan kjøre med brukere i bil betyr at brukerne kanskje ikke kommer seg til fastlegen:

Det blir ikke gjennomført hjemmebesøk eller samtaler ved kontor. De har tilbud om telefonsamtaler eller å møtes ute/gå tur. Vi har heller ikke anledning til å følge dem til/fra legekantor/spesialisthelsetjeneste eller å ta de med i bil. Rusmiddeltesting utgår også. (Kommune med 2000-5000 innbyggere).

Eller til handling av matvarer:

Vi har ikke lov å ha brukere i bilene; noen blir mye isolert. Vanskelig i fht handling av matvarer. Mye tilbakemelding på negative konsekvenser av stengt lavterskeltilbud og opphør av rustesting. (Kommune med 5000-10000 innbyggere).

Men vi vet ikke hvor mange kommuner som har hatt disse restriksjonene, men noen har iallfall hatt dette som en regel i april.

Mindre tilgang på rusmidler og uro i rusmiljøet

Noen kommuner oppgir at det er uro i rusmiljøet:

Rapportert noe endring i symptomtrykk også som grunn av endring i tilgang av rusmidler. (Kommune med 50000 innbyggere og mer).

Med stengte grenser er det mindre rusmidler tilgjengelig:

Konsekvensene er at vårt tilbud har vært svært begrenset, da vi ikke har møtt pasientene fysisk, og vårt aktivitetssenter har vært stengt. For øvrig har det ført til mye "uro" i rusmiljøet, da det har vært mindre rusmidler i omløp. (Kommune med 5000-10000 innbyggere).

Flere kommuner sier at politiet melder om hasjtørke i markedet i forbindelse med koronasituasjonen, og mangedoblet pris. De er bekymret for at unge nå kan være mer åpne for å prøve andre stoffer, mens andre kanskje vil benytte anledningen til å trappe ned eller bli rusfri.

Mindre tilgang på de vanlige rusmidlene kan gi økt risiko:

Dårlig tilgang til rus og flere får i seg dårlig og farligere rus. (Kommune med 5000-10000 innbyggere).

Vi erfarer nå at brukerne med rusavhengighet prøver andre stoffer enn de tidligere har benyttet fordi de ikke får tilgang på deres vanlige stoff. Dette har medført at vi har vært i situasjoner i denne perioden at personer som ikke har hatt overdoser tidligere nå har gått i overdoser. (Kommune med 20000-50000 innbyggere).

Som en av kommunene påpeker er det vanskelig å si hva som er knyttet til pandemien og hva har andre årsaker:

Politiet opplever auke i meldingar seg. - auke i sjukdomsymtom for ROP brukere med nedsatt kognitiv funksjon- vanskelig å seie kva som er knytt til koronasitasjonen i desse sakene. (Kommune med 10000-20000 innbyggere).

En kommunene har beskrevet mer detaljert om rusituasjonen basert på det de ansatte har observert:

Flere ansatte beskriver at de følger opp formidler at det er lite hasj og amfetamin. Noen ansatte har hørt at det er vanskeligere å få tak i stoff pga stengte landegrenser. En ansatt har hørt at det er mer tabletter i omløp hvor Mogadon blir nevnt spesifikt. En ansatt har hørt i miljøet at det er mer dårlig stoff i omløp, han hadde ikke ytterligere detaljer. Ei har hørt at det er mer våpen i omløp i miljøet. Noen har hørt rykter om at det foregår mer åpenlyst salg fra biler (ikke utenfor våre bofellesskap, men andre offentlige steder i bygda). Vi har noen brukere vi ikke får tak i (det er ikke uvanlig at de er utilgjengelige i perioder). Flere av brukerne har hatt en sprekk. Dette ses i sammenheng med redsel for det ukjente og en større uforutsigbarhet i hverdagen. Noen er mer urolige. En del er likegyldige til epidemien. Noen få tilfeldige prøver å isolere seg, men de klarer det ikke etter retningslinjene. Mange føler seg mer isolert så det opprettholdes personlig kontakt mellom bruker og tjenesteapparat der det vurderes helt nødvendig. (eks. gåtur med avstand). - Dagtilbudene er stengt, dette medfører ytterligere isolasjon. Det oppleves at flere har behov for mer kontakt og bistand enn før nettopp på grunn av situasjonen. Vi bruker derfor mer ressurser overfor brukergruppen enn det vi vanligvis gjør. Et par som skulle starte på LAR har fått utsatt oppstart pga epidemien fordi det er stengt for besøk på LAR. Så langt har vi klart å isolere dem som er testet for corona i bofellesskapene inntil testsvar har vært klart. Ingen har testet positivt. (Kommune med 10000-20000 innbyggere)."

Dårlig tilgang kan føre til uro i de lokale rusmiljøene:

Vi har også sett at "tørke" på narkotikamarknaden har ført til auka konfliktnivå og stress hjå ein del av brukarane våre. (Kommune med 5000-10000 innbyggere).

Det er en god del kommuner som melder om økt bruk av alkoholbruk i målgruppen:

Økt uro, pga mindre tilgang på illegale rusmidler. Mer bruk av alkohol. (Kommune med 5000-10000 innbyggere).

Inntrykket er at det er noe mer alkohol og at det er vanskeligere å få tak enkelte rusmidler. (Kommune med 10000-20000 innbyggere).

Noen er særlig bekymret der det er barn er inne i bildet, og de følger særlig opp familier de vet har hatt utfordringer tidligere – men de erfarer at det kan være vanskelig å komme i hjelperposisjon når andre tjenester har redusert kontakt med familiene.

3.3 Konsekvenser for samarbeid med andre

Samarbeid med andre

Koronasituasjonen har også medført utfordringer i samarbeidet mellom ulike aktører. Noen opplever at samarbeidet internt i kommunen generelt har fungert godt og at de derfor får redusert konsekvensene av situasjonen for brukerne:

Det er gjort godt planleggingsarbeid for å følge opp anbefalinger og retningslinjer. Godt samarbeid mellom ulike tjenester, og mellom tjenestene og ideelle/frivillige aktører. Samarbeidsmøter for å dele info om situasjonen. Situasjonen for de mest sårbare er utfordrende, men det er godt oppfølgingsapparat og foreløpig ikke særskilte store negative konsekvenser. (Kommune med 50000 innbyggere og mer).

Andre erfarer at de har færre samhandlingsmøter med spesialisthelsetjenesten enn tidligere:

Konsekvensene for vår målgruppe er mindre møter med primærkontakt, og færre samarbeidsmøter med andrelinja. (Kommune med 20000-50000 innbyggere).

I noen kommuner oppgir de at det ikke avholdes ansvarsgruppemøter i det hele tatt:

Oppfølging av brukerne skjer via telefon. Det er derfor ingen samtaler på kontoret eller i de ulike hjemmene. Enkelte får tilbud om gå-samtaler. Dagtilbudet og gruppe tilbudet er stengt ned. Det avholdes ikke samarbeidsmøter/ansvarsmøter rundt den enkelte bruker. (Kommune med 2000-5000 innbyggere).

Flere av våre brukere som nå kun får oppfølging ved telefonsamtaler. Ansvarsgruppemøter med f.eks NAV og LAR er utsatt på ubestemt tid. (Kommune med 5000-10000 innbyggere).

En del kommuner har tilgang til digitalt møteutstyr som benyttes i samhandlingen:

Behandlinger i lavterskeltilbudet hvor det er behov for møter med DPS brukes dagsenter-møterom og oppkobling via Helsenet og videomøte gjennomføres.

Andre bruker Microsoft Teams:

Tverrfaglig samarbeidsmøte skjer via teams video, og eller ved direkte kontakt via telefon. Elektroniske meldingssystem forsetter som før. (Kommune med 5000-10000 innbyggere).

Andre oppgir at de har etablert tettere samarbeid med NAV:

Det er etablert tettere samarbeid med NAV lokalt slik at deres klienter i denne brukergruppen som ikke har et kommunalt tiltak/tjeneste kan få informasjon og samtaler ved evt. å henvises til telefonkonsultasjon med rus- og psykisk helsetjeneste. Eller dersom det ønskelig at vi kontakter brukeren direkte. For brukere av tjenesten som ikke responderer på henvendelser, kan vi kontakte enten med nærmeste pårørende eller dersom brukeren har andre tjenester kan vi kontakte tjenesteinstansen. Lavterskeltilbudet er inntil videre avlyst. (Kommune med færre enn 2000 innbyggere).

Spesialisthelsetjenesten har også endret tilbudet

Det kom også signaler fra kommunene om at der er endringer i spesialisthelsetjenestetilbudet. Helse Bergen har for eksempel opprettet et nytt behandlingstilbud for rusavhengige parallelt med at kommunene utvikler botilbud til de som utgjør stor smittefare:

Helse Bergen har opprettet en ny egen behandlingsenhet for smittede rusavhengige med plass til ca. 12 personer. Her vil det bli gitt nødvendig helsehjelp og medisinsk behandling. I tillegg jobber kommunen nå med å rigge et botilbud til en del rusavhengige som utgjør stor smittefare, både for egen og andres del, der isolasjon skal være mulig. (Kommune med 50000 innbyggere og mer)."

Andre kommuner opplever store konsekvenser av stengt sengepost i spesialisthelsetjenesten:

Sengepost ved nærmeste DPS (3 mil unna) er stengt. Det er 30 mil til neste DPS, 30 min flytid eller 6 timers reisetid med bil og ferge. Stor belastning for tjenestemottaker og pårørende. (Kommune med 10000-20000 innbyggere).

Flere kommuner oppgir at nesten all behandling fra spesialisthelsetjenesten har stoppet opp:

Konsekvens er at det er vanskeligere å få psykisk sjuke brukarar innlagt i avdeling. Nesten all behandling frå 2.lina har stoppa opp. (Kommune med 2000-5000 innbyggere).

Merker konsekvenser med lite oppfølging fra spesialisthelsetjenesten. Ellers en kommune med lite smitte og god oversikt. Kunne ønsket en plan/samarbeid ved utskrivning fra spesialisthelsetjenesten der oppfølging videre er uteblitt. Pasienter opplever at de er blitt satt tilbake. (Kommune med 2000-5000 innbyggere).

Noen kommuner oppgir at det har vært mer omfattende å få lagt inn pasienter til akuttbehandling, mens andre oppgir at de har tett samarbeid med spesialisthelsetjenesten:

Har eit tett samarbeid med lokalt DPS, om felles pasienter, dvs daglege telefonmøter (Kommune med 10000-20000 innbyggere).

En bydel i Oslo melder fra om bekymring for hvordan spesialisthelsetjenesten følger opp pasientene:

En bekymring i forhold til forløp 3, er hvordan pårørende, ansatte i boliger og øvrig nettverk blir fulgt opp av spesialisthelsetjenesten. Opplever at behandlere er lite proaktive (aktivt tar kontakt, tilby veiledning) i forhold til pårørende og nettverk som nå har større belastninger. (Bydel i Oslo).

Psykisk helse har avlyst dei fleste fysiske avtalar dei siste 5 vekene, med unntak av nokre få brukarar som har hatt oppfølging heile perioden. Dei andre har me hatt telefon og sms-kontakt med. Når det gjeld LAR-brukarane har dei fått tilkøyrd medisinen heim alle dagar då LAR-senteret har vore stengt for aktivitet desse vekene. (Kommune med 2000-5000 innbyggere).

3.4 Endring i antall henvendelser

Noen kommuner melder om noen flere henvendelser pga. koronasituasjonen:

Har hatt en del ekstra henvendelser pga koronasituasjonen. En del som er bekymret/engstelige, familier som strever. Alle som trenger det har fått hjelp gjennom kontakt på tlf, samtaler på gåturer, hjemmebesøk eller samtaler her på huset (noen få) (Kommune med 5000-10000 innbyggere).

I første fase av pandemien opplevde vi også en større pågang av pasienter. Dette har stabilisert seg nå. (Kommune med 2000-5000 innbyggere).

Noen kommuner har også vært proaktive og informert innbyggerne om tjenesten, uten at dette har ført til økt pågang:

Informasjon om mulighet til å kontakte psykisk helse er sendt alle innbyggere i kommunen. Tjenesten har ikke fått noen nye henvendelser til nå. (Kommune med færre enn 2000 innbyggere).

Det er mange kommuner som oppgir at det er færre henvendelser enn tidligere, også til Rask psykisk helsehjelp:

Mer enn halvering av søknader til RPH (rask psykisk helsehjelp) (Kommune med 10000-20000 innbyggere).

Nedgang på henvendelser til Rask psykisk helsehjelp. (Bydel i Oslo).

Noen har valgt å ikke ta inn nye brukere:

Pga. situasjonen har vi valgt å ikke ta inn nye brukere, etter en forsvarlig vurdering ut fra ventelisten. Da vi ikke vet varigheten på situasjonen, skal dette punktet revurderes ila uken. (Kommune med 2000-5000 innbyggere).

Andre kommuner oppgir at de ikke tar inn nye brukere uten at det er alvorlig problematikk. En av årsakene de oppgir er at det er vanskelig å få til gode kartleggingssamtaler med nye brukere av tjenestene på telefon.

Mens andre er bekymret for at det er nedgang i nye henvendelser:

Bekymringsfullt at det er en kraftig nedgang i antall nye henvendelser, både fra fastleger og innbyggere selv. (Kommune med 20000-50000 innbyggere).

Det har vært markant færre henvendelser sammenlignet med samme periode i fjor. En nedgang på 70%. Dette gjelder både voksne og barn og unge. (Kommune med 20000-50000 innbyggere).

Har ikke vært noe spesielt mer enn vanlig. Heller noe roligere. Vi har hatt mest telefonoppfølging. (Kommune med 20000-50000 innbyggere).

Usikkert hva konsekvensene vil bli. Det har vært lite etterspørsel etter psykiske helsetjenester innenfor enheten Forebyggende helsetjenester. (Kommune med 50000 innbyggere og mer).

Avtaler foregår på telefon, ingen fysiske møter, ingen nye henvisninger, bare stabiliserende telefonsamtaler - ganske stille, (Kommune med 2000-5000 innbyggere).

Vi har kapasitet til å ta imot nye brukere, men det har vært svært få nye søkere de to siste ukene. (Kommune med 5000-10000 innbyggere).

Noen oppgir at de får flere henvendelser:

Vi mottar flere henvendelser fra personer som sliter med isolasjon/depresjon. Det er rapportert en bekymring rundt at flere lavterskeltibud som aktivitetssenter med matsservering er stengt. Bydel i Oslo).

4 Oppsummering

Ingen vet om, eller når, neste bølge av koronasmitte kommer til kommunene, og det på nytt må innføres strenge restriksjoner for fysisk kontakt i tjenestene og i samfunnet generelt. Erfaringene kommunene har fra mars og april 2020 gir derfor viktig kunnskap som systematisk bør brukes til å forberede kommunene på den neste bølgen av smitte som kan komme (og fremtidige pandemier). I forbindelse med utsendingen av den årlige datainnsamlingen i IS-24/8 i april 2020, ba vi kommunene gi en beskrivelse av konsekvensene av pandemien så lang for kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Nesten 80 prosent av kommunene har delt sine erfaringer med forskerne og vi gir her en oppsummering av resultatene. Det er stort sett lederne av kommunalt psykisk helse og rusarbeid som har svart.

Situasjonen førte til at tilbud som ikke kunne overholde smittevernanbefalingene ble nedstengt etter at de strenge tiltakene ble innført 12. mars. Dette førte til at nesten alle dagtilbud, aktivitetstilbud, kurstilbud, lavterskeltibud, arbeidstiltak og gruppetilbud ble nedstengt. Mange tilbud er fortsatt ikke i drift medio mai 2020, men det ser ut som kommunene gradvis begynner å åpne opp når det nå blir mulig med større grupper og smitterisikoen i befolkningen holder seg på et lavt nivå.

Mange ansatte gikk raskt over til å ha hjemmekontor, og dette antas å gjelde de som arbeidet ved nedstengte tiltak. De aller fleste kommunene har fulgt opp brukerne av tjenestene ved hjelp av telefon og ulike videoløsninger. Det har vært minst mulig fysisk kontakt for å unngå smittespredning, men de som har hatt nødvendig behov for hjemmebesøk har sannsynligvis fått det. Praktisk bistand ble i noen kommuner redusert til å kun omfatte nødvendig helsehjelp, men vi antar at dette gjaldt en periode i april og at flere nå får mer ordinære tjenester og for eksempel hjelp til egenomsorg i tillegg til handling av mat.

I begynnelsen av perioden var det en del kommuner som gjorde omdisponeringer i personellfordelingen i tjenestene. Sykepleiere og helsefaglig personell ble satt i beredskap for å bidra i andre deler av tjenestene, og noen ble beordret til nye oppgaver. Fordi mange kommuner ikke opplevde utbredt smitte, ble det ikke nødvendig å gjøre store omdisponeringer. Det reageres på denne omdisponeringen av ressurser, da det på denne måten gis signaler om at tjenester innen psykisk helse og rus blir nedprioritert i pandemisituasjonen. Særlig rammes tjenester som i stor grad bemannes av sykepleiere med begrenset tverrfaglig personell i tillegg, og det er særlig bekymringsfullt at tjenester til barn og unge, og de mest sårbare rusmiddelavhengige har vært nedstengt.

Mat, medisiner og rent brukerstyr er oppgavene kommunene oppgir at de har valgt å prioritere i tillegg til oppfølging av brukerne over telefon eller videosamtaler. Medisiner og rent brukerstyr er levert hjem til mange av de kjente rusmiddelavhengige, og kommunene har i samarbeid med lokale dagligvarebutikker, frivillige organisasjoner og andre, kjørt ut mat til rusbrukere og andre sårbare grupper.

Brukere med mindre alvorlig problematikk som har ulike gruppetilbud og samtaletilbud, har måttet vente eller fått samtaler over telefon eller gjennom en videoløsning. Dette ser i stor grad ut til å ha gått greit, og noen brukere har valgt å vente med samtaler til de igjen kan møtes fysisk. Det er naturlig nok variasjon i hvordan brukerne av tjenestene reagerer på og håndterer pandemisituasjonen. Noen opplever at koronasituasjonen gjør hverdagen deres enklere fordi de slipper krav til sosial deltaking og dermed opplever mindre stress og forventinger. Andre får økt oppfølgingsbehov pga. økte angstsymptom og frustrasjon. Mange av brukerne kjeder deg i en ganske innholdsløs hverdag med lite aktivitet og arrangementer – som resten av befolkningen.

De som rammes hardest av nedstengte dagtilbud er de med størst behov for disse tilbudene. Dette er de sykeste og de med langvarige og sammensatte lidelser som i tillegg ofte har svake familie – og vennetettverk rundt seg fra før. Brukere med ROP-lidelser nevnes i mange av kommunene å være blant de hardest rammede av tiltakene. De som hadde marginal funksjon i utgangspunktet er mer utsatt for å bli isolerte, ensomme og sykere fordi de mister de stabiliserende tiltakene i hverdagen. Noen kommuner melder om flere akuttinnleggelser. Kommunene har forsøkt å følge opp de fleste brukerne av dagtilbud over telefon, og mange har både besøkt brukere på trappa og gått tur sammen med dem. Det meldes også om rusmiddelavhengige som har "sprukket" fordi de har mistet stabiliserende tiltak. Omfanget av dette er ukjent.

Flere kommuner melder at det er mindre tilgang på rusmidler i kommunen pga. stengte landegrensener, og at dette fører til mer uro i rusmiljøene. Dårlig tilgang på vante rusmidler, kan føre til utprøving av dårlige og farligere rusmidler. Lav tilgang fører til høyere priser, og med det mer kriminalitet for å skaffe seg rusmidler.

Noen kommuner oppgir at de i april opplevde færre henvendelser, mens andre oppgir at flere har fått større behov for tjenester og tiltak. Det blir viktig å følge utviklingen videre i kommunene og særlig hvem som rammes av at tilbud evt. ikke starter opp igjen. Et annet tema det blir interessant å undersøke, er hvorvidt kommunene bruker erfaringene de har fått i denne perioden til å videreutvikle tjenestene.

Alt i alt virker det som kommunene var raske med å stenge ned tilbudene som samlet flere brukere, og gikk over til telefonkontakt eller videosamtaler med brukerne. I begynnelsen var det strenge vurderinger om hvem som fikk hjemmebesøk, og mat, medisiner og rent brukerstyr ble prioritert. Så begynte kommunene å møte brukerne ute, eller tok samtaler på trappa. Mange begynte å gå turer der de kunne holde nødvendig avstand med noen av brukerne som hadde behov for, og ønsket det. I en kommune vi snakket med i dag, 11. mai, har de turtilbud der de tar med brukere til et område med gapahuker. Der fyrer de opp bål og koker kaffe og får til gode samtaler med brukerne. De planla å gjøre dette mer systematisk i tiden fremover, slik at flere kan få benytte seg av dette tilbudet. Andre vi har snakket med oppgir at de har egentlig ikke endret så mye på tilbudet og at de nå følger opp brukerne på vanlig måte nå, selv om det stort sett bare var telefonkontakt i begynnelsen.