

Jenny Elise Wenstad
Hanna Hallem Ødegård
Synnøve Vold
Karita Nordli Westengen

"Du får hjelp, men det er ikke sikkert det er akkurat den hjelpen du hadde ønsket"

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Siri Gunn Simonsen
Mai 2020

Jenny Elise Wenstad
Hanna Hallem Ødegård
Synnøve Vold
Karita Nordli Westengen

"Du får hjelp, men det er ikke sikkert det er akkurat den hjelpen du hadde ønsket"

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Siri Gunn Simonsen
Mai 2020

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik

SAMMENDRAG

Tittel:	“Du får hjelp, men det er ikke sikkert det er akkurat den hjelpen du hadde ønsket”	Dato :	29.05.20
Forfattere:	Jenny Elise Wenstad		
	Hanna Hallem Ødegård		
	Synnøve Vold		
	Karita Nordli Westengen		
Veileder(e):	Siri Gunn Simonsen		
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Rus- og psykiatrilidelse, relasjon, sykepleie, helhetlig- og koordinerte tjenester, kommunehelsetjenesten		
Antall sider/ord: 43/9308	Antall vedlegg: 0		
<p>Bakgrunn: Fragmenterte tjenester er ofte et problem for brukere med rus- og psykiatrilidelser. Sykepleier har en sentral rolle i arbeidet med å tilrettelegge for helhetlige og koordinerte tjenester.</p> <p>Hensikt: Undersøke hvordan sykepleier i kommunehelsetjenesten kan legge til rette for helhetlige og koordinerte tjenester for personer med samtidig rus- og psykiatrilidelse.</p> <p>Resultat: På bakgrunn av resultatene i de inkluderte vitenskapelige artiklene, er det særlig fire faktorer som kom frem som viktige for å fremme helhetlige og koordinerte tjenester:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oppsøkende team - Brukermedvirkning - Samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten - Relasjoner <p>Konklusjon: For helhetlig og koordinerte tjenester til brukere med samtidig rus- og psykiatrilidelse er brukermedvirkning nødvendig. Samtidig kommer det frem at en trygg og likeverdig relasjon mellom bruker og sykepleier er sentralt for at brukermedvirkning skal kunne skje. Kontinuitet trengs for å danne en trygg relasjon.</p>			

ABSTRACT

Title:	“You`ll get help, but it might not be the help you preferred to get”	Date : 29.05.20	
Authors:	Jenny Elise Wenstad		
	Hanna Hallem Ødegård		
	Synnøve Vold		
	Karita Nordli Westengen		
Supervisor(s)	Siri Gunn Simonsen		
Keywords (3-5)	Dual diagnosis, relation, nursing, primary health care, holistic and coordinated services		
Number of pages/words: 43/9308	Number of appendix: 0		
<p>Background: A common problem/challenge for dual diagnosis clients is fragmented services. The nurse has a central role in organising the holistic and coordinated services.</p> <p>Purpose: Examine how the nurse in the municipal health service may arrange the holistic and coordinated services for persons with dual diagnosis.</p> <p>Method: A literature study is used as a method, and a structured literature search after scientific research articles is done to illuminate the thesis question of this study.</p> <p>Results: The included scientific articles of this study, results in four factors to promote holistic and coordinated services:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Outreach team Assertive Community Treatment - User involvement - Interaction between municipal- and specialized health services - Relations <p>Conclusion: User involvement is necessary for holistic and coordinated services for dual diagnosis clients. A safe and equal relation between the user and the nurse appears as central for user involvement. Continuity is needed to create safe relations.</p>			

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	4
1.1 SYKEPLEIEFAGLIG RELEVANS	5
2.0 BAKGRUNN	6
2.1 RUS OG PSYKIATRILIDELSE	6
2.2 SAMHANDLINGSREFORMEN	6
2.3 OPPSØKENDE TEAM	7
2.4 OVERGANGER	8
2.5 RELASJONER	9
2.6 BRUKERMEDVIRKNING	9
2.7 HILDEGARD PEPLAU	10
2.8 PROBLEMSTILLING	11
3.0 METODE	12
3.1 SØKESTRATEGI	12
3.2 INKLUSJON- OG EKSKLUSJONSKRITERIER	13
3.3 KILDEKRITIKK	13
3.3.1. Artikler	13
3.3.2. Annen litteratur	14
3.5 SØKEMATRISER	14
4.0 RESULTATER	18
4.1 LITTERATURMATRISE	18
4.2 BEGRUNNELSE FOR VALG AV ARTIKLER	22
4.3 ANALYSE OG PRESENTASJON AV RESULTAT	25
4.3.1.Oppsøkende team	25
4.3.2 Brukermedvirkning	25
4.3.3 Koordinering og samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten	27
4.3.4 Relasjoner	28
5.0 DRØFTING	29
5.1 INNLEDNING TIL DRØFTING	29
5.2 TILLIT, TRYGGHET OG KONTINUITET	29
5.3 FLEKSIBILITET SOM HJELPEMIDDEL FOR INDIVIDUELLE VARIASJONER	30
5.4 NÆRHET OG AVSTAND - HVOR GÅR GRENSEN?	31
5.5 INFORMASJON GIR MULIGHET	33
5.6 DET SISTE ORDET SKAL LIGGE HOS BRUKEREN	34
5.7 SAMMEN FOR BEDRE TJENESTER	35
6.0 KONKLUSJON	37
6.1 MULIGHET FOR VIDERE INNOVASJON I TJENESTEUTVIKLINGEN	38
7.0 LITTERATURLISTE	39

1.0 Innledning

“Du får hjelp, men det er ikke sikkert det er akkurat den hjelpen du hadde ønsket”
(Brækhus, 2020). Slik lyder et utsagn fra helseminister Bent Høie vedrørende den offentlige hjelpen som tilbys ved psykisk sykdom. Hadde dette blitt akseptert i somatikken? Om en person for eksempel har en kreftdiagnose, men også tilleggdiagnoser, hadde vedkommende med stor sannsynlighet fått behandling for disse på samme tid og på samme sted. Med andre ord hadde helsetilbudet for en slik bruker blitt helhetlig og koordinert. Dette kan vise til en forskjell mellom somatikk og psykiatri.

De siste årene er det blitt økt oppmerksomhet rundt personer med en samtidig rus- og psykiatrilidelse (Helsedirektoratet, 2012). Stadig flere skal behandles poliklinisk, og i følge Samhandlingsreformen (2008-2009) skal kapasiteten i spesialisthelsetjenesten økes. Dette ved at personene blir sendt tidligere hjem for videre oppfølging i kommunen (St.meld. 47 (2008-2009)). Samtidig viser Rolland (2020) til en økning av personer med samtidig rus- og psykiatrilidelse i samfunnet. Denne økningen kombinert med nedbyggingen av plasser i spesialisthelsetjenesten, gjør at kommunen står igjen med mye ansvar (Rolland, 2020).

Samhandlingsreformen (2008-2009) har som mål å gi rett behandling - på rett sted - til rett tid. Hovedfokus er en økt og bedret samhandling mellom de ulike tjenestene i helsevesenet (St.meld. 47 (2008-2009)). Personer med samtidig rus- og psykiatrilidelse opplever ofte å falle mellom de ulike helsetjenestene. Grunnen er at det kan være en utfordring å behandle begge lidelsene samtidig (Helsedirektoratet, 2012). En artikkel publisert av NRK i 2019 belyser denne utfordringen (Hole, 2019). Det fortelles om en person med samtidig rus- og psykiatrilidelse som tok sitt eget liv. På dette tidspunktet hadde vedkommende 15 ulike tjenester som skulle hjelpe han. Artikkelen bygger på en rapport fra helsetilsynet. De konkluderer med at mangel på koordinering av helsehjelpen kan ha vært en medvirkende årsak til at personen tok sitt eget liv (Hole, 2019).

Til tross for at det i politikken legges frem forslag til bedre utforming av tilbudene til personer med samtidig rus- og psykiatrilidelse, er det fortsatt noe som skurrer. Hvorfor er det så vanskelig å gi nettopp denne brukergruppen rett behandling til rett tid? Og hvordan kan sykepleier arbeide for å motvirke brudd i tjenestene, slik at bruker kan få den hjelpen de

ønsker og trenger? Gjennom studien forsøkes det å finne svar på disse spørsmålene, og eventuelt hvilke faktorer som spiller inn.

1.1 Sykepleiefaglig relevans

Sykepleier har alltid hatt en sentral rolle i koordineringen av behandlingsforløpet. I tillegg er sykepleier ansvarlig for å sikre kontinuitet i dette forløpet (Hellesø *et al.*, 2016). Grunnet en ny kommunerolle, hvor det skal bli mer behandling lokalt, er sykepleier i kommunen viktig i hjelpen til personer med samtidig rus- og psykiatrilidelser. Videre finnes det oppsøkende team i kommuner rundt om i landet. De aktivt oppsøkende teamene ønsker å legge til rette for autonomi, ved at behandlingen baserer seg på personens ønsker (Aakerholt, 2013). Dette er også noe som beskrives i de yrkesetiske retningslinjer, hvor det står at sykepleier skal fremme brukerens mulighet til å ta egne avgjørelser. For å legge til rette for dette, må det gis tilpasset informasjon til den enkelte (NSF, 2019).

2.0 Bakgrunn

2.1 Rus og psykiatrilidelse

I Helsedirektoratet (2012, s. 16) “ (...) brukes begrepet «ruslidelse og psykisk lidelse», eller ROP -lidelse som en samlebetegnelse for samtidig ruslidelse og psykisk lidelse”. Med bakgrunn i dette vil forkortelsen ROP-lidelse for personer med samtidig rus- og psykiatrilidelse bli brukt videre i denne studien. I Helsedirektoratet (2017) defineres en person som har tjenester innenfor rus og psykiatrifeltet som *bruker*. Derfor er begrepene “pasient” og “bruker” samlet under betegnelsen bruker. Likevel kan det forekomme at begrepet “pasient” blir brukt i sammensatte ord, som for eksempel sykepleier-pasient-relasjon.

Helsedirektoratet (2012) viser til mangler i utredning, behandling og oppfølging for brukere med ROP-lidelse. Begge lidelsene trenger koordinert behandling, både sammen og hver for seg. En utfordring er at behandlingen kun er rettet mot rusproblemene og ikke den psykiske lidelsen, eller omvendt (Helsedirektoratet, 2012). Alle mennesker har rett på en forsvarlig helsetjeneste som er helhetlig, koordinert, og bygget opp av kontinuitet (Helse og omsorgstjenesteloven, 2011, §4-1a). Ett av Helse og omsorgstjenestelovens formål (2011, §1-1) er å sikre at tjenestene er samhandlet og at tilbudet for tjenester er tilstede for bruker. I tillegg skal tjenesten være tilpasset den enkeltes behov (Helse og omsorgstjenesteloven, 2011, §1-1). For å få et helhetlig pasientforløp er man avhengig av at tjenestene er koordinerte og sammensatte, slik at tjenesten oppfyller brukerens behov (Helsedirektoratet, 2012).

2.2 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen (2008-2009) la frem endringer som berørte kommunens rolle. Dette satte nye krav til kommunen med tanke på innhold av kvalitet, kompetanse, fagutvikling og utdanning. Kommunen har sin styrke ved at tjenestene er nær befolkningen (St. meld. 47 (2008-2009)). Samhandlingsreformens intensjon er å “(...) sikre et bærekraftig, helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud av god kvalitet, med høy pasientsikkerhet og tilpasset den

enkelte bruker” (Helse og omsorgsdepartementet, 2011, s 3). Tjenestene kan oppleves fragmenterte om samhandlingen enten er fraværende eller av dårlig kvalitet. Et mål skal være at bruker får et helhetlig og samordnet tjenestetilbud preget av kontinuitet (St.Meld. 47 (2008-2009)).

2.3 Oppsøkende team

“ACT team er tverrfaglige sammensatt team i samarbeid mellom kommune og DPS(…)”(St. meld. 47 (2008-2009)). ACT-team er et aktivt oppsøkende team som jobber på tvers av helsetjenester (St.meld. 47 (2008-2009)). I studien er ACT-team lagt under begrepet oppsøkende team og det vil derfor brukes videre.

Oppsøkende team handler om å flytte arenaen for behandling fra sengepost og institusjon til hjemmet og nærmiljøet. For å kunne gi et helhetlig behandlingstilbud er innsatsen i teamet aktivt oppsøkende og bestående av flere yrkesgrupper. Teamet som gruppe har fokus på å unngå at bruker blir avhengig av kun én behandler. På samme tid er brukergruppen teamet møter ofte utrygge i kontakt med andre, og har problemer med å knytte relasjoner (Aakerholt, 2013). Sykepleiers rolle i et oppsøkende team innebærer medisinsk behandling og kommunikasjon, samt koordinering mellom ulike helsetjenester og brukere (Aakerholt, 2013).

En av målgruppene for aktivt oppsøkende team er personer med ROP-lidelse (Aakerholt, 2013). Oppsøkende team hjelper brukere til å bli i behandling og har som mål å hindre reinnleggelser på sykehus (Helsetilsynet, 2016). De oppsøkende teamene er recoveryorientert, som vil si at de vektlegger å styrke brukerens mestringsevne. På denne måten blir bruker en del av sin bedringsprosess (Aakerholt, 2013). I en studie gjort av Pettersen *et al.* (2019) kommer det frem at å ha en omsorgsfull relasjon med behandleren er essensielt for personens recovery, altså bedringsprosess.

2.4 Overganger

Studien tar i utgangspunktet for seg sykepleier i kommunehelsetjenesten. Likevel er behandlingen ofte delt mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2014). Det blir dermed relevant å ta for seg overgangene mellom disse tjenestene.

Helsetilsynet (2016) skriver i sin rapport at det skjer svikt i overgangene mellom de ulike helsetjenestene, både på det praktiske og organisatoriske plan. Denne svikten er også i samhandlingen av tjenester for brukere med ROP-lidelse, der mye ressurser brukes uten effekt (Helsetilsynet, 2016). Personer med ROP-lidelse har ofte fragmenterte tjenester (ROP, u.å). Bratrud og Granerud (2011) beskriver brukergruppen som “kasteballer i systemene”.

“Personer med ROP-lidelser er en sårbar gruppe med behov for sammensatte tjenester” (Helsetilsynet, 2016 s. 3). For personer med ROP- lidelse, kan enhver endring være en sårbar overgang (Hansen *et al.*,2016). De er også sårbare for mangel på kontinuitet. Det er dokumentert at behandling gir effekt når den er sammenhengende (Helsedirektoratet, 2012). Rus og psykiatri er i utgangspunktet to adskilte tjenestefelt, som gjør at tjenestene ikke blir tilpasset brukerens individuelle behov (Bratrud og Granerud, 2011). Hansen *et al.* (2016) skriver at det finnes forbedringspotensiale i samhandling og enhetlig tilnærming til personer med ROP-lidelse.

Kommunen har ansvaret for utarbeidelsen og koordineringen av tjenestetilbudet, dersom brukeren har behov for tjenester fra både kommune- og spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2012). Brukere med behov for koordinerte tjenester over lengre tid, har rett på en koordinator fra kommunen og en utarbeidet individuell plan (Helse og omsorgstjenesteloven, 2011, §7-1 og §7-2). “Individuell plan skal alltid utarbeides sammen med bruker. Den skal tydelig vise hvem som gjør hva, på hvilken måte og i hvilken rekkefølge” (Helsedirektoratet, 2012, s. 60).

Oppfølging og utarbeidelse av individuell plan er ifølge Helsedirektoratet (2014) noe en koordinator skal legge til rette for. Sykepleier kan påta seg oppgaven som en koordinator. Dette innebærer å bidra til kontinuitet, stabilitet og trygghet. Samtidig skal en koordinator tilrettelegge for nødvendig oppfølging av den enkelte og sikre at tjenestetilbudet blir

samordnet. Relasjonen mellom koordinator og bruker har stor betydning for planleggingen av tjenestetilbudet (Helsedirektoratet, 2014).

2.5 Relasjoner

For å skape en god relasjon er samhandling, samt trygghet og tillit mellom helsepersonellet og tjenestemottaker essensielt (NAPAH, 2010). Relasjonsbygging er en viktig faktor for behandling av brukere med ROP-lidelse i kommunen (Aakerholt, 2013). I følge Aakerholt (2013) er det grunnleggende at språket blir tilpasset bruker for å legge til rette for samarbeid. Denne brukergruppen fremmer som regel ikke egne behov (Aakerholt, 2013). Derfor er det viktig at sykepleier etablerer en god dialog, da denne kan bidra til et samarbeid (Helsedirektoratet, 2012). Hvis sykepleier overstyrer og handler på vegne av brukeren, kan det ifølge Aakerholt (2013) føre til at bruker blir passivisert.

2.6 Brukermedvirkning

Formålet til Pasient -og brukerrettighetsloven (1999, §1-1) er å sikre at befolkningen har lik tilgang på tjenester. Dette ved å gi brukerne rettigheter overfor tjenesten (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, §1-1). Å kunne påvirke utformingen av tjenestetilbudet, gjennom at bruker involveres i valg og vurderinger, sikrer brukermedvirkning (Helsedirektoratet, 2015). “Brukermedvirkning bidrar til bedre og mer målrettede tjenester fordi erfaringskunnskap og fagkunnskap ses i sammenheng” (Helsedirektoratet, 2014, s.18). Årsaken er at brukers unike erfaringer kan bidra til ny innsikt som kan legges til grunn i kvalitetsforbedringen. Det er bruker selv som kan kontrollere om tjenestene er tilfredsstillende (Helsedirektoratet, 2014).

Et mål innen helsetjenestene er ifølge Helsedirektoratet (2014) å redusere bruken av tvang, noe helhetlige og koordinerte tjenester kan bidra til. Eksempler på tiltak som kan redusere behovet for bruken av tvang er oppsøkende team, individuell plan og kriseplan. Kriseplan kan i tillegg være med på å sikre brukermedvirkning. En slik plan inneholder informasjon om brukers ønsker ved en akutt situasjon (Helsedirektoratet, 2014).

Et viktig perspektiv i medvirkning er empowerment (Helsedirektoratet, 2015). Empowerment kan forklares som myndiggjøring. Det handler om fokus på personens ressurser, ferdigheter og kompetanse. Denne type tilnærming skal bidra til mestring, trygghet og opplevelse av kontroll og makt over eget liv. Den tradisjonelle maktrelasjonen, der sykepleier stiller høyere enn bruker, forsøkes endret i empowerment. For å få til dette er det sentralt at sykepleier lar bruker definere sine behov (Helsedirektoratet, 2015).

2.7 Hildegard Peplau

For å belyse den valgte problemstillingen, trekkes Hildegard Peplaus teori om den interpersonlige relasjonen mellom bruker og sykepleier inn (Peplau, 1991).

Peplau (1991) hevder at relasjonen kan være viktigere enn selve behandlingen. Relasjonen deles inn i tre faser. *Orienteringsfasen* handler om at bruker skal få innsikt i sin egen sykdom ved bruk av sykepleier som ressurs. Sykepleier skal oppfordre til at bruker skal være en aktiv part, slik at det blir en felles forståelse av behandlingsforløpet. Grunnlaget for en god relasjon dannes i orienteringsfasen. Det er derfor viktig at man er oppmerksom på brukers følelser, slik at for eksempel redsel og sinne ikke ødelegger relasjonen. Det er også viktig med god kommunikasjon, ta seg nok tid og sørg for at informasjonen er forstått i denne fasen. Sykepleier har en oppfatning og forventning av bruker ut i fra tidligere erfaringer. Samtidig har bruker en oppfatning og forventning av hvordan sykepleier skal opptre (Peplau, 1991).

Arbeidsfasen og den utforskende fasen handler om at bruker kan benytte seg av sykepleier-pasient-relasjonen. Dette ved at de lærer hverandre å kjenne og respektere, som to individer med både like og ulike meninger. Ved et forhold der bruker har forstått den interpersonelle relasjonen, går bruker over i en fase hvor relasjonen kan brukes for det den er verdt. Ved en følelse av å være en samarbeidende part og bli godt tatt vare på, vil bruker kunne utforske sine muligheter i større grad. *Lønningsfasen* er den siste fasen og omhandler at bruker skal komme styrket ut av relasjonen med sykepleier ved å kunne bli selvstendig (Peplau, 1991).

2.8 Problemstilling

Gjennom praksis i sykepleierutdanningen har vi erfart hvordan både kommune- og spesialisthelsetjenesten organiserer og følger opp brukere med en ROP-lidelse. Slik vi erfarte det, hadde brukergruppen ofte oppstykkede behandlingsforløp. Dette er bakgrunnen for at vi i det følgende vil fokusere på sykepleiers rolle i kommunehelsetjenesten. Med grunnlag i dette er vår problemstilling:

Hvordan kan sykepleier i kommunehelsetjenesten legge til rette for helhetlige og koordinerte tjenester i samarbeid med personer med samtidig rus- og psykiatrilidelse?

3.0 Metode

Dette kapitlet inneholder en redegjørelse for studiens utvelgelse av de vitenskapelige artiklene og annen litteratur som er brukt.

3.1 Søkestrategi

For å besvare valgte problemstilling, er det benyttet en strukturert litteraturstudie. Søkene ble gjort i databasene: Pubmed, Psych-info, SveMed+ og PMC. Grunnen til valg av databaser var at de er helsefaglig rettet. En database var også rettet mot valgt tema; psykiatri og rus. For å finne frem til artiklene ble det utført et strukturert søk. Det ble benyttet forskjellige søkeord i de ulike databasene. Grunnen var et behov for en bred informasjonsinnhenting for å besvare problemstillingen. På denne måten fikk man et større spekter av forskning som kunne vinkle studien i ulike retninger. Ved bruk av de samme søkeordene i de ulike databasene resulterte dette i artikler bestående av det samme temaet. Derfor ble det lagt til flere ulike søkeord, da treffene var utilstrekkelige for å besvare problemstillingen.

Under søkene ble kombinasjonsordene “AND” og “OR” benyttet. Ved bruk av disse ble det lettere å ekskludere artikler som ikke falt innenfor valgt temaområde. Søkeordene ble brukt som enten emneord eller tekstord.

Etter utførte søk var det en prosess for å undersøke artiklene som ble vurdert som relevante. Dersom overskriften var interessant, fortsatte lesingen til sammendraget. Ved å lese sammendraget fikk man en oversikt over artikkelens innhold og budskap. For å videre analysere de ulike forskningsartiklene, ble de lest gjentatte ganger og tolket hver for seg. Etter gjennomgang av sammendraget, ble metodedelen vurdert. Deretter ble de resterende delene i artikkelen raskt gjennomgått for å få et helhetlig bilde. Dersom artikkelen fortsatt var relevant, ble den lest grundig i sin helhet. For at en artikkel skulle vurderes som relevant for studien ble den satt opp mot utvalgte inklusjon- og eksklusjonskriterier.

Da de ulike artiklene var valgt ut, ble det skrevet resultatmatriser av disse. Dette ble gjort ved at hovedpunktene i artiklenes ulike deler ble tatt ut. Deretter ble disse hovedpunktene

sammenlignet og sammenfattet under ulike temaer. Disse temaene ble funnet underveis i sammenligningen, og viste seg som sentrale for den valgte problemstillingen.

3.2 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Et inklusjonskriterie var at det skulle være en vitenskapelig artikkel. Artikkelen skulle inneholde en konkret problemstilling eller hensikt. At denne ble besvart var en forutsetning for at artikkelen kunne inkluderes. En godt beskrevet metodedel var et annet inklusjonskriterie, og det ble vurdert som positivt dersom den inneholdt IMRad-struktur. Artiklene skulle være publisert etter Samhandlingsreformen, altså fra og med 2008 til dags dato. Muligheten til å dra inn sykepleiefaglige perspektiver skulle være tilstede. Om artiklene kun tok for seg spesialisthelsetjenesten ble de ekskludert, da studiens fokus ligger hos kommunen. Dersom forskningen kom fra land som ikke er overførbare med helsesystemet i Norge, ble de ekskludert. Et annet eksklusjonskriterie var dersom artikkelen kun tok for seg et spesifikt rusmiddel eller en spesifikk psykisk lidelse.

3.3 Kildekritikk

3.3.1. Artikler

I tillegg til inklusjon- og eksklusjonskriteriene er det flere faktorer som er tatt hensyn til i kildekritikken. Nøytralitet var ønskelig da artiklene skulle velges for å opprettholde validitet i studien. Valget skulle ikke bli gjort ut fra problemstillingen, men ut fra studiens tematikk. På en slik måte fikk man frem ulike perspektiver ved temaet, og nøytraliteten ble ivaretatt.

En del av kvalitetsvurderingen gjennom arbeidet med artiklene var å se på språkets standard. Noen av de inkluderte artiklene er engelskspråklige. I disse artiklene var det en større utfordring å vurdere standarden på språket, i motsetning til de norske. Språkbarrieren kan være en utfordring også med tanke på at det kan oppstå misforståelser og viktige poeng kan mistes. Ethiske overveielser som anonymitet har blitt fokusert på i gjennomgangen av artiklene. Dette ved å se etter at forskerne har tatt hensyn til taushetsplikten og deltakernes

personvern. Deltagelse i studiene skulle være frivillig, med mulighet for å trekke seg til enhver tid.

3.3.2. Annen litteratur

Det var ønskelig at tilleggslitteratur var primærkilder. Den anvendte boken om Peplaus teori er derfor på engelsk. Ulempen med dette kan som tidligere nevnt være en språkbarriere hvor det er en større risiko for misforståelser. Annen inkludert litteratur skulle helst være fra helseorganisasjoner eller andre statlige dokumenter. På denne måten vil de kunne være mer troverdige, i den forstand at kontrollen rundt publisering er større.

3.5 Søkematriser

I studien presenteres utførte søk i matriser som inneholder søkeord, database, kombinasjoner, antall treff, abstrakter lest, artikler lest og inkluderte artikler. Dette for å vise ytterligere hvordan utvelgesprosessen av hver enkelt artikkel har foregått.

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff	Abstrakter lest	Artikler lest	Inkluderende artikler
1. ACT	PsycINFO		73 750			
2. Assertive Community Treatment			581			
3. Community Mental Health Services			7 645			
4. Community Mental Health			2 597			
5. Community Treatment Order			89			

6. Norway			10 636			
7.		1 OR 2	73 939			
8.		3 OR 5 OR 6	9 709			
9.		6 AND 7 AND 8	5	5	4	Artikkel 1 og 2

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff	Abstrakter lest	Artikler lest	Inkluderte artikler
1. Relasjoner	SveMed+		6 903			
2. Oppsøkende team			2	2		
3.		1 AND 2	1	1	1	Artikkel 3

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Abstrakter lest	Artikler lest	Inkluderte artikler
1. Addiction	PMC			124 779			
2. Specialist healthcare				92 144			
3. Community care				607 417			
4. Primary care				1 183 808			
5. Dual diagnosis				158 425			

6. Mental health issues				183 716			
7.		1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5 AND 6		361			
8.		7	Siste 5 årene	194			
9. Collaboration			Siste 5 årene	148 070			
10. Coordination			Siste 5 årene	141 283			
11.		7 AND 9 AND 10	Siste 5 årene	71			
12. Norwegian study			Siste 5 årene	30 053			
13.		11 AND 12	Siste 5 årene	18			
14.		Mental health disorders	siste 5 årene	186 524			
15.		substance abuse	siste 5 årene	58 160			
16.		13 AND 14 AND 15	siste 5 årene	11	6	2	Artikkel 4

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff	Abstrakter lest	Artikler lest	Inkluderende artikler
1. Mental health services	Pubmed		7306			
2. Treatment and care			2529			
3.		1 AND 2	8	2	1	Artikkel 5

Manuelt søk:

Etter et søk på Sykepleien.no ble artikkel 6, “Brukermedvirkning i samhandling i psykisk helsearbeid” funnet. Det ble søkt på rus og psykiatri og brukermedvirkning, samt huket av på at artikkelen skulle være forskning. Det kom da opp to artikler, men det var kun denne som var relevant for studien.

4.0 Resultater

4.1 Litteraturmatrise

<i>Artikkel 1</i>	<p>Hospitalisation of severely mentally ill patients with and without problematic substance use before and during Assertive Community Treatment: an observational cohort study</p> <p>Forfattere: Clausen, H., Ruud, T., Odden, S., Benth, J.S., Heiervang, K.S., Stuen, H.K., Killaspy, H., Drake, R.E., og Landheim, A.</p> <p>Tidsskrift: BMC</p> <p>Utgitt: 2016</p>
Hensikt	<p>Hensikten med studien er å sammenligne bruk av sykehusopphold hos ACT-brukere, med og uten problematisk rusavhengighet. I tillegg undersøke sammenhengen mellom endringer i innleggelser.</p>
Metode	<p>142 brukere under 12 oppsøkende team i Norge ble inkludert i studien ved bruk av kliniske vurderinger og selvrappporterende spørreskjema. Innleggesdata fra Norsk pasientregister ble oppbevart fra to år før til to år etter innføringen av oppsøkende team. Det ble brukt modeller for å oppdage forandringer i sykehusinnleggelser.</p>
Resultat	<p>To år etter innføringen av oppsøkende team fant de ingen endring i antall innleggelser. Studien erfarte samtidig en reduksjon i antall liggedøgn. De med alvorlig rusproblematikk hadde også færre liggedøgn under ufrivillige innleggelser.</p>

Artikkel 2	<p>“This is not a Life Anyone would want”—A Qualitative Study of Norwegian ACT Service users' Experience with Mental Health Treatment.</p> <p>Forfattere: Lofthus, A.M., Weimand, B.M., Ruud, T., Rose, D. og Heiervang, K.S.</p> <p>Tidsskrift: Mental Health nursing.</p> <p>Utgitt: 2018</p>
Hensikt	<p>Hensikten med studien er å få innblikk i hva brukere av det oppsøkende teamet mener er mulige positive og negative sider av behandlingen innen psykisk helse.</p>
Metode	<p>Det er et kvalitativt studie. 176 brukere av oppsøkende team ble rekruttert for å evaluere 12 team i Norge.</p>
Resultat	<p>Deltakerne så på bruk av oppsøkende team som en fordel ved at de kjente på normalitet og autonomi i assosiasjon med teamet. Samtidig tar de frem negative sider ved oppsøkende team i form av at de kjente på enkelte restriksjoner og følte seg tilsidesatt. Deltakere under tvungent psykisk helsevern var de som rapporterte best virkning av det oppsøkende teamet.</p>

Artikkel 3	<p>Hjelpsomme relasjoner. En kvalitativ undersøkelse av samarbeidet mellom brukere med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer og fagpersoner i to oppsøkende team.</p> <p>Forfattere: Olsø, T.M., Almvik, A. og Norvoll, R.</p> <p>Tidsskrift: Nordisk Tidsskrift for Helseforskning</p>
-------------------	---

	Utgitt: 2014
Hensikt	Å utdype kvalitative egenskaper ved relasjonene som fagpersoner og brukere oppfatter som hjelpsomme, samt å utdype arbeidsformer som bidrar til slike relasjoner.
Metode	Det er et kvalitativt studie. 19 ansatte fra et kommunalt team og et tværfaglig team, samt ni brukere med ROP-lidelse ble inkludert i studien. Analysen foregikk gjennom en kontinuerlig hermeneutisk prosess, og analysemøter. Artikkelen baserer seg på prosjektet “Helhet og sammenheng”.
Resultat	De legger frem funnene sine gjennom tre hovedtemaer som både fagpersoner og brukerne løftet frem som viktig: samvær gjennom hverdagslige aktiviteter, et likeverdig samarbeid og personlig kontakt.

<i>Artikkel 4</i>	<p>Coordination of services for dual diagnosis clients in the interface between specialist and community care.</p> <p>Forfattere: Bjørkquist, C. og Hansen, G.V.</p> <p>Tidsskrift: Journal of Multidisciplinary Health care.</p> <p>Utgitt: 2018</p>
Hensikt	Undersøke hvordan tjenestene til brukere med ROP-lidelse blir organisert og hvor hensiktsmessig organiseringen av tjenestene er.
Metode	Kvalitative datainnsamlingsmetoder ble brukt på en en-dags-workshop. Studien bestod av en gruppe deltakere fra organisasjoner for brukere og pårørende, samt

	forskere fra et universitet. I tillegg til ansatte fra både kommune- og spesialisthelsetjenesten.
Resultat	Informasjonsutveksling er avhengig av et godt samarbeid mellom de ulike enhetene for at tjenesten skal organiseres hensiktsmessig. Utydelige ansvarsområder og ulikheter mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten påvirker tilbudet til brukerne. Dette fører til at hensikten med tjenestene blir dårligere. Ansvarsgruppemøter og personlige koordinatører er positivt for organisering av tjenestene, men er svært ressurskrevende.

Artikkel 5	<p>”You never know what happens next”- Young adults service users’ Experience with mental health care and treatment through one year</p> <p>Forfattere: Ådnanes, M. og Steihaug, S.</p> <p>Tidsskrift: International journal of integrated care</p> <p>Utgitt: 2016</p>
Hensikt	Undersøke hvordan unge brukere i psykisk helsetjeneste opplever kontinuitet i behandling og omsorg.
Metode	Kvalitativ studie med ni deltakere fra psykiatritjenesten fra 18-30 år. Det var tilsammen 32 intervjuer av deltakerne fordelt i løpet av et år.
Resultat	Å takle overganger mellom ulike tjenester, og en stadig utskiftning av personalet, trekkes fram som noen av hovedutfordringene. Andre utfordringer som trekkes fram er den viktige relasjonen mellom bruker og helsepersonell. Samt et ønske om forklaring, adekvat behandling og framgang. I tillegg legges det fokus på behovet for informasjon og brukermedvirkning.

Artikkel 6	<p>Brukermedvirkning i samhandling i psykisk helsearbeid</p> <p>Forfattere: Skjærpe, J.N., Kristoffersen, M. og Storm, M.</p> <p>Tidsskrift: Sykepleien Forskning</p> <p>Utgitt: 2020</p>
Hensikt	Hvordan helsepersonell ivaretar brukermedvirkning i sin samhandling, samt hvilke utfordringer de står overfor når personer med alvorlige psykiske lidelser har behov for helsetjenester fra spesialisthelsetjenesten og samarbeidende kommuner.
Metode	Et kvalitativ studie der det ble gjort intervjuer med ansatte i både DPS og i fire samarbeidskommuner. Det var til sammen 12 deltakere, seks fra DPS og seks fra kommunene.
Resultat	Artikkelen tar for seg brukermedvirkning i overgangsfaser. Den viser også til utfordringer ved brukermedvirkningen generelt. Ulike meninger om utskrivningsklare brukere kommer frem som en utfordring.

4.2 Begrunnelse for valg av artikler

Artikkel 1:

Artikkel 1 inkluderes da den viser virkningen av oppsøkende team etter etablering i Norge. Det er positivt at den tar for seg 12 oppsøkende team fra ulike områder i Norge med varierende innbyggertall. Denne bredden av studien gjør at den kan ha større overføringsverdi, enn om studien kun hadde konsentrert seg om et spesifikt område i Norge. At de oppsøkende teamene var nyetablert kan være en feilkilde, ved at personalet kan ha gitt ekstra positive tilbakemeldinger. Studien er godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Sør-Øst.

Artikkel 2:

Artikkel 2 er valgt ut fordi den viser positive og negative sider ved behandling av psykisk helse. Den viser også det oppsøkende teamets, samt sykepleiers rolle i denne behandlingen. Artikkelen tar hensyn til at relasjonen mellom intervjueren og intervjuobjektet kan ha hatt innvirkning på svarene. For å finne mulige skjevheter og forhåndsoppfatninger, har også artikkelen sammenlignet egne funn med tidligere forskning. Dette er positivt, da den selv viser at den har hatt fokus på validitet, troverdighet, overførbarhet og pålitelighet. Artikkelen er fra 12 oppsøkende team i Norge, noe som gir den større bredde og overføringsverdi generelt sett. Studien er også godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Sør-Øst.

Artikkel 3:

Artikkel 3 er valgt da den belyser viktige egenskaper for en god relasjon mellom sykepleier og bruker. Artikkelen trekker også frem ulike arbeidsformer som fremmer relasjonen mellom sykepleier og bruker. Studien tar for seg ulike tverrfaglige, oppsøkende team fra både kommune- og spesialisthelsetjenesten. Dette ses som positivt da koordinering og samhandling av tjenester er i fokus. Artikkelen er basert på kun to oppsøkende team i Norge, noe som kan gjøre at funnene kanskje ikke er gjeldene for hele Norge. En strategisk utvelgelse av deltakere kan også medvirke til lavere validitet i studien. Artikkelen tas likevel med da den fokuserer på personer som har omfattende behov for koordinerte tjenester, fra både kommune- og spesialisthelsetjenesten. Regional etiske komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk har godkjent studien.

Artikkel 4:

Artikkel 4 er inkludert da denne viser organiseringen av tjenester for brukere med ROP-lidelse. Den tar for seg hvor hensiktsmessig nåværende organisering er. Artikkelen belyser koordinator som en vitalt virkemiddel i koordineringen av tjenestene og i relasjonsbyggingen. Studien styrkes ved at det er gjennomført gruppeintervjuer med både brukere, deres familie, forskere fra et universitet og diverse ansatte fra både kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Slik kommer flere synspunkter med, også eventuelle forskjeller mellom helsetjenestene. På den andre siden kan gruppeintervjuer føre til at deltakerne følte på et press fra gruppen til å være enig med majoriteten. På denne måten kan det bli begrenset mulighet for å få frem kontroversielle synspunkter. I tillegg var gruppeintervjuene gjennomført kun i løpet av en endags-workshop, noe som kan gi resultatene noe mindre validitet. Artikkelen er anbefalt av Norsk senter for forskningsdata.

Artikkel 5:

Artikkel 5 er tatt med på bakgrunn av at den tar for seg utfordringer ved overganger mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Den ønsker å undersøke hvordan brukere opplever kontinuitet i tjenestene. I tillegg tar den for seg viktigheten av relasjonen mellom bruker og helsepersonellet. Åtte av ni deltakerne var kvinner, noe som kan gjøre at validitet i forhold til det mannlige kjønn ikke er tilstrekkelig. Fordi deltakerne er relativt unge er de generelt i en mer ustabil fase i livet, noe som kan påvirke resultatene. Dette i en retning slik at resultatene ikke kan generaliseres til eldre brukere. Til tross for dette styrkes artikkelen ved at deltakerne ble intervjuet flere ganger, noe som kan gi mer pålitelige resultater. Det er gjort 32 intervjuer over ett år, og hver deltaker ble intervjuet fire ganger. Deltakerne kunne selv bestemme hvor intervjuet skulle foregå, noe som kan gjøre svarene mer troverdige ved at de er i en komfortabel setting. Artikkelen er også godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.

Artikkel 6:

Artikkel 6 velges ut fordi den har inkludert synspunkter både fra personalet i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Artikkelen viser hvordan tjenestene forholdt seg til brukermedvirkning i overgangene mellom de ulike tjenestene. Siden det kun er ett DPS med i studien og brukerperspektivet ikke er inkludert, kan dette begrense utfallet. Det veies i positiv retning at tre forskere var med i alle fasene av studien, og at deltakerne var ledere som hadde erfaring med samhandling. Studien er lagt frem for personvernombudet for forskning, Norsk senter for forskningsdata (NSD). Dette for å sikre at opplysninger blir behandlet på en lovlig måte.

4.3 Analyse og presentasjon av resultat

Nedenfor presenteres sammenfattet resultat av artiklene. Resultatet baserer seg på hva som kan påvirke sykepleiers tilrettelegging av helhetlige og koordinerte tjenester for brukere med ROP-lidelse. Under overskriftene trekkes ulike studier inn samtidig.

4.3.1.Oppsøkende team

Artikkel 1 viser til at antall sykehusinnleggelser to år før og to år etter involvering av oppsøkende team er uendret. Derimot var det en reduisering i antall liggedøgn på sykehuset etter to år med oppsøkende team (Artikkel 1). Artikkel 2 beskriver at relasjoner er avgjørende for alle. Samtidig er det for denne brukergruppen, vanskelig å etablere sosiale bånd og holde på dem (Artikkel 2). I artikkel 3 fortalte deltakerne at de følte seg ensomme og isolert, og kommer frem til at den sosiale kontakten med personalet derfor var viktig. Det oppsøkende teamet beskrives som den eneste relasjonen hos mange av deltakerne (Artikkel 2). “At times I felt so dependent on the team, that I felt, that the only people I related to were my professional friends in the ACT team” (Artikkel 2, s. 533).

Artikkel 3 skriver at å føle seg på utsiden av samfunnet beskrives som et vanlig problem for personer med ROP- lidelse. Å få hjelp og støtte av oppsøkende team i sine hverdagslige aktiviteter, bidro til at opplevelsen av å være på utsiden av samfunnet ble mindre. I tillegg fikk deltakerne utbytte av den nære kontakten i oppsøkende team, ved at de etter hvert håndterte sosiale situasjoner lettere. Fagpersonene i artikkel 3 tok frem at det å gjøre noe sammen er viktig. Spesielt for de som i utgangspunktet ikke ønsket kontakt med de oppsøkende teamene. Dette gjorde at teamene fikk muligheten til å etablere kontakt, gjennom å tilby praktisk hjelp (Artikkel 3). Både artikkel 2 og artikkel 3 påpeker viktigheten av en god relasjon mellom bruker og personalet i det oppsøkende teamet.

4.3.2 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er i følge artikkel 4 viktig for å gi bedre koordinerte tjenester. Mange av deltakerne i artikkel 5 fortalte at de kun fikk en begrenset mengde informasjon om egen behandling og helsehjelp. De forteller om at mangel på informasjon og brukermedvirkning ga

mindre forutsigbarhet. For en god og lang relasjon er det grunnleggende at man blir hørt og blir inkludert i behandling. Generelt ønsket de informasjon om videre oppfølging. Flere kjente at de fikk en passiv rolle i egen behandling. “You never know what happens next; I do not know what happens this summer, I do not know what happens next fall. Nothing!(...)” (Artikkel 5, s.5) For å forme en god og langvarig relasjon ble inkludering i viktige beslutninger essensielt for deltakerne i artikkel 5. Ved å la brukere være aktivt deltakende i behandlingen, kan de overkomme barrierer, danne kontroll over sykdomsopplevelsen og føle seg “empowered” (Artikkel 5).

Funnene i artikkel 2 viser til at oppsøkende team kan medføre autonomi og medbestemmelse. I tillegg tar de i bruk tvang og setter grenser ved behov. En måte brukerne kjente på autonomi i det oppsøkende teamet, var å kunne bestemme når de ønsket kontakt. Det beskrives delte meninger om bruk av tvang. Noen mente tvang var nødvendig hvis man ikke er i stand til å ta vare på seg selv, andre mente det ble brukt unødvendig mye (Artikkel 2).

Artikkel 3 legger frem at brukerne setter pris på å bli inkludert, og at de selv kan velge om man vil ta imot hjelpen som tilbys. Brukers erfaringer rundt tvang ble viktig for personalet i oppsøkende team. Dette for å opprettholde fokus på å minimere bruk av tvang i oppfølgingen. Selv om personalet i artikkel 3 hadde fokus på mindre bruk av tvang, opplevde de såkalte “krisesituasjoner” hvor brukerne ikke klarte å ta vare på seg selv. Det hendte da at de måtte gripe inn og utføre ting på vegne av brukere. I en god del tilfeller kunne en avtale med brukere om hvordan personalet skulle opptre, gjøre at hjelpen virket mindre krenkende (Artikkel 3). Artikkel 6 legger frem at å involvere brukere ved en tvangsinnleggelse er en mulighet. I denne sammenheng kan det vises til artikkel 1. Her fremgår statistikk på at de med problematisk stoffmisbruk hadde lavere antall ufrivillige innleggelse, etter inkludering i oppsøkende team.

Deltakerne i artikkel 5 opplevde å ikke bli inkludert i overganger mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. I viktige bestemmelser vedrørende behandlingen, forteller brukerne om et savn av inkludering. De ble innlagt på institusjon, samt flyttet mellom avdelinger uten å bli inkludert i beslutninger. I tillegg opplevde brukerne å bli skrevet ut før de var klare for det (Artikkel 5). Håndteringen av utskrivelse ble gjort sammen med brukere i artikkel 6. Dette ved at personalet fra DPS og kommunene avtalte tidspunkt for utskrivelse sammen med brukere. Helsepersonellet ønsket å bidra til brukermedvirkning ved at brukerne kunne delta i

valg av typen oppfølging etter utskrivelse. Det var vanlig at de kartla ønskene og tjenestebehovet til bruker, samt informerte om mulige tjenestetilbud (Artikkel 6). Artikkel 4 legger frem at det er ønskelig å ha med bruker på ansvarsgruppemøter. Samtidig viser artikkel 6 at enkelte brukere ikke alltid ønsket eller burde delta. Personalet i kommunene så på det som en selvfølge at brukerne skulle være med på disse møtene (Artikkel 6).

4.3.3 Koordinering og samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten

I artikkel 4 kommer det frem at det er en utfordring å finne rett behandling til rett tid på grunn av individuelle variasjoner. Denne utfordringen skapte en oppfattelse av fragmenterte tjenester, noe brukere med ROP-lidelse er ekstra utsatt for (Artikkel 4)

Artikkel 4 definerte ansvarsgrupper og en koordinator er velfungerende samarbeidskanaler. Ansvarsgrupper hvor ulike tjenester samles for å utarbeide en individuell plan for bruker, skal være en god kilde til bedre koordinerte tjenester. På den andre siden legges dette frem som svært ressurskrevende (Artikkel 4). Artikkel 6 skriver at individuell plan kan brukes som et verktøy for samhandling. Den utarbeides sammen med bruker for å gi en oversikt over tjenester, og en felles oppfatning av mål og ressurser (Artikkel 6).

I følge artikkel 4 er en koordinator nøkkelen til å bygge en god relasjon til bruker. Koordinator skal være med på overgangene mellom ulike tjenester. Dette kan oppleves som en trygghet for bruker når andre relasjoner blir brutt. En ansatt forteller at: "... These patient groups really need good relationships, otherwise they feel insecure if things are unstable. That's not how you get your life straight. There must be someone there" (Artikkel 4, s. 239). En god relasjon beskrives som viktig, da denne brukergruppen er utsatt for ensomhet og sosial isolasjon (Artikkel 4). Artikkel 3 beskriver koordinatører som "profesjonelle venner", og som svært vonde å miste. Fagpersonene la frem at de syntes det kunne være vanskelig å vite om de hadde bygget en for nær relasjon til bruker. Her blir det lagt til at de stort sett klarer å løse disse utfordringene (Artikkel 3). Ansvarsgrupper, relasjonen til koordinator og individuell plan er i følge artikkel 3 og 4 elementer som påvirker koordineringen av tjenestene.

4.3.4 Relasjoner

Funn fra artikkel 5 viste at deltakernes oppfattelse av behandling ble påvirket av overganger. Eksempelvis ved skifte i personalet eller i overganger mellom institusjoner og avdelinger. Deltakerne syntes det var vanskelig å forholde seg til ulikt personell ved at noen sluttet eller gikk i permisjon (Artikkel 5). Artikkel 3 viste at mange av deltakerne i en slik situasjon opplevde et savn. Bytte av personalet førte til at deltakerne i artikkel 5 ikke delte like mye informasjon og tanker med den nye relasjonen. Deltakerne la frem viktigheten med kontinuitet og stabilitet i hverdagen, og at det tar tid å bygge opp tillit til en annen part (Artikkel 5).

I artikkel 5 er det å bli sett, respektert og forstått viktige punkter. For å bygge relasjon drar artikkel 3 frem, at det å gjøre hverdagslige ting sammen utgjorde en forskjell. Det kommer også frem at brukerne følte seg på utsiden av samfunnet. Derfor var det viktig at de fikk gjenoppta det livet har å by på utenom institusjonens vegger. Ved å være tilgjengelig på en slik måte at brukerne ble tatt med på ulike hverdagslige aktiviteter, bidro det til et mer likeverdig samarbeid (Artikkel 3). Funnene viser at kontinuitet og stabilitet er viktig i behandlingsforløpet, i likhet med respekt og forståelse (Artikkel 5).

5.0 Drøfting

5.1 Innledning til drøfting

I Hansen *et al.* (2016) vises det til et forbedringspotensial når det kommer til samhandling og koordinering av tilnærmingen til brukere med ROP-lidelse. Helsedirektoratet (2014) sier at tjenestene er fragmenterte for denne brukergruppen. Til tross for dette er helhetlige og koordinerte helsetjenester en lovfestet rett (Helse -og omsorgstjenesteloven, 2011, § 4-1a). Med tanke på selve overgangen mellom tjenestene, er det beskrevet at brukerne er mest sårbare i overgangen til kommunehelsetjenesten og hjemmet. I denne overgangen legges det vekt på viktigheten med kontinuitet i relasjonen, til for eksempel sykepleier (Brattrud og Granerud, 2011). Samtidig vektlegges relasjonsbygging som viktig for brukere med ROP-lidelse i kommunen (Aakerholt, 2013).

5.2 Tillit, trygghet og kontinuitet

Å bygge en relasjon tar tid, da tillit sakte men sikkert må etableres (Artikkel 5). Samtidig vet man at brukere med ROP-lidelse er utrygge i kontakt med andre, og derfor har problemer med å knytte relasjoner (Aakerholt, 2013). Sett fra Peplaus (1991) teori, er det den såkalte orienteringsfasen som er avgjørende for hvordan en relasjon vil utvikle seg. Orienteringsfasen handler som tidligere nevnt om at bruker skal få innsikt i egen sykdom, ved bruk av sykepleier som ressurs (Peplau, 1991). Dersom bruker stadig opplever nye overganger mellom ulike kontaktpersoner eller tjenester, kan dette potensielt være ødeleggende. Ødeleggende i den forstand at sykepleier ikke får mulighet til å bygge et fundament av tillit i relasjonen. Dette kan vise at tillit i relasjonsbyggingen til brukere med ROP-lidelse er essensielt.

Ut i fra den sterke sammenhengen mellom tillit og relasjon, er det lett å forstå at det kan være utfordrende å etablere en tilfredsstillende relasjon til brukere med ROP-lidelse. Utfordrende ved at det potensielt kan ta lang tid å skape tilstrekkelig gode relasjoner mellom partene. I tillegg kan det være ødeleggende for nye relasjoner dersom det oppstår en situasjon hvor brukerens tillit til helsetjenesten blir satt på prøve. For eksempel viser artikkel 6 til at flere

deltakere var nødt til å bytte behandlere eller kontaktpersoner gjentatte ganger. På grunn av dette ytrer en bruker at det var slitsomt å måtte “starte på nytt” når en relasjon ble brutt. En konsekvens var at brukeren begynte å holde tilbake informasjon og tanker (Artikkel 6). Det viser at brukermedvirkningen sannsynligvis vil kunne stå på spill, dersom det mangler kontinuitet i relasjonen.

Deltakerne i artikkel 3 opplevde et savn i situasjoner hvor helsepersonellet på en eller annen måte ble skiftet ut. Om bruker ikke lenger har tillit til at sykepleier blir værende i sin jobb, kan brukermedvirkningen bli påvirket. For eksempel ved at bruker ikke åpner seg til sykepleier, grunnet forventningen om brudd i relasjonen. Det kan bidra til at bruker ikke ser på relasjonen som et hjelpemiddel. Utfordringen kan da være at relasjonen mellom sykepleier og bruker ikke videreføres fra orienteringsfasen i Peplaus (1991) teori. På denne måten kan det tolkes slik at brukers mulighet til å medvirke i egen behandling blir svekket. Det er først i arbeidsfasen at bruker blir til en samarbeidende part. Dersom sykepleier får innsikt i brukerens utfordringer, gir det mulighet til å være en ressurs i disse situasjonene (Peplau, 1991).

5.3 Fleksibilitet som hjelpemiddel for individuelle variasjoner

Artikkel 6 nevner individuell plan som et verktøy for å bedre koordineringen av ulike helsetjenester. I Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) står det at alle brukere har rett til å få utarbeidet en individuell plan. Individuell plan som verktøy er imidlertid erfaringsmessig ikke et godt praktisert verktøy. Praktiseringen beskrives også i artikkel 5 som en utfordring. Årsaken er mangel på fleksibilitet i tjenestene (Artikkel 5). Det kan tenkes at de store individuelle variasjonene innad i brukergruppen ikke er forenlig med helsetjenester som er lite tilpasningsdyktige. I artikkel 2 forteller en deltaker at fleksibiliteten i det oppsøkende teamet bidro til å gjøre hverdagen lettere. Ut i fra dette kan det tolkes dithen at oppsøkende team er et godt hjelpemiddel for helhetlige og koordinerte tjenester. Spesielt til brukere med ROP-lidelse, da fleksibiliteten i det oppsøkende teamet kan bidra til en opplevelse av mindre fragmenterte tjenester. Det oppsøkende teamet kan etter alt å dømme ha ressursene til å dekke brukergruppens individuelle behov.

Oppsøkende team møter brukerne der de befinner seg (St.meld. 47 (2008-2009)). Artikkel 3 viser til at det å gjøre hverdagslige aktiviteter sammen, bidrar til et mer likeverdig samarbeid og en bedre relasjon. Trolig kan dette gjøre relasjonen mellom sykepleier og bruker mindre formell. Hverdagsaktiviteter kan antagelig også ufarliggjøre det oppsøkende teamet, ved at det foregår på brukers arena. Videre legger artikkel 3 frem at dette kan gjøre at det oppsøkende teamet lettere kommer i posisjon til å hjelpe personer som i utgangspunktet ikke ønsker kontakt. Deltakerne i artikkel 2 kjente på autonomi ved at de selv fikk bestemme når de ville ha kontakt med det oppsøkende teamet. Kort sagt vises det at fleksibiliteten i tjenestene kan være avgjørende for om brukers individuelle behov blir tatt hensyn til.

På den andre siden kan trolig fleksibiliteten bidra til et oppstykket behandlingsforløp hvor brukers frihet blir større enn hva som er gunstig. Hos en bruker som mangler innsikt i egen situasjon, kan det være problematisk at bruker selv bestemmer når han vil ha kontakt med det oppsøkende teamet. Bruker kan da oppleve sin situasjon annerledes enn helsepersonell med sin fagkunnskap. På denne måten er det fare for at bruker ikke får den behandlingen han har behov for. Videre settes det spørsmålsteget ved brukermedvirkningen dersom de oppsøkende teamene er i kontakt med brukere som i utgangspunktet ikke ønsker dette (Artikkel 3). De individuelle behovene hos bruker skal tas hensyn til, samtidig som fagkunnskap må tas i betraktning. Med bakgrunn i dette kan det å bygge en relasjon ut i fra to ulike synsvinkler ses på som en utfordring. Dette grunnet at det da må tas hensyn til begge parter. Flexibiliteten i de oppsøkende teamene kan altså være både positivt og negativt for helhetlige tjenester, alt ettersom hvor godt et samarbeid mellom de ulike partene fungerer.

5.4 Nærhet og avstand - Hvor går grensen?

Til tross for at brukerne har rett til helhetlige og koordinerte tjenester, kan det tenkes at hyppige overganger med blant annet brutte relasjoner kan ødelegge for dette (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §4-1). Sykepleier i oppsøkende team har ansvar for samhandling med andre tjenester og kan i tillegg ha en koordinerende rolle (Aakerholt, 2013). I følge artikkel 4 er en koordinator nøkkelen til en god relasjon til bruker. Det kan være nødvendig at noen gjenforteller brukers ønsker og behov, og samtidig virker som et bindeledd mellom de ulike tjenestene. Derfor vil en koordinator kunne være spesielt viktig for denne

brukergruppen.

Som nevnt tidligere er denne gruppen sårbar i overganger, og en koordinator kan trolig være en vedvarende trygghet der andre relasjoner blir brutt. Imidlertid fremkommer det i artikkel 3 at det til tider kan være vanskelig for helsepersonell å vite om det er skapt en for nær relasjon. Eksempelvis vil det å ta opp vanskelige temaer vedrørende behandlingen trolig kunne oppleves som unaturlig, dersom det kommer fra en “venn”. Det kan da tenkes at relasjonen vil miste sin hensikt, fordi relasjonen ikke lenger kan kalles profesjonell.

I artikkel 2 kommer det frem at det oppsøkende teamet var den eneste relasjonen mange brukere hadde. Derfor kan avhengighet og redusert selvstendighet være en mulig risiko ved relasjonen. En deltaker i artikkel 2 bekrefter at denne risikoen er reell, da han hadde en følelse av avhengighet overfor det oppsøkende teamet. Peplau skriver: “Do you make people more dependent when you offer help? If you help people over a long period of time, do they always want to free themselves and become independent of it?” (Peplau, 1991, s 18). Dette kan forstås slik; dersom en bruker får hjelp over lengre tid, setter Peplau spørsmålsteget om bruker ønsker selvstendighet i ettertid. Fordi brukere med ROP-lidelse ofte har bruk for langvarige tjenester, kan varigheten være en utfordrende faktor. Et viktig premiss for å unngå avhengighet kan være å tydeliggjøre sykepleiers rolle overfor bruker. Eksempelvis ved at sykepleier setter tydelige rammer for relasjonen.

Relasjonen mellom sykepleier og bruker ses på som viktig for brukers *recovery* (Pettersen *et al.*, 2019). Det kan tenkes at dersom bruker får være en aktiv part i eget forløp, kan dette bidra til mer selvstendighet. På denne måten kan bruker bli tryggere på egen situasjon, også om det kobles inn nye behandlere eller tjenester. Lønningsfasen med selvstendighet i fokus, er i følge Peplau (1991) selve målet med sykepleier-pasient-relasjonen. Selv om risikoen for avhengighet er tilstede, trengs den støttende relasjonen mellom sykepleier og bruker. I artikkel 3 fremkommer det at dersom relasjonen skulle bli for nær, klarer de stort sett å løse dette. Ved at det oppsøkende teamet har et bevisst forhold til denne risikoen, kan sannsynligvis relasjonen forbli på et profesjonelt plan. Dette ved at partene er klare over hensikten med relasjonen på grunn av tydelige rammer.

5.5 Informasjon gir mulighet

I § 3-1 i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) er det beskrevet brukers rett til medvirkning ut i fra den enkeltes evne til å både gi og motta informasjon. Brukermedvirkning kan muligens utfordres i situasjoner hvor det er nødvendig med bruk av tvang. I artikkel 6 kommer det frem at det ikke er lett å la bruker medvirke i disse situasjonene. Likevel legger artikkelen frem at brukermedvirkning kan være en mulighet. Et eksempel viser at bruker fikk være med å bestemme om det oppsøkende teamet eller politiet skulle kjøre vedkommende til institusjonen ved en tvangsinnleggelse (Artikkel 6). Dette kan knyttes til begrepet empowerment. Ved å få et valg i en situasjon hvor utfallet i utgangspunktet allerede er bestemt, kan det til en viss grad gi brukeren kontroll. Dette kan også være et skritt nærmere en mer likeverdig relasjon mellom sykepleier og bruker. Ved å få mulighet til å definere sine ønsker og behov, kan bruker føle seg myndiggjort.

I artikkel 2 vises det til at det er delte meninger blant brukerne rundt tvang. Enkelte forstod bruken der andre opplevde den som unødvendig. Det kan tenkes at de som opplevde bruken av tvang som unødvendig, ikke hadde fått sin lovfestede rett til tilpasset informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-5). På denne måten manglet de trolig forutsetningen til å forstå utøvelsen av tvang. Innblikk i egen sykdom trekkes fram som viktig i Peplaus (1991) orienteringsfase. Ved at sykepleier benytter seg selv som ressurs, kan bruker få den nødvendige kunnskapen for å forstå sin situasjon (Peplau, 1991). Dette viser at informasjonen og åpenheten sykepleier gir i denne fasen blir sentral, spesielt ved utøvelse av tvang. Dersom brukerne blir informert og får muligheten til å medvirke, kan de av den grunn lettere forstå nødvendigheten rundt tvang.

I Helsedirektoratet (2014) blir det beskrevet et ønsket mål om at bruken av tvang skal reduseres. Til tross for at fagpersonene i artikkel 3 hadde fokus på å redusere bruken, erfarte de i krisesituasjoner å måtte gripe inn. Eksempelvis ved en tvangsinnleggelse kan en allerede skjøre relasjon mellom sykepleier og bruker potensielt svekkes ytterligere. I slike situasjoner kan det på forhånd være utarbeidet kriseplaner, hvor bruker kan være med på å bestemme hvordan helsepersonellet skal opptre (Artikkel 3). Slik kan situasjonen virke mindre krenkende. Åpenhet rundt situasjonen vil i følge Aakerholt (2013) kunne tjene relasjonen til bruker på sikt. I tillegg kan den skjeve maktfordelingen mellom sykepleier og bruker

reduseres ved at bruker får en stemme. Brukermedvirkning i situasjoner med tvang kan med andre ord bidra til en bedre relasjon til sykepleier på sikt.

5.6 Det siste ordet skal ligge hos brukeren

Samhandlingsreformens (2008-2009) intensjon er å bedre samhandlingen mellom tjenestene som er involvert i en brukers behandlingsopplegg. Det skal bidra til at bruker opplever færre overganger, og at overgangene skal gå lettere. Et tiltak som er satt i gang som følge av Samhandlingsreformen er oppsøkende team. Målet er å gi et mer effektivt pasientforløp med mindre sårbare overganger (St.meld. 47 (2008-2009)). Imidlertid viser artikkel 1 til at det ikke var noen endring i antallet overganger mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten etter involvering av oppsøkende team. Likevel kan det tenkes at sykepleiers koordinerende rolle i det oppsøkende teamet kan være med å bedre brukers opplevelse av overgangene. Helhetlige og koordinerte tjenester defineres ut i fra brukers opplevelse (Helsedirektoratet, 2014). Med hensyn til dette trenger det nødvendigvis ikke ha like mye å si at det er mange overganger, dersom bruker opplever kontinuitet.

Artikkel 6 legger frem et eksempel der en utskrivningsprosess ble gjort i samarbeid med en bruker. På denne måten kan bruker trolig oppleve overganger mellom tjenester mer helhetlig, ved å ha en viss kontroll. Slik kan brukermedvirkning bidra til at tjenesten rettes mer mot de individuelle behovene. Brukermedvirkning til deltakerne i artikkel 5 beskrives som mangelfulle i overgangene mellom ulike tjenester. Deltakerne forteller at de ble flyttet uten å bli konsultert med, samt utskrevet før de var klare for det (Artikkel 5). En slik håndtering av brukermedvirkningen kan muligens bidra til at opplevelsen av helhet i overgangene blir dårligere. Samhandlingsreformens intensjon om “lettere” overganger kan bli satt på prøve dersom ikke brukermedvirkning er tilstede. Med andre ord viser dette at brukermedvirkningen i overganger bør stå sterkt, da det er bruker selv som bedømmer om tjenestene er gode eller ikke.

Samtidig vil det eksempelvis være viktig at sykepleier opptrer veiledende i overgangsfaser. Utformingen av et tjenestetilbud skal skje sammen med bruker om mulig. Det bruker mener

om utformingen skal vektlegges i stor grad (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). Som tidligere skrevet, kan det legges til rette for brukermedvirkning der utfallet i utgangspunktet er bestemt (Artikkel 6). Dette ved å inkludere bruker i måten en overflytting skal foregå. Eksempelvis i en utskrivningsprosess hvor bruker ikke ønsker å reise hjem for å fortsette behandlingen. I en slik situasjon kan trolig sykepleier påvirke med sin fagkompetanse. Ved å sørge for at bruker har fått tilstrekkelig med informasjon i forkant, kan sykepleier veilede bruker i å ta valg. På denne måten blir brukermedvirkningen ivaretatt, slik at den opplevde situasjonen kan virke mindre krenkende. Samtidig får sykepleier bidratt med sin fagkunnskap vedrørende utformingen av tjenestetilbudet.

5.7 Sammen for bedre tjenester

Samhandlingen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten foregår i følge artikkel 6 gjennom blant annet ansvarsgruppemøter. Det legges til rette for at bruker skal kunne delta på slike møter. Imidlertid er det ikke alltid slik at deltakelse er reelt (Artikkel 6). Artikkel 4 viser eksempelvis til at brukerne kan regnes som for “preget av sin sykdom”. I tillegg skriver artikkel 6 at brukerne på sin side ofte også sier nei til å delta. Det kan da stilles tvil til hvorvidt sykepleier har informert bruker tilstrekkelig om sin rett til medvirkning, samt motivert bruker til deltakelse, slik det står i de yrkesetiske retningslinjene (NSF, 2019).

I tillegg til de yrkesetiske retningslinjene, skal lovverk som Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) sikre bruker mulighet og ressurser til å medvirke i eget behandlingsforløp. Til tross for dette, skrives det i artikkel 5 at mange deltakere kun fikk en begrenset mengde informasjon om egen behandling og helsesituasjon. Dette medførte at de fikk en passiv rolle i eget behandlingsforløp (Artikkel 5). Sykepleier sitter antagelig med mer kunnskap enn bruker med tanke på erfaring. Med bakgrunn i dette er det rimelig å si at sykepleier har mest makt i relasjonen med bruker. Samtidig er det bruker som har mest kunnskap om seg selv. Dersom erfaringskunnskap og fagkunnskap sees i sammenheng, skriver Helsedirektoratet (2014) at dette kan bidra til bedre og mer målrettede tjenester.

Det blir belyst i artikkel 3 at helsepersonellet mener brukernes erfaringer ble viktig, i deres tilfelle; for å minimere bruken av tvang. Dette understreker viktigheten av at bruker får nødvendig informasjon og blir en likeverdig samarbeidspartner i utformingen av tilpassede tjenester. Uten brukers individuelle erfaring, kan ikke nødvendigvis fagpersonene vite noe om behandlingens kvalitet. Brukermedvirkning kan føre til at bruker får en bedre erfaring av overgangen, som igjen kan påvirke opplevelsen av helhetlige og koordinerte tjenester.

6.0 Konklusjon

Det sies at alt henger sammen, og det gjelder også for hvordan sykepleier kan legge til rette for helhetlige og koordinerte tjenester. Som vist innledningsvis kunne mangel på koordinerte og helhetlige tjenester få fatale følger. Det hjelper ikke å ha utallige helsetjenester involvert i behandlingen, dersom de ikke blir tilrettelagt for den enkeltes behov. Det er flere forhold som påvirker tjenestene, slik at de blir koordinerte og helhetlige. Relasjonsbygging mellom sykepleier og bruker kommer tydelig frem som et viktig element. Likevel ser man at brudd på relasjon skjer hyppig innenfor denne brukergruppen. Dette er uheldig da brudd på relasjon og relasjonsbygging påvirker brukermedvirkning i behandlingsforløpet.

En måte å koordinere tjenestene på, ut i fra hva den enkelte bruker ønsker og trenger, er en individuell plan basert på god kjennskap til brukeren. Oppsøkende team som virkemiddel bidrar til større fleksibilitet enn andre tjenester i kommunen, noe som kan gjøre praktiseringen av en individuell plan enklere. Brukere med ROP-lidelse kan derfor ha god nytte av oppsøkende team da variasjonene innad i brukergruppen er store. Samtidig kan teamet bidra til et mer likeverdig samarbeid og en bedre relasjon til bruker, ved å møtes på brukers premisser.

En koordinator vil være en viktig premissleverandør til mer helhetlige og koordinerte tjenester. Sykepleier kan i denne rollen bruke sin relasjon til å fremme brukerens ønsker. Gjennom sitt arbeid har sykepleier blitt kjent med bruker, og dermed etablert en tillitsfull relasjon og en åpen dialog. Dette vil igjen bidra til at sykepleier blir et viktig talerør for brukerens ønsker. Ved å benytte informasjon og erfaring som er skapt i relasjonen mellom sykepleier og bruker, øker det mulighetene for at behandlingen blir mer tilpasset den enkelte.

Brukerens meninger skal stå sentralt i planlegging av behandlingen, og det er derfor viktig med en god relasjon til sykepleier med et koordinerende ansvar. Brukermedvirkning bidrar til økt selvstendighet, noe som er selve målet i Peplaus (1991) teori. For å få til denne brukermedvirkningen, er informasjonen sykepleier gir bruker et viktig verktøy.

Ut i fra dette kan man se at alt henger sammen. For å få til helhetlige og koordinerte tjenester til en bruker med ROP-lidelse, er medvirkning nødvendig. Det er brukerens oppfatning av helheten i tjenestene som er gjeldende. Alt koker ned til viktigheten av relasjonen mellom

sykepleier og bruker, for å kunne koordinere tjenester hvor bruker er en likeverdig samarbeidspartner. Likevel kan man forstå hvorfor relasjonen er en utfordring nettopp for denne brukergruppen. For å kunne bygge opp en relasjon trengs det kontinuitet, noe man ikke får dersom tjenestene er fragmenterte.

Brukerens opplevelse av helheten er avhengig av god koordinering. For å få til god koordinering, trengs en arena der brukeren kan medvirke. Grunnlaget for denne arenaen vises gjennom studien å være relasjonen mellom sykepleier og bruker. Selv om oppstykkede pasientforløp er vanskelig å gjøre noe med, sett fra sykepleiers perspektiv, er det likevel gode muligheter for å bedre brukers opplevelse av dem.

6.1 Mulighet for videre innovasjon i tjenesteutviklingen

Som tidligere nevnt i studien ses det en økning av personer med ROP-lidelse i samfunnet (Rolland, 2020). Resultatet i studien kan benyttes i praksis, ved en økt oppmerksomhet rundt helhetlige og koordinerte tjenester for akkurat denne brukergruppen. På grunn av økningen av brukere med ROP-lidelse, kan det tenkes at kommunehelsetjenesten må være bedre rustet i møtet med brukergruppen. Å inkludere mer undervisning i temaet til ulike tjenester, samt høyskoler og universiteter, blir sett på som en mulighet for å øke kompetansen.

Videre har studien trukket frem ulike verktøy som er med på å påvirke tjenestene på en positiv måte, som for eksempel koordinator og en individuell plan. I følge studien blir ikke disse verktøyene praktisert optimalt. En bredere innføring i disse verktøyene kan derfor være viktig for å tydeliggjøre brukers ønsker og behov. Gjennom studien legges det også frem hvor viktig en relasjon er, og alt en relasjon påvirker. Videre innovasjon er derfor bevisstgjøring av relasjonens betydning i arbeidet med brukere med ROP-lidelse.

7.0 Litteraturliste

Aakerholt, A. (2013) *ACT-håndbok*. 2.utg. Hamar: Nasjonal kompetansetjeneste ROP.
Tilgjengelig fra: <https://rop.no/globalassets/litteratur/act-handbok.pdf> (Hentet: 01.04.20)

Brattrud, T.L. og Granerud, A. (2011) Sammen om gode overganger; Samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern, *Tidsskrift for psykisk helsevern*, 8(3), s. 206-216. Tilgjengelig fra: <https://www.idunn.no/file/pdf/50391197/art08.pdf> (Hentet: 20.04.20)

Brækhus, L.A. (2020) Bent Høie: - Du får hjelp, men det er ikke sikkert det er akkurat den hjelpen du hadde ønsket, *ABC Nyheter*. Tilgjengelig fra: <https://www.abcnyheter.no/helse-og-livsstil/helse/2020/01/19/195642192/bent-hoie-du-far-hjelp-men-det-er-ikke-sikkert-det-er-akkurat-den-hjelpen-du-hadde-onsket>. (Hentet: 22.05.20).

Bjørkquist, C. og Hansen, G. V. (2018) Coordination of services for dual diagnosis clients in the interface between specialist and community care, *Journal of Multidisciplinary Health care*, 2018(11) s. 233-243 doi: [10.2147/JMDH.S157769](https://doi.org/10.2147/JMDH.S157769).

Clausen *et al.* (2016) Hospitalisation of severely mentally ill patients with and without problematic substance use before and during Assertive Community Treatment: an observational cohort study, *BMC Psychiatry*, 16 (125), s. 1-10.
doi:<https://doi.org/10.1186/s12888-016-0826-5>

Hansen *et al.* (2016) *Sårbare overganger- "Tricky transitions"*. (Oppdragsrapport 2016:1) Halden: Høgskolen i Østfold. Tilgjengelig fra: <https://hiof.brage.unit.no/hiof-xmlui/bitstream/handle/11250/2374818/Hefte1-2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (Hentet: 08.05.20)

Hellesø *et al.* (2016) HVA ER SYKEPLEIE?, *Sykepleien*, 104(8), s 64-66. doi: 10.4220/Sykepleiens.2016.58491

Helsedirektoratet (2012) *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus – og psykisk lidelse – ROP lidelser*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser>.

Helsedirektoratet (2014) *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. Tilgjengelig fra: https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20-%20Veileder.pdf/_/attachment/inline/739b0cbe-9310-41c7-88cf-c6f44a3c5bfc:8f8b02ae7b26b730d27512d01420ec947d5ead97/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20-%20Veileder.pdf (Hentet: 18.05.20)

Helsedirektoratet (2015) *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator> (Hentet: 18.05.20)

Helsedirektoratet (2017) *Brukermedvirkning*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning> (Hentet 22.05.20)

Helse og omsorgsdepartementet (2011) *Samhandlingsreformen- Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/dokumenter-sam/nasjonal-veileder-samarbeidsavtaler-mellom-kommuner.pdf> (Hentet: 23.04.20)

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) *Lov om kommunale helse og omsorgstjenester m.m.*
Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse-%20og%20omsorgstjen> (Hentet: 08.05.20)

Helsetilsynet (2016) *Risikovurdering av tjenester til personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse.* (3/2016). Oslo: Helsetilsynet. Tilgjengelig fra: https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/Publikasjoner/rapporter2016/helsetilsynetrapport3_2016.pdf/ (Hentet: 03.03.20).

Hole, S. (2019) Kritikk frå helsetilsynet: 15 ulike instansar skulle hjelpe sonen før han tok livet sitt, *NRK*. Tilgjengelig fra: https://www.nrk.no/mr/kritikk-fra-helsetilsynet_-15-ulike-instansar-skulle-hjelpe-sonen-for-han-tok-sjolv-mord-1.14542149. (Hentet: 22.05.20).

Lofthus *et al.* (2018) “This is not a Life Anyone would want”—A Qualitative Study of Norwegian ACT Service users' Experience with Mental Health Treatment, *Mental Health nursing*, 39(6), side 519-526. doi: <https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1413459>

NAPHA (2010) *Relasjoner*. Tilgjengelig fra: <https://napha.no/content/13881/Relasjoner> (Hentet: 01.04.20)

NSF (2019) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-forsykepleiere> (Hentet: 20.05.20).

Olsø, T.M., Almvik, A. og Norvoll, R. (2014) Hjelpsomme relasjoner. En kvalitativ undersøkelse av samarbeidet mellom brukere med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer og fagpersoner i to oppsøkende team, *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 10 (2), s. 121-131. doi: <https://doi.org/10.7557/14.3327>

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (Hentet: 02.04.20)

Pettersen *et al.*, (2019) How Social Relationships Influence Substance Use Disorder Recovery: A Collaborative Narrative Study, *SAGE Journals*, 13, s. 1–8.
doi:<https://doi.org/10.1177/1178221819833379>

Peplau, H.E. (1991) *Interpersonal relations in nursing : a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. New York: Springer.

Skjærpe, N. J., Kristoffersen, M. og Storm, M. (2020) Brukermedvirkning i samhandling i psykisk helsearbeid, *Sykepleien forskning*, 15 (80125), u.s. doi:
[10.4220/Sykepleienf.2020.80125](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2020.80125)

St.meld. 47 (2008-2009) (2009) *Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra:
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf> (Hentet: 23.10.2019).

Rolland, E.G. (2020) Borte bra, men hjemme best?, *Sykepleien*, 2020 (1), s. 102-103.
Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2020/02/sykepleien-12020-alle-skal-hjem> (Hentet: 04.03.2020).

ROP (u.å) *Strategiplan for 2019-2024*. Tilgjengelig fra: <https://rop.no/globalassets/sentrale-dokumenter/strategi-2019---2024.pdf> (Hentet: 06.05.2020)

Ådnanes, M. og Steihaug, S (2016) “You never know what happens next”- Young adults service users’ Experience with mental health care and treatment through one year, *International journal of integrated care*, 16 (3), s. 1-11. doi: <http://dx.doi.org/10.5334/ijic.2435>

