



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BVP331

Predefinert informasjon

Startdato:	15-05-2020 09:00	Termin:	2020 VÅR
Sluttdato:	22-05-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 BVP331 1 H 2020 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 315

Informasjon fra deltaker

Tittel *: Aktivt oppsøkende behandling for personer med ROP-lidelser

Antall ord *: 11595

Egenerklæring *: Ja

Inneholder besvarelsen konfidensielt materiale?: Nei

Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *: Ja

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

**Tittel: Aktivt oppsøkende behandling for personer med ROP-
lidelser**

**Title: Assertive community treatment for persons with co-
occurring mental illness and substance use disorder**

Kandidatnummer: 315 & 342

Bachelor i vernepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap/ HVL campus Bergen

Innleveringsdato: 22.05.2020

Vi bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle

kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. *Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.*

Sammendrag

Mange personer med samtidig rus- og psykisk lidelse har ofte ikke et utbytte av tradisjonell behandling ved poliklinikk eller institusjon. Brukergruppen har sammensatte utfordringer i hverdagen og har behov for helhetlige tjenester, noe som Helsetilsynet i 2017-2018 avdekket mangler rundt. Aktivt oppsøkende behandling (ACT) er en alternativ behandlingsmetode som skjer i brukerens hjem og/eller nærmiljø. Studier har vist at denne behandlingsformen kan ha positiv effekt for personer med ROP-lidelser. Et faglig perspektiv i ACT er recovery hvor de ansatte støtter opp om brukers egen personlige recovery prosess. Formålet i denne bacheloroppgaven var å undersøke nærmere hvorfor ACT kan anbefales som behandlingsmetode for personer med ROP lidelser. Metoden for oppgaven var litteraturstudie hvor vi undersøkte brukeres erfaringer i ACT og ansattes arbeidserfaringer med ACT fra ulike studier. Resultatene viste at det var mange positive erfaringer med ACT; gode relasjoner, praktisk bistand, bedre helse og økt livsmestring, recoveryfokus, og opplevelse av at ACT var annerledes enn tradisjonell behandling. Det konkluderes med at på relasjonsbygging, helhetlig hjelp, et potensiale for tilfriskning og at det er en annerledes behandlingsmetode, kan være med på å forklare hvorfor ACT kan anbefales for brukergruppen. Studiet vårt må likevel ses i sammenheng med flere andre studier for at det skal kunne gis en endelig konklusjon.

Abstract

Many people with co-occurring mental disorder and substance use disorder do not benefit from ordinary treatment in institutions or in out-patient services. This patient group are usually in need of comprehensive and coordinated service. A report from 2019 by the Norwegian Health Authority stated that there were severe impairments in services to the patient group in several municipalities around the country. Assertive community treatment (ACT) is an alternative method of treatment, in the patients homes or in their community. Studies have indicated positive effects from this treatment for people with co-occurrent mental disorder and substance use. Recovery is an important focus within ACT where service providers support the patients in their own recovery process. This Bachelor's thesis aimed to examine reasons for ACT to be recommended for the patient group. The method used in this thesis was a literature study where we examined studies of experiences from patients in ACT, and studies of experiences from service providers working in ACT-teams. Findings show several positive experiences with ACT; good relationships, practical aid, better health, better managing of life, recoveryforocus, and experiences of ACT as a different way of treatment than ordinary services. We conclude that focus on establishing relationship, extensiv aid, potential for recovering and the differences from ordinary services, may all contribute to explain why ACT can be recommended for people with both mental illness and substance use disorders. Still, these findings should be seen in addition to several other studies, in order to be able to conclude altogether.

Innholdsfortegnelse:

1.0 Innledning	s. 6
1.1 Problemstilling og formål med oppgaven.....	s. 7
1.2 Faglig ståsted.....	s. 8
1.3 Vernepleierfaglig relevans.....	s. 8
1.4 Avgrensing og presisering.....	s. 9
1.5 Definisjon av begreper.....	s. 10
1.6 Oppgavens disposisjon.....	s. 11
2.0 Teori	s. 11
2.1 ROP-lidelser.....	s. 12
2.2 Lovverk.....	s. 13
2.3 Politiske og nasjonale føringer.....	s. 13
2.4 Behandling.....	s. 14
2.4.1 Behandling i kommunene og spesialisthelsetjenesten for personer med ROP-lidelser.....	s. 15
2.5 Mangler, svikt og kompleksitet i tjenester til personer med ROP-lidelser.....	s. 16
2.6 ACT.....	s. 17
2.7 Recoveryperspektiv i ACT-behandling.....	s. 18
3.0 Metode	s. 19
3.1 Litteraturstudie som metode.....	s. 19
3.2 Innhenting av informasjon.....	s. 20
3.2.1 Innhenting av bakgrunnsinformasjon.....	s.20
3.2.2 Innhenting av teori.....	s. 20
3.2.3 Søk etter forskning.....	s. 20
3.4 Fremgangsmåte for analyse av tekst.....	s. 22
3.5 Kritisk vurdering av kilder.....	s. 23
3.6 Styrker og svakheter ved metoden.....	s. 24
4.0 Resultat	s. 25

5.0 Drøfting	s. 30
6.0 Oppsummering	s. 35
7.0 Konklusjon	s. 36

Referanser

Se vedlagt Vedlegg nr. 1, Vedlegg nr. 2, Vedlegg nr. 3, Vedlegg nr. 4, Vedlegg nr. 5

1.0 Innledning

Rusavhengighet har fra oppveksten og ut i det voksne liv, vært noe vi hovedsakelig har hørt om og observert på avstand, noe fremmed. I løpet av vernepleierstudiet har vi begge fått en økt interesse, nysgjerrighet og fascinasjon for rus- og psykiatrifeltet. Det var først her at vi også fikk lære om begrepet ROP-lidelser, og ble bevisst på at det var personer som levde med en kombinasjon av rus- og psykiske lidelser. Fra det vi har vært vant med å observere tidligere i livet er det gjerne rusen og rusatferden vi har vært oppmerksom på, men ikke tenkt noe spesielt over at det også kan være en underliggende psykisk sykdom i tillegg. Gjennom praksisperioder på studiet har vi fått muligheten til å arbeide med denne brukergruppen og dermed fått et nærmere innblikk i hverdagen til personer med ROP-lidelser. Vi ble kjent med ressursrike personer, bak diagnosen, som vi så også levde med sammensatte utfordringer i sitt liv. Vi har erfart flinke helsearbeidere som jobber med denne brukergruppen på daglig basis, men samtidig har vi fått et inntrykk av at disse menneskene ofte kan bli en "kasteball" og at de "faller mellom to stoler" innenfor hjelpesystemet. Vi har fått inntrykk av at det er komplekst og kan være utfordrende å behandle brukergruppen på grunn av dobbeltdiagnosen.

I praksis har vi fått erfare situasjoner hvor rusproblematikk står i veien for behandling av den psykiske lidelsen. Et eksempel på en slik opplevelse i praksis var da en pasient ble skrevet ut fra et behandlingsopphold for den psykiske lidelsen sin, kort tid etter innleggelse. Behandlerne mente at den omfattende rusproblematikken "stod i veien" for å kunne gi optimal behandling med god effekt for pasienten. De mente at pasienten måtte skrives ut fordi h*n tok opp en plass som noen andre kunne ha nytte av. Derfor ble den syke pasienten sendt tilbake til boligen sin, tilsynelatende uten videre oppfølging fra behandlingsstedet. Personalet som jobbet der pasienten bodde visste ikke hvordan de skulle håndtere situasjonen da pasienten kom tilbake med de samme symptomene. Dette eksempelet viser at det kan være utfordrende å gi personer med ROP-lidelser behandlingen de ønsker og trenger på grunn av kompleksiteten rundt en dobbeltdiagnose.

En av grunnene til at vi ønsket å skrive om personer med ROP-lidelser og behandling er fordi vi ønsker økt kunnskap om tema. Vi føler selv at vi gjennom vernepleierstudiet ikke har hatt nok teori rundt dette tema før vi skal ut i arbeidslivet, foruten praksisperiodene vi har hatt. Alt i alt danner

vår bakgrunnsforståelse, vårt engasjement, vårt ønske om økt kunnskap og praksiserfaringer grunnlaget for valget av tema til vår bacheloroppgave.

1.1 Problemstilling og formål med oppgaven

Som snart utdannede vernepleiere skal vi ut å bistå mennesker som har ulike utfordringer i hverdagen. Vernepleiere er autorisert helsepersonell som har kompetanse til å jobbe innenfor ulike områder i samfunnet, deriblant innenfor rusomsorgen og innenfor psykisk helsearbeid (Fellesorganisasjonen, u.å). Vi mener det er viktig for oss å kjenne til aktuelle behandlingsmetoder som kan gi et velegnet tilbud for personer med ROP-lidelser. Vi tenker at på denne måten har vi mulighet til å bistå denne brukergruppen på en god måte.

Etter bakgrunnsøk på temaet ble vi oppmerksom på en nyere oppsummert studie som indikerte at ACT, aktivt oppsøkende behandling, kan være en hensiktsmessig behandlingsmetode for personer med ROP-lidelser. De positive funnene knyttet til ACT handlet blant annet om høyere deltakelse i behandling og nedgang i innleggelse i noen av studiene (Penzenstadler, Soares, Anci, Molodynski & Khazaal, 2019, s. 63). Dette ville vi undersøke nærmere og vi ble nysgjerrige på hva det er som gjør at akkurat denne behandlingstilnærmingen kan ha en positiv effekt. På bakgrunn av et ønske om økt kunnskap om tema, nysgjerrighet og engasjement kom vi frem til følgende problemstilling for vår bacheloroppgave:

“Hvorfor kan ACT-modellen anbefales som behandlingsmetode for personer med ROP-lidelser?”

Ut ifra denne problemstillingen vil vi beskrive hva ACT-modellen er. Vi vil se på hvordan ACT- team jobber etter denne modellen, og hvilke faktorer som gjør denne typen behandling hensiktsmessig for personer med ROP-lidelser. På denne måten vil vi kunne belyse hvorfor behandling etter ACT-modellen kan anbefales for brukergruppen.

1.2 Faglig ståsted

Som nevnt i innledningen, har vi begge noe praksiserfaring med brukergruppen gjennom studiet.

Utover dette har vi ikke noe forhold til eller erfaringer med å jobbe i ACT-team.

Behandlingsmodellen var så og si ukjent for oss før vi startet prosessen. Ettersom vi ikke hadde noe særlig kunnskap om ACT fra før, vil ikke besvarelsen av oppgaven være preget av personlige erfaringer i forhold til dette.

1.3 Vernepleierfaglig relevans

Her vil vi presentere nærmere hvorfor tema for oppgaven er relevant for vernepleierfaget. Vi presenterer kompetanseområder en vernepleier har, og hvorfor kompetansen kan komme til nytte i arbeid med personer med ROP-lidelser i ACT-behandling.

Helsefag- og sosialfag, juss, pedagogikk og psykologi er de overordnede kompetanseområdene til en vernepleier. Vernepleierutdanningen er den eneste utdanningen med kombinasjonen av både helse- og sosialfag (Fellesorganisasjonen, 2017). Etter endt utdanning skal vernepleiere ha kompetanse innenfor "... profesjon, etikk, samarbeid, miljøterapeutisk arbeid, rehabilitering og habilitering, helsefremming og helsehjelp, inkludering, deltakelse og rettigheter, kritisk tenkning, kunnskapsbasert praksis og innovasjon" (Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning, 2019, §3).

I mars 2018 ga Fellesorganisasjonen (FO), fagforeningen og profesjonsforbundet for blant annet vernepleiere, ut en medlemsundersøkelse om utdanningspolitikk. Rapporten viser at 16% av vernepleierne som responderte på undersøkelsen jobber innenfor rus- og psykiatrifeltet, både poliklinisk og på institusjon. Dette tallet blir kun overgått av antallet vernepleiere som jobber med å gi tjenester til personer med utviklingshemming (Fellesorganisasjonen, 2018). Undersøkelsen viser at arbeid innen rus og psykiatri er aktuelt for vernepleiere.

Helsedirektoratet har kunngjort at et ACT-team skal bestå av profesjoner med spesialkompetanse og andre profesjoner med helse- og sosialfaglig kompetanse. Den sosialfaglige kompetansen er sentral for å gjennomføre god utredning, samt bistå brukere når det gjelder tilgang på ulike

tjenester. Mange av brukerne i ACT-behandling vil trenge bistand av de ansatte når det gjelder økonomi, bosted, nettverkskartlegging og etablere og opprettholde kontakt med øvrig helseapparat. En viktig del av arbeidet i ACT baseres på kunnskapsbasert praksis, og derfor er det viktig at teamansatte har oppdatert kunnskap innenfor dette feltet (Aakerholt, 2013, s. 21). Som nevnt over er kunnskapsbasert praksis noe en vernepleier skal ha kompetanse på.

Medikamentell behandling er en sentral del av et behandlingsforløp i ACT. En viktig oppgavene teamene har er å følge opp pasienter i forhold til medisiner, og da spesielt til pasienter med komplekse utfordringer. Det er viktig at noen har kompetanse til å kartlegge symptomer på psykiske lidelser, være obs dersom brukere opplever bivirkninger av medisiner og passe på at pasienter tar de medisinene de har fått foreskrevet. Profesjoner som har kompetanse på dette området i Norge er psykiatere, sykepleiere og vernepleiere (Aakerholt, 2013, s.21-22).

ACT-teamene skal drive rehabilitering og lære brukerne hvordan de skal mestre livet i forhold til egen sykdom, arbeidsliv, ta vare på bolig samt hvordan brukerne skal lage seg meningsfulle hverdager. Derfor er det viktig med profesjoner med pedagogisk- og sosialfaglig kompetanse i teamene. De har blant annet kunnskaper om nettverksarbeid og mestringsstrategier. På bakgrunn av dette vil et ACT-team trenge sosionomer, vernepleiere og psykologer (Aakerholt, 2013, s. 22). Vernepleiere har “.. et særskilt ansvar for å arbeide for økt rettssikkerhet og bedre levekår for utsatte grupper i samfunnet” (Fellesorganisasjonen, u.å).

På bakgrunn av det vi nå har presentert ser vi oppgavens problemstilling som høyst aktuell for oss. I ACT-håndboken av Aakerholt (2013) nevnes profesjonen vernepleier opptil flere ganger fordi vi har kompetanse på sentrale arbeidsområder i ACT. I tillegg ser vi problemstillingen som relevant fordi vi begge har et ønske om å jobbe innenfor rus- og psykiatrifeltet i fremtiden.

1.4 Avgrensning og presisering

I dette delkapittelet beskriver vi hvilke avgrensninger og presiseringer vi har valgt å gjøre, knyttet til hvordan vi vil belyse problemstillingen. Avgrensningene gjøres for at vi skal få en dybdeforståelse

innenfor vårt valgte tema og for at oppgaven skal ha en god struktur med en gjennomgående rød tråd.

Vi har valgt å avgrense oss til å skrive om personer med ROP-lidelser av ulike grunner. Først og fremst på grunn av erfaringene fra praksis, at vi synes arbeid med brukergruppen er spennende, og fordi det viser seg at de ofte har et utfordrende og komplekst behandlingsbehov. I oppgaven vil vi variere mellom å bruke begrepene “personer med ROP-lidelser”, “brukere” og “pasienter”. Hvilket begrep vi bruker vil til enhver tid avhenge av litteraturen og situasjonen vi skriver om. Vi tilpasser oss litteraturen vi bruker, men begrepene vil ha den samme betydningen.

Vi ble tidlig enige om at oppgaven skulle handle om behandling til personer med ROP-lidelser. Det finnes mange ulike former for behandling, arenaer for behandling og flere måter for hvordan behandling blir organisert. På grunn av omfanget ser vi oss nødt til å avgrense oss til én behandlingsform. Vårt fokus vil være på behandling via ACT-modellen da dette som tidligere nevnt kan være en hensiktsmessig behandlingstilnærming for personer med ROP-lidelser.

1.5 Definisjon av begreper

I denne delen vil vi gi helt kortfattede definisjoner av sentrale begreper vi bruker i oppgaven. De fleste av disse begrepene vil være naturlig å utdype videre i kapittel 2.0, teori. Disse er ACT-modellen, behandling og ROP-lidelser som er begreper knyttet til problemstillingen.

ACT-modellen: ACT er forkortelsen for “Assertive community treatment”. Det er en behandlingsmodell som har som formål å gi helhetlige, oppsøkende tjenester til personer med alvorlige psykiske lidelser. I tillegg har de ofte et rusmisbruk (Helsedirektoratet, 2020).

Behandling: Begrepet behandling innebærer at spesifikke tiltak tres i kraft for å fjerne og/eller lette på symptomer til sykdom (Orrem, 2018).

Tradisjonell behandling: Vi ser at litteraturen bruker begrepet tradisjonell behandling om behandling som skjer i poliklinikk, sykehus eller ved døgnbaserte institusjoner.

ROP-lidelser: ROP-lidelser er en norsk betegnelse for kombinasjonen og dobbeltdiagnosen samtidig rus- og psykiske lidelser (Helsedirektoratet, 2012).

Recovery: Recovery kan beskrives som en bedringsprosess for å skape mening i eget liv (Helsedirektoratet, 2014).

1.6 Oppgavens disposisjon

I utformingen av oppgaven har vi tatt utgangspunkt i et oppsett for en litterær oppgave, hentet fra Dalland (2017, s. 213-315). Vi har så slått sammen kapitler der vi mener det har vært naturlig. I neste del går vi over på hoveddelen av oppgaven. Vi starter med en teoridel hvor vi legger frem eksisterende og relevant kunnskap knyttet til tema. Videre beskriver vi den anvendte metoden i oppgaven. Etter metode presenteres funnene våre ut ifra litteraturstudiet vi har gjort, og deretter vil vi diskutere disse funnene i en egen drøftingsdel. Til slutt går vi over på oppgavens siste del hvor vi oppsummerer viktige funn og gir en konklusjon knyttet til problemstillingen. Under hvert hovedkapittel vil vi skrive en mer detaljert disposisjon over innholdet.

2.0 Teori

For å belyse tema rundt problemstillingen vår mener vi det er relevant å vise til aktuelt lovverk og politiske føringer, behandling og hvordan behandlingsprosessen er fordelt mellom kommune og spesialisthelsetjenesten. Vi vil også trekke frem utfordringer helsevesenet møter på i behandling av personer med ROP-lidelser. I tillegg vil vi presentere ACT som behandlingsmetode og målgruppen for denne behandlingen. Avslutningsvis i teorikapittelet vil vi gjennomgå recovery som begrep og som faglig perspektiv i ACT. Vi vil starte teoridelen med en utdypet redegjørelse av begrepet ROP-lidelser.

2.1 ROP-lidelser

Begrepet ROP brukes i Norge om en kombinasjon av psykisk lidelse og ruslidelse (Helsedirektoratet, 2012). Gjennom vernepleierstudiet har vi lært at disse diagnosene kan føre til store utfordringer i hverdagen. Det finnes mange ulike typer av psykiske lidelser. Ved en diagnostisert psykisk lidelse vil ofte tankemønstre, følelser og atferd påvirkes, og det kan få konsekvenser for funksjon i hverdagen og livskvaliteten for de som er rammet. Sykdommen kan også i mange tilfeller være skjult for omverdenen (NHI, 2018). Ruslidelse kan forstås som en avhengighet og skadelig bruk av ulike typer rusmidler. Med skadelig bruk menes både fysiske og psykiske helseskader i en gitt tidsperiode. Avhengigheten handler om ukontrollerbar trang til å bruke rusmidler, til tross for at det er skadelige. Dette fører også til en nedprioritering av andre ting i livet og rusmiddelbruken blir et hovedfokus (FHI, 2019).

Årsaken bak ROP-diagnosen kan være et samspill mellom genetisk sårbarhet og psykososiale erfaringer (Helsedirektoratet, 2012). For mange vil en ROP-lidelse innebære en alvorlig funksjonsnedsettelse i hverdagen. Det vil ikke bare påvirke en selv, men også pårørende og annet nettverk man har. Personer med ROP-lidelser kan blant annet kjennetegnes ved avvikende atferd, sammensatt hjelpebehov med "pendling" i tjenesteapparatet, ustabil bosituasjon og økonomiske problemer (Evjen, Kielland & Øiern, 2018, s. 24-25)

Det finnes forskjellige hypoteser for hvordan symptomene for psykisk lidelse og ruslidelse interagerer. Den ene hypotesen kalles skademodellen og handler om at det er ruslidelsen, altså rusbruken som fører til at man får en psykisk lidelse (Evjen et al., 2018, s. 27). Neste kalles selvmedisineringshypotesen hvor det antas at en psykisk lidelse gjør at man vender seg til bruk av rusmidler fordi det oppleves at rusen reduserer symptomene av den psykiske lidelsen (Evjen et al., 2018, s. 27-28). Felles-årsak-modellen er en tredje hypotese hvor man fokuserer på underliggende årsaker til at begge typer lidelser opptrer. Forklaringen kan ligge i at personen har opplevd et traume, noe som har gitt en psykologisk belastning, og gjerne om personen har vokst opp med familiemedlemmer med rus og psykiske problemer. Andre faktorer som kan spille inn kan være antisosial personlighetsforstyrrelse og nedsatt kognitiv funksjon (Evjen et al., 2018, s. 28-29). Interaksjonshypotesen handler om at det er et samspill mellom ulike faktorer som fører til at man får en ROP-lidelse (Evjen et al., 2018 s. 29).

2.2 Lovverk

ACT-team i Norge kan enten være plassert under spesialisthelsetjenesten, kommunene eller være organisatorisk fordelt mellom disse to (Bakke & Strand, 2017, s. 17). Team som er underlagt spesialisthelsetjenesten skal forholde seg til Spesialisthelsetjenesteloven, mens team underlagt kommunene skal forholde seg til Helse- og omsorgstjenesteloven. ACT-team som er delt mellom både spesialisthelsetjeneste og kommune skal forholde seg til begge disse lovverkene. Alle teamansatte er pliktige til å følge Helsepersonelloven §21, hovedregel om taushetsplikt. Uavhengig om hvor teamene er plassert i organisasjonskartet, skal pasient- og brukerrettighetsloven følges angående hvilke rettigheter brukerne har (Bakke & Strand, 2018, s. 23). Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999, § 2-1 a & §2-1 b) oppgir personers rett til nødvendig helsehjelp både fra kommunale helsetjenester og fra spesialisthelsetjenesten.

Etter helse- og omsorgstjenesteloven (2011, §3-1) har landets kommuner ansvar for at personer som oppholder seg i kommunene, deriblant personer med rus- og/eller psykiske lidelser, blir tilbudt nødvendige helse- og omsorgstjenester. I dette ansvaret ligger også en forpliktelse til å sørge for at tjenestene fremstår enhetlig ved å tilrettelegge for samarbeid både innad i kommunen og med andre nødvendige tjenesteytere (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §3-4). Denne plikten til samarbeid har også regionale helseforetak i henhold til lov om spesialisthelsetjenesten (1999, § 2-1). Etter helse- og omsorgstjenesteloven §3-2 har kommunene ansvar for å tilby utredning, diagnostisering og behandling om nødvendig (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §3-2). For personer som trenger koordinerte tjenester over lang tid skal det tilbys individuell plan og kommunen skal sørge for koordineringen av arbeidet (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §7-1).

2.3 Politiske og nasjonale føringer

Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk- og psykisk lidelse, heretter forkortet NKROP, angir i sin strategiplan for 2019-2024 at til tross for at det har skjedd endringer i en positiv retning, er det fremdeles et stort forbedringspotensiale innenfor rus- og psykisk helsetjenester. De synliggjør et behov for økt kompetanse i forhold til forskningsbaserte tjenester som kan fungere godt for personer med ROP-lidelser (NKROP, u.å).

Helsedirektoratet ga i 2012 ut Nasjonalfaglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus -og psykisk lidelse. Retningslinjen inneholder anbefalinger til tjenesteytere som arbeider med personer med alvorlig eller mindre alvorlig psykisk lidelse i kombinasjon med ruslidelse (Helsedirektoratet, 2012). Et viktig punkt i retningslinjen er å sørge for brukermedvirkning i hele behandlingsforløpet. Utredningen bør skje ved bruk av ulike kartleggings- og diagnoseverktøy. Det vil blant annet være behov for å utrede i forhold til diagnose, motivasjon for endring, psykososiale forhold, somatikk, og risiko for selvmord. Det anbefales at behandling skal skje integrert og ut ifra individuell plan. ACT- team bør brukes der pasienten ikke har nytte av annen tradisjonell behandling i poliklinikk eller ved døgnbaserte institusjoner. Retningslinjen sier også noe om organiseringen av arbeidet mellom kommune og helseforetakene, hvem som har ansvar for hva og samarbeidet mellom instansene (Helsedirektoratet, 2012).

Tjenester rettet mot personer med ROP-lidelser er ofte preget av mangel på kontinuitet og samhandling mellom tjenester. Mange brukere har ikke nytte av de tradisjonelle behandlings- og oppfølgingstjenestene på grunn av utformingen av tjenestene. Ifølge NKROP sin strategiplan for 2019-2024 skal det bli økt fokus på å utvikle oppsøkende tjenester. Et av målene som blir nevnt er at alle regioner og helseforetak rundt om i landet skal ha kunnskap om og erfaringer med samhandlingsmodellen. ACT-modellen blir trukket frem som et av de beste alternativene til samhandlingsmodell (NKROP, u.å).

Regjeringen vil at det skal opprettes tverrfaglige og ambulante team “..der det er befolkningsgrunnlag for det, og forutsetter at helseforetak og kommuner legger dette til grunn for planlegging og utvikling av tjenestene” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 65-66). Befolkningsgrunnlag for etablering av et ACT-team er anbefalt til regioner med minst 40.000 innbyggere over 18 år. Teamene skal ikke ha lengre enn én times reisevei til pasientene (Landheim, Hoxmark, Aakerholt & Aasbrenn, 2017, s. 6).

2.4 Behandling

Orrem (2018) definerer behandling slik; “*Den tradisjonelle, medisinske bruken av begrepet innebærer at behandling er spesifikke tiltak som settes i verk for å fjerne eller lette symptomer på og/eller årsak til sykdom.*” (Orrem, 2018, avsn. 5). Målet med en behandling er ikke nødvendigvis

det samme for alle. Det vil variere fra individ til individ for hva de ønsker og har behov for. Målsettingen kan også endres utover i en behandlingsprosess. Noen vil behandles for å få økt livskvalitet, mens andre vil bli helt rusfrie, få bedre funksjonsevne og integrasjon i samfunnet (Helsedirektoratet, 2012).

2.4.1 Behandling i kommunene og spesialisthelsetjenesten for personer med ROP-lidelser

Et behandlingsforløp for pasienter med ROP-lidelser starter ofte i kontakt med kommunale helsetjenester. Kommunen har ansvaret for å kartlegge personens livssituasjon, deriblant hva funksjonsnivået er og behovet for tjenester. Videre skal kommunene sørge for forebyggende tjenester og nødvendig helsehjelp, oppfølging i forhold til boligsituasjon, og ha ansvar for tjenester for aktivisering enten sosialt eller i form av arbeid. I tillegg er kommunen ansvarlig for arbeidet med individuell plan og generell veiledning og oppfølging (Helsedirektoratet, 2012).

Dersom det er behov, skal kommunen henvise personen videre til behandling i de rette instansene for eksempel til spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet 2012). Innenfor spesialisthelsetjenesten er det distriktpsikiatriske sentre (DPS) og spesialiserte sykehus som tar seg av behandling av pasienter som hovedsakelig har psykiske lidelser. For personer med ruslidelser har spesialisthelsetjenesten tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TBS), i enten poliklinikker eller døgninstitusjoner (Helsedirektoratet, 2014). En god behandlingstilnærming for personer med ROP-lidelser har vist seg å være integrert behandling. Integrert behandling betyr at både den psykiske lidelsen og ruslidelsen behandles parallelt og av samme personer. Dette innebærer at helsetjenestene må samordne og koordinere tjenestene slik at pasienten opplever behandlingstilbudet som helhetlig (Helsedirektoratet, 2012). Når det gjelder behandling i spesialisthelsetjenesten er regelen at det er den mest fremtredende lidelsen som avgjør om pasienten henvises til TBS eller psykisk helsevern. Begge instanser skal likevel ha kompetanse til å ta imot og behandle begge typer lidelse (Evjen et al, 2018 s. 218). Sammenliknet med andre pasientgrupper er ROP-pasienter oftere i behandling hos spesialisthelsetjenesten (reinleggelse), men oppholdet der er ofte kortere. I tillegg bruker de akuttjenester i større grad enn andre innenfor psykisk helsetjenester (Evjen et al. 2018, s. 211).

2.5 Mangler, svikt og kompleksitet i tjenester til personer med ROP-lidelser

I 2017 og 2018 ble det gjennomført tilsyn av kommunale og spesialisthelsetjeneste tilbud for personer med ROP-lidelser. Helsetilsynet rapporterer om alvorlig svikt og mangler i både kommuner og helseforetak. "Viktige elementer i tjenesteytingen og i dette tilsynet, var om kommunene ivaretar kravene til kartlegging, planmessig tjenesteyting, dokumentasjon og samhandling/ koordinering av tjenestene. På disse områdene var det svikt i større eller mindre grad i mange kommuner" (Helsetilsynet, 2019, s. 8). Helsetilsynet uttrykker særlig bekymring for at det er svikt i grunnleggende arbeid som kartlegging og utredning av pasienter. Manglende oversikt over brukernes situasjon, og dermed utfordringer og ressurser, ble avdekket i flere av kommunene. Dette er essensielle elementer for å kunne gi riktig behandling til pasientene, og hvis dette ikke gjøres tilstrekkelig kan følgene bli at forsvarligheten av behandlingen står på spill (Helsetilsynet, 2019, s.8). Eksempelvis var det det mange steder manglende bruk av kartleggingsverktøy og dokumentasjon av kartlegging av rusmiddelbruk. "Noen behandlere erkjente at det var utfordrende å spørre pasienter om rusmiddelbruk, og at de var redde for å krenke pasienten" (Helsetilsynet, 2019, s. 11).

I 2018 ble "Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus 2018-2020" utgitt. Hensikten med planen var blant annet å bedre samhandlingen mellom ulike behandlingsinstanser og øke fokuset på brukermedvirkning for å kunne sikre et helhetlig tjenestetilbud (Helsedirektoratet, 2018). En evaluering i 2019 av pakkeforløpet, ett år etter oppstart, viste at det var bred misnøye og skepsis til forløpet blant fagfolk som mente at det ikke hadde den forventede hensikten (Ådnanes, Kaspersen, Melbye & Lassemo, 2020, s. 81).

Behandling til personer med ROP-lidelser kan være komplekse og utfordrende å gjennomføre med gode resultater. Dette kan handle om holdninger i hjelpesystemet eller at det er et behov for endring i tjenestene. Fra pasienten sin side kan det være gode grunner til at det er vanskelig å ta imot behandling for eksempel på grunn av tidligere negative opplevelser i slike situasjoner (Evjen et. al., 2018 s. 24-25). Erlend Polden, tidligere miljøterapeut ved Bergensklinikkene, belyser utfordringene ved behandling av ROP-pasienter. Han opplever at behandlingstjenestene hver for seg er såpass oppdelte og spesialiserte for at behandlingen skal bli mest mulig effektiv for pasientene. Han mener derfor det er mangel på helhetlige tilbud for de pasientene som trenger

koordinerte behandlingstjenester (Polden, 2017, s.227). Polden poengterer videre at det kan være utfordrende å skille hvem som har et rusproblem og hvem som har en psykisk lidelse og at det kan føre til diskusjoner og uenigheter om hvor pasientene "hører til" og hvor de skal få behandling. Dette kan igjen medføre en splittelse helsevesenet (Polden, 2017, s.228).

2.6 ACT

Assertive community treatment (ACT) er behandling som retter seg mot personer med psykiske lidelser og/eller ruslidelser som ikke har nytte av annen tradisjonell behandling (Evjen et al., 2018, s. 230). Modellen ble utviklet i USA på 1970-tallet og er på norsk oversatt til "aktivt oppsøkende behandlingsteam". Personer som mottar bistand fra et ACT-team, er ofte ustabile og har psykoselidelser. Mange har også andre lidelser i tillegg til psykoselidelse. Etablerte ACT- team i Norge er et samarbeid mellom kommunale helse-og omsorgstjenester og statlige helsetjenester innenfor psykisk helse og rus. Ved hjelp av det kommunale kartleggingsverktøyet BrukerPlan var det per 2015 beregnet at 26 000 mennesker i Norge har behov for helhetlige og koordinerte tjenester (Landheim et al., 2017, s.6).

Særegent for ACT er at behandlingen skjer der brukeren befinner seg, og ikke på et kontor, i institusjon eller via noen form for innleggelse (NAPHA, 2020). Hvert teammedlem i ACT er ansvarlig for å følge opp mellom 10 og 15 pasienter, og sentrale arbeidsoppgaver for teamet er medisin håndtering, oppfølging i forhold til den psykiske helsen, boligsituasjon og i forhold til jobbsøking. Videre skal tjenestene være integrerte, varig, og ha en innvirkning på viktige faktorer for psykisk helse som for eksempel fritid, arbeid og familie (Evjen et al., 2018, s. 230). En viktig del av arbeidet til de ansatte er å ha jevnlig teammøter. På møtene skaffer de ansatte seg en samlet oversikt over status rundt alle brukerne, hva som er relevant å ta tak i og hvordan arbeidet skal organiseres. Viktig og nødvendig informasjon rundt en bruker noteres ofte på en tavle (bør være elektronisk i et excel ark) som skal oppdateres fortløpende (Aakerholt, 2013 s. 15-16). Denne type møter fremstår å være kun for de ansatte for å sikre en overordnet oversikt. Samtidig er teamet opptatt av at brukermedvirkning skal ivaretas. Behandlingsplaner og mål for behandlingen skal utarbeides sammen med bruker og eventuelt pårørende, for å sikre at brukerens ressurser og ønsker er i sentrum (Aakerholt, 2013, s. 34). I et ACT-team er det krav til at teamet skal være tverrfaglig sammensatt. Dette er fordi teamet skal kunne gi helhetlige tjenester til brukerne.

Sentrale profesjoner i et ACT-team er psykiater, psykolog, sykepleiere (både med og uten videreutdanning) og profesjoner med sosialfaglig kompetanse (Bakke & Strand, 2018, s. 14). Tilstanden til pasienter i ACT kan variere. Det kan være tilbakefall og symptomforverring i noen perioder og mer stabilitet i andre perioder. Derfor er det viktig at de team-ansatte kan tilrettelegge for stabilitet og være obs på de faktorer som kan føre til forverring (Aakerholt, 2013 s. 18).

I Aakerholt (2013, s.11) oppgis en liste over diagnoser og forhold som sier noe om hva målgruppen for ACT er, og som vi vil gjengi direkte her:

- Langvarige og ustabile sykdomsforløp
- Langvarige psykotiske sykdommer / schizoaffektive lidelser
- Alvorlige bipolare lidelser
- Rusmiddelmisbruk/ruslidelser og tentativt alvorlig psykiske lidelse
- Alvorlige psykiske lidelser og lett psykisk utviklingshemming

(Aakerholt, 2013, s. 11)

Felles for denne målgruppen er at brukerne kjennetegnes ved at de blant annet har hyppige innleggelses, redusert sosial fungering og at annen tidligere behandling ikke har hatt optimal effekt (Aakerholt, 2013, s. 11).

2.7 Recoveryperspektiv i ACT-behandling

Et viktig perspektiv innenfor ACT er recovery- perspektivet (Bakke & Strand, 2018, s.21). Vi velger å bruke Anthony (1993, referert i Borg, Karlsson & Stenhammer 2013, s. 10) sin definisjon på recovery som er oversatt til norsk av Borg et. al. (2013, s. 10):

Recovery er en dypt personlig, unik prosess som innebærer endring av ens holdninger, verdier, følelser, mål, ferdigheter og/eller roller. Det er en måte å leve et liv på som gir håp, trivsel og mulighet til å bidra, på tross av begrensningene som de psykiske problemene representerer. Recovery innebærer ny mening og nye mål for livet, og muligheter til å vokse og utvikle seg (Anthony, 1993 referert i Borg et al. 2013, s. 10).

Recovery som et faglig perspektiv i ACT betyr at hjelpen som teamene gir skal være mer personsentrert enn pasientsentrert. Tanken er at brukerne, til tross for sykdom, kan leve et godt liv med mening. Brukerens selvbestemmelse og selvstyring skal vektlegges og i dette ligger det også at ACT-teamet kan måtte godta avgjørelser til tross for at disse ikke sees på som ideelle av teamansatte (Bakke & Strand, 2018, s.21). En måte å jobbe recoveryorientert på er å fremme relasjonsbygging til andre med brukererfaring, til fagfolk og eller til generelt andre personer (Slade, 2017, s. 18-22). Kartlegging sammen med en bruker for å bistå til å finne en personlig mening kan også være en del av recoveryorientert praksis (Slade, 2017, s. 28). Ved å for eksempel spørre brukeren om mestringsstrategier, drømmer, håp og sterke sider kan man sammen fremheve brukerens ressurser (Slade, 2017, s. 31). Kartlegging kan også brukes til å få frem personlig ansvar, positiv identitet og skape håp (Slade, 2017, s. 31-33). Videre vil kartleggingen kunne hjelpe brukeren til å sette sine egne recoverymål og planlegge tiltak (Slade, 2017, s. 36).

3.0 Metode

I dette kapitlet vil vi presentere valg av metode for oppgaven. Vi vil vise hvordan vi innhentet materiale til oppgaven og forklare hvordan vi gikk frem i analysen av informasjonen vi fant. Til slutt beskriver vi hvordan vi kritisk vurderte kilder og angir våre vurderinger av styrker og svakheter ved metoden.

3.1 Litteraturstudie som metode

Vilhelm Aubert beskriver metode som "en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap" (Aubert, 1985 referert i Dalland, 2017, s. 50). I denne oppgaven har vi valgt å bruke allmenn litteraturstudie som metode. Allmenn litteraturstudie handler om at man beskriver kunnskap og analyserer utvalgt forskning og litteratur som finnes innenfor et tema. Dette er den mest brukte formen for litteraturstudie som metode i bacheloroppgaver (Thidemann, 2019, s. 79). Man bruker datamateriale som allerede er innhentet av andre, altså sekundærdata. Disse sekundærdataene kan man finne i for eksempel tidsskrifter, bøker og ulike databaser (Thidemann, 2019, s.75). Ved å velge litteraturstudie tenkte vi at vi kunne få en bredde i datamaterialet som vi ikke nødvendigvis hadde fått for eksempel ved et intervju.

3.2 Innhenting av informasjon

Til denne oppgaven har vi gjort bakgrunnssøk på tema, innhentet informasjon til teoridelen og søkt etter forskning til resultatdelen. For ordens skyld deles dette kapittelet opp i underkapitler hvor vi redegjør for hvordan vi har innhentet informasjonen til de ulike delene i oppgaven.

3.2.1 Innhenting av bakgrunnsinformasjon

Før vi startet utarbeidingen av oppgaven gjennomførte vi et bakgrunnssøk på temaet for å få en viss oversikt og for å komme frem til en konkret problemstilling. Vi startet bredt og søkte først blant annet på Google og på Helsebiblioteket. Gjennom søk i Helsebiblioteket fant vi en interessant artikkel som omhandlet ACT som behandlingsmetode for ROP-pasienter. Dette ble et utgangspunkt for veien videre. Vi var også inne på NKROP sin nettside blant annet for å lære mer om brukergruppen. NKROP har som oppgave å være med på å kvalitetssikre tjenester til personer med ROP-lidelser i Norge. Her fant vi mye relevant informasjon som gav oss den bakgrunnsinformasjonen vi hadde behov for.

3.2.2 Innhenting av teori

For å innhente kunnskap til teoridelen brukte vi et bredt utvalg av kilder. Vi benyttet Lovdata.no for å presentere aktuelt lovverk. Vi brukte Helsedirektoratet sin nasjonalfaglige retningslinje for personer med ROP-lidelser for å lære mer om anbefalinger knyttet til behandling av brukergruppen. Andre informative kilder vi har brukt er ACT-håndboken, kompetansesentre på nett, som Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) og NKROP. Der fantes det en del aktuell og relevant informasjon om ACT-modellen. Vi har også brukt et utvalg av rapporter hentet fra blant annet Helsetilsynet og NAPHA.

Boken *“Dobbelt opp - Om ruslidelser og psykiske lidelser”* av Evjen, Kielland og Øiern (2018) har vært en sentral informasjonskilde i prosessen. Den inneholder blant annet mye oppdatert informasjon om personer med ROP-lidelser og om tjenester til brukergruppen.

3.2.3 Søk etter forskning

For å gjennomføre søk etter forskning som kunne besvare problemstillingen, tok vi utgangspunkt i søkeprosessen som beskrevet i boken *Jobb Kunnskapsbasert* (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt,

Nordheim & Reinart, 2012). Etter Nortvedt et al. (2012, s. 44) sine anbefalinger, startet søkeprosessen etter kunnskap som ligger høyt i kunnskapspyramiden. "Jo høyere opp i pyramiden du kommer, desto mer kvalitetsvurdert, anvendbar og lettlest er forskningen" (Nortvedt et al. 2012, s. 44). Vi utarbeidet KBP-skjema med PICO-spørsmål for å systematisere søkene våre. Databasene vi startet å søke i var UpToDate, BMJ best practice og Epistemonikos hvor man kan finne oppsummert forskning. En annen grunn til at vi valgte å starte søket i disse databasene var fordi vi er godt kjent med disse fra tidligere oppgaveskriving. Videre søkte vi i databasene CINAHL, PubMed og Idunn.

Vi startet søkeprosessen rundt kjernes spørsmålet "effekt av tiltak". Målet var å finne forskning rundt faktorer som kunne belyse hvorfor ACT-modellen kan anbefales som behandlingsmetode for personer med ROP-lidelser. Etter flere runder med søk innså vi at det var en del forskning som omhandlet effekten av ACT, men vi fant ikke studier som inkluderte spesifikke "suksessfaktorer". Vi tenker at brukerstemmen er vesentlig å vektlegge ettersom det faktisk er brukerne som får behandlingen, og som kan uttale seg om hva som er positivt og negativt med ACT. Vi anser også ansatte i ACT-team sine erfaringer som nyttige. Derfor utarbeidet vi et nytt PICO-spørsmål, og kjernes spørsmålet ble da av type "erfaringer og holdninger". Ut ifra å bruke dette type kjernes spørsmål fant vi to av artiklene vi inkluderer i oppgaven.

Underveis i søkeprosessen leste vi først gjennom enkelte deler av artiklene/studiene vi fant; oppsummering, resultater og konklusjon. På denne måten kunne vi raskt danne oss et inntrykk av studiene og om de var relevante knyttet til problemstillingen for oppgaven. Vi fant to relevante forskningsartikler og én forskningsbasert evaluering som vi mener inneholder erfaringer som kan bidra til å belyse vår problemstilling.

Den første artikkelen fant vi gjennom søk i PubMed, en database som inneholder tidsskrifter innen ulike fagområder, også innen helsefag. Ved å kombinere søkeordene assertive community treatment AND mental illness AND substance use AND experiences kom vi frem til artikkelen "Engagement in assertive community treatment as experienced by recovering clients with severe mental illness and concurrent substance use". Artikkelen er skrevet av Pettersen, Ruud, Ravndal, Havnes & Landheim. Dette er et kvalitativt studie fra 2014 som baseres på 11 pasienters erfaringer av det å bli rekruttert til og forbli i ACT-behandling.

En annen artikkel vi valgte å inkludere fant vi ved å gjøre søk i Idunn, en database hvor det finnes forskning fra Norden innen fagområder som helse- og sosialfag (Idunn, u.å). Ved å bruke søkeordet "Assertive community treatment" kombinert med "ROP", fant vi artikkelen "Her er det rom for medmenneskelighet- ansattes erfaringer med recovery innen ACT-modellen i Norge og Danmark" av Meese & Ekeland. Denne artikkelen fra 2017 undersøkte erfaringer med recovery-arbeid i ACT, blant 18 ansatte i to danske og et norsk ACT-team.

Som nevnt tidligere har vi benyttet oss av NKROP sin nettside. Den inneholder både nasjonal, internasjonal og intern forskning på ROP-feltet. Ved å klikke på kategorien ACT/FACT på nettsiden fant vi frem til ulike ressurser. Blant ressursene fant vi en forskningsbasert evaluering fra 2014 av de 12 første ACT-teamene i Norge. Tittelen på evalueringen er; "Utprøving av ACT-team i Norge- hva viser resultatene?" Evalueringen inneholder blant annet to delstudier, en om brukererfaringer og en del om ansattes erfaringer med ACT. I delstudien om brukererfaringer etter 18 måneder eller mer i ACT-behandling, var det 76 brukere som deltok. Den andre belyser ansattes erfaringer med ACT-modellen. Antall ansatte som deltok blir ikke spesifisert, men det ble gjennomført kvalitative fokusgruppeintervjuer med ansatte fra alle de 12. Vi vil her nevne at kapitlene i evalueringen er skrevet av ulike forfattere og vi vil derfor gjøre leseren oppmerksom på at det er den samme evalueringen vi refererer til, selv om forfatterne er ulike. Heiervang & Lofthus har skrevet kapittelet om brukererfaringer og Odden har skrevet kapittelet om ansattes erfaringer.

3.4 Fremgangsmåte for analyse av tekst

Analysering av en tekst går ut på å lese grundig igjennom og tolke teksten for å forstå. Man skal være kritisk til det man leser og samtidig reflektere. For å få en oversikt, en forståelse og for å få med detaljer må teksten ofte gjennomgås flere ganger. Man bør også lese de ulike delene for seg, i tillegg til å se teksten som en helhet. Vi må ha klart for oss hva hensikten med å lese teksten er, altså må vi hele tiden ha problemstillingen i bakhodet (Thidemann, 2019, s. 92). Man kan bruke forskningsspørsmål for å konkretisere det vi ser etter i teksten. Ulike forskningsspørsmål kan være med på å finne svar på ulike sider av problemstillingen (Thidemann, 2019, s. 93). Med dette vil vi videre beskrive hvordan vi gikk frem for å analysere materialet i vår oppgave.

Ved bruk av skjemaet KBP-læringsverktøy lagde vi PICO-spørsmål som vi brukte som forskningsspørsmål når vi leste teksten. Denne type spørsmål hjalp oss til å peile oss inn på de områdene i teksten vi ville undersøke. Når det gjaldt informasjon om brukererfaring ble forskningsspørsmålet vårt: "Hvilke erfaringer har personer med ROP-lidelser med ACT- modellen som behandling?". For å finne forskning om ansattes erfaringer ble spørsmålet: "Hvilke erfaringer har ansatte i ACT-team med ACT-modellen i arbeid med personer med ROP-lidelser?"

Vi startet analyseprosessen med å lese enkelte deler av studiene før vi gikk gjennom hver artikkel på en mer detaljert måte. Da vi leste gjennom hele teksten i forskningsartiklene og evalueringen hadde vi problemstillingen i bakhodet, og merket oss stikkord om de forholdene som kunne være med på å svare på problemstillingen vår. Deretter plasserte vi disse inn under kategorier, som anbefalt i Thidemann (2019, s. 93) som vi så valgte å sette inn i en tabell (se Vedlegg nr. 1). Dette gav oss en oversikt over hvilke faktorer vi hadde funnet i de ulike studiene, og vi kunne begynne å se likheter og eventuelle forskjeller mellom dem. Kategoriene vil bli presentert i resultatdelen av oppgaven. Selv om vi i hovedsak var ute etter å finne positive erfaringer ved ACT, var vi også bevisste på å se etter andre erfaringer.

3.5 Kritisk vurdering av kilder

Det er viktig at litteratur og forskning vi bruker kommer fra pålitelige kilder og at vi kan stole på det som står skrevet. For å kritisk vurdere og kvalitetssikre Pettersen et al. (2014) sitt studie og Meese & Ekeland (2017) sitt studie brukte vi punkt nr. 4 i KBP-skjema (se henholdsvis Vedlegg nr. 2 og nr. 3). Når det gjelder delstudiene i den forskningsbaserte evalueringen, benyttet vi oss av sjekklister for kvalitative studier fra Helsebiblioteket for å kritisk vurdere innholdet. Vi brukte sjekklister fordi vi fant evalueringen gjennom nettsiden til NKROP og ikke gjennom å søke i databaser. Siden vi inkluderer to delstudier, et om brukererfaringer og et om ansattes erfaringer med ACT-modellen, har vi valgt å bruke én sjekklister for hver av disse. (Se henholdsvis Vedlegg nr. 4 og Vedlegg nr. 5). Ettersom det er erfaringer som undersøkes valgte vi derfor å bruke den kvalitative sjekklisten. Vi har forsøkt å systematisk gå gjennom sjekklisene fra punkt 1-10, men vi vil her nevne at det ikke var alle punktene som lot seg besvare. Dette ser vi kan skyldes at det er en samlet evaluering med ulike deler og ulike metoder. Likevel har vi valgt å inkludere evalueringen i oppgaven vår fordi den

inneholder flere elementer som vi mener kan være med på å besvare problemstillingen sett i sammenheng med de andre studiene.

Vi anser kilder i teoridelen for troverdige og pålitelige da de er hentet fra anerkjente nettsteder. Vi anser ACT-håndboken som en troverdig kilde da dette er en veileder for ACT-team. Vi anser også Nasjonalfaglig retningslinje for personer med ROP-lidelser som pålitelig da den blant annet inneholder anbefalinger til de som skal arbeide med personer med ROP-lidelser generelt. Kompetansesentrene NKROP og NAPHA ser vi også som troverdige sider da de inneholder oppdatert informasjon og forskning innenfor rus- og psykiatrifeltet. Kompetansesentrene driver også på oppdrag fra Helsedirektoratet som vi også ser på som en troverdig ressurs. Boken "Dobbelt opp - Om ruslidelser og psykiske lidelser" vurderer vi også som en sikker kilde på bakgrunn av at den er skrevet av fagpersoner og fordi den inneholder oppdatert informasjon.

Vi forsøkte så langt det var mulig å bruke primærkilder. I de tilfellene hvor vi henviser til sekundærkilder kan vi ikke med sikkerhet vite om innholdet er blitt misforstått da informasjonen har gått gjennom flere ledd, og vi ikke har lest det som sto i primærkilden.

3.6 Styrker og svakheter ved metoden

I forskning anses ikke én metodisk tilnærming som den eneste rette, og det finnes både styrker og svakheter ved alle metoder (Thidemann, 2019, s.77). Det kan være at svakheter ved en metode kan oppveies av styrker ved en annen, og omvendt. Å kombinere flere forskningsmetoder i en oppgave kalles metodetriangulering. Dersom det viser seg at de ulike metodene gir det samme svaret eller resultatet er dette en god indikasjon på at resultatene som kommer frem i oppgaven er gyldige (Thidemann, 2019, s.77). Vi ser at det kan være en svakhet at vi ikke har gjennomført et intervju. Ved å ha intervju som en av metodene, i tillegg til litteraturstudie, hadde vi fått mulighet til å få et direkte innblikk i arbeidshverdagen til helsearbeiderne som jobber med personer med ROP-lidelser i ACT-team til daglig. En styrke ved litteraturstudie vårt er at forskningen vi støtter oss til anvender intervju som datainnsamlingsmetode. På bakgrunn av dette får vi frem både ansatte i ACT-team og brukere sine erfaringer og perspektiv i vår oppgave. Vi hadde ikke fått inn brukerstemmen ved bruk av intervju, da vi etter retningslinjen for bachelorskriving ikke kan intervju brukere.

4.0 Resultat

I dette kapitlet vil vi presentere funnene våre fra de to forskningsstudiene, og de to delstudiene fra evalueringen. Funnene belyser både brukere og ansatte sine erfaringer med ACT-modellen og ACT-team. Vi har valgt ut disse studiene fordi vi mener de kan være med på å belyse problemstillingen vår; Hvorfor kan ACT-modellen anbefales i behandling av personer med ROP-lidelser?. Vi har valgt å fordele funnene i kategorier som vi har kalt "Tilnærming og relasjon", "Helse og livsmestring", "Praktisk bistand", "Recovery og brukermedvirkning" og "Ulikheter mellom ACT og andre behandlingstjenester". Innenfor kategoriene er brukererfaringer og ansattes erfaringer delt opp hver for seg. Kategoriene er valgt ut på bakgrunn av at de tre studiene inneholder flere av de samme faktorene. Resultatene danner grunnlaget for drøftingskapitlet.

Tilnærming og relasjon

Brukererfaringer

Brukererfaringer fra Pettersen et.al (2014) sitt studie viser at en viktig grunn for brukerne til å ta imot hjelp fra ACT- teamet var en gradvis oppbygging av tillit til de ansatte. I begynnelsen var mange av pasientene skeptiske, og noen følte de ble overvåket og kontrollert når teamet kom. Etterhvert forsto de at teamets hensikt var god, og ble mer åpen og mottakelig for behandling. De opplevde at teamet ikke gav dem opp, men fortsatte å komme selv om de ble avvist i starten. Deltakere i samme studie beskrev tilnærmingen til dem som tålmodig, kontinuerlig og omsorgsfull, noe som etablerte en tillit til teamet og motivasjon for behandlingen (Pettersen et. al., 2014, s. 5). Flere av deltakere nevnte også at de likte fleksibiliteten såvell som stabiliteten i ACT (Pettersen et. al., 2014, s. 7), mens noen få gav uttrykk for at de også satte pris på strukturen og forutsigbarheten som man hadde i institusjoner. Flere ble svært knyttet til sitt team og noen så på behandlerne som både venner og familie i tillegg til profesjonelle fagfolk. Det oppsto også en lojalitet til teamansatte hvor brukerne var opptatt av å ikke "svikte" behandlerne (Pettersen et. al., 2014, s. 6-7).

I Heiervang & Lofthus (2014) sitt studie viser brukererfaringer at de også opplevde en tillit mellom seg og sin nærmeste behandler. De oppga at relasjonen til behandleren var meget god og at behovene ble møtt på en god måte for eksempel ved å få nok samtale tid med behandler. For brukerne var det også i dette studiet viktig at behandlerne hadde tatt seg god tid i prosessen med å bli kjent. Flere av brukerne følte seg også i bedre stand til å utvikle et positivt forhold til andre

gjennom ACT. De opplevde i nokså liten grad at behandlingen var inntrengende og ønsket seg heller mer interaksjon med ACT-teamet. Det at det var flere de kunne forholde seg til og ikke bare en behandler var også trukket frem som positivt (Heiervang & Lofthus, 2014, 75-76).

Ansattes erfaringer

I likhet med noen av brukerne i Pettersen et. al (2014) sitt studie nevnte team-ansatte i Odden (2014, s. 83) at den fleksible tilnærmingen var positiv, og også at teamets tilgjengelighet var god. Ved å ha kontinuerlig oppfølging over tid kunne de opprettholde kontakt og en stabilitet, samt følge med på eventuelle endringer. Videre mente de at en pågående og oppsøkende tilnærming måtte til for å danne relasjoner, noe de jobbet mye med og mente de lyktes med. De mener også å skape større grad av trygghet og forutsigbarhet for brukerne i sin hverdag, i tillegg til en stabilitet og mer livskvalitet (Odden, 2014, s.82). I likhet med brukerne i samme studiet mener også de ansatte at det er hensiktsmessig (både for de ansatte og brukere) at det byttes på innad i teamet hvem som har kontakt med de ulike brukerne (Odden, 2014, s.83). Meese & Ekeland får også frem betydningen av relasjon i deres studie. En stor del av arbeidet i ACT mener de ansatte går ut på å etablere en god relasjon som gir grunnlag for endring og utvikling. De er bevisst på at det er en prosess som trenger tid og tålmodighet, og forklarer det med brukergruppens ofte trøblete møte med helsevesen tidligere og at det kan for mange være vanskelig å inngå relasjoner hvor de stoler på andre. Noe som ble nevnt som viktig i kontaktetablering var å ta utgangspunkt i pasientens helhetlige situasjon og arbeide ut ifra en behandlingsplan med et mål om å unngå forverring av den enkeltes situasjon (Meese & Ekeland, 2017. s. 320). Gjennom å lytte, gi rom for å prate, og ved å uttrykke en forståelse av det som pasientene sier, mener de ansatte å kunne skape en ro for pasienten og hjelpe til å akseptere ting som man ikke kan gjøre noe med. I tillegg er de ansatte opptatt av å møte pasientene med en avslappet holdning, noe de formidler at smitter over på pasientene (Meese & Ekeland, 2017. s. 321).

Helse og livsmestring

Brukererfaringer

Ifølge Pettersen et. al (2014, s. 7) opplevde flere av brukerne at de hadde en bedre sykdomsmestring i ACT-behandling når det gjaldt den psykiske helsen. De uttrykte også at de synes det var lettere å håndtere livets utfordringer med ACT-teamet som støttespiller enn når brukerne

var på egenhånd. I likhet med brukerne i Pettersen et. al (2014) nevner også brukerne i Heiervang & Lofthus (2014, s.76) at de synes det var enklere å håndtere problemer i ACT-behandling. Brukerne satt stor pris på hjelpen de fikk til dagligdagse utfordringer. Et flertall brukere mente de hadde fått en bedre helse på grunn av behandlingen de fikk, og flere ville anbefalt denne behandlingen videre til andre.

Ansattes erfaringer

De ansatte i Odden (2014, s. 84) uttrykte at de opplevde brukerne generelt bedre i ACT-behandling. Spesielt så de at brukerne var i en bedre tilstand når de var hjemme enn når de var innlagt i institusjon. I Meese & Ekeland (2017, s. 321) sier de ansatte at de har fokus på å opprettholde de ressursene som brukerne har, og opptatt av å legge til rette for at brukerne kan oppleve mestringsfølelse.

Praktisk bistand

Brukererfaringer

Mange av brukerne i Pettersen et al. sitt studie meddelte at en av grunnene til at de tok imot hjelpen var fordeler som dette brakte med seg. For eksempel satte de pris på å få hjelp til papirarbeid knyttet til en mer stabil bosituasjon og til å søke jobb. En motivasjon for noen for å starte ACT-behandling var for noen å få tilbud om en leilighet å bo i. Brukerne opplevde også at de ansatte motiverte dem til å begynne å ta tak i praktiske gjøremål de stod overfor (Pettersen et al., 2014, s. 6). At teamet i starten kom innom hver dag for å bistå med medisiner og praktiske gjøremål blir av flere deltakere også nevnt som en vei inn i behandling (Pettersen et al., 2014, s. 5). I (Heiervang & Lofthus, 2014, s.56) oppsummeres det at etter 18 måneder eller mer er brukerne mer tilfreds med sin boligsituasjon enn før. I tillegg rapporteres det om at brukere var tilfredse med å få hjelp til ulike gjøremål hos ACT, i stedet for å forholde seg til flere ulike instanser (Heiervang & Lofthus, 2014, s.77).

Ansattes erfaringer

Ifølge de ansatte i Meese & Ekeland (2017, s. 320) kan det å bare slå av en liten prat og hjelpe til med praktiske gjøremål i hverdagen være av stor betydning for pasientene. De ansatte i

evalueringen mener at å yte bistand til praktiske gjøremål kan være med å hindre at brukerne havner i en dårlig fase (Odden, 2014, s. 82).

Recovery og brukermedvirkning

Brukererfaringer

Brukerne i Heiervang & Lofthus (2014, s. 76-77) opplevde totalt sett en høy grad av tilfriskning (recovery) etter 18 måneder eller mer i ACT-behandling. De hadde utviklet et mer positivt syn på livet og sin fremtid ved hjelp av behandlingen. Videre mener flere brukere at de har lært seg å "gå videre" og forsonet seg med fortiden deres. Ifølge brukerne var de i stand til å forstå seg selv bedre og var bedre rustet til å ta ansvar for eget liv. De uttrykte for det meste at behandlerne ikke fikk dem til å ta medisiner de ikke ønsket. Brukere i Pettersen et. al. opplevde et personlig ansvar for egen behandling, noe som ble en motivasjonsfaktor for å bli værende i behandlingen. De innså selv at det ikke bare var teamet rundt dem som måtte gjøre en innsats for en velfungerende behandling, men at de selv også måtte gjøre en innsats. Å forholde seg til avtaler med behandler og teamet ble også beskrevet som viktig for brukerne (Pettersen et al., 2014, s. 8). Noen av brukerne synes det var viktig å ikke ta hjelpen for gitt. I tillegg var det viktig for brukerne at behandlerne hadde tro på dem (Pettersen et al., 2014, s. 6-7).

Ansattes erfaringer

I Meese & Ekeland (2017) ansees recovery som et viktig element i ACT-behandling. Ifølge de ansatte gjør ACT-modellen det mulig å arbeide recoveryorientert ut ifra brukernes ønsker og forutsetninger og få innpass i brukernes liv på en annen måte. De ansatte legger vekt på brukermedvirkning og gir rom for at brukerne kan velge selv om teamet skal få komme inn til dem. Dersom en bruker har en dårlig dag, kan teamet komme tilbake når det skulle passe for brukeren. De ansatte sier at de er opptatt av at fokuset skal ligge på behovene som brukerne har istedenfor diagnosene og sykdommene deres. Dersom det vises lite/ingen tegn på forbedring hos brukerne synes de ansatte det er viktig å gi støtte for at brukerne skal holde motet oppe og fortsatt ha et håp om å bli bedre (Meese & Ekeland, 2017, s.319-321). Teamene i Odden (2014) legger også stor vekt på brukermedvirkning, og at det er viktig å legge til rette for at brukerne får innflytelse i egen behandling. ACT- teamene jobber ut ifra brukerens ønsker og det brukerne synes er av betydning for deres liv. De ansatte presiserer også at det er et fokus på å styrke de ressursene brukerne

allerede har. De ansatte så selv at mange av brukerne ble bedre gjennom behandlingen (Odden, 2014, s. 83 og 89).

Ulikheter mellom ACT og andre behandlingstjenester

Brukererfaringer

Brukerne synes det var lettere å ta kontakt med ACT, som de kjente bedre, enn andre instanser. Dette var en trygghet og en av motivasjonsfaktorene for at brukerne fortsatte i ACT-behandling. Brukerne opplevde seg hørt i forbindelse med medisiner. Dette med å bli hørt mente noen var en kontrast til medisinerings-situasjonen i tradisjonell behandling. Noen av deltakerne var derimot mer kritisk og skulle gjerne hatt mer innflytelse. Deltakere mente også at de ble behandlet med respekt og ble mer verdsatt i ACT enn hva de opplevde tidligere i annen typer behandling. Noen brukere opplevde ACT som noe ukjent og noe annerledes, da de ikke hadde vært borti en slik behandlingsmetode før. Brukerne var tilfreds med at behandlingen foregikk på deres arena (Pettersen et .al, 2014). Flere av de samme erfaringene går igjen i Heiervang & Lofthus (2014). Her var brukerne fornøyd med at ACT-teamet jobbet på en annen måte enn andre tjenester og at teamet møtte brukerne på deres arena, enten det var hjemme hos brukeren eller der brukeren måtte ønske. Brukerne trakk også frem at de opplevde at ACT-teamet hadde mer tid til de enn i andre tjenester, noe de synes var positivt. De opplevde at behandlingen og tjenestene de fikk var av god kvalitet (Heiervang & Lofthus, 2014, 76-77).

Ansattes erfaringer

Ut ifra de ansattes erfaringer i studien til Meese & Ekeland (2017, s. 319-321) kan vi lese at de opplevde å bli avvist i mindre grad enn de hadde opplevd før i andre jobber innenfor psykisk helsearbeid. Det blir trukket frem at de likte at det var en annerledes måte å jobbe på i ACT enn i andre tjenester, og at de opplevde et større handlingsrom og større rom for selvstendighet, økt kreativitet og fleksibilitet. De ansatte i (Odden, 2014, s. 84) trekker frem viktigheten av å jobbe på en annen måte enn andre tjenester, og mener at behandling i ACT gir pasientene er mer helhetlig behandling og at de ansatte kan gi bistand på flere områder. I tillegg mener de å ha mer tid til sine brukere enn i andre tjenester.

5.0 Drøfting

I dette kapittelet vil vi drøfte rundt sentrale funn vi har gjort gjennom litteraturstudiet. Vi vil se på ulike sider ved resultatene og inkludere våre synspunkt og erfaringer fra praksis for å besvare problemstillingen: "Hvorfor kan ACT-modellen anbefales som behandlingsmetode for personer med ROP-lidelser?"

Relasjonsbygging i ACT

Både i studiene om brukererfaringene og i studiene om ansattes erfaringer trekkes relasjon frem som en viktig og positiv faktor i ACT-behandling. De ansatte ser ut til å ha en spesiell måte å nå ut til sine brukere på. Det handler om å ikke "gi opp" men å være "på" brukeren, der relasjonsarbeid er et sentralt utgangspunkt for en behandlingsprosess. Som nevnt i kapittel 2.4.1 kan behandling til personer med ROP-lidelser være preget av hyppige og korte innleggelse. I likhet med Meese & Ekeland (2017, s. 320) er vi enige i å tenke at brukerne etter hvert kan miste tiltroen til systemet og få en knekk i motivasjonen for behandling. I tillegg tenker vi det må være utfordrende å bygge gode relasjoner mellom brukere og ansatte på denne måten. Derfor ser vi at en langsiktig prosess med tett oppfølging slik det beskrives i studiene, på brukerens hjemmebane og i brukerens tempo, kan skape et bedre grunnlag for relasjonsbygging sammenlignet med andre behandlingstjenester. I et av studiene var nettopp denne utviklingen av tillit og relasjon en årsak til at flere brukere ville ta imot hjelpen fra ACT. I et av de andre studiene oppgis det at brukerne opplevde god relasjon til sin behandler i ACT, noe som også understreker at ACT lykkes med relasjonsarbeid. Relasjonens betydning, både når det gjelder utredning, behandling og oppfølging, presiseres også av Helsedirektoratet (2012).

For noen brukere kan det nok være uvant i starten av behandlingen at man blir oppsøkt ofte og av personer man gjerne ikke kjenner. Som vi ser i et av studiene kjente noen av brukerne på en følelse av kontrollering og overvåkning i starten av behandlingen. Den pågående tilnærmingen tenker vi kan virke inngripende for noen brukere. Det høres ut som det handler om en overtalelsesprosess når det er slik at teamet kommer tilbake til tross for flere avvisninger. På en måte kan det virke som om brukermedvirkningen da er noe redusert og vi kan stille spørsmål om de ansatte egentlig tar hensyn til brukernes ønsker akkurat i denne fasen. Samtidig, ved å være på tilbudssiden jevnlig, kan de ansatte nå gjennom til brukeren når han eller hun er klar for det. Vi ser i samme studiet som

nevnt over at brukerne over tid blir mer mottakelige og motivert for hjelpen som tilbys, blant annet på grunn av en tillit som utvikles. At de ansatte er pågående tolker vi som at de har tro på brukerens potensiale for bedring, noe også brukeren kanskje kan få en følelse av etter hvert. Aakerholt (2013, s. 6) beskriver at overtalelse er en del av den oppsøkende tilnærmingen i tillegg til engasjement og tålmodighet som sammen er utgangspunkt for å starte opp behandling for en bruker.

Mange personer med ROP-lidelser kan ha begrensede nettverk og kan derfor få en spesiell tilknytning til ACT-ansatte. I et av studiene mener flere brukere at ACT-teamet blir som venner eller familie. Dette kan på en side være positivt da vi ser at relasjonen kan gi trygghet, og flere brukere opplever en lav terskel for å ta kontakt med ACT- teamet for hjelp. På en annen side tenker vi at det også kan bli en viss ensidighet i forholdet ettersom vi gjennom utdanningen har lært at fagpersoner skal kunne skille mellom å være personlig og privat i jobbsammenheng. For å motvirke at det oppstår for tette bånd mellom den enkelte bruker og ansatt, vektlegges det i ACT-modellen at brukerne ideelt sett skal kunne forholde seg til flere ansatte i et ACT-team (Aakerholt, 2013, s. 15). Ut ifra et av studiene kommer det frem fra både brukeres og ansattes erfaringer at det settes det pris på å veksle mellom hvem som møter brukerne. Vi tenker det vil være viktig at teamene fremmer nettverkskartlegging for at brukerne også skal ha gode relasjoner til andre mennesker, utenom ACT-teamet. Nettverksarbeid er noe et ACT-team har kompetanse på (Aakerholt, 2013, s. 21). Flere brukere i et av studiene har gjennom ACT klart å utvikle et positivt forhold til andre personer. Vi tenker det er positivt at brukere og ansatte får muligheten til å danne gode relasjoner gjennom ACT, men at det også er viktig å utvide brukernes nettverk, slik at brukerne har flere ressurser og støttespillere i livene sine.

Det kan også oppstå en sterk lojalitet til behandlerne noe som vi så i et av studiene kunne bli en drivkraft og motivasjon for behandling. Motivasjon tenker vi er sentralt for behandling, men vi tenker også det er viktig at brukeren gjennomfører en behandling hovedsakelig for seg selv og ikke for andre. Samtidig kan det igjen ha stor betydning for eksempel for pårørende, å se bedring hos en bruker (Evjen et. al, 2018, s. 116).

Bedre helse og økt livsmestring

Helse er også et tema som blir tatt opp i to av studiene. Flere brukere oppgir å ha fått en generelt bedre helse, mens noen opplever økt sykdomsmestring i forhold til sine psykiske lidelser gjennom ACT-behandling. Vi forstår det slik at sykdomsmestring nødvendigvis ikke betyr å være symptomfri, men at brukerne klarer å håndtere utfordringer rundt lidelsene på en bedre måte i ACT-behandling. Sett i lys av selvmedisineringshypotesen nevnt i kapittel 2.1 kan det eksempelvis tenkes at dersom man klarer å leve bedre med sin psykiske sykdom, kan dette kanskje igjen være en motivasjon for å redusere rusbruk knyttet til å ville minske symptomer. At helsen til brukerne oppleves som bedre både av de selv og de ansatte, kan også gi en indikasjon på at ACT-behandling kan være en god behandlingsmetode for brukere som har et mål om å bedre helsen sin. At brukerne faktisk selv ville anbefalt behandlingen videre tenker vi også er en verdifull grunn til hvorfor ACT kan anbefales.

Ut ifra brukererfaringene tyder det på at ACT bidrar til en økt opplevelse av å håndtere ulike utfordringer i hverdagen og at brukerne opplever teamet som en støtte. Brukergruppen kan stå overfor sammensatte problemer i sin hverdag og ACT-behandling ser ut til å bidra til en bedre livsmestring. Dette kan også sees i sammenheng med at i ACT gis det en mer helhetlig bistand på flere livsområder.

Recovery i ACT

Recoveryfokuset i ACT kommer frem fra både brukerne og de ansattes erfaringer. At ansatte mener å være opptatt av å jobbe recoveryorientert kan samstemme med brukeres opplevelse av økt tilfriskning, mer positivt syn på livet, økt forståelse av seg selv og utvikling av et personlig ansvar. Dette tenker vi er positive momenter til å kunne anbefale ACT som behandling for personer med ROP-lidelser. Et kjennetegn ved målgruppen i ACT er som nevnt i kapittel 2.6 at brukerne gjerne har langvarige og ustabile sykdomsforløp. Vi tenker at recovery derfor er spesielt viktig for denne brukergruppen for at fokuset ikke skal ligge for mye på behandling av sykdom, men heller hvordan de kan leve et liv med mening til tross for sykdommene.

I et studie ser vi at de ansatte mener at ACT-modellen gjør det mulig å arbeide recoveryorientert i, ut ifra brukernes ønsker, forutsetninger og at de får innpass i brukernes liv på en annen måte. Dette betyr ikke nødvendigvis at recovery er fraværende på andre behandlingsarenaer. I praksis fikk

en av oss oppleve at recovery var grunnleggende i pasientbehandling for psykiske lidelser ved en institusjon. Flere av brukerne hadde også store utfordringer knyttet til rus. De ansatte hadde tidligere hatt for lite kunnskap om hva recovery egentlig var, men etter kurs hadde de tilegnet seg mer kunnskap. De hadde innført en rekke recoverytiltak som pasientene virket å være tilfreds med. Selv om oppfattelsen til de ansatte i et av studiene kan tyde på at recovery ikke er like implementert i andre tjenester innenfor psykisk helsevern, har vi selv fått erfare i praksis at recovery blir satt høyt også i andre behandlingstjenester til personer med ROP-lidelser. Likevel ser vi ut ifra de andre studiene at recovery kan være en viktig faktor og vi tenker derfor at brukere kan bli mer motiverte og mottakelige for behandling etter ACT-modellen sammenlignet med andre typer behandling. Det kan tenkes at brukerne får en økt motivasjon til behandling når høy grad av brukermedvirkning er tilstede, når de får større eierskap til behandlingen og når de får en følelse av at det er deres egen endringsprosess. Selv om brukermedvirkning står høyt i recoveryarbeid i ACT tenker vi at kan det oppstå situasjoner hvor det trengs fagfolks vurderinger. Dette kan for eksempel være om teamet ser at brukerne ikke tenker rasjonelt rundt en beslutning, og for eksempel om et valg som brukeren tar kan være til fare for seg selv. Vi tenker også at det tross alt er en grunn for at brukerne er i behandling, og at de har et team rundt som skal støtte de i prosessen mot en bedring.

Brukere i et av studiene opplever at de stort sett får innflytelse på medisineringen i ACT, og at flere var fornøyd med medisinerings situasjonen sammenlignet med tidligere erfaringer fra annen type behandling. Samtidig var det noen brukere som ønsket enda større innflytelse. At brukere har innflytelse i egen medisinsituasjon tenker vi kan sees på som både positivt og negativt. Først og fremst ser vi det som viktig at brukerne føler seg hørt da de kanskje ikke har følt på dette i like stor grad tidligere. På en annen side leser vi i Aakerholt (2013, s.21-22) at en av de viktigste arbeidsoppgavene til et ACT-team er å følge opp at brukerne tar medisinen de har fått foreskrevet, og være obs på eventuelle bivirkninger.

Helhetlig hjelp og praksisk bistand

I tillegg til å få hjelp til å nå sine behandlingsmål vil brukeren også kunne få hjelp til praktiske gjøremål, en bedre bosituasjon og til å starte en jobbprosess ved bistand av ACT-teamet. Dette kan være noe som kan være vanskelig å ta tak i for brukerne selv, og vi ser ut ifra funnene at brukere ble motivert til å ta tak i praktiske gjøremål med ACT i ryggen, og at det faktisk var en vei inn i

behandling for noen. De ansatte synes på sin side det er viktig å bistå med praktiske gjøremål for å hindre at brukere blir dårlige.

Den kontinuerlige oppfølgingen som brukerne får gjennom ACT gir et potensiale for de ansatte til å se den helhetlige situasjonen til brukerne, noe som har vist seg å være mangler rundt i behandlingstjenester til brukergruppen i flere kommuner i Norge (Helsetilsynet, 2019, s. 8). Ved å jobbe mer personsentrert enn pasientsentrert har ikke ACT det samme hovedfokuset på behandling av sykdom som tradisjonell behandling har, men teamet vil kunne gi en bredere hjelp på flere områder i livet. Dette kan være en av grunnene til at ACT kan være en ideell behandlingsform for personer med ROP-lidelser da denne brukergruppen som oftest har et sammensatt hjelpebehov, og ofte "faller mellom to stoler". Som det blir nevnt av brukere i et av studiene, er det positivt for de å kunne få en samlet hjelp i ACT istedenfor å måtte forholde seg til flere ulike instanser. Polden (2017, s. 228) poengterer som nevnt tidligere at det kan oppstå uenigheter om hvor pasienter med samtidig rus- og psykisk lidelse skal få behandling innenfor tradisjonelle behandlingstilbud. I ACT mottar brukere en helhetlig behandling både for den psykiske lidelsen og eventuelle rusproblemer, og dermed kan denne problemstillingen gjerne unngås.

ACT versus tradisjonell behandling

Generelt ser vi både fra brukere og ansattes perspektiv at de opplever ulikheter mellom ACT og andre behandlingstjenester som de anser som positive. I alle studiene fremkommer det eksempelvis at fleksibilitet er en positiv faktor i ACT, men formulert på forskjellige måter. Ansatte mener at ACT er en mer fleksibel arbeidsmetode enn hva de hadde erfart fra tidligere arbeid innenfor psykiske helsetjenester. Fleksibilitet menes å være en viktig faktor for å lykkes i arbeidet. Vi leser at brukerne bekrefter at ACT-teamene lykkes med å være fleksible. Samtidig nevnte også noen brukere forutsigbarhet og struktur i institusjoner som positivt. Dette kan tyde på at ACT-behandling er et godt alternativ for mange, men at det nødvendigvis ikke er den rette behandlingstilnærmingen for alle. Likevel ser vi at fleksibilitet kan være viktig i møte med personer med ROP-lidelser. I praksis har vi fått oppleve at dagsformen til personer med rus- og psykiske lidelser kan variere og at de noen dager ikke ønsker bistand, mens andre dager ønsker bistand på flere områder. Vi opplever at brukere satte pris på når hjelpeapparatet fokuserte på å bistå brukeren når

han eller hun faktisk trenger det.

Som tidligere nevnt er en særegenhet i ACT at behandlingen skjer der brukeren befinner seg (NAPHA, 2020). Ut ifra studiene ser vi både fra brukere og ansattes perspektiv at de er tilfreds med å både motta og utøve behandling på denne måten. Ansatte uttrykker også at de synes det er viktig at noen jobber på en annen måte enn i andre tjenester, og det kan tenkes at de mener dette fordi de opplever at denne brukergruppen har et bedre utbytte av ACT-behandling sammenlignet med annen behandling. En felles positiv erfaring av både brukere og ansatte handler om at det er mer tid til hver bruker i ACT. Ut ifra våre praksiserfaringer fra behandling i institusjon har vi sett at det kan være travle arbeidsdager for de ansatte med mange ulike arbeidsoppgaver i løpet av en vakt. I tillegg er det gjerne flere brukere med psykiske lidelser og rusproblemer på samme avdeling som har store utfordringer og hjelpebehov. Brukere i et av studiene føler seg også respektert i høyere grad og mer verdsatt sammenlignet med tidligere erfaringer fra andre behandlingsopphold. Vi tenker at dette kan ha en sammenheng med at de ansatte i ACT har mer tid til den enkelte bruker, og at brukerne derfor føler seg mer verdsatt.

Ansatte opplever også å bli avvist i mindre grad av brukere i ACT-behandling sammenlignet med tidligere erfaringer innenfor arbeid med rus- og psykisk helse. Dette tenker vi kan henge sammen med den gode relasjonen som et sentralt element i behandlingen, og at de ofte oppstår gode relasjoner mellom brukere og ansatte i ACT. Ut ifra erfaringene om ulikhetene i ACT sammenlignet med annen type behandling ser vi at ACT-behandling kan være en aktuell behandlingsmetode både for brukere som mottar og for de ansatte som skal utøve.

6.0 Oppsummering

Gjennom oppgaven har vi trukket inn flere eksempler på at behandling av personer med ROP-lidelser kan være utfordrende. Dette er en brukergruppe som ofte har sammensatte hjelpebehov på grunn av kompleksiteten rundt en dobbeltdiagnose, og som ofte faller utenfor tradisjonelle behandlingstiltak.

Erfaringene viser at oppsøkende og kontinuerlig kontakt gjennom ACT kan gi mulighet for helhetlig hjelp til brukeres sammensatte utfordringer. Fokuset ligger ikke bare på bedring av sykdom slik man kanskje tenker rundt behandlingsbegrepet. I ACT handler det også om fokus på relasjonsbygging over tid, å styrke ressurser, støtte brukere i sin egen recoveryprosess og bistå til at brukere tar tak for å bedre sin livssituasjon. Samlet sett tenker vi at dette igjen kan virke positivt inn på både fysisk og psykisk helse.

7.0 Konklusjon

Ut ifra litteraturstudiet vårt ser vi at det er flere faktorer som kan støtte opp under hvorfor behandling etter ACT-modellen kan anbefales til personer med ROP-lidelser. Vi ser at en del av svaret på problemstillingen kan ligge i at både brukere og ansatte opplever ACT som en annerledes behandlingsmetode enn behandling i tradisjonelle tjenester. At brukere i ACT-behandling synes å få en mer helhetlig behandling enn i andre tjenester er også en viktig faktor. Recovery som et faglig perspektiv i ACT viser seg å være hensiktsmessig da brukere utvikler et mer positivt syn på seg selv og fremtiden, samt at de utvikler et personlig ansvar. At brukere også opplever en bedre helse og at de får mer bistand til praktiske gjøremål i ACT, er andre faktorer som kan bidra til at ACT-modellen kan anbefales som behandlingsmetode. På grunn av den tette oppfølgingen og tilnærmingen ser vi at arbeid etter ACT-modellen muliggjør utvikling av en god og tillitsbasert relasjon mellom bruker og engasjerte ansatte. Alt i alt tenker vi det er viktig at det finnes oppsøkende behandlingsmetoder, som ACT, utenom de tradisjonelle tjenestene for personer med samtidig rus- og psykiske lidelser.

Det må nevnes at det kan være flere faktorer som kan være med på å underbygge hvorfor ACT-modellen kan anbefales som behandlingsmetode for personer med ROP-lidelser. Vårt grunnlag baseres på 3 utvalgte studier. Det kan også være flere forhold som taler imot ACT, som ikke kommer frem her. I tillegg har vi ikke benyttet oss av forskning utenfor Norden som kanskje kunne gitt oss andre opplysninger om hvorfor ACT kan anbefales for personer med ROP-lidelser. Vi har likevel fått et innblikk i to ulike erfaringsperspektiver som vi ser er samstemte på flere områder. I evalueringen av ACT som vi har undersøkt er det spesielt to viktige poeng vi merket oss, som vi vil presisere til slutt. Det ene er at ansatte sier de har stor tro på ACT som behandlingsmetode. Det andre er at de fleste brukerne i studiet selv ville anbefalt denne behandlingen videre til personer i

samme situasjon. Vi tenker at disse faktorene i seg selv gir en indikasjon, både fra fagfolk og ikke minst brukerne selv, på at ACT kan anbefales som behandlingsmetode for personer med ROP-lidelser.

Arbeidet med bacheloroppgaven har vært lærerikt, interessant, utfordrende og har gitt oss ny kunnskap på flere områder. Først og fremst har vi lært om ACT som behandlingsmetode, som var ukjent for oss før vi startet arbeidet. Vi har også lært mer om personer med ROP-lidelser, fått en bredere forståelse av hvordan rus- og psykiatri henger sammen og lært mer om hvordan det er å arbeide med personer med denne dobbeltdiagnosen. Kunnskapen vi har tilegnet oss gjennom arbeidet med oppgaven vil vi ta med oss videre inn i arbeidslivet som vernepleiere.

Referanser:

- Aakerholt, A. (2013). *ACT-håndbok*. Hentet 19.05.2020 fra:
<https://rop.no/globalassets/litteratur/act-handbok.pdf>
- Bakke, L.H. & Strand, G. (2018). *Etableringshåndbok for ACT-team og FACT-team* (Rapport nr. 1). Hentet 19.05.2020 fra:
https://rop.no/globalassets/temasider/actfact/etablererguide_act_fact.pdf
- Borg, M., Karlsson, B. & Stenhammer, A. (2013). *Recoveryorienterte praksiser - En systematisk kunnskapssamenstilling* (Rapport nr. 4/2013). Hentet 19.05.2020 fra:
<https://www.napha.no/multimedia/4281/NAPHA-Rapport-Recovery-web.pdf>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6.utg.). Oslo, Gyldendal Norsk forlag AS.
- Evjen, R., Kielland, K.B. & Øiern, T. (2018). *Dobbelt opp - Om ruslidelser og psykisk lidelse* (4.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Fellesorganisasjonen (FO). (u.å). Hva er en vernepleier?. Hentet 19.05.2020 fra:
<https://www.fo.no/din-profesjon/vernepleier/>
- Fellesorganisasjonen (FO). (u.å). Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere. Hentet fra 19.05.2020 fra:
<https://www.fo.no/getfile.php/1324847-1580893260/Bilder/FO%20mener/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf>
- Fellesorganisasjonen (FO). (september, 2017). Om vernepleieryrket. Hentet 19.05.2020 fra:
<https://vernepleier.no/wp-content/uploads/2017/12/Vernepleierbrosjyre-2017.pdf>
- Fellesorganisasjonen (FO). (mars, 2018). FOs medlemsundersøkelse om utdanningspolitikk – barnevernspedagog, sosionom, vernepleier. Hentet 19.05.2020 fra:
<https://www.fo.no/getfile.php/1311765->

[1548957729/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/FOs%20medlemsunders%C3%B8kelse%20om%20utdanningspolitikk.pdf](https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/ruslidelser/1548957729/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/FOs%20medlemsunders%C3%B8kelse%20om%20utdanningspolitikk.pdf)

- Folkehelseinstituttet. (2019, 06.12). Rusbrukslidelser i Norge. Hentet 19.05.2020 fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/ruslidelser/>
- Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning. (2019). Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning (FOR-2019-03-15-411). Hentet 19.05.2020 fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-411>
- Heiervang, K. & Lofthus, A.M. (2014) Brukernes erfaringer med ACT-teamene. I A. Landheim, T. Ruud, H.K. Stuen, S. Odden, K. Heiervang, H. Klausen, A-M. Lofthus, P. Israel, B. Weimand, R. Evjen, *Utprøving av ACT-team i Norge- hva viser resultatene?* Side. 75-76. Hentet 19.05.2020 fra: <https://rop.no/globalassets/dokumenter/sluttrapport-evaluering-act-team .pdf>
- Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonalfaglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus-og psykisk lidelse – ROP- lidelser (IS-1948)*. Hentet 19.05.2020 fra: [https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-roplidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20ROPlidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf/](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-roplidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20ROPlidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf/) /attachment/inline/c3cf6958-227f-499a-8f0b-0055dca9fc2c:b815d0887ae8ede1dff16fd16e4337e063ae0aaa/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring - Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne - Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten (IS- 2076)*. Hentet 19.05.2020 fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/> /attachment/inline/739b0cbe-9310-41c7-88cf-c6f44a3c5bfc:8f8b02ae7b26b730d27512d01420ec947d5ead97/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20%E2%80%93%20Veileder.pdf
- Helsedirektoratet. (2018, 05.06). Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus 2018-2020. Hentet 19.05.2020 fra: <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/dokumenter->

[pakkeforlop%20psykisk%20helse%20og%20rus/Pakkeforl%C3%B8p%20for%20psykisk%20helse%20og%20rus%20-%20nasjonal%20plan%20for%20implementering%202018-2020.pdf/](https://www.helsedirektoratet.no/tema/lokalt-psykisk-helse-og-rusarbeid/Pakkeforl%C3%B8p%20for%20psykisk%20helse%20og%20rus%20-%20nasjonal%20plan%20for%20implementering%202018-2020.pdf) /attachment/inline/8b6fb586-8e1c-423a-a054-376abee6827e:cd98f32681d7c5c52fad3a578d709ffcdb744a2/Pakkeforl%C3%B8p%20for%20psykisk%20helse%20og%20rus%20-%20nasjonal%20plan%20for%20implementering%202018-2020.pdf

- Helsedirektoratet. (2020). ACT- og FACT-team. Hentet fra 19.05.2020 fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/lokalt-psykisk-helse-og-rusarbeid/act-og-fact-team>
- Helse- og omsorgstjenesteloven –hol. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m (LOV-2011-06-24-30). Hentet 19.05.2020 fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023* (Meld.St.7 (2019-2020)). Hentet 19.05.2020 fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/95eec808f0434acf942fca449ca35386/no/pdfs/stm201920200007000dddpdfs.pdf>
- Helsetilsynet. (2019). *Sammenfatning av funn fra to landsomfattende tilsyn i 2017-2018 med tjenester til personer med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblem – eller mulig samtidig ruslidelse* (Rapport nr.7/2019). Hentet 19.05.2020 fra: https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter2019/helse_tilsynetrapport7_2019.pdf
- Idunn. (u.å). Om Idunn. Hentet 19.05.2020 fra: <https://www.idunn.no/info/om>
- Landheim, A., Hoxmark, E., Aakerholt, A. & Aasbrenn, K. (2017). *Potensialet for Assertive community treatment (ACT) og Fleksibel ACT (FACT) i Norge* (Rapport nr.3/2017). Hentet 19.05.2020 fra: <https://www.napha.no/multimedia/7931/ACT-FACT-i-rurale-strok>
- Meese, E. S. & Ekeland, T-J. (2017). Her er det rom for medmenneskelighet - Ansattes erfaringer med recovery innen ACT- modellen innen Norge og Danmark. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 14 (4), s. 315-326. DOI: [10.18261/issn.1504-3010-2017-04-04](https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2017-04-04)
- Hentet 19.05.2020 fra: https://www.idunn.no/file/pdf/67037204/her_er_det_rom_for_medmenneskelighet.pdf

- Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. (2020, 05.02). ACT- og FACT-team. Hentet 19.05.2020 fra: <https://www.napha.no/content/13921/ACT--og-FACT--team>
- Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse. (u.å). Strategiplan for 2019-2024. Hentet 19.05.2020 fra: <https://rop.no/globalassets/sentrale-dokumenter/strategi-2019---2024.pdf>
- Norsk Helseinformatikk. (2018, 24.04). Psykiske helseproblemer. Hentet 19.05.2020 fra: <https://nhi.no/symptomer/psyke-og-sinn/psykiske-helseproblemer/>
- Nortvedt, M., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. & Reinart, L.M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! en arbeidsbok* (2.utg.). Oslo: Akribe AS
- Odden, S. (2014) Ansattes erfaringer med ACT-modellen. I A. Landheim, T. Ruud, H.K. Stuen, S. Odden, K. Heiervang, H. Klausen, A-M. Lofthus, P. Israel, B. Weimand, R. Evjen, *Utprøving av ACT-team i Norge- hva viser resultatene?* Side. 81-90. Hentet fra: https://rop.no/globalassets/dokumenter/sluttrapport-evaluering-act-team_.pdf
- Orrem, K. (2018, 24.09). Behandling- et begrep til besvær. Hentet 19.05.2020 fra: <https://napha.no/content/22724/Behandling--et-begrep-til-besvar>
- Pasient- og brukerrettighetsloven –pbrl. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet 19.05.2020 fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20bruker>
- Penzenstadler, L., Soares, C., Anci, E., Molodynski, A. & Khazaal, Y. (2019). Effect of Assertive Community Treatment for Patients with Substance Use Disorder: A Systematic Review. *European addiction review*, 25 (2), s. 56- 67. Doi: <https://doi.org/10.1159/000496742>
- Pettersen, H., Ruud, T., Ravndal, E., Havnes, i. & Landheim, A. (2014). Engagement in assertive community treatment as experienced by recovering clients with severe mental illness and concurrent substance use. *International journal of mental health systems*, 8, s. 1-12 Doi: <https://doi.org/10.1186/1752-4458-8-40>

- Polden, E. (2017) Rop - pasienters problematiske møte med behandlingssystemet, *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 3 (3), s. 227-223. DOI: <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2017-03-08>
- Slade, M. (2017). *100 Råd som fremmer recovery – En veiledning for psykisk helsepersonell* (Rapport nr. 2/2017). Hentet 19.05.2020 fra: <https://www.napha.no/multimedia/7492/Rapport-2-2017-nett.pdf>
- Spesialisthelsetjenesteloven – spl. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m (LOV-1999-07-02-61) Hentet 19.05.2020 fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjenesteloven>
- Thidemann, I.J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter - den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS.

Åndanes, M., Kaspersen, S.L., Melby, L. & Lassemo, E. (2020). *Pakkeforløp for psykisk helse og rus - Fagfolks erfaringer første året* (Rapport nr. 2020: 00064). Hentet 19.05.2020 fra: <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/evaluering-av-pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus/Evaluering%20av%20pakkeforl%C3%B8p%20psykisk%20helse%20og%20rus.pdf/> /attachment/inline/b80a0d03-4ea5-4577-8737-1af9c0acca54:13edcea72885cf788b20fa1e70a9b9c94054d53f/Evaluering%20av%20pakkeforl%C3%B8p%20psykisk%20helse%20og%20rus.pdf