

**Koordinerte tjenester for somatisk syke ROP-pasienter –  
en kunnskapsoppsummering**

**Coordinated Services for Patients with concurrent  
Addiction, Mental Illness and Somatic Illness - A Scoping  
Review**



---

Universitetet  
i Stavanger

**Det helsevitenskapelige fakultet  
Master i rus og psykisk helsearbeid  
Masteroppgave (40 studiepoeng)**

**Student: Sigrid Dalaker**

**Veileder: Professor Marianne Storm, Det helsevitenskapelige fakultet,  
UiS**

**31.08.2020**

**Antall ord: 19 082**

## **Forord**

Da nærmer det seg avslutning på et lærerikt og spennende masterstudium innen rus og psykisk helsearbeid ved det helsevitenskapelige fakultet ved Universitet i Stavanger. Det har vært tre inspirerende og travle år, med mye glede, men også med en del frustrasjon over å være på etterskudd på mange arenaer. Jeg ønsker å si takk til dere som har støttet og heiet på meg i denne perioden.

I forbindelse med masteroppgaven vil jeg først og fremst få rette en stor takk til veileder Marianne Storm. Takk for faglige råd og innspill, og ikke minst takk for din oppmuntring og tålmodighet i veiledningen.

Videre vil jeg få takke medstudenter og lærere gjennom hele studiet, det har vært mange interessante diskusjoner og godt samarbeid. Særlig vil jeg få takke medstudentene: Marte, Jeanette, Åse og Karianne – takk for samholdet, omsorgen og det sosiale felleskapet.

Takk til min arbeidsgiver, Stavanger kommune, som har lagt til rette slik at det var praktisk mulig for meg å gjennomføre studiet, og takk til mine flotte kollegaer for støtte og oppmuntring. En spesiell takk til Gunn for gode diskusjoner og faglige innspill både til denne oppgaven spesielt og studiet generelt.

Til slutt vil jeg takke familie og venner for tålmodighet i denne perioden der jeg har måttet prioritere bort mange sosiale aktiviteter. Særlig takk til mine tre kjære, både for oppmuntring og omsorg, uten dere hadde det nok sett ganske «rusje» ut både i hus og hage. Til slutt takk til Dag for korrekturlesing av oppgaven.

Takk!

Sigrid

## Innhold

<b>Forord</b> .....	1
<b>SAMMENDRAG</b> .....	3
<b>1.0 INTRODUKSJON</b> .....	4
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	4
1.2 Helsepolitikk.....	7
1.2.1 Nasjonale føringer overfor pasienter med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse- ROP-lidelser.....	8
1.2.2 Ansvar og regelverk.....	9
1.3 Tidligere forskning.....	10
1.4 Studiens hensikt:.....	12
1.5 Begrepsavklaringer:.....	12
1.6 Oppgavens disposisjon.....	14
<b>2.0 TEORETISK PERSPEKTIV</b> .....	14
2.1 Helhetlig forståelse av helse.....	14
2.2 Sentrale elementer i koordinering.....	17
2.3 Care Coordination Measures Atlas.....	18
2.4 Koordinering sett fra et norsk ståsted.....	23
<b>3.0 METODE</b> .....	25
3.1 Scoping Review.....	26
3.1.1 Trinn 1: Identifiserer forskningsspørsmålet.....	27
3.1.2 Trinn 2: Identifisere relevant litteratur.....	28
3.1.3 Trinn 3: Valg av studier og inklusjons/eksklusjonskriterier.....	32
3.1.4 Trinn 4: Kartlegge data.....	34
3.1.5 Trinn 5: Sortering, oppsummering og rapportering av resultatene.....	34
3.2 Resultater.....	35
<b>4.0 DISKUSJON</b> .....	49
4.1 Kunnskapsoppsummeringens validitet og overførbarhet.....	57
4.2 Studiens svakheter og styrker.....	58
<b>5.0 AVSLUTNING</b> .....	60
5.1 Konklusjon.....	60
5.2 Studiens implikasjoner for praksis og videre forskning.....	60
<b>Referanser</b> .....	63
<b>Vedlegg 1 - Tabell over inkluderte studier – nøkkelinformasjon</b> .....	68
<b>Vedlegg 2 – Søkehistorikk Medline</b> .....	73
<b>Vedlegg 3 – Søkehistorikk Cinahl</b> .....	83
<b>Vedlegg 4 – Søkehistorikk PsycInfo</b> .....	93

## **SAMMENDRAG**

**Hensikt:** Å undersøke eksisterende forskningsstudier for å identifisere tilnærminger som gav pasienter med samtidig rus- og psykisk lidelser og somatisk sykdom, dvs. pasienter med trippeldiagnose, koordinerte tjenester.

**Metode:** Kunnskapsoppsummering med *scoping review* som rammeverk. Jeg gjennomførte systematisk søk i tre søkebasen: Cinahl, PsycInfo og Medline.

**Resultater:** Jeg inkluderte tolv studier, av disse var fire kvalitative, syv kvantitative og en mixed methods. Alle studiene var gjennomført i USA, og i ti av studiene var det pasienter som hadde HIV/AIDS som somatisk sykdom i tillegg til rus- og psykisk lidelse. I de to siste studiene var den somatiske sykdommen hepatitt C. Elleve av studiene presenterte ulike program/modeller der målsettingen var å gjøre tjenestene for målgruppen koordinerte.

Jeg fant seks ulike aktiviteter som beskrev koordinering. Dette var koordineringsaktivitetene mellom de forskjellige systemene som var involvert i oppfølging av pasienten, og som hadde betydning for i hvilken grad tjenestene kunne sies å være koordinerte. De koordineringsaktivitetene jeg fant var:

- Kommunikasjon og avklaring av ansvar.
- Lage/vedlikeholde og følge opp endringer i pasientens behandlingsplaner
- Støtte opp om mål for egenomsorg og hjelp til koblinger til samfunnets ressurser

Funnene viste også at ambulant oppfølging i ulike former var viktig for å nå denne målgruppen.

**Konklusjon:** Forskningslitteraturen viste at det var ulike tilnærminger som var med på å gi pasienter med samtidig rus- og psykisk lidelser og somatisk sykdom koordinerte tjenester.

## **1.0 INTRODUKSJON**

Dette er et forskningsprosjekt innen rus og psykisk helsearbeid, der jeg vil gjøre en kunnskapsoppsummering av eksisterende forskningsstudier som beskriver koordinerte tjenester til pasienter som har samtidig rus- og psykiske lidelser (ROP-pasienter) og somatisk sykdom, dvs. pasienter med trippeldiagnoser. Pasienter med trippeldiagnoser mottar tjenester fra ulike systemer, det være seg innen somatikken, psykisk helsevern eller innen rusbehandling. Studien vil gi økt kompetanse i hvilke elementer som kan være med å bidra til at denne pasientgruppen får koordinerte tjenester.

### **1.1 Bakgrunn for valg av tema**

Jeg har arbeidet i ulike stillinger innen rusfeltet i over 20 år. Da jeg som nyutdannet startet å arbeide med personer som hadde et alvorlig rusproblem erfarte jeg et større skille mellom tilbudene innen psykisk helse og rusbehandling. Som saksbehandler som søkte brukere inn i behandling, erfarte jeg at en bruker med både rusproblemer og psykisk lidelse, fikk beskjed om at han/hun først måtte i behandling for den ene tilstanden, før en kunne gjøre noe med den andre. Når det gjaldt somatisk sykdom, bortsett fra akutt sykdom, så var det etter min erfaring noe tilfeldig om brukers helsetilstand ble kartlagt eller ei.

Da jeg skulle velge tema for min masteroppgave, ønsket jeg å få mer kunnskap om erfaringer med koordinering av tjenester for somatisk syke pasienter som har samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelse). Jeg ønsket å få denne kunnskapen ved å se på resultater fra tidligere forskning. Etter å ha gjort flere litteratursøk, viste det seg imidlertid at det ikke er gjort noen kunnskapsoppsummeringer i forhold til dette temaet. For å øke kunnskapen om koordinering av tjenester overfor somatisk syke ROP-pasienter vil jeg i denne oppgaven gjøre en kunnskapsoppsummering.

I en studie der en gruppe personer ble fulgt i 19 år etter at de var i rusbehandling på institusjoner i Hedmark og Oppland i 1997 og 1998, kommer det frem at somatisk sykdom var den vanligste dødsårsaken blant pasienter med alkoholmisbrukslidelse, mens overdose var vanligst blant pasienter med blandingsmisbruk. Videre viser studien at begge pasientgruppene hadde høyere risiko for tidlig død sammenlignet med resten av befolkningen (Hjemsæter, et al., 2019).

På ROP- dagen i 2018 var temaet «Hvordan sikre bedre fysisk helse hos ROP-brukere?» med undertittelen: «Hvorfor aksepterer vi at ROP-brukere lever kortere enn andre?». På denne konferansen hadde psykiater Anne Høye et foredrag med tittelen «Hvorfor er somatisk helse et viktig tema? Hva er utfordringen når det gjelder somatisk helse?». Forskningen Anne Høye presenterte i foredraget viste at det er et stort gap i levealderen til personer som har alvorlige psykiske lidelser. Når det gjelder dødelighet i denne pasientgruppen så er det flere risikofaktorer som kan forklare noe, men ikke all overdødelighet. Pasienter med alvorlig psykisk lidelse får dårligere behandling for somatiske lidelser enn resten av befolkningen. De må vente lengre tid på å få utredet sykdommer, i tillegg får de tilbud om færre diagnostiske prosedyrer og det tar lengre tid fra sykdom oppdages til operasjon (Wiig, 2018).

Personer med ROP-lidelse som samtidig har en somatisk sykdom, slik som f.eks. HIV, får ofte ikke tilstrekkelig behandling for de ulike lidelsene. Pasienter med ROP-lidelser får sjelden 'integrert' omsorg eller behandling, det vil si omsorg eller behandling basert på en behandlingsplan som koordinerer tjenester for alle tre sykdommer. (Calsyn, Klinkenberg, Morse, Miller, & Cruthis, 2004)

I januar 2019 fikk vi i Norge innført ulike pakkeforløp innen psykisk helse og rus. Selv om det i her til lands er et godt og variert tjenestetilbud til personer med rusproblemer og/eller psykiske lidelser, så er der også noen utfordringer når det kommer til oppgavefordelingen mellom de ulike forvaltningsnivåene, og koordinering av tjenestene (Helsedirektoratet, 2018 B).

Målet med pakkeforløpene er:

1. økt brukermedvirkning og brukertilfredshet
2. sammenhengende og koordinerte pasientforløp
3. unngå unødig ventetid
4. likeverdig tilbud til pasienter og pårørende uavhengig av hvor i landet de bor
5. bedre ivaretagelse av somatisk helse og gode levevaner

(Helsedirektoratet, 2018 B, s. 3)

I følge «Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser» (ROP-retningslinjen) har personer med ROP-lidelser «effekt av en integrert behandlingsmodell» (Helsedirektoratet, 2012, s. 58). Til tross for dette, fortsetter den tradisjonelle organiseringen av behandlingen, dvs. der behandlingen av rusmiddelavhengighet og psykiatri foregår i separate enheter (Langås, 2014). Denne måten å organisere tjenestetilbudet fører til at en må ha dobbelkompetanse innen begge fagområdene, noe som både er ressurskrevende og som kan føre til konkurranse om de samme fagfolkene. (Langås, 2014). For å gi ROP-pasienter en god behandling og oppfølging, er det nødvendig å etablere robuste fagmiljøer med den nødvendige spesialistkompetansen som denne pasientgruppen trenger, og der også den somatiske ekspertisen er lett tilgjengelig. (Langås, 2014)

Når en ser på utviklingen av behandlingstilbudene for ROP-pasientene ser vi at «den sekvensielle modellen» (Torrens, Rossi, Martinez-Riera, Martinez-Sanvisens, & Bulbena, 2012, s. 1006) var den første. I denne type modell får pasienten først behandling for den ene tilstanden og deretter, når den første tilstander er stabilisert, behandling for den andre. I en slik modell er de to behandlingssystemene separate, og den eneste koblingen mellom de to tjenesteområdene er når pasienten henvises fra rusbehandling til behandling innen psykisk helsevern eller motsatt (Torrens, Rossi, Martinez-Riera, Martinez-Sanvisens, & Bulbena, 2012). I den "parallele modellen" får ROP-pasienten behandling for begge problemene (avhengighet og psykiatrisk lidelse) samtidig, men behandlingen kommer fra to separate tjenesteområder som vanligvis ikke er fra samme system. Selv om det er en form for samarbeid mellom de to systemene, er det fortsatt ulike behandlingssyn innen rusfeltet og det psykiske helsevernet. Når det i tillegg både kan være ulike politiske og organisatoriske spørsmål mellom disse to fagfeltene, kan dette være med på å gjøre samarbeidet mellom fagfolk mindre effektivt. (Torrens, Rossi, Martinez-Riera, Martinez-Sanvisens, & Bulbena, 2012). I en litteraturstudie som er gjennomført, viser det seg at den «integreerte modellen» er den som passer best til de behovene som ROP-pasienter har. I denne modellen er det et tverrfaglig behandlingsteam, og pasienten får behandling for både sin psykiske lidelse og rusproblemet (Torrens, Rossi, Martinez-Riera, Martinez-Sanvisens, & Bulbena, 2012).

I 2017 og 2018 gjennomførte Statens helsetilsyn et landsomfattende tilsyn med både de kommunale helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten til personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse. (Helsetilsynet, 2019). Funnene som ble gjort i disse to tilsynene viser at det var svik i tjenestene til denne målgruppen, både i det store flertallet av kommuner og i helseforetakene. Det var blant annet gjort mangelfull kartlegging av rusmiddelbruk, og det ble lagt for lite vekt på somatisk helse. Disse funnene kan innebære risiko for at flere pasienter og brukere ikke har fått de tjenestene som de skulle hatt. Dette kan i ytterste konsekvens ha ført til at deres helse- og livssituasjon kan ha fått alvorlige følger (Helsetilsynet, 2019)

Som kommunalt ansatt er jeg opptatt av hva vi som fagfolk kan gjøre for å gi gode tjenester til ROP-pasienter som samtidig har en somatisk sykdom. Jeg arbeider i en større kommune, og da kan det se ut som om det er en fare for at det kan utvikle seg en «silo-tenkning» mellom de forskjellige tjenesteområdene innen rusfeltet, psykiske helsetjenester og somatikken. Jeg er opptatt av hva vi i hjelpeapparat gjør for å «bygge broer» mellom de ulike fagområdene. Vi som fagfolk har våre begrensninger, så selv om det mest ideelle for en bruker er at vi skal kunne alt, fra f.eks. saksbehandling til praktisk helsehjelp, så vet vi at det er ikke mulig. Det er derfor viktig med god koordinering og godt samarbeid mellom de ulike faggruppene.

## **1.2 Helsepolitikk**

Verdens Helseorganisasjon, WHO, utarbeidet i 2015 en hovedstrategi: «WHO global strategy on people-centred and integrated health services», med fem delstrategier som skulle møte de grunnleggende utfordringene dagens helsesystemer da stod ovenfor, og gjøre at helsetjenestene skulle bli mer omsorgssentret og integrert. Denne strategien var en oppfordring til et grunnleggende paradigmeskifte i forhold til hvordan helsetjenestene skulle finansieres, administreres og utføres. Ifølge WHO var det nødvendig med et paradigmeskifte for å møte de utfordringene helsevesenet i hele verden står ovenfor; med blant annet en befolkning som lever lenger, en økt sykdomsbyrde med kostbare kroniske tilstander og en økende andel av befolkningen med sykdommer som krevde flere komplekse inngrep over mange år. (World Health Organization, 2015)



De fem strategiene:

1. Empowering and engaging people
2. Strengthening governance and accountability
3. Reorienting the model of care
4. Coordinating services
5. Creating an enabling environment

(World Health Organization, 2015, s. 20)

### **1.2.1 Nasjonale føringer overfor pasienter med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse- ROP-lidelser**

I 2004 kom rusreformen der ansvaret for behandlingstiltak for personer med et rusmiddelproblem ble overført fra fylkeskommunen til spesialisthelsetjenesten. (Helsedepartementet, 2004). Samtidig fikk personer med rusmiddelproblemer pasientrettigheter i spesialisthelsetjenesten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 2-1 b).

Samhandlingsreformen: «Rett behandling – på rett sted – til rett tid» kom i 2009 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009). I denne reformen var regjeringen opptatt av at helsetjenesten fremover skulle forebygge framfor å reparere, tidlig innsats fremfor sen innsats. Reformen var med på å gi helsetjenesten en ny retning. Flere oppgaver ble overført fra spesialisthelsetjenesten til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Målsettingene med samhandlingsreformen var 1) at tjenestene skulle være nærmere der folk bor, 2) at de ulike leddene i helsetjenesten skulle jobbe bedre sammen, og 3) at tjenestene ble bedre for pasientene gjennom sterkere brukermedvirkning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009). Det å få de ulike leddene i helsetjenesten til å jobbe bedre sammen ser allikevel ut til å være en utfordring når det gjelder somatisk syke ROP- pasientgruppen. Det viser seg at for rusmiddelavhengige er faren stor for å falle mellom stoler i helsetjenestene: Enten mellom psykiske helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), eller mellom TSB og somatikken. ROP-pasienter har en samsykelighet som kan påvirker utfallet av behandlingen som gis i begge sektorene (Øiern, 2017).

I 2012 kom «Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelse». Undertittelen på retningslinjen er «Sammensatte tjenester – samtidig behandling» (Helsedirektoratet,

2012). Helsedirektoratet utarbeider faglige retningslinjer på tjenesteområder der slike kan være med å bedre kvaliteten på tilbudet. «Det kan være behov for en faglig retningslinje når det er påvist for dårlig standard, stor variasjon i praksis og urimelig ressursfordeling» (Helsedirektoratet, 2012, s. 128)

Bakgrunn for ROP-retningslinjen var et behov for en beskrivelse av «hvordan utredning, behandling og oppfølging av mennesker med ROP-lidelser bør gjøres, samt en beskrivelse av tjenestenes roller og ansvar.» (Helsedirektoratet, 2012, s. 3). Videre står det i retningslinjen at det kan være en utfordring å si hvem av de ulike instansene som er den ansvarlige instansen når det gjelder tjenestetilbudet til denne målgruppen. Tjenestenivåene må samarbeide slik at målgruppen får forsvarlig hjelp. (Helsedirektoratet, 2012)

### **1.2.2 Ansvar og regelverk**

I følge helse- og omsorgstjenesteloven (2011) skal kommunen sørge for at personer som enten bor eller oppholder seg i kommunen får nødvendige helse og omsorgstjenester. «Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne». (§3-1)

I lov om pasient- og brukerrettigheter (1999) er formålet at befolkningen skal sikres lik tilgang til tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten (§1-1). Det er også denne loven som regulerer retten til Individuell Plan: «Pasient og bruker som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan i samsvar med bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern» (§2-5)

I sosialtjenesteloven (2009) er formålet å bedre levekårene for vanskeligstilte, bidra til sosial og økonomisk trygghet, herunder at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig, og fremme overgang til arbeid, sosial inkludering og aktiv deltakelse i samfunnet (§1).

I Helsepersonelloven (2001) er formålet «å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten» (§1).

### **1. 3 Tidligere forskning**

Jeg har gjennomført systematiske søk for å se hva som finnes av tidligere forskning knyttet til koordinering av tjenester for ROP-pasienter som også har en somatisk sykdom.

I en litteraturstudie gjennomført av Hert, et al. (2011) fant man også studier som viser at levealderen til personer med alvorlig psykisk lidelse er lavere enn resten av befolkningen. I de studiene som ble gjennomgått her, blir det identifisert mange ulike somatiske sykdommer som er vanlige hos personer med alvorlige psykisk lidelser. Videre er det ulike faktorer knyttet til livsstilen og bivirkninger fra de ulike medisinene som gjør at levealderen er lavere. Det viser seg også at denne pasientgruppen har dårligere tilgangen til en helsehjelp som har lavere kvalitet. Ved å øke oppmerksomhet på de somatiske sykdommene som kan være med på å forverre den psykiske lidelsen, behandlingen, levealderen og livskvaliteten, kan resultatene for denne pasientgruppen forbedres over hele verden (Hert, et al., 2011).

I tillegg til økt forekomst av unaturlig død, kan overdødeligheten i denne pasientgruppen i stor grad tilskrives somatiske sykdommer. Dette kan ha flere forklaringer, det kan handle om genetisk sårbarhet knyttet til psykisk lidelse, bivirkninger av legemiddel eller manglende diagnostisering og forsinket behandling. En annen forklaring kan være levevaner som røyking, usunt kosthold, inaktiv livsstil og søvnproblemer. Til slutt kan en forklaring være infeksjoner og andre sykdomstilstander forårsaket av rusmiddelbruk (Helsedirektoratet, 2018 A).

I rapport fra Senter for omsorgsforskning nr. 10-2018 «Pasientforløp for personer med samtidig rusmiddellidelse og psykiske lidelser» (Fredwall, Terje Emil, 2018) er det gjort en oppsummering av kunnskap om pasientforløp for voksne personer med samtidig ruslidelser og psykiske lidelser (ROP-lidelser). Dataene for denne rapporten er i hovedsak fra norsk kontekst fra perioden 2008-2017. Rapporten presenterer: «faglige, juridiske og politiske dokumenter som regulerer og legger føringer for pasientforløp for

denne pasientgruppen» (Fredwall, Terje Emil, 2018). Oppsummert viser denne rapporten at pasientgruppen har utfordringer når det gjelder levekår og helse. Ifølge rapporten har så mange som en av fire som er bostedsløse en ROP-lidelse, og ca. en av åtte ROP-pasienter som har kommunal oppfølging har store utfordringer når det gjelder personlig økonomi, den somatisk helsesituasjon og sosial fungering. Det kommer også frem at økt dødelighet handler om en høyere forekomst og en dårligere oppfølging av ulike somatiske sykdommer. Når det gjelder denne pasientgruppen så er de særlig utsatt dersom tjenestene ikke samhandler, eller dersom det er mangel på kontinuitet i tilbudene. Denne pasientgruppen har ofte behov for tjenester fra både kommunen og spesialisthelsetjenesten. Det har også mye å si hvordan tilbudene er organiserte, funn viser at i denne pasientgruppen er det mange som har problemer med å nyttiggjøre seg aktuelle tilbudene. «Både litteraturen og nasjonale retningslinjer peker på viktigheten av integrerte, fleksible tjenester der pasientene får behandling av begge lidelser samtidig og av samme helsepersonell. Her er det imidlertid ifølge litteraturen betydelig fare for svikt» (Fredwall, Terje Emil, 2018, s. 79). Det å gi god behandling til denne pasientgruppen krever ofte samhandling mellom de ulike tjenestene. En utfordring i den forbindelse kan være ulike behandlingskultur og faglig tilnærming. Når en pasient er innlagt i spesialisthelsetjenesten er det ofte for en kortere periode, og en har fokus på diagnosen som pasienten ber om behandling for. Når det gjelder de kommunale tjenestene, så er det her pasienten bor og lever, perspektivet blir ofte mer langsiktig og det legges mer vekt på funksjonsnivå og mestring. I flere av studiene i denne kunnskapsoppsummeringen kommer det frem at det er viktig med forståelse og respekt for ulike fagbakgrunn og tilnæringsmåte (Fredwall, Terje Emil, 2018).

I forbindelse med utarbeidelsen av ROP-retningslinjen (Helsedirektoratet, 2012) ble det gjort to kunnskapsoppsummeringer. Den første var en oppsummering i forhold til ulike screening- og diagnoseverktøy for ruslidelser og psykiske lidelser som fantes (Larun, et al., 2007). I de studiene som var med i oppsummeringen ble både ruslidelsen, og den alvorlige psykiske lidelsen, dvs. komorbiditeten, kartlagt, og det kom frem variasjon i funnene. Denne variasjonen handlet både om valg av metode og utvalget som ble undersøkt. Konklusjonen i rapporten var: «Dette viser at systematisk kartlegging av personer med ruslidelse og alvorlig psykisk lidelse er komplisert. Ulike tester passer i ulike populasjoner» (Larun, et al., 2007). Det kom ikke frem i denne rapporten bruk av kartleggingsverktøy for å systematisk kartlegge somatisk sykdom.

Del to av kunnskapsoppsummeringen handlet om ulike behandlingstiltak, og hvilken effekt de enkelte tiltakene hadde overfor målgruppen. De områdene som de ulike behandlingstiltakene ble undersøkt i forhold til var: «Bruk av stoff, medikamenter og alkohol, psykisk symptombelastning, livskvalitet og funksjonsnivå» (Kirkehei, et al., 2008). Det kom frem i rapporten at det ikke var støtte for å konkludere med at de tiltakene som var med i denne oppsummeringen hadde bedre eller dårligere effekt, sammenliknet med andre type tiltak. Et behandlingstiltak, motiverende intervju, kunne muligens i kombinasjon med kognitiv atferdsterapi ha en positiv effekt i forhold til områdene livskvalitet og funksjonsnivå (Kirkehei, et al., 2008).

I kunnskapsoppsummeringen gjort av Klinkenberg & Sacks (2004) så man på forekomsten av psykiske lidelser og rusproblemer hos pasienter med HIV/AIDS. Personer med trippeldiagnose hadde sammensatte behov. I tillegg til behandling for sine rusproblemer og psykiske lidelser hadde de også behov for medisinsk behandling. Denne kunnskapsoppsummeringen viste imidlertid at personer med HIV/AIDS som i tillegg hadde en psykisk sykdom opplevde at livskvaliteten var redusert. Personer med enten en psykisk lidelse eller ruslidelse opplevde dårligere somatisk helsetilstand knyttet til sin HIV-sykdom enn de som ikke hadde rus- og psykisk sykdom, selv om årsaks-sammenhengen ikke var klar. Gitt kompleksiteten og omfanget av behovene som sannsynligvis vil være til stede for en trippel pasient, var konklusjonen at behandlingstjenester for denne pasientgruppen måtte være omfattende, integrert og kontinuerlig (Klinkenberg & Sacks, 2004).

#### **1.4 Studiens hensikt:**

Målet med masteroppgaven er å undersøke hvordan koordineringstiltak og eventuelle resultater fra disse tiltakene for somatisk syke ROP-pasienter, blir beskrevet i eksisterende empiriske studier. Studien skal videre gi økt kunnskap over hva som kan være aktuelt innhold og sentrale komponenter for gode koordineringstiltak for målgruppen.

#### **1.5 Begrepsavklaringer:**

I pasient- og brukerrettighetsloven (1999) blir bruker og pasient definert ut fra hvilken type helsehjelp vedkommende etterspør.

En pasient er «en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle» (§1-3).

En bruker er: «en person som anmoder om eller mottar tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven som ikke er helsehjelp etter bokstav c» (§1-3).

Videre i min oppgave kommer jeg bare til å bruke begrepet pasient uansett hvilken type helsehjelp det er snakk om.

Koordinering har ulik betydning for forskjellige mennesker, og det finnes foreløpig ingen definisjon det er konsensus om. Mangelen på enighet er kanskje ikke overraskende gitt de mange forskjellige deltakerne som er involvert i koordinering av omsorg (McDonald, et al., 2014).

I denne oppgaven bruker jeg følgende definisjon på koordinering:

Care coordination is the deliberate organization of patient care activities between two or more participants (including the patient) involved in a patient's care to facilitate the appropriate delivery of health care services. Organizing care involves the marshalling of personnel and other resources needed to carry out all required patient care activities and is often managed by the exchange of information among participants responsible for different aspects of care (McDonald, et al., 2007, s. 41).

Somatisk sykdom; I denne oppgaven har jeg avgrenset de somatiske sykdommene til sykdommer som er mest utbredt blant denne pasientgruppen; Injiserende sykdommer som f.eks. alvorlige infeksjoner og lungeembolier, infeksjoner på grunn av dårlig ernæring og allmenntilstand, andre alvorlige infeksjoner slik som alvorlig lungebetennelse eller lungeabscesser/ emfysem og diabetes. Denne pasientgruppen står også i fare for å utvikle nyresvikt, hjerteproblemer eller ulike krefttyper. Til slutt er blodsmittevirus slik som Hepatitt eller HIV/AIDS aktuelle sykdommer (Skeie, 2003).

Ifølge ROP-retningslinjen brukes ROP-lidelse som en samlebetegnelse for «samtidig ruslidelse og psykisk lidelse» (Helsedirektoratet, 2012, s. 16).

«Det er syv pasientgrupper som har stor sannsynlighet for samtidige lidelser. Dette er personer med: bipolar lidelse, schizofreni, angst og posttraumatisk stresslidelse (PTSD), depresjon, hyperkinetiske forstyrrelser/ADHD, personlighetsforstyrrelser og

spiseforstyrrelser» (Helsedirektoratet, 2012, s. 30). Jeg har valgt å ikke ta med personlighetsforstyrrelser og spiseforstyrrelser på grunn av oppgavens størrelse.

## **1.6 Oppgavens disposisjon**

I kapittel 2 redegjør jeg for studiens teoretiske perspektiv. Kapittel 3 er metodekapitlet. Her redegjør jeg for valg av type kunnskapsoppsummering, og går gjennom de fem ulike trinnene i den valgte kunnskapsoppsummeringen. I disse trinnene vil jeg: identifiserer forskningsspørsmålet, identifisere relevant litteratur, redegjøre for valg av studier og inklusjons/eksklusjonskriterier, kartlegge data og til slutt sortere, oppsummere og rapportere resultatene. I kapittel 4 diskuterer jeg funnene, mens jeg i kapittel 5 gjør en oppsummering av studien og beskriver implikasjoner for videre praksis og forskning.

## **2.0 TEORETISK PERSPEKTIV**

Opgavens teoretiske fundament beskrives i dette kapitlet. Funnene fra kunnskapsoppsummeringen om koordinerte tjenester for somatisk syke ROP-pasienter er blitt tolket og forstått med utgangspunkt i koordineringslitteraturen som blir presentert her. Den sosiale helsemodellen av Dahlgren og Whitehead presentert av Mæland ble valgt for å forstå hvilke faktorer som kan være med å påvirke en ROP-pasients helse.

### **2.1 Helhetlig forståelse av helse**

Når det gjelder begrepet helse er det vanskelig å enes om en felles definisjon. En grunn til dette kan være at begrepet helse brukes på flere ulike måter. «Hvordan vi forstår helse, gjenspeiler livsoppfatning og verdimeslige prioriteringer, men også kulturelle og sosiale forhold» (Mæland, 2016, s. 26). Ser vi tilbake i historien kan vi se at oppfatningen av helse har vært knyttet til både hva som er normalt, og hva som er optimalt. Et begrep som er kommet i den senere tiden og som har byttet ut helse som et overordnet begrep, er livskvalitet. Når det gjelder livskvalitet så er det også her flere måter å forstå begrepet på, og det har heller ingen felles definisjon. «Mens helsebegrepet hovedsakelig har fått et biomedisinsk innhold, uttrykker livskvalitet mer psykologiske og (i noe mindre grad) sosiale aspekter ved tilværelsen» (Mæland, 2016, s. 26).

Dahlgren og Whitehead (1991) har utviklet en modell - den sosiale helsemodellen – hvor de beskriver de viktigste påvirkningsfaktorer for helsen. Mæland har beskrevet denne helsemodellen i sin bok «Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis» (Mæland, 2016). I modellen blir «de viktigste påvirkningsfaktorene for helse fordelt lagvis i en «løkmodell»» (Mæland, 2016, s. 32). De individuelle upåvirkelige egenskapene som arvelige faktorer, kjønn og alder er sentrale i figuren. Samlet sett kan man si at disse faktorene er de som bestemmer personenes sårbarhet overfor ytre påvirkninger. Dette kan vi kalle for «individuell disposisjon for helse» (Mæland, 2016, s. 32).

Av de ytre faktorene som er med og påvirker er det først den enkelte persons livsstil eller levevaner. Livsstil handler også om påvirkning fra omgivelsene, og ikke bare individuelle valg. Dette kan handle om påvirkninger fra det sosiale nettverket eller fra nærmiljøet, som er neste lag i modellen. Familie og nærmiljø er viktige for en god utvikling av helsen. Når vi så kommer til det tredje laget i modellen finner vi materielle forhold, knyttet til utdanning, bolig, arbeid, ernæring og helsetjenester. Disse levekårene bestemmes av forhold i samfunnet slik som økonomiske, kulturelle og politiske forhold. Dette er det ytterste laget av påvirkningsfaktorer i denne modellen (Mæland, 2016). I denne modellen ser vi at de biologiske og atferdsmessige faktorene må suppleres med sosiale, kulturelle og samfunnsmessige faktorer. Ut fra denne modellen «går det klart frem at de viktigste faktorene for befolkningers helse er knyttet til politiske beslutninger og økonomiske forhold» (Mæland, 2016, s. 32).

Personer som har flere alvorlige kroniske sykdommer samtidig, trenger koordinerte tjenester som er basert på en helhetlig forståelse av pasientens helse. «The SELFIE (Sustainable intEgrated chronic care modeLs for multi-morbidity: delivery, FIncancing, and performancE) framework for integrated care for multi-morbidity» er utarbeidet av Leijten et al. (2017). Her er grunnlaget for koordinert omsorg en helhetlig forståelse av pasientens helse, evner, selvstyringsevner, behov, preferanser og miljøet vedkommende befinner seg i. Koordinert omsorg tar utgangspunkt i at den enkeltes situasjon ikke er statisk, men dynamisk og at man derfor krever regelmessig oppfølging (Leijten, et al., 2017). Måten vi nå forstår begrepet helse på, handler om mer enn bare fysisk, psykisk og sosialt velvære. Helse handler også om evnen til å tilpasse seg, evnen til å takle ulike



situasjoner og evnen til egenomsorg (Leijten, et al., 2017). Pasientens selvbestemmelsesrett spiller en viktig rolle i koordinert omsorg, og evnen til egenomsorg er spesielt relevant når det gjelder pasienter som har flere diagnoser og der vedkommende må forholde seg til flere ulike problemstillinger og ulikt fagpersonell (Leijten, et al., 2017).

Leijten et al. (2017) definerer «multi-morbidity» som: «Multiple (i.e. at least two) chronic conditions, physical or mental, occurring in one person at the same time, where one is not a known complication of the other» (Leijten, et al., 2017, s. 12).

Personer med dobbel- eller trippeldiagnoser krever ofte omsorg fra flere fagpersoner innen helse- og omsorgssektoren. I et fragmentert system er dette en utfordring. Denne pasientgruppen vil sannsynligvis dra nytte av et helse- og omsorgstilbud som er koordinert og kontinuerlig (Leijten, et al., 2017). Koordinering innen helse- og omsorgstjenestene er avgjørende slik at en unngår mulig risiko for fragmentering av tjenestene til mennesker med sammensatte omsorgsbehov (Peterson, et al., 2019).

I SELFIE er konseptene som er knyttet til koordinert omsorg gruppert på mikro-, meso- og makronivå. De er videre delt opp i henhold til de seks komponentene: tjenestelevering, ledelse og styring, arbeidsstyrke, finansiering, teknologier og medisinske produkter, og til slutt informasjon og forskning. Dette er komponenter hentet fra Verdens helseorganisasjon - WHO (Leijten, et al., 2017).

Et element på mikronivå i komponenten tjenestelevering er å utvikle ferdigheter til egenomsorg hos pasienten ved å gi hjelp/opplæring til å:

- gjør en livsstilsendring
- å utvikle nye mestringsstrategier
- navigere i de ulike tjenestesystemene
- utvikle nye kommunikasjonsferdigheter
- sette personlige mål
- prioritere og planlegge

(Leijten, et al., 2017).

Koordinert omsorg er en aktiv prosess som gjelder for hele helse- og omsorgssektoren, men kan også inkludere arbeidsgivere, boliger, utdanning og lokalsamfunnet (Leijten, et al., 2017).

## **2.2 Sentrale elementer i koordinering.**

For å oppnå pasientbehandling av faglig god kvalitet og med god pasienttilfredshet, er koordinering innen og mellom de ulike helse- og omsorgstjenestene viktig (Schultz & McDonald, 2014). Selv om det er enighet i at forbedringer av koordinering innen helse- og omsorgstjenestene kan være med på både å bedre kvaliteten på tjenestene og øke pasientsikkerheten, så er det fortsatt utfordringer med å komme til enighet om en felles definisjon av hva som skal ligge i begrepet koordinering, og hvilke nøkkelbegrep som skal ligge til grunn for koordinering (Schultz & McDonald, 2014).

I den første utgaven av «International Journal of Care Coordination», er det gjort en litteraturgjennomgang av ulike definisjoner. I denne gjennomgangen kom det frem fem kjerneelementer som er typiske i koordinering innen helse- og omsorgstjenestene:

Kjerneelementene handler om:

«(1) Mange deltakere er involvert, (2) det er gjensidig avhengighet mellom deltakere og aktiviteter, (3) krever kunnskap om andres roller og ressurser, (4) er avhengig av informasjonsutveksling, og (5) har som mål å tilrettelegge for passende helsetjenester» (Schultz & McDonald, 2014, s. 19) – (min oversettelse).

Ut fra disse fem kjerneelementene ble følgende foreløpig definisjon utarbeidet:

Care coordination is the deliberate organization of patient care activities between two or more participants (including the patient) involved in a patient's care to facilitate the appropriate delivery of health care services. Organizing care involves the marshalling of personnel and other resources needed to carry out all required patient care activities and is often managed by the exchange of information among participants responsible for different aspects of care (McDonald, et al., 2007, s. 41).

### 2.3 Care Coordination Measures Atlas

Det er utarbeidet ulike rammeverk knyttet til koordinering innen helse- og omsorgstjenestene. Et av disse er Care Coordination Measures Atlas (McDonald, et al., 2014). Dette er et rammeverk som beskriver konkrete koordineringsaktiviteter som er viktige i samspillet mellom de ulike deltakerne som er involvert i oppfølgingen av pasienten, inkludert pasienten selv. Care Coordination Measures Atlas er i utgangspunktet utviklet til bruk overfor eldre med kompleks sykdom.

Jeg har allikevel valgt å bruke dette rammeverket overfor somatisk syke ROP-pasienter da jeg i forbindelse med denne masteroppgaven har vært del av et forskningsmiljø som har brukt rammeverket overfor andre pasientgrupper, slik som alvorlig psykisk syke personer, og der en ser at dette passer (Stom, Husebø, Thomas, Elwyn, & Zisman-Ilani, 2019; Storm, et al., 2020).

I dette rammeverket blir koordinering beskrevet som aktiviteter som er med på å bygge bro mellom de ulike aktørene. Jeg vil beskrive disse aktivitetene i avsnittet «Elementer i rammeverket Care Coordination». Disse aktivitetene er identifiserte av «The U.S. Agency for Health Care Research and Quality» (AHRQ) og beskrevet i McDonald et al. (McDonald, et al., 2014).

I Care Coordination Measures Atlas er det utarbeidet en visuell definisjon (se figur 1) som skal være med å illustrere koordinering innen omsorg (McDonald, et al., 2014). Målet for koordinering er vist midt i diagrammet. De fargede sirklene representerer noen av mulige aktører, ressurser og informasjonen som er viktig for arbeidsflyten. Den blå ringen som forbinder de fargede sirklene, er koordinering— det vil si aktiviteter knyttet til koordinering som bygger bro mellom de ulike aktørene. For en gitt pasient på et gitt tidspunkt, må broen eller ringen dannes på tvers av de aktuelle sirklene, og eventuelt lage et hull gjennom en gitt sirkel, for å gi koordinert omsorg (McDonald, et al., 2014).

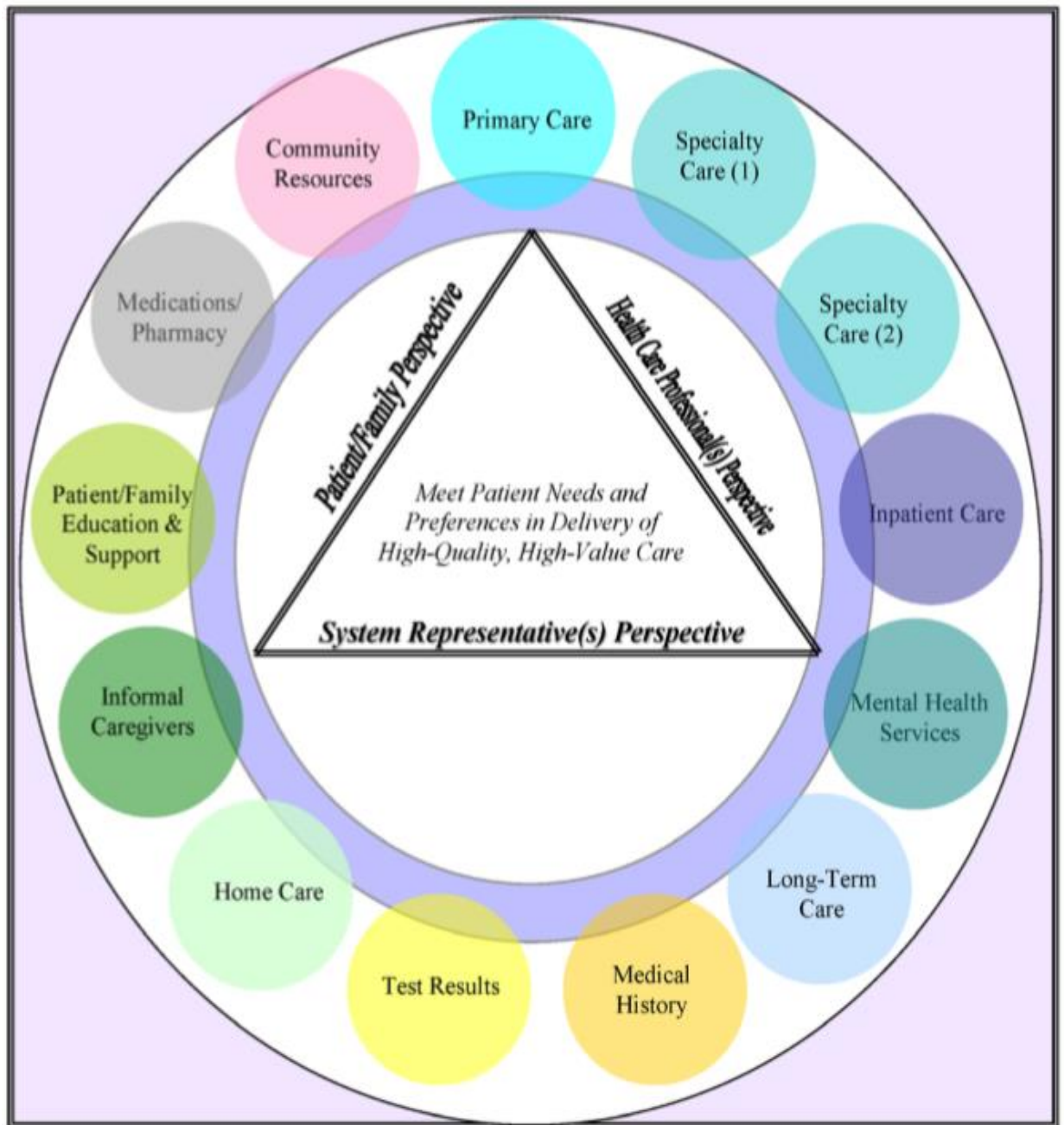


Fig. 1 Care Coordination Ring

Elementer fra rammeverket:

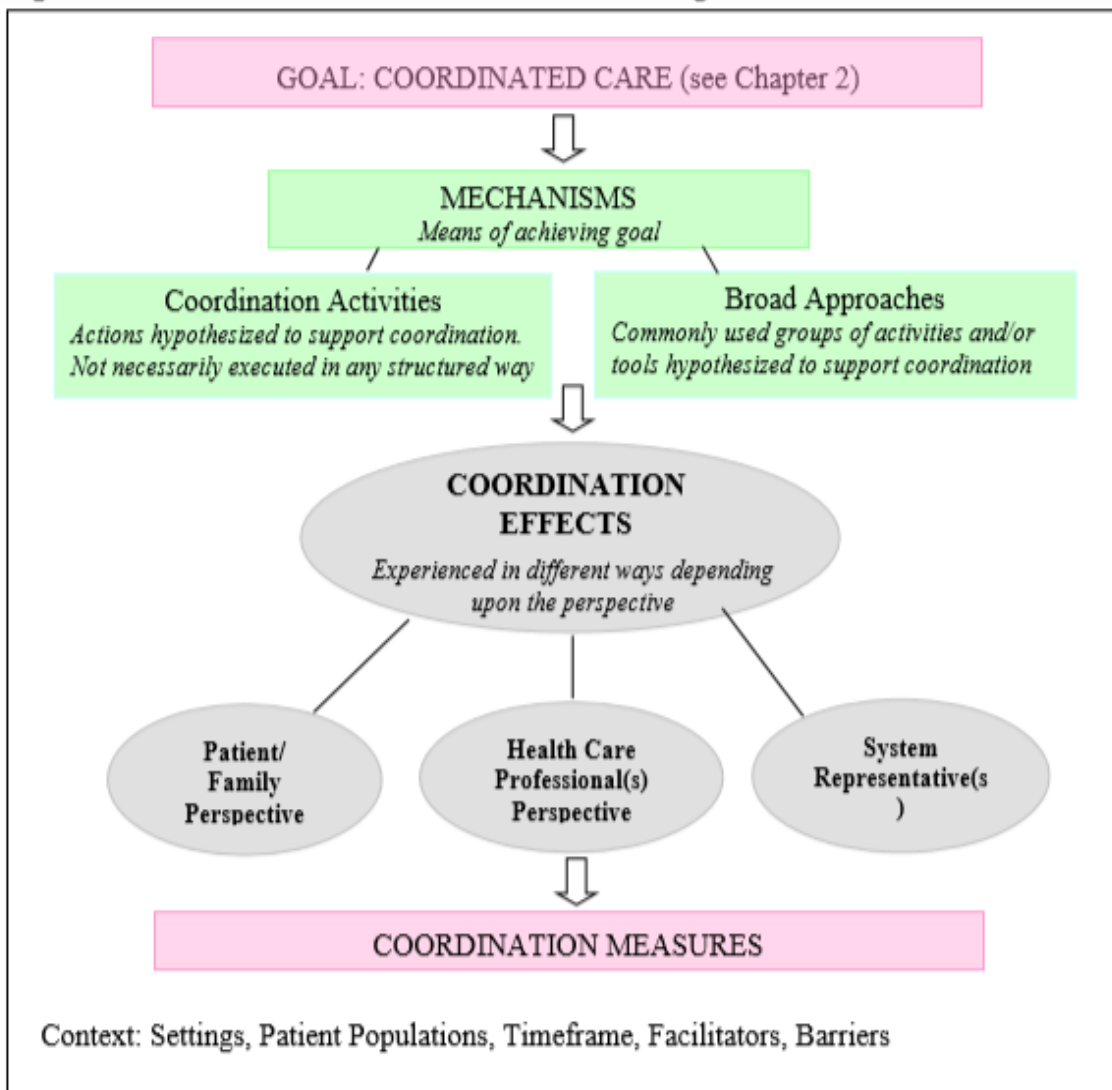


Fig. 2 Care Coordination Measurement Framework Diagram

Her beskrives de ulike elementene i figur 2 (McDonald, et al., 2014):

**Mål.** Rammeverket starter på toppen med målet om å oppnå koordinert omsorg. Koordinering er virkemiddel for å oppnå omsorgsmål: Den tar sikte på å imøtekomme pasientens behov og preferanser og å legge til rette for å gi omsorg av høy kvalitet.

**Mekanismer.** Ulike mekanismer kan brukes for å oppnå målet om koordinering. Koordineringsaktiviteter er de handlingene som hjelper med å oppnå koordinering, enten de er gjennomført på en improvisert eller systematisk måte. Vide tilnærminger som er rettet mot å forbedre helsehjelpen, inkludert forbedring eller tilrettelegging for koordinering, inneholder ofte en rekke slike aktiviteter. Slike tilnærminger er ofte

sammensatte i intensjon og design. De spesifikke aktivitetene som benyttes ved implementering av disse tilnærminger varierer ofte, er ikke alltid godt beskrevet og har koordineringsrelaterte komponenter som ikke nødvendigvis er tydelig avgrenset (McDonald, et al., 2014).

**Koordineringsaktiviteter:** Aktiviteter som beskriver koordinering. Som tidligere nevnt er dette aktiviteter som er identifisert av «Agency for Health Care Research and Quality – AHRQ». Disse aktivitetene trenger ikke nødvendigvis å være utført på en strukturert måte. Disse aktivitetene inkluderer:

1. Å avklare ansvaret for pasienten – dvs. spesifiser hvem som har hovedansvaret for viktige omsorgs- og koordineringsaktiviteter, omfanget av ansvaret, og når ansvaret eventuelt blir overført til andre samarbeidspartnere.
2. Kommunikasjon – her deler man kunnskap om pasienten mellom de som yter tjenester til pasienten. Her skilles det mellom to ulike kommunikasjonsmåter: Kommunikasjon via personlig interaksjon, eks. telefonsamtaler eller epost. Kommunikasjon som skjer via overføring av informasjon, for eksempel ved at sykehistorie eller testresultater blir sendt fra en aktør til en annen innen pasientens nettverk.
3. Tilrettelegge for overganger. Her er det snakk om aktiviteter som er med på å sikre at informasjon og ansvar blir overført i rett tid ved overganger fra f.eks. spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten.
4. Vurdere pasientens behov for videre tjenester og pasientens mål.
5. Lage og vedlikeholde pasientens behandlingsplan i samarbeid med pasienten eller pasientens pårørende og eventuelt identifiserer områder der det mangler koordinering.
6. Overvåke og følge opp endringer knyttet til mål i planen, samt følge opp fremdriften knyttet til koordineringen.
7. Støtte opp om mål for egenomsorg. Gi opplæring og støtte i samsvar med pasientenes kapasitet og preferanser om involvering i egen omsorg. Dette handler om informasjon, trening eller coaching som gis til pasienten for å fremme pasientens forståelse av og evne til å utføre egenomsorgsoppgaver.
8. Hjelp pasienten med kobling til samfunnets ressurser. Gi informasjon om hvilke ulike tilbud som er tilgjengelig i samfunnet og som kan være med å bidra til å støtte pasienters helse og velvære.

9. Justere ressursene etter pasient- og befolkningsbehov. I helsevesenet må man vurdere behovene til de enkelte pasientene og befolkningen generelt, og tildele ressurser til helsehjelp i henhold til disse behovene (McDonald, et al., 2014).

**Bred tilnærming:** Vanlig brukte aktiviteter og/eller verktøy som antas å støtte koordinasjon (McDonald, et al., 2014).

**Koordineringseffekter:** Effektene av koordineringsmekanismer – dette gjelder enten koordineringsaktiviteter eller bred tilnærming. Om man lykkes eller ei i forhold til koordinering vil bli oppfattet på ulik måte alt etter hvilket perspektiv man har. De tre perspektivene i denne sammenhengen er: pasient og/eller familie (patient-level) helsepersonell (provider-level) eller systemnivå (system-level) (McDonald, et al., 2014). I tabell (1) blir de ulike koordineringsaktivitetene satt inn i en tabell knyttet til de tre ulike nivåene, modellen er hentet fra «AHRQ Measurement Framework» som er utviklet av McDonald, et al., 2014 og Samal, et al., 2016.

Care Coordination activities	Level
1) Establish Accountability or Negotiate Responsibility 2) Communicate a. Interpersonal communication b. Information transfer 3) Facilitate transitions	Provider-level
4) Assess needs and goals 5) Create a proactive plan of care 6) Monitor, follow up, and respond to change 7) Support self-management goals	Individual-level
8) Link to community resources 9) Align resources with patient and population needs	System-level

Tabell 1 Provider-, Individual-, and System-Level Coordination Activities, utviklet av McDonald et al. (2014) og Samal et al. (2016)

## **2.4 Koordinering sett fra et norsk ståsted.**

Norsk forskningsråd har utarbeidet et forskningsnotat med tema: «Forskning om koordinerte tjenester til personer med sammensatte behov» (Anvik, et al., 2019). Her oppsummeres funn fra nyere forskning knyttet til tjenestetilbudet i Norge. På norsk bruker vi ulike begrep for å beskrive koordinering. «De vanligste begrepene er samarbeid, koordinering, samhandling og samordning. Andre begrep som benyttes er partnerskap, team eller tjenestenettverk, og i de siste årene også samskaping og samproduksjon» (Anvik, et al., 2019, s. 4).

Det har vært en utvikling når det gjelder bruken av disse begrepene. For noen tiår tilbake var samarbeid og samordning de to begrepene som ble oftest brukt, mens det i de senere årene er samhandling og koordinering som har vært mest dominerende (Anvik, et al., 2019). Selv om vi bruker disse begrepene noe om hverandre, særlig i dagligtale, er det noen forskjeller. Når vi snakker om samarbeid eller samhandling handler dette om relasjoner, om mennesker som arbeider sammen, «mens samordning mer betyr å føre noe sammen, gjerne til en større enhet» (Anvik, et al., 2019, s. 4). Koordinering derimot, sees mer på som en aktivitet, hva som må gjøres for å få ting til å virke sammen, eller handlinger som gjøres for å nå et mål. Når det gjelder tidsaspektet, handler samarbeid, samhandling og koordinering om prosesser som er pågående, mens samordning mer peker i retning av et sluttprodukt, «noe er blitt samordnet» (Anvik, et al., 2019, s. 5).

## **2.5 Ulike verktøy for koordinering.**

I Norge er Individuell plan (IP) blitt lovfestet for «pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester» i flere ulike lover (helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 7-1; pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §2-5; spesialisthelsetjenesteloven, 1999, § 2-5; psykisk helsevernloven, 1999, §4-1). «Retten til individuell plan er uavhengig av alder, diagnose og funksjon» (Helsedirektoratet, 2015, s. 103). Når det gjelder tidsbegrepet – langvarig – så handler det om at behovet for hjelp strekker seg over tid, men hjelpebehovet trenger ikke å være av varig karakter (Helsedirektoratet, 2015). «Koordinerte» tjenester betyr at bruker/pasient trenger tjenester fra to eller flere ulike aktører. Når det gjelder kravet til tidsbegrepet langvarig, så bør en midlertid se på dette kravet i sammenheng med behovet for koordineringen av tjenestene (Helsedirektoratet, 2015). «Selv om behovet bare strekker seg over noen måneder, eller



det er få tjenester, kan behovet for en strukturert planprosess med konkrete mål gjøre at individuell plan er et egnet verktøy» (Helsedirektoratet, 2015, s. 103).

Formålet med en individuell plan:

- sikre at pasient og bruker får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud
- sikre pasient og brukers medvirkning og innflytelse
- styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og pasient og bruker og eventuelt pårørende
- styrke samhandlingen mellom tjenesteyterne på tvers av fag, nivåer og sektorer (Helsedirektoratet, 2015, s. 103).

I forbindelse med utarbeidelse av planen har pasienten rett til å være med i planarbeidet. Videre skal pårørende trekkes inn i arbeidet så sant pasienten selv ønsker dette (Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, 2011, §16).

Arbeidet med individuell plan organiseres av en koordinator som er ansatt i en av tjenestene, som regel er dette i kommunen. Koordinators rolle handler om å være den som samordner tilbudene fra de ulike tjenestene, som ser til at pasient får den oppfølging som er nødvendig og som følger med på at det er en fremdrift i arbeidet (Helsedirektoratet, 2015).

Individuell plan er også et redskap som mennesker med behov for langsiktige og koordinerte tjenester i USA og Storbritannia har rett til. Målet med planen er også her å sikre kontinuitet og personsentrert omsorg, å være en hjelp for å skreddersy tjenestene til de individuelle behovene, ressursene og målene. Videre er målet å gi informasjon slik at brukeren kan få støtte til å ta beslutninger og valg, og å skissere ansvaret til de som er involvert i behandling og oppfølging (Storm & Edwards, 2013).

En vanlig form for samhandlingen er å etablere en ansvarsgruppe. Ansvarsgruppe er en arbeidsform som brukes mye i Norge, men den er ikke lovpålagt. Selv om en pasient takker nei til individuell plan, skal han/hun tilbys koordinator og ansvarsgruppe (Helsedirektoratet, 2015).

I den nasjonale veilederen om Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator, er koordinering definert på denne måten: «Å koordinere betyr «å få til å virke sammen»» (Helsedirektoratet, 2015, s. 102).

I Helse- og omsorgstjenesteloven kommer det frem at «Kommunen skal ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet» (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §7-3). Den koordinerende enhet skal sørge for et helhetlig og koordinert tilbud til de pasienter som har sammensatte behov og som dermed trenger tjenester fra flere ulike aktører (Helsedirektoratet, 2015). Det viser seg imidlertid at selv om en ordning blir lovfestet, kan det være problemer med å få ordningen til å fungere (Anvik, et al., 2019).

Assertive Community Treatment (ACT) er et annet verktøy som både brukes i Norge og andre land. ACT er en modell for personer som har sammensatte problemer og som har behov for tjenester innen ulike områder slik som psykisk og somatisk helse, bolig, arbeid/aktivitet, nettverk og samfunnsdeltakelse. ACT er et oppsøkende team med flerfaglige kompetanse, som gir alle tjenestene selv istedenfor å legge til rette for at ulike tjenester skal gis fra andre. Slike team jobber for å gi tjenestene i brukers hjem, og de har også den målgruppen som i utgangspunktet motsetter seg hjelp. ACT-teamene skal i utgangspunktet være tilgjengelig 24 timer i døgnet (Storm & Edwards, 2013).

Case-management er et verktøy som blir brukt flere steder. Denne formen for koordinering av tjenester er ment å være en skreddersydd tjeneste ut fra den enkeltes behov. Oppgavene til en case-manager kan være: organisering av møter med personell fra ulike tjenesteområder, vurdering av personens behov, planlegging og gjennomføring av tiltak. Møtene som case-manager organiserer, representerer en arena der pasienten er i sentrum for sin egen behandling. I disse møtene får pasienten mulighet til å gi uttrykk for sine synspunkter, og pasienten slipper å måtte gjenta sin historie til ansatte i de forskjellige tjenestene som samarbeider rundt denne (Storm & Edwards, 2013).

### **3.0 METODE**

I et forskningsprosjekt starter vi som forskere med å gjøre oss kjent med det som allerede finnes av kunnskapsgrunnlag, vi tar med oss denne kunnskapen og bygger

videre på den inn i nye prosjekter. Å gjøre en grundig og kritisk gjennomgang av litteratur kan være med på å danne grunnlag for nye forskningsprosjekter, eller det kan være grunnlag for nyskapende gjenbruk av tidligere gjennomført vitenskapelig arbeid (Malterud, 2017).

Jeg skal i min studie gjennomføre en kunnskapsoppsummering, og med det gjenbruke tidligere gjennomført vitenskapelig arbeid. Det er ulike måter en kan gjennomføre en kunnskapsoppsummering på, dette er noen: systematic reviews, narrative reviews, rapid reviews, scoping reviews, integrative reviews og realist reviews (Boland, Cherry, & Rumona, 2017). Jeg har valgt å bruke scoping review (Arksey & O'Malley, 2005) i min oppgave.

I de siste tiårene har internasjonal publiserte fagfellevurderte forskningsartikler blitt svært omfattende. Det betyr at man trenger «relevante verktøy, kompetanse og ressurser for å få oversikt over hva som allerede er gjort» (Malterud, 2017, s. 23). Utover dette er det også viktig med god metodikk og faglig innsikt, dette slik at en kan vurdere relevansen og kvaliteten på de publiserte vitenskapelige artiklene (Malterud, 2017).

### **3.1 Scoping Review**

I artikkelen til Arksey & O'Malley (2005) har de følgende definisjon hentet fra Mays, Roberts & Popay (2001), på hva en *scoping review* kan brukes til:

“Aim to map rapidly the key concepts underpinning a research area and the main sources and types of evidence available, can be undertaken as stand-alone projects in their own right, especially where an area is complex or has not been reviewed comprehensively before” (Arksey & O'Malley, 2005, s. 21)

Malterud (2017) har oversatt en definisjon av *scoping review*:

«En kartleggingsoversikt (scoping review) er en form for kunnskapssammenfatning som skal besvare et foreløpig forskningsspørsmål for å gi oversikt over kjernebegreper, type av evidens og kunnskapshull for et tema ved å gjøre systematiske søk, utvalg og sammenfatning av eksisterende kunnskap» (Malterud, 2017, s. 26).

Arksey & O'Malley (2005) har i sin artikkel definert fire områder der *scoping review* kan være en foretrukket metode når man skal gjøre en litteraturgjennomgang:

1. Når man ønsker å kartlegge omfanget og rekkevidden på et forskningsområde.

2. Undersøke om det er grunnlag for å en systematisk review. Er det nok materiale? Har det blitt gjennomført en slik review tidligere? Hvilke kostnader kan en påregne med å gjennomføre en slik undersøkelse?
3. Når man ønsker å gjøre en oppsummering og spre denne kunnskapen.
4. Når man ønsker å identifisere kunnskapshull i den eksisterende forskningen.

Hovedforskjellene mellom *scoping review* og systematisk review er ifølge Arksey & O'Malley (2005) at i systematisk review er man styrt av et veldig fokusert forskningsspørsmål som er egnet til å søke etter spesiell studieutforming, mens man i *scoping review* har en bredere tilnærming, dvs. et mindre avgrenset forskningsspørsmål. Her styres datainnsamlingsmetoden av kravet om å identifisere all relevant litteratur uavhengig av studieutforming og man inkluderer studier som har forskjellig design og metode. Når det gjelder inklusjonskriteriene blir disse i *scoping review* avklart «post hoc» (Arksey & O'Malley, 2005 , s. 26). Selv om det er ulikheter mellom disse to måtene å gjøre en kunnskapsoppsummering, er det også når det gjelder *scoping review* viktig at gjennomgangen skjer på en systematisk og transparent måte (Arksey & O'Malley, 2005 ).

Jeg valgte å bruke *scoping review* som metode fordi forskningsfeltet knyttet til koordinering av tjenester for somatisk syke ROP-pasienter er begrenset, og det var av den grunn hensiktsmessig å ha mulighet til å inkludere alle relevante studier som innfridde inklusjonskriteriene.

### **3.1.1 Trinn 1: Identifiserer forskningsspørsmålet**

I følge Thagaard er arbeidet med å utforme forskningsspørsmålet det mest krevende, og det ses ofte på som en kontinuerlig prosess gjennom hele prosjektet. (Thagaard, 2010). Jeg har i min oppgave vært opptatt av hvordan hjelpeapparatet koordinerer tjenestene som gis til ROP-pasienter som har en tredje utfordring i form av en somatisk sykdom.

Jeg ønsket å fokusere på koordineringstiltak som hadde til hensikt å gi sammenhengende tjenester særlig i perioder der ROP-pasienter også hadde behov for tjenester knyttet til den somatiske helsen. I denne kunnskapsoppsummeringen har jeg formulert følgende forskningsspørsmål: «Hvilke tilnærminger kan identifiseres i forskningslitteraturen som gir somatisk syke ROP- pasienter koordinerte tjenester?»

### 3.1.2 Trinn 2: Identifisere relevant litteratur

For å finne relevant litteratur, er det viktig å finne relevante søkeord og databaser. Jeg har i denne oppgaven gjort noen usystematiske søk for å se hva som fantes, blant annet på: Google Scholar, Helsebiblioteket.no og Oria. I disse søkene brukte jeg både norske og engelske søkeord. På norsk brukte jeg disse søkeordene i ulike kombinasjoner: rusavhengig, rusproblemer, stoffmisbruk, alvorlig rusmiddelbruk, alvorlig psykisk sykdom, psykisk lidelse, somatisk sykdom, helseproblemer, fysisk sykdom, kroppslig sykdom, koordinering, samhandling, integrert helsehjelp og kunnskapsoppsummering. Selv om jeg fikk treff når jeg gjennomførte disse søkene, viste det seg ved en nærmere gjennomgang av disse treffene at det ikke var gjort noen kunnskapsoppsummering av somatisk syke ROP pasienter som hadde behov for koordinerte tjenester.

Når det gjelder søk med engelske søkeord har jeg gjennomført søk etter review på [cochranelibrary.com](http://cochranelibrary.com). Jeg brukte følgende søkeord: Drug addiction, Severe mental illness, Somatic health, Coordination. Heller ikke her fikk jeg relevante treff.

Før jeg startet med et mer systematisk søk, bestemte jeg meg for hvilke søkebaser jeg skulle bruke. Jeg valgte tre søkebaser, disse var: Medline, PsycInfo og Cinahl. Grunnen til at jeg valgte disse tre var at de hadde fagområder som var aktuelle for min oppgave. Medline har artikler innenfor følgende fagområde: Medisin, biomedisin, odontologi og sykepleie. PsycInfo har artikler innenfor: Psykologi, medisin, psykiatri, sykepleie og sosiologi. Cinahl har artikler innenfor sykepleie. Jeg kunne i tillegg ha valgt søkebaser knyttet til sosialfag, slik som Academic Search Premier og SocINDEX. Men ut fra at dette er en masteroppgave, med begrensinger både i forhold til tid og størrelse på oppgaven, valgte jeg å ikke ta med disse søkebasene.

Jeg gjennomførte et par testsøk, og brukte da både engelske og norske søkeord. Søket med norske søkeord førte ikke til noen treff, slik at jeg valgte å gå videre med engelske søkeord. I denne fasen samarbeidet jeg med bibliotekar ved UiS som hjalp meg med å kvalitetssikre søkeordene og søkestrategien. Etter at jeg hadde gjort mine testsøk med engelske søkeord, sendte jeg disse til bibliotekar som gikk gjennom søkene knyttet til en søkebase. Vi hadde et møte der vi gikk gjennom dette søket, dvs. både mine søkeord og hvordan jeg hadde avgrenset søket. Jeg fikk samtidig innspill på bruk av både frie emneord og MeSH-ord. «MeSH (Medical Subject Heading) anbefales brukt som

internasjonal standard for 'tagging' av dokumenter som retningslinjer, veiledere, systematiske oversikter, rapporter og artikler for gjenfinning av dokumentene ved søk» (Aasen, 2020).

Etter denne gjennomgangen med bibliotekar hadde jeg et møte med veileder der vi gikk gjennom det faglige innholdet knyttet til søkeordene, og jeg fikk innspill til flere synonymer til de enkelte kategoriene. Jeg gjennomførte etter dette et nytt søk, der brukte jeg de samme MeSH-ordene flere ganger, noe som medførte at jeg fikk et høyt antall treff. Jeg hadde da et nytt møte med bibliotekar som så på søkene og forklarte at et MeSH-ord bare skulle brukes en gang. Dersom samme MeSH-ord ble brukt flere ganger, ble det «dobbel» opp med treff, noe som ville medfører mange duplikater. Jeg gjennomførte av den grunn nye søk og de siste søkene ble gjort i Cinahl og PsycInfo den 17.11.19, og i Medline den 24.11.19.

Søkene ble avgrenset for tidsperiode: 01.01.2000 – 31.12.2019. Jeg valgte å gå noe lengre tilbake enn 10 år, som er vanlig i en masteroppgave, fordi jeg var usikker på om jeg kom til å finne nok litteratur. Jeg valgte å avgrense søket til 2000 tallet fordi det i denne perioden startet en økende interesse for hvordan andre systemer enn spesialisthelsetjenesten kunne være med å samarbeide med spesialisthelsetjenesten for personer med rusmiddelavhengighet. Dette gjelder tjenester som spesialiserte psykiske helsetjenester, primærhelsetjenesten, sosialtjenesten, akuttavdelinger på sykehus m.fl. (Aakerholt & Nesvåg, 2012). Når det blir flere deltakere rundt pasienten, øker også behovet for koordinering av tjenestene. Videre ble søket avgrenset til engelskspråklige artikler som var fagfellevurdert. Det ble ikke eksplisitt søkt i forhold til design, metode eller utfallsmål. Søkehistorikken ligger ved som vedlegg 2-4.

Jeg kategoriserte søkeordene i fire ulike grupper som var rusproblematikk, alvorlig psykisk helse, somatisk sykdom og koordinering. Når jeg søkte startet jeg med først å søke på alle ordene i hver enkelt kategori, og oppsummerte hver av disse søkene med å bruke «or», så gikk jeg videre til neste søkeord og gjentok dette. Da jeg hadde søkt på alle søkeordene i de fire gruppene samlet jeg disse ved å bruke søkeordet «and».

Jeg har valgt å sette opp søkeordene i en tabell, MeSH-ordene er skrevet med stor forbokstav, mens frie emneord er skrevet med liten forbokstav:

Område	Søkeord
Rusproblematikk	Substance Abuser, Substance Abuse, Substance Dependence drug addiction, Substance Use Disorders, substance use disorder, substance use, drug use, Drug Users, drug addiction, Substance-Related disorder
Psykisk helse	Depressive disorder Major, Depressive Disorder, Depression, schizophrenia, Schizotypal Personality Disorder, schizofreni, Psychotic Disorders, schizoaffective disorder, bipolar disorder, Anxiety, Anxiety Disorders, severe anxiety, Attention Deficit Disorder with Hyperactivity, adhd, attention deficit hyperactivity disorder, depression, schizoaffective disorder, sever mental disorder, severe mental illness, mental disorder.
Somatiske sykdommer	Diabetes Mellitus, Diabetes Mellitus – Type 2, Diabetes Mellitus – Type 2, diabetes, Medical co-morbidity, comorbidity, Hepatitis A,B,C, HIV, AIDS, Acquired Immunodeficiency Syndrome, Lung Abscess, infection disease, Empyema, Pneumonia, COPD, pulmonary Disease – Chronic Obstructive, Lung Diseases – Obstructive, Lung cancer, Lung Neoplasms, Heart Diseases, Erysipelas, Abscess, Kidney Diseases, kidney failure, Liver Diseases, Liver Neoplasms, bacterial infection.
Koordinering	Continuity of Patient Care, Patient Care, Intersectoral Collaboration, collaboration, Coordination Complexes, care coordination, Patient Discharge, discharge planning, transfer discharge, Transitional Care, coordination of care, co-ordination, integrated care, collaborative

	care, coordinated care, Patient Transfer, care transitions, cooperation, coordination, integration, patient care planning, shared care, integrated health care.
--	---

Tabell nr. 2 Oversikt over søkeordene

Når det gjelder bruk av rusmidler, kommer det frem at et av kjennetegnene på ROP-pasienter er at de bruker rusmidler på en ødeleggende måte og at de ofte faller utenfor behandlingstiltak (Helsedirektoratet, 2012). Videre står det i retningslinjen at oppsummeringer fra befolkningsundersøkelser i Europa og USA viser følgende at: «jo mer alvorlig ruslidelsen er, desto høyere er forekomsten av psykiske lidelser, og jo mer alvorlig den psykiske lidelsen er, desto høyere er forekomsten av ruslidelser.» (Helsedirektoratet, 2012, s. 13). Jeg valgte de søkeordene som er de mest vanlige begrepene knyttet til rus. Jeg har også søkt opp de MeSH-ordene som jeg fant innenfor dette området. Jeg har valgt å ikke spesifisere søket til å omfatte navn på enkelte rusmidler.

I følge «Nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykiske lidelser – ROP-lidelser» er det syv pasientgrupper innen psykisk helsevern som har stor sannsynlighet for samtidig ruslidelse (Helsedirektoratet, 2012). Jeg tok utgangspunkt i disse pasientgruppene, men på grunn av oppgavens størrelse avgrenset jeg det til fem av disse lidelsene. Det er følgende diagnosegrupper: bipolar lidelse, schizofreni, angst og posttraumatisk stresslidelse (PTSD), depresjon og hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD (Helsedirektoratet, 2012, s. 30).

For å finne søkeordene i forhold til somatiske sykdommer tok jeg utgangspunkt i Skeies artikkel «Stoffmisbrukernes somatisk og psykiske helse». I denne artikkelen kommer det frem ulike typer sykdommer knyttet til injisering, dårlig ernæring, dårlig allmenntilstand og blodsmitte (Skeie, 2003).

Den siste kategorien er søkeord knyttet til koordinering. Her har jeg tatt utgangspunkt i artikkelen «Coordinating Mental Health Services for People with Serious Mental



Illness: A scoping Review of Transitions from Psychiatric Hospital to Community» (Stom, Husebø, Thomas, Elwyn, & Zisman-Ilani, 2019) .

### **3.1.3 Trinn 3: Valg av studier og inklusjons/eksklusjonskriterier**

Jeg har brukt Prisma Flow Diagram (Moher et al. 2009) til å illustrere utvelgelsen av de relevante artiklene (se fig. nr. 3). Antall treff/resultat i de enkelte basene: Cinahl 156, PsycInfo 553 og Medline 135. Jeg overførte resultatet, til sammen 844 treff, til EndNote og gjennomførte ved hjelp av dette programmet et duplikatsøk. Det viste seg at det var 106 duplikater i mitt materiale. Da jeg hadde fjernet duplikatene overførte jeg 738 titler og navn på forfatterne til et dokument i Excel, artiklene ble lagt inn alfabetisk.

Jeg gjennomførte deretter en screening via 3 trinn, gjort på følgende måte:

1. I samarbeid med veileder ble alle titlene lest. Jeg leste alle de 738 titlene, mens veileder leste de 200 første. Jeg vurderte at det var aktuelt å lese abstraktet til 179 av de 538 titlene som jeg leste alene. Av de 200 titlene som vi begge leste, hadde vi ulik oppfattelse av hvor mange av disse som var aktuelle å abstrakts til. Vi hadde 28 titler felles, veileder hadde i tillegg 22 titler som jeg ikke hadde vurdert som aktuelle, mens jeg hadde 43 titler som veileder mente ikke var aktuelle. Vi hadde derfor et møte der vi gikk gjennom disse titlene og ble enige om hvilke jeg skulle ta med videre, og hvilke jeg skulle ekskludere. Etter denne gjennomgangen satt jeg igjen med 249 titler som jeg skulle lese abstraktene til.
2. Både veileder og jeg leste abstrakt. Jeg leste alle 249 abstraktene, mens veileder leste 50 stk. Veileder leste denne gangen de 50 siste ut fra den alfabetiske oversikten i Excel. Av de 50 stk. var veileder og jeg enige om å gå videre og lese 5 stk. i fulltekst, i tillegg mente veileder at jeg skulle lese 5 stk. som jeg mente ikke var aktuelle, og jeg hadde et abstrakt som veileder mente var uaktuell. Jeg valgte å lese de abstraktene som vi var enig om, de abstraktene som veileder mente var aktuell og det abstraktet som veileder ikke mente var aktuelt, totalt 11 stk. Av de abstraktene som jeg hadde lest alene, vurderte jeg at 33 av de var aktuelle å lese i fulltekst. Totalt ble dette 44 abstrakts som jeg gikk videre med.
3. Jeg leste 44 artikler i fulltekst, og laget et Word-dokument med en tabell der jeg skrev tittelen på artikkelen, navn på forfatter(ne) og begrunnelse for hvorfor artikkelen ikke var aktuell. Etter flere gjennomlesninger av alle de 44 artiklene, endte jeg opp med å inkludere 12 artikler. Jeg har i flow-diagrammet beskrevet

begrunnelsen for de 32 artiklene som ble lest i fulltekst, men som ikke ble inkludert i studien.

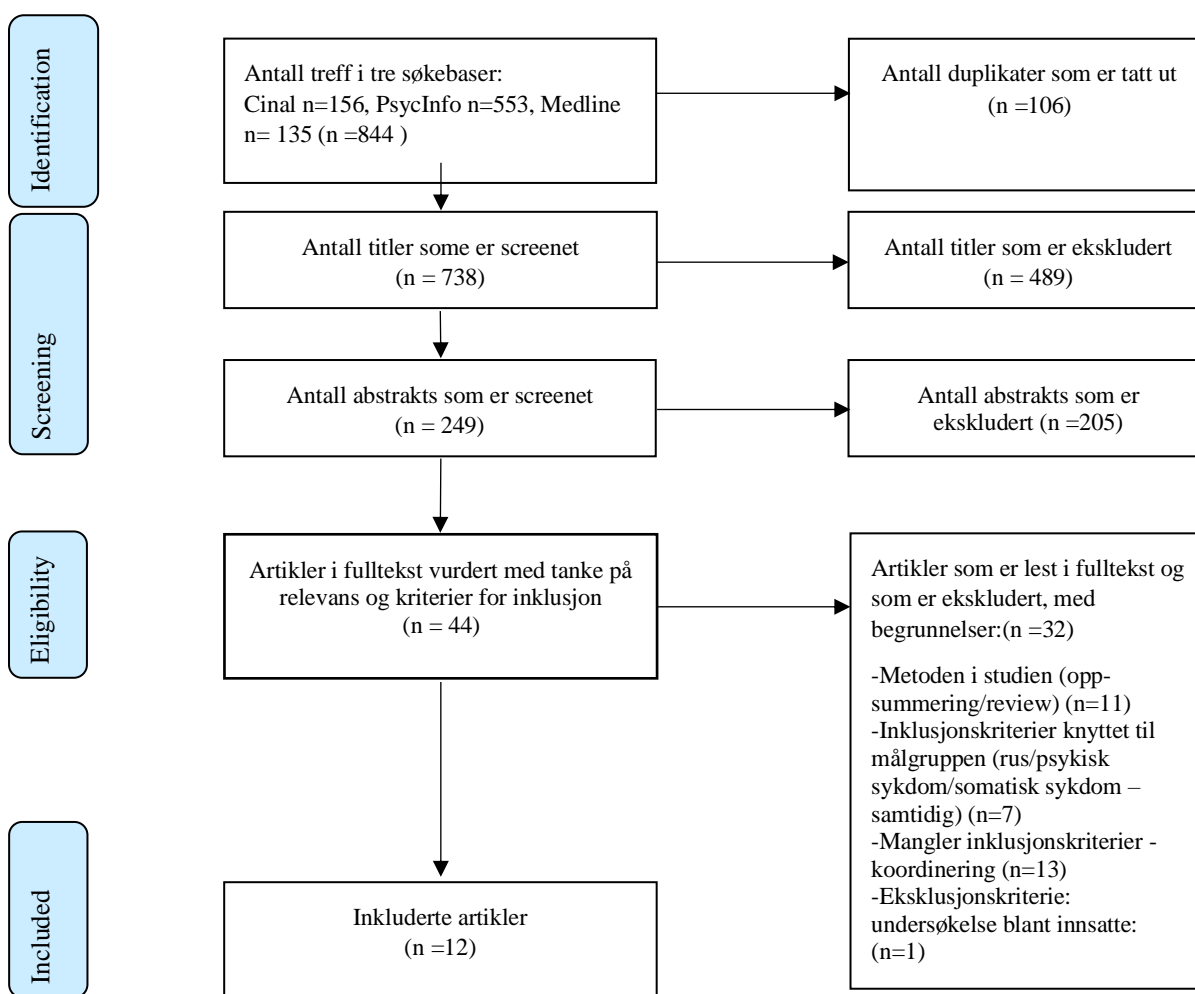


Fig nr. 3 Flow Diagram

De artiklene som er inkludert er vurdert i forhold til disse inklusjonskriteriene:

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
1.Alder: Alle som er 18 år eller eldre	Alder: de som er under 18 år
<b>Brukere med/av</b> 1.psykisk lidelser: bipolar lidelse, schizofreni, angst og posttraumatisk stresslidelse (PTSD), depresjon og hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD.  2.Illegale rusmidler kombinert med alkohol og/eller medisiner.	<b>Brukere med/av:</b> 1.psykisk lidelser: posttraumatisk stresslidelser og spiseforstyrrelser.  2. Brukere av legale rusmidler, dvs. alkohol og medikamenter foreskrevet av lege.  3. Andre somatiske sykdommer

3. Somatiske sykdommer: Hepatitt, hiv/aids, lungesykdommer, nyresykdommer, leversykdommer, diabetes og systematisk bakterielle infeksjoner.	Punkt 1, 2 og 3 er ikke samtidig
Punkt 1, 2 og 3 skal være samtidig	
Koordinerte tjenester: Samhandling, samarbeidsrutiner, kontinuitet, pasientoverføring og omsorgskoordinering	Mangel på koordinerte tjenester
Engelsk	Titler, abstrakts og artikler uten forfatter
	Artikler der fulltekst ikke er tilgjengelig
	Alle andre språk enn engelsk
	Forskningsprotokoller, kommentar artikler, systematiske gjennomganger /kunnskapsoppsummeringer.
	Koordineringstiltak knyttet til løslatelse fra fengsel.

Tabell nr.3: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

#### 3.1.4 Trinn 4: Kartlegge data

Jeg har laget en tabell med oversikt over de artiklene som jeg har inkludert i studien, og sortert de ut fra følgende data: Kort informasjon om studien; forfatter, årstall for studien, land der studien er gjennomført, målsettingen med studien, kort beskrivelse av studiedesignet, intervensjon og resultat. Se vedlegg 1

#### 3.1.5 Trinn 5: Sortering, oppsummering og rapportering av resultatene

Her vil jeg presentere resultatene fra de studiene som jeg har inkludert i oppgaven. Jeg har lest de inkluderte artiklene nøye for å identifisere mulige funn som kan være med på å belyse mitt forskningsspørsmål «Hvilke tilnærminger kan identifiseres i forskningslitteraturen som gir somatisk syke ROP-pasienter koordinerte tjenester?» I denne kunnskapsoppsummeringen er det inkludert både kvalitative og kvantitative studier. Jeg har delt resultatdelen inn i to trinn. Den første delen består av en beskrivelse av nøkkelinformasjon i de enkelte studiene, mens den andre delen er en tematisk presentasjon med utgangspunkt i koordinerte tjenester, her har jeg i utgangspunktet vært styrt av koordineringsaktivitetene i rammeverket Care Coordination Measures Atlas (McDonald, et al., 2014), men har også vært åpen for andre tema.

## 3.2 Resultater

I min gjennomgang har jeg inkludert 12 artikler. Alle studiene var gjennomført i USA, i perioden 2001-2018. I flertallet av studiene, totalt ti stk., var informantene personer som hadde rusproblemer, psykisk lidelse og HIV/AIDS.

Ti av studiene beskrev ulike koordineringsmodeller eller koordineringsprogram som bidro til koordinerte tjenester for personer med rusproblemer, psykiske lidelser og HIV. Dette var studier som ble publisert i perioden 2005-2018 (Nebelkopf & Penagos, 2005; Whetten, et al., 2006; Bouis, et al., 2007; Morgan & Rossi, 2007; Zaller, Gillani, & Rich, 2007; Oggins, 2009; Daughters, Magidson, & Schuster, 2010; Sacks, McKendrick, Vazan, Sacks, & Cleland, 2011; Irvine, et al., 2017; Maskay, et al., 2018). En studie undersøker om en koordinert modell hadde effekt på pasientene slik at de på en bedre måte klarte å kvalifisere seg til behandling av heptatitt C, studien ble publisert i 2011 (Evon, et al., 2011). Den siste studien omhandlet en casestudie som beskrev bruk av behandlingskontrakt for å etablere et samarbeid mellom pasient og ansatte før oppstart av behandling for hepatitt C. Denne studien ble publisert i 2001 (Gallucci & Smolinski, 2001).

### **Studiens design.**

Når det gjelder studiedesign hadde fire av studiene et kvalitativt design, det tre var case-studier (Gallucci & Smolinski, 2001; Morgan & Rossi, 2007; Daughters, Magidson, & Schuster, 2010), og en der deltakerne gjennomførte ulike intervju (Bouis, et al., 2007). En studie brukte mixed methods med semi-strukturert intervju og kji-kvadrattesten (Oggins, 2009).

Syv av studiene hadde et kvantitativt design (Nebelkopf & Penagos, 2005; Whetten, et al., 2006; Zaller, Gillani, & Rich, 2007; Evon, et al., 2011; Sacksa, McKendricka, Vazana, Sacksa, & Clelanda, 2011; Irvine, et al., 2017; Maskay, et al., 2018). I de kvantitative studiene ble det brukt spørreskjema i to av studiene (Whetten, et al., 2006; Maskay, et al., 2018), to studier ble gjennomført som en RCT-studie (Sacks, McKendrick, Vazan, Sacks, & Cleland, 2011; Evon, et al., 2011) og en observasjonell kohortstudie (Irvine, et al., 2017). I en studie sammenliknet en innsamlede data knyttet til demografi og medisinsk informasjon (Zaller, Gillani, & Rich, 2007) og i den siste

bruke en data innhentet fra «Quality of Life (QOL) Survey» (Nebelkopf & Penagos, 2005, s. 260)

### **Beskrivelse av nøkkelinformasjon.**

Her vil jeg kort beskrive de enkelte studiene, og starter først med de studiene som beskrev ulike modeller for koordinering. Koordinerte modeller kan omfatte teamtilnærminger, strategier/intervensjoner som skal forbedre koordineringen i behandlingen, kommunikasjon mellom de ulike aktørene, samlokaliserte tjenester eller fullt integrerte behandlingsteamteam (Evon, et al., 2011). Jeg har sortert studiene på følgende måte: Studier som omhandler HIV/AIDS som somatisk sykdom, studier som omhandler Hepatitt C som somatisk sykdom og til slutt studier som omhandler koordinerte tjenester for minoritetsgrupper med ROP-lidelser og HIV/AIDS

### **Koordinerte tjenester for ROP-pasienter med HIV/AIDS**

Den første studien var en casestudie (Daughters, Magidson, Schuster, & Safren, 2010), og her ble modellen - ACT HEALTHY – beskrevet. Modellen kombinerte «behavioural activation (BA) treatment for depression with a CBT intervention for HIV medication adherence for individuals in residential substance abuse treatment» (Daughters, Magidson, Schuster, & Safren, 2010, s. 310). Behavioural activation (BA) benyttet en tilnærming til behandling av depresjon, som hadde fokus på målsetting og bruk av ulike aktiviteter knyttet til dagliglivet. I modellen ble følgende elleve områder tatt opp i løpet av behandlingen: Psykoedukasjon, transport til avtaler, medisiner, kommunikasjon, takle bivirkninger, formulere en plan for daglig medisiner, lagring av medisiner, bruk av prevensjon, hvordan gjennomføre en vellykket plan, tilbakemelding dersom en ikke overholdt planen og gjennomgang av ulike prosedyrer.

Videre i ACT HEALTHY modellen var det en del som kaltes «Life-Steps». Life Steps var knyttet til HIV-medisineringen, og ga opplæring i teknikker som var ment å øke motivasjonen for HIV-medisinen. Rusbehandlingen foregikk i behandlingsgrupper som tok opp ulike tema knyttet til forebygging av tilbakefall, funksjonsanalyse, stressmestring, sinnehåndtering og spiritualitet. I tillegg var det grupper som underviste i ulike former for ferdigheter knyttet til dagliglivet. Klientene deltok også på daglige møter i AA/NA (Anonyme Alkoholikere/Anonyme Narkomane).

Beboere med samtidig psykisk lidelse ble henvist til helsestasjoner utenfor stedet for behandling ettersom behandlingssenteret ikke kunne tilby slike tjenester. ACT HEALTHY hadde fokus på å gi klienten en mer helhetlig forståelse av forholdet mellom deltakelse i aktiviteter, depressive symptomer, HIV-medisiner og rusmiddelbruk (Daughters, Magidson, Schuster, & Safren, 2010).

Morgan & Rossi (2007) beskrev i sin studie «a collaborative, split-treatment model» ved hjelp av tre case. Modellen bygde på følgende definisjon av samarbeid: “to work jointly with others or together, especially in an intellectual endeavor, to labor together” (Morgan & Rossi, 2007, s. 78). Elementer i et samarbeidet var: Åpen og ærlig kommunikasjon, gjensidig tillit og respekt, forstå og verdsette hverandres perspektiv og måte å tenke på, likestilling og delt makt, kjennskap til hverandres praksis, profesjonell kompetanse, delt ansvar, felles verdier og mål, vilje til å diskutere vanskeligheter, gjensidig støtte, vilje til å bruke tid og energi i samarbeidet og ønske om å forbedre kvaliteten på omsorgen. «Split-treatment-model» var en modell som ble brukt i behandling innen psykiatrien, og som ble definert på følgende måte: En behandler var ansvarlig for den medikamentelle behandlingen, mens en annen behandler var ansvarlig for psykoterapien. «Split-treatment-model» var rapportert å være bedre enn psykoterapi alene eller medikamentell behandling alene (Morgan & Rossi, 2007, s. 78). I denne casestudien var det to psykiatriske sykepleiere som fulgte tre pasienter som alle hadde HIV/AIDS, rusproblemer og psykiske lidelser. I det første caset var det en kvinne med problemer knyttet til rusbruk, psykisk helse, hepatitt B og C og HIV. Behovet for ukentlige samtaler mellom klinikerne ble forklart for pasienten før samarbeidet ble startet. Samtalene handlet om deltakelsen i behandlingen. Samarbeidet rundt kvinnen gjorde den kompliserte behandlingen lettere for klinikerne.

Case nr. 2 handlet om en kvinne som var innlagt flere ganger på sykehus på grunn av suicidforsøk. Hun hadde kontakt med en lege for å få foreskrevet beroligende tabletter (benzodiazepin). Det kom etter hvert frem at pasienten henvendte seg til de ulike hjelpere med ulike klager. Det ble derfor avtalt at den ene psykiatriske sykepleieren skulle ha ansvaret for alle pasientens klager, inkludert medisinske spørsmål. Med denne ordningen bevarte også pasienten sitt forhold til den andre behandleren som da kunne fokusere på pasientens behov for støtte.

Case nr. 3 handlet om en mann som ble innlagt på sykehus i forbindelse med psykisk sykdom og HIV. Den ene psykiatriske sykepleieren etablerte kontakt under

sykehusinnleggelsene, mens den andre gjennomførte et hjemmebesøk etter forespørsel fra en hjemmesykepleier som hadde oppfølging med han. Uten dette samarbeidet ville ikke behovene som var knyttet til pasientens psykiatriske problemer blitt identifisert. Pasientene ville heller ikke ha akseptert behandling, og behandlere ville manglet viktig informasjon som framkom ved hjemmebesøk (Morgan & Rossi, 2007).

Bouis et al. (2007) og Whetten et al. (2006) beskrev i sine artikler den samme modellen/samme studien for koordinert behandling for HIV positive personer med både rusmiddelproblemer og psykiske lidelser. I modellen var det elementer fra evidensbasert koordinert behandling for dobbeldiagnosepasienter. De elementene som ble brukt var: Å ha samme behandler i forhold til både rusmiddelproblemet og den psykiske lidelsen, oppsøkende tjenester, bruk av motiverende intervensjoner og å gi oppfølging som ivaretok klientens behov for kontinuitet. Disse behandlingskomponentene ble tilpasset for å imøtekomme de spesifikke behovene som trippeldiagnostiserte individer hadde, ved å utvikle HIV-spesifikke tilnærminger som inkluderte likemannsarbeid, integrering av medisinsk behandling, og oppmerksomhet på HIV-relaterte problemer som sorg og funksjonelle begrensninger. Behandlingsformen bestod av individuell terapi, gruppeterapi og medisiner, både i forhold til hiv og psykisk sykdom (Bouis, et al., 2007).

I studien til Whetten et al. (2006) undersøkte man de kvantitative resultatene fra klientenes spørreundersøkelse. Ved hjelp av lineære regresjonsanalyser fant en i studien statistisk signifikant reduksjon i de psykiske symptomene til deltakerne, i bruk av illegale rusmidler og antall dager innlagt på sykehus. Deltakerne rapporterte også om færre besøk ved legevakten og hadde større sannsynlighet for å være på HIV-medisiner og i et adekvat psykotropisk medisinregime. Det var ingen endringer i seksuell risiko, fysisk helse eller medisinsk oppfølging etter deltakelse i behandlingen (Whetten, et al., 2006).

I studien gjort av Maskay et al. (2018) undersøkte de om en koordinert behandlingsmodell påvirket klientenes opplevelse av stigma. Stigma ble definert som klientens opplevelse av andres holdninger til seg, relatert til hiv, bostedsløshet, psykiske lidelser og rusproblemer. Sentrale komponenter i intervensjonen inkluderte koordinering og hjelp til å navigere rundt i hjelpeapparatet, bygge tillitsfulle forhold, imøtekomme uoppfylte behov og redusere barrierer for å søke og delta i behandling. Dette var en

studie som var del av et nasjonalt intervensjonsprosjekt, og der en hentet data fra 6 ulike steder i USA. De enkelte stedene hadde sin spesielle behandlingsform for å imøtekomme de lokale behovene knyttet til helsehjelp, tilgjengelige boliger og støttetjenester. Men det var fire elementer som var felles: (1) En koordinator som jobbet for å gi klientene målrettet omsorg, (2) god tilgang og kobling mellom tjenester innen HIV-omsorg og andre aktuelle tjenester, (3) medisinsk behandling av HIV, og (4) god samhandling mellom ulike tjenester innen boligoppfølging. Resultatet fra denne studien viste at ulike intervensjoner for å bedre livskvaliteten til denne pasientgruppen også bidro til redusert stigma (Maskay, et al., 2018)

Zaller et al. (2007) beskrev i studien en integrert modell for personer diagnostisert med HIV, rusmiddelproblemer og psykisk sykdom, kalt «Project Vista». Project Vista var tilknyttet en HIV-klinikk som gav primærhelsetjenester. I prosjektet var det et tverrfaglig sammensatt team bestående av: En hiv-sykepleier med erfaring fra rusfeltet, en saksbehandler, en rusrådgiver og en rådgiver innen psykisk helsevern, en psykiater og to ansatte som drev oppsøkende arbeid. Dette teamet samarbeidet med ulike faggrupper ved klinikken, slik som sykepleiere, leger og sosionomer. Teamet arbeidet for at pasientene ved klinikken skulle ha kontinuitet i behandlingen. Når deltakerne startet opp i Project Vista ble det laget individuelle behandlingsplaner.

Behandlingsplanene laget deltakerne i samarbeid med en prosjektmedarbeider og kunne inneholde en kartlegging av rusproblemet og den psykiske helsesituasjonen, henvisning til behandling, hjelp med støttetjenester som bolig, transport, forsikring og tilknytning til lokale hjelpetilbud i forhold til AIDS-sykdommen. Gjennom hele prosjektperioden ble pasientene fulgt opp av ansatte som drev ambulant oppfølging. I tillegg møttes prosjektmedarbeidere til regelmessige møter med de ansatte ved HIV-klinikken, inkludert leger, saksbehandlere, sykepleiere og sosionomer, for å koordinere oppfølgingen og tilbudet av tjenester til deltakerne. Det var 100 % fremmøte når det gjaldt oppfølgingstjenestene, dette fordi deltakerne mottok oppfølgingstjenestene samtidig som de var på HIV-klinikken som gav primærhelsetjenester (Zaller, Gillani, & Rich, 2007).

Sacks et al. (2011) evaluerte et ettervernsprogram MTC-A. Målgruppen for ettervernsprogrammet var klienter som først hadde gjennomført behandling ved en institusjon som bygde på en modifisert modell av et terapeutisk samfunn (MTC-R).



Målgruppen var personer med trippeldiagnoser; HIV/AIDS, rusmiddelbruk og psykisk lidelse. Etter seks måneder i behandling, fikk klientene tilbud om å delta i ettervernsprogrammet. Tilbudet besto av rusbehandling ved en ruspoliklinikk, oppfølging for psykiske problemer ved en psykiatrisk poliklinikk og medisinsk behandling på en lokal HIV-klinikk. Dette betydde at den enkelte pasient hadde flere saksbehandlere, som hver rapporterte til sin organisasjon, og der hver behandler var ansvarlig for sin del av behandlingen. Ved utskrivning fra behandlingen i det terapeutiske samfunnet fikk klientene en ettervernsplan som inkluderte henvisninger og planlagte avtaler for nødvendige tjenester slik som rus-, psykiatrisk- og medisinsk behandling (Sacks, McKendrick, Vazan, Sacks, & Cleland, 2011).

I New York City ble det gjennomført en studie knyttet til «Care Coordination Program (CCP)» (Irvine, et al., 2017, s. 1573). Denne studien hadde til hensikt å se om programmet forbedret omsorgen blant klienter med HIV, psykisk sykdom og rusmiddelproblemer som hadde en ustabil bosituasjon. Et CCP-team jobbet enten innenfor det samme sykehuset, klinikken eller den samfunnsbaserte organisasjonen eller på tvers av de medisinske og sosiale tjenestene gjennom et formalisert partnerskap med New York Citys helsemyndigheter. Elementer i dette programmet var: (1) oppsøkende behandling for å etablere kontakt med de som var nye i behandlingen eller oppsøkende behandling i de tilfellene der klientene ikke hadde møtt til avtalen, (2) saksbehandling, for eksempel i forhold til sosiale tjenester, (3) tverrfaglige team som kommuniserte og tok beslutninger i fellesskap, (4) å hjelpe pasienten med koblinger til samfunnets ressurser, inkludert påminnelser om avtaler, hjelp til planlegging av avtaler og hjelp til transport, (5) antiretroviral behandlingsstøtte, inkludert direkte observert terapi for individer med størst behov, og (6) en strukturert helsefremmende behandlingsplan. CCP ga oppfølging ut fra klientens behov, oppfølgingen fra de ansatte kunne derfor variere fra daglig, ukentlig, månedlig eller kvartalsvis kontakt, i henhold til pasientens behov (Irvine, et al., 2017).

### **Koordinerte tjenester for ROP-pasienter med hepatitt C**

I en RCT-studie utført av Evon et al. (2011) var det primære målet å bestemme om en 9-måneders integrert omsorgsintervensjon (INT) kunne øke andelen pasienter med psykiske lidelser og rusproblemer som kvalifiserte seg for medikamentell behandling for hepatitt C (PegIFN-behandling), sammenlignet med pasienter som mottok standard

medisinsk behandling (SC). Mange pasienter med diagnosen kronisk hepatitt C ble ikke kvalifiserte for medikamentell behandling på grunn av en eller flere komorbide tilstander som kunne være med på å påvirke riktig administrering av medisinen. Deltakere i både SC- og INT-gruppene fikk følgende oppfølging: et første besøk hos hepatolog med gjennomgang av PegIFN-behandlingsregime og bivirkninger av PegIFN-behandlingen, en bok om hepatitt C, og en oppfølgingsavtale hver 3. måned. Alle deltakerne i prosjektet fikk tilsendt timeavtale i posten og fikk en automatisk telefonpåminnelse før det planlagte besøket.

Deltakerne i INT-gruppene fikk i tillegg denne oppfølgingen: månedlige telefon- eller individualsamtaler med hepatologpsykologen i opptil 9 måneder. De fleste oppfølgings-samtalene med hepatologpsykologen ble gjort via telefon for å redusere utgifter til reisekostnader. Når det var mulig ble deltakerne koblet til lokal rusbehandling og/eller behandling for psykiske lidelser. Intervensjonssamlingene som INT-gruppen deltok på var basert på tre forskningsfelt: «(1) the Stages of Change model; (2) case management strategies; and (3) motivational enhancement techniques (METs)» (Evon, et al., 2011, s. 1780). Modellen «Stages of Change» beskrev fem stadier en person beveger seg mellom når personen tenker, initierer og opprettholder ny atferd. Behandleren brukte de ulike strategiene fra «case management» som var aktuelle i det stadiet pasienten til enhver tid var i. «METs» var ulike kliniske strategier designet for å styrke motivasjonen til positive atferdsendringer og til å engasjere ambivalente pasienter gjennom dialog som til slutt kunne føre til positive valg. Konklusjonen i denne studien var at integrert omsorgsintervensjon (INT) kunne være med på å øke andelen pasienter som ble kvalifisert for medikamentell behandling for hepatitt C.

Gallucci & Smolinski (2001) undersøkte i sin case-studie nytten av å bruke behandlingskontrakt for å få etablere et partnerskap mellom pasient og de ulike faggruppene som pasienten var i kontakt med. Pasienten hadde flere sykdommer: Rusmiddelproblemer, depresjon og hepatitt C. I dette tilfellet ble det bestemt at for å få til en god og sikker behandling for hepatitten, så avtalte pasienten, pasientens psykiatriske team og pasientens primærlege en behandlingskontrakt. Pasienten startet i et psykososialt program med daglige individual- og gruppeterapi. Pasienten holdt seg rusfri, fikk medisiner da hun opplevde hallusinasjoner og paranoide tanker. Pasienten deltok også i NA (Anonyme Narkomane)-møter og i rusbehandlingsgrupper i det psykososiale programmet. Etter at pasienten hadde opprettholdt nesten 3 måneders

rusfrihet startet vedkommende opp i behandling for hepatitt C. Studien viste at en behandlingskontrakt var nyttig for å følge opp et komplisert behandlingsregime, og at en behandlingskontrakt var med på å hjelpe både pasient og helsepersonell i å etablere retningslinjer for behandling før behandlingen C startet. Når det gjaldt kommunikasjon mellom de ansatte innen psykisk helse og somatikk var denne avgjørende for å kunne gjøre en kontinuerlig vurdering av om pasientens overholdt kontrakten, og for å kunne følge opp eventuelle skadelige behandlingseffekter fra den medikamentelle behandlingen for hepatitt C (Gallucci & Smolinski, 2001).

### **Koordinerte tjenester for minoritetsgrupper med ROP-lidelser og HIV/AIDS**

Oggins (2009) beskrev i sin studie en modell «The Enhanced Planetree Intervention Component – EPIC». EPIC-modellen for helsetjenester var pasientsentrert og helhetlig, og understreket betydningen av at hjelpen inkluderte hjelp til både sjel og legeme. Modellen hadde som mål: 1. Øke tilgjengeligheten og den kulturelle følsomheten til psykiske helsetjenester som var integrert i rusbehandling og i tjenestene knyttet til HIV/AIDS. 2. Oppmuntre klienter som hadde en rusepisode når de var i et program til å fortsette på poliklinisk basis. 3. Forsøke å øke antall henvisninger fra personer som tilhørte minoritetssamfunn til aktuelle tjenestetilbud. Behandlingen bestod av både individual- og gruppeterapi. Gruppeterapien ble ledet av behandlere som var kjent med de fleste klienter fra individuelle økter. Det gjorde at behandlerne kunne sørge for at hver og en hadde tid til å snakke. Klientene var glade for at behandlerne insisterte på grupperegler for å "pleie" interaksjonen. Gruppereglene var; aktiv lytting, støtte, respekt og at det var klientens eget valg om vedkommende ønsket å motta eller avvise tilbakemeldinger fra gruppen. Klientene følte at de kunne snakke ærlig og stole på hverandre. De som jobbet med denne modellen var selv personer med minoritetsbakgrunn. Klientene som deltok i denne behandlingsmodellen kunne også få hjelp med sosial og velferdstjenester, jobb, skole og utdanning. Programmet var strukturert som et terapeutisk samfunn, og der den enkelte deltaker tok et økende ansvar både i behandlingen og i samfunnet ellers (Oggins, 2009).

Nebelkopf & Penagos (2005) beskrev i sin studie koordineringsmodellen «Holistic Native Network» - HNN. Også i denne modellen ble kulturelle komponenter vektlagt når det gjaldt oppfølging av målgruppen. Det var fire omsorgsnivåer, og tilbudene var bygget opp etter en «pyramidestruktur», dvs. at det på bunnen var lavterskeltilbud som

nådde de fleste menneskene, mens det på toppen var de spesialiserte tilbudene som var forbeholdt de som hadde omfattende tjenestebehov. HNN utviklet forskjellige aktiviteter som har resultert i en forbedret livskvalitet for indianere med HIV. I denne modellen var kultur og fellesskap inkludert i alle faser av tjenestetilbudet. Fra oppsøkende virksomhet, saksbehandling til psykiske helsetjenester dekket HNN de åndelige, de medisinske og psykososiale behovene for målgruppen (Nebelkopf & Penagos, 2005)

### **Ulike koordineringsaktiviteter**

Det var ingen av studiene som refererte til et teoretisk rammeverk som sa noe om antatte årsaker til at de ulike koordineringsmodellene og koordineringsprogrammene hadde en nytteverdi. Jeg vil videre i denne delen bruke det teoretiske rammeverket Care Coordination Measures Atlas (McDonald, et al., 2014) og se på noen temaer som går igjen i flere av studiene. I Care Coordination Measures Atlas er målet med koordinering å imøtekomme pasientens behov, og å legge til rette for å gi omsorg av god kvalitet. For å nå dette målet bygger rammeverket på de ni koordineringsaktivitetene identifisert av AHRQ: avklare ansvar, kommunikasjon, tilrettelegge for overganger, vurdere pasientens behov for videre tjenester, lage og vurdere pasientens behandlingsplan, følge opp endringer i behandlingsplanen, støtte opp om mål for egenomsorg, hjelpe pasientene med koblinger til samfunnets ressurser og til slutt justere ressursene ut fra behovene til pasientene og befolkningen (McDonald, et al., 2014). I arbeidet med analysen av de inkluderte artiklene har jeg identifisert koordineringsaktiviteter som går igjen i flere av studiene. Dette er: 1. Kommunikasjon og avklaring av ansvar. 2. Lage/vedlikeholde og følge opp endringer i pasientens behandlingsplaner. 3. Støtte opp om egenomsorg og hjelp med koblinger til samfunnets ressurser. Videre fant jeg at oppsøkende virksomhet var en form for koordinert oppfølging som gikk i igjen i flere av studiene. I to av studiene var det et kulturelt perspektiv, dette var to studier som gav koordinerte tjenester til ulike minoritetsgrupper.

### **Kommunikasjon og avklaring av ansvar.**

I en studie var det sosialfaglig personell som fulgte opp pasienten i forhold til rusproblematikk, mens det var helsepersonell som fulgte opp i forhold til psykiske lidelser og hiv-diagnosen. (Bouis, et al., 2007; Whetten, et al., 2006). For å få til god medikamentell behandling av pasienten var det viktig med kommunikasjon mellom den

fagpersonen som hadde ansvaret for pasientens somatiske sykdom (f.eks. HIV) og den fagpersonen som hadde ansvaret for medisiner i forhold til pasientens psykisk lidelser (Bouis, et al., 2007). Det var avgjørende at de ulike ansatte kommuniserte sammen for å sikre at den psykiatriske medisinen var forenlig med HIV-medisinen. Interaksjon mellom de ulike medikamentene for HIV og psykisk sykdom er høy og potensiell farlig (Bouis, et al., 2007). I samme studie så en på hva som var viktig blant de ansatte for å få denne modellen til å fungere som en koordinert modell. Det som kom frem i studien var at det var viktig med en felles/lik tilnærming til pasienten, og effektiv kommunikasjon mellom de ulike faggruppen som deltok i behandling (Bouis, et al., 2007).

Casestudien til Morgan og Rossi (2007) viste ulike problemstillinger i de tre casene, men i alle casene kom det frem at kommunikasjon og avklaring av ansvar var viktig element i et godt samarbeid mellom de ulike profesjonene som jobber med målgruppen. Behovet for ukentlige samtaler mellom klinikerne ble forklart for pasienten før samarbeidet ble startet. Disse samtalene handlet om pasientenes deltakelse i behandlingen og/eller innholdet i behandlingen og redusert potensiale for blant annet splitting. Det var viktig at pasienten var kjent med hvilken informasjon som ble delt og med hvilke ansatte. Ved å dele informasjon mellom de ansatte som jobbet med pasienten, kunne en forhindre at pasienten splittet personalet i «de snille» og «de vanskelige», og dette var med å gjøre behandlingen mer nyttig for pasienten. I en av casene kom det frem at pasienten henvendte seg til de ulike hjelpere med ulike klager. På den måten var det ingen av de ansatte som fikk det fullstendige bilde av situasjonen rundt pasienten. Det ble derfor avklart hvem av de ansatte som hadde ansvaret for hva i kommunikasjonen med denne pasienten, noe som medførte at pasienten kunne motta behandling uten å bli forvirret av flere telefonsamtaler daglig (Morgan & Rossi, 2007).

En annen casestudie viste hvor viktig kommunikasjon mellom pasient og de ulike ansatte innen rusbehandling, psykisk helsevern og somatikk var. Dette var en pasient som ble vurdert å få medikamentell behandling for hepatitt C. Det har vist seg at det kan være en del psykiske bivirkninger fra medikamentell hepatitt C-behandlingen. Det var derfor viktig å kommunisere om pasientens helsetilstand til alle involverte parter. (Gallucci & Smolinski, 2001).

Irvine et al. (2017) undersøkte et program der et eget team samarbeidet med primærhelsetjenesten for å gi et tilbud til ROP-pasienter som uteble eller hadde problemer med å gjennomføre HIV-behandlingen. I dette programmet delte de ulike aktørene informasjon og ansvar med teamet. Teamet drev ambulat oppfølging slik at de hadde mulighet til å oppsøke de pasientene som hadde uteblitt fra avtaler knyttet til HIV-behandlingen (Irvine, et al., 2017).

### **Lage/vedlikeholde og følge opp endringer i pasientens behandlingsplaner.**

Studien til Bouis m.fl. (2007) viste at det i den innledende fasen av behandlingen var målutvikling og behandlingsplaner med på å styrke klientens motivasjon for behandling. Klientene i denne studien begynte sjelden i behandling med det mål å slutte med illegalt rusbruk eller å bedre gjennomføringen av HIV-medisinene. Målene var ofte knyttet til mer grunnleggende behov, slik som bolig og økonomi. De ansatte avviste ikke disse målsetningene, men koblet heller klientens mål sammen med det tilbudet som de gav i dette programmet. For eksempel: klienter som ønsket hjelp til å få uføretrygd fikk informasjon om at dersom de gjennomførte behandlingstilbudet ville det være en større mulighet for at de ansatte kunne vurdere og gi tilbakemeldinger om klientens helsesituasjon, som igjen kunne være med og styrke muligheten for en trygdeytelse. (Bouis, et al., 2007).

I en annen studie kom det frem at det var viktig først å få etablert et partnerskap mellom pasientene og det psykiatriske og medisinske helsepersonell i det pasienten hadde bestemt seg for å starte med hepatittbehandling. Bruk av behandlingskontrakter ble vurdert til å være nyttig i slike tilfeller, og særlig overfor pasienter som hadde dobbelt-diagnose, dvs som hadde både psykisk lidelser og rusproblemer. Bruk av behandlingskontrakt var nyttig for å forbedre etterlevelsen av kompliserte behandlingsregimer, i tillegg var bruk av behandlingskontrakt en hjelpe for både pasient og helsepersonell til å etablere gode retningslinjer for behandling før behandling mot hepatitt startet (Gallucci & Smolinski, 2001, s. 353).

I studien gjort av Zaller m.fl. (2007) laget pasientene i samarbeid med de ansatte en behandlingsplan i starten av oppholdet. I denne planene kom det frem hvilke behov som pasienten trengte og som det skulle jobbes mer med i behandlingen. Gjennom hele prosjektperioden ble pasientene fulgt opp av de ansatte knyttet til disse planene, og

planene ble brukt slik at det var kontinuitet i behandlingen (Zaller, Gillani, & Rich, 2007).

Ved utskrivning fra behandlingen ble det i studien til Sacks et.al (2011) beskrevet bruk av ettervernsplan som inkluderte henvisninger og planlagte avtaler for nødvendige tjenester innen rusbehandling, psykisk helsevern og medisinsk behandling.

### **Støtte opp om mål for egenomsorg og hjelp til koblinger til samfunnets ressurser .**

En av modellene for koordinert behandling hadde følgende tema: «Client Education about trippel Diagnosis» (Bouis, et al., 2007, s. 270). Det var i starten av behandlingen viktig å kartlegge forståelsen den enkelte klient hadde angående hver av diagnosene og hvordan de ulike diagnosene hang sammen. Ved å utfordre klients frykt med fakta, ble ofte angst og unnvikende reaksjoner endret. I rusbehandlingen var det mange av klientene som tilskrev ulike symptomer, særlig søvnløshet og tretthet, til HIV-sykdommen snarere enn til en psykisk sykdom, dette resulterte i at disse symptomene ikke ble kontrollert tilstrekkelig tidligere. Som et resultat var psykiske sykdommer udiagnostiserte og utilstrekkelig behandlet og kunne være en betydelig hindring for å oppnå rusfrihet. Det viste seg imidlertid at klientene fikk håp om mulighet til bedring når de fikk forklaring på hvordan ubehandlede psykiske lidelser kunne påvirke deres helsesituasjon (Bouis, et al., 2007, s. 270).

En viktig mestringsferdighet som det ble jobbet med, var utvikling av effektive selvregulerende ferdigheter og effektive sosiale ferdigheter. Ved å oppnå økt selvkontroll, reduserte ikke klientene bare rusbruket men styrket også sosiale relasjoner og forbedret selvtilliten (Bouis, et al., 2007).

For personer som hadde vanskeligheter med å sette ord på sine følelser eller å identifisere problemer, hadde klientene først individuelle samtaler med sin behandler. Deretter tok de opp problemstillingen i gruppen slik at de kunne diskutere med flere hva de skulle gjøre videre. For å identifisere ulike følelser ble det også brukt et følelseshjul (Oggins, 2009).

I modellen ACT Healthy var undervisningen rettet mot å gi klienten en forståelse av forholdet mellom kvalitet og kvantitet når det gjaldt involvering i aktiviteter, depressive symptomer, medisiner av HIV og bruk av rusmidler (Daughters, Magidson, Schuster, & Safren, 2010). Bivirkninger av HIV-medisiner kan inkludere fysiske

symptomer og pasienter med stemningslidelser kan ofte oppleve et behov for å ikke ta disse medisinene, eller å bruke rusmidler for å lindre disse symptomene. Valget om å ta HIV-medisiner ble presentert som et alternativ som etter hvert kunne føre til at bivirkningene kunne avta over tid og ved en jevn medisinerings (Daughters, Magidson, Schuster, & Safren, 2010). I samme modell var det også undervisning i tema som: psykoedukasjon, transport til avtaler, medisiner/oppbevaring av medisiner, takle bivirkninger, kommunikasjon, formulering av mål/målarbeid (Daughters, Magidson, Schuster, & Safren, 2010).

Et av elementene i modellen til Irvine m.fl. (2017) handler om å hjelpe pasienten med koblinger til samfunnets ressurser. Denne hjelpen bestod i å minne klientene på ulike avtaler, hjelpe klientene med å planlegge ulike avtaler og transportere klientene til de ulike avtalene.

I studien til Sacks et al. (2011) ble det beskrevet et ettervernsprogram som blant annet skulle være med for å hjelpe til i overgangen tilbake til samfunnet etter behandling. I programmet fikk klientene som deltok i den eksperimentelle oppfølgingen, i tillegg til standardoppfølgingen, opplæring i ulike verktøy som hjalp dem til å bygge bro mellom de ulike tjenestene. Klientene ble lært å bruke sin forståelse fra «terapeutisk samfunns»-filosofien til å fremme kommunikasjon mellom tjenesteytere. Denne tilnærmingen viste seg å være en rask og effektiv måte å koordinere tjenester på for denne målgruppen.

### **Kulturelt perspektiv:**

To av studiene hadde et eget program for personer med minoritetsbakgrunn (Nebelkopf & Penagos, 2005; Oggins, 2009). I den ene av disse to var målet å øke tilgjengeligheten og den kulturelle følsomheten til psykiske helsetjenester som ble integrert med rusbehandling og HIV/AIDS-tilbudet. Dette programmet forsøkte også å øke henvisninger for personer med minoritetsbakgrunn og ulike helsetjenestene, dette blant annet ved å bruke ansatte med minoritetsbakgrunn og som snakket samme språk som de programmet var for. (Oggins, 2009). Noen klienter deltok også i et program i kulturell sensitivitet som ble utviklet i tilknytning til EPIC-program. Dette programmet tilbød seks to-timers økter med grupper der tema som en diskutere var: kulturhistorie, kulturell og åndelig identitet og effekter av stereotypen og internalisert rasisme. (Oggins, 2009).



Det var også grupper der medlemmene var sammensatt ut fra at de tilhørte samme minoritetsgruppe. Tema som ble tatt opp i disse gruppene var blant annet: kulturhistorie, identitet og rasisme (Oggins, 2009).

Holistic Native Network (HNN) utviklet ulike aktiviteter som resulterte i forbedret livskvalitets og økt tilgang til HIV tjenester for urbefolkningen. HNN var opptatt i alle deler av sitt program å dekke de åndelige, medisinske og psykososiale behovene til urbefolkningen som hadde HIV. I denne modellen var kultur og fellesskap inkludert i alle faser av tjenestetilbudet (Nebelkopf & Penagos, 2005).

### **Oppsøkende tjenester**

Av de elleve studiene som inneholdt ulike programmer eller modeller for koordinert behandling for målgruppen, var det i syv av modellene en variant av oppsøkende virksomhet. Dette var enten i form av hjemmebesøk eller annen ambulant oppfølging (Morgan & Rossi, 2007; Nebelkopf & Penagos, 2005; Bouis, et al., 2007; Whetten, et al., 2006; Zaller, Gillani, & Rich, 2007; Sacks, McKendrick, Vazan, Sacks, & Cleland, 2011; Irvine, et al., 2017).

Det å foreta hjemmebesøk etter utskrivelse fra institusjonsopphold for å kartlegge behovet til pasienten viste seg å være viktig (Morgan & Rossi, 2007). Ved å gjennomføre et hjemmebesøk kom der frem andre behov enn det som kom frem under kartlegging under sykehusinnleggelsen.

I en annen studie ble det gjennomført hjemmebesøk en måned etter utskrivning. Besøket var av en ansatt fra behandlingsinstitusjonen som kom for å se på klientenes bolig, snakke om økonomi, muligheter for medisinsk oppfølging, og hjelpe klienten med å koordinere ulike ettervernstjenester (Sacks, McKendrick, Vazan, Sacks, & Cleland, 2011).

Programmet «People With Hope» (Sacks m.fl. 2011) brukte oppsøkende virksomhet for å etablere relasjon med de som var nye i programmet, slik at en kunne bygge opp en tillitsfull relasjon før en satte i gang med selve behandlingen. De brukte også oppsøkende virksomhet overfor de som var deltakere i programmet, men som uteble fra enkelte av avtalene (Bouis, et al., 2007).

## 4.0 DISKUSJON

I denne kunnskapsoppsummeringen har jeg kartlagt relevant forskningslitteratur knyttet til mitt forskningsspørsmål: «Hvilke tilnærminger kan identifiseres i forskningslitteraturen som gir somatisk syke ROP-pasienter koordinerte tjenester?».

Jeg har i oppsummeringen identifisert tolv studier. Mine funn viser at det i hovedsak var HIV/AIDS som var den somatiske sykdommen som ROP-pasientene i disse studiene hadde (Bouis, et al., 2007; Daughters, Magidson, Schuster, & Safren, 2010; Morgan & Rossi, 2007; Nebelkopf & Penagos, 2005; Oggins, 2009; Irvine, et al., 2017; Maskay, et al., 2018; Sacks, McKendrick, Vazan, Sacks, & Cleland, 2011; Whetten, et al., 2006; Zaller, Gillani, & Rich, 2007). I de to siste studiene var den somatiske sykdommen Hepatitt C (Gallucci & Smolinski, 2001; Evon, et al., 2011)

Resultatene viser at ti av studiene er gjennomført i perioden 2001- 2011, mens de to siste er gjennomført i 2017-2018.

Elleve av studiene presenterte ulike program/modeller der målsettingen var å gjøre tjenestene for pasienter med ulike somatiske sykdommer, ruslidelser og psykiske lidelser koordinerte. Funnene viser at det var ulike måter å organisere modellene/programmene på. En måte var at de ansatte som arbeidet i forhold til rusproblematikken og den psykiske lidelsen var organisert i et system, mens de som arbeidet i forhold til den somatiske lidelsen tilhørte et annet system (Bouis, et al., 2007; Whetten, et al., 2006; Zaller, Gillani, & Rich, 2007). I to av programmene var imidlertid alle tjenester knyttet til behandling av rusproblemer, psykiske lidelser og HIV/AIDS inkludert i en organisasjon (Nebelkopf & Penagos, 2005; Oggins, 2009)

Resultatene mine viser at kommunikasjon og fordeling av ansvar (Bouis, et al., 2007; Gallucci & Smolinski, 2001; Irvine, et al., 2017; Morgan & Rossi, 2007; Whetten, et al., 2006), planarbeid (Bouis, et al., 2007; Gallucci & Smolinski, 2001; Whetten, et al., 2006; Sacks, McKendrick, Vazan, Sacks, & Cleland, 2011) og til slutt - støtte opp om mål for egenomsorg og hjelp til koblinger til samfunnets ressurser (Bouis, et al., 2007; Daughters, Magidson, Schuster, & Safren, 2010; Evon, et al., 2011; Irvine, et al., 2017) var viktige koordineringsaktiviteter i de ulike programmene/modellene.

Studieresultatene viser også at det i syv av de elleve modellene/programmene var ulike varianter av oppsøkende virksomhet (Morgan & Rossi, 2007; Nebelkopf & Penagos,

2005; Bouis, et al., 2007; Whetten, et al., 2006; Zaller, Gillani, & Rich, 2007; Sacks, McKendrick, Vazan, Sacks, & Cleland, 2011; Irvine, et al., 2017).

To av artiklene, (Bouis, et al., 2007; Whetten, et al., 2006) bygger på samme studie. I Whetten et al. (2006) ble de kvantitative resultatene beskrevet, og her står det blant annet: «In addition, the study results may not be as relevant to other areas outside the Southeast, where cultural and social climates may differ» (Whetten, et al., 2006, s. 24).

Denne kunnskapsoppsummeringen viser at det er gjort lite forskning på feltet. Flere av studiene som er inkludert i oppsummeringen er små og gjennomført av et fåtall forskere, og alle studiene er gjennomført i USA. Av tolv studier er det to som har et randomisert kontrollert studiedesign (RCT). Mangel på RCT-studier gjør det vanskelig å trekke konklusjoner om årsakssammenhenger.

Men tross dette, tyder mine funn på at når en har en koordinert og helhetlig tilnærming, der en ser både på rusproblemet, den psykiske lidelsen og somatisk helse samtidig, kan dette tenkes å ha en positiv innvirkning på pasientene.

Jeg vil videre i denne delen drøfte de funnene jeg har gjort knyttet til de ulike koordineringsaktivitetene beskrevet i resultatdelen. Deretter vil jeg diskutere hvilken betydning kulturperspektivet og oppsøkende virksomhet kan ha for koordinerte tjenester for målgruppen.

### **Kommunikasjon og avklaring av ansvar.**

Når man skal beskrive en koordineringsaktivitet, kan det være nyttig å vurdere hvilke deltakere som samhandler, hvilke interesse som skal måles, og hvilket perspektiv man skal måle interaksjonen fra. For eksempel kan tiltak knyttet til kommunikasjon fokusere på kommunikasjonen mellom pasienter/familie og helsepersonell, mellom et team av helsepersonell, eller kommunikasjonen på tvers av sektorer, organisasjoner eller enheter (McDonald, et al., 2014).

Somatisk syke ROP-pasienter har flere aktører de må forholde seg til (Gallucci & Smolinski, 2001), og de ulike aktørene rapporterer til ulike organisasjoner (Sacks, McKendrick, Vazan, Sacks, & Cleland, 2011). «Because of the interdependence between HIV and behavior health, treatment of triply diagnosed individuals requires strong collaboration between these distinct systems of care» (Whetten, et al., 2006, s. 20). For å få til gode og koordinerte tiltak viser mine funn at de ansatte må

kommunisere både internt i avdelingen, men også eksternt med andre tjenestetilbud som følger opp samme pasient (Zaller, Gillani, & Rich, 2007; Irvine, et al., 2017).

Kommunikasjon kan skje muntlig i form av interne rapport-/overlappingsmøter eller eksternt med samarbeidspartnere via telefon. Den kan også skje skriftlig i form av interne journalnotater eller eksterne rapporter (Storm, Siemsen, Laugaland, Dyrstad, & Aase, 2014).

Et aspekt knyttet til kommunikasjon er nødvendigheten av å formidle felles informasjon om pasienten mellom alle ansatte som jobber med vedkommende, og avklare ansvar (Bouis, et al., 2007; Morgan & Rossi, 2007; Whetten, et al., 2006). Det kan være viktig i forbindelse med medisinerings. I behandling av f.eks. HIV kan enkelte medikamenter gi bivirkninger som kan identifiseres av pasienten som psykiske lidelse, f.eks. depresjon. Det kan også være enkelte HIV-medikamenter som kan være farlige å kombinere sammen med f.eks. medikamenter for psykiske lidelser. Det er da viktig å ha felles møter der medisinerings er tema. «Consultation between the medical provider and the psychiatric medications was critical to ensure that the psychiatric medications were compatible with the client's HIV-related medications, as the potential for drug interactions is high and potentially dangerous» (Bouis, et al., 2007, s. 276).

Når de ansatte snakker sammen kan det også være med på å hindre at pasienten setter de ulike faggruppene opp mot hverandre (Morgan & Rossi, 2007).

Tilgang til informasjon utover eget tjenesteområde krever teknologi for utveksling av helseinformasjon som samhandler mellom de ulike tjenesteområdene, gjennom f.eks. elektroniske helsejournal (Dixon, Embi, & Haggstrom, 2018). Det er viktig å få pasienten til å gi samtykke slik at de ulike samarbeidspartnere rundt pasienten kan dele nødvendig informasjon. Dette er et viktig prinsipp, og kanskje ekstra viktig overfor denne målgruppen som kan ha med seg mange negative erfaringer fra tidligere. Dette prinsippet kan imidlertid være en kilde til frustrasjon for de ansatte, særlig i de tilfeller der pasienten ikke ønsker å gi samtykke til å dele informasjon.

En barriere som kan være et hinder for koordinering av tjenester for pasienter med trippeldiagnose, er ulikheter i utdanning og opplæring av fagfolkene som arbeider på de forskjellige feltene. I studien til (Bouis, et al., 2007) og (Whetten, et al., 2006) kom det

frem at det var ansatte med sosialfaglig bakgrunn som har ansvaret for rusbehandlingen, mens det var ansatte med helsefaglig bakgrunn som har ansvaret for HIV-medisinene og psykisk helse. Med forskjellig utdanning kan de ansatte også ha ulikt «fagspråk», noe som kan føre til ulik forståelse av en situasjon og dermed ulik kommunikasjon.

The clinical social worker surmounted these obstacles by continually examining the providers needs and views and incorporating these into the intervention as much as possible, by establishing open lines of communications, and by offering empathy and support. To further facilitate collaboration, clinical social workers offered informal and formal training in working with substance users (Bouis, et al., 2007, ss. 276-277).

### **Lage/vedlikeholde og følge opp endringer i pasientens behandlingsplaner.**

Behandlingsplan/planarbeid viser seg å være en viktig koordineringsaktivitet for målgruppen i en rekke av studiene som er inkludert (Bouis, et al., 2007; Gallucci & Smolinski, 2001; Whetten, et al., 2006; Zaller, Gillani, & Rich, 2007). En behandlingsplan inkludert mål for behandlingen lages i samarbeid mellom ansatte og pasient.

Plans may include assessment of substance-use and mental health treatment needs, referral to treatment, assistance with supportive service such as housing, transportation and insurance coverage and linkage with local AIDS service providers for more intensive case managements services (Zaller, Gillani, & Rich, 2007, s. 1129).

Den ansatte bør gi pasienten individuell opplæring i hvordan å utarbeide planer inkludert hvordan å lage mål i de situasjonene der pasienten har behov for slik opplæring. I behandlingsplanen må det også komme frem hvordan samarbeidet med andre fagpersoner skal foregå (Whetten, et al., 2006).

En behandlingsplan skal være med på å bidra til å identifisere områder der det mangler koordinering. Videre skal en behandlingsplan følges opp kontinuerlig og endres når mål nås. (McDonald, et al., 2014). En behandlingsplan eller behandlingskontrakt kan være til hjelp for både pasient og personell i f.eks. oppstart av et avansert behandlingsregime (Gallucci & Smolinski, 2001). I studien til Bouis (2007) og Whetten (2006) kom det frem at en behandlingsplan også kan være med på å bidra med å styrke klientens motivasjon for behandling.

Mennesker med behov for langsiktige og koordinerte tjenester har i enkelte land, slik som for eksempel USA, Storbritannia og Norge, rett til en individuell behandlingsplan. Målet med en individuell behandlingsplan er å sikre kontinuitet i behandlingen og å gi tjenester ut fra individuelle behov, ressurser og mål (Storm & Edwards, 2013). Målet er også å gi informasjon om pasientens behandlingsmål, og være med og forplikte de ulike tjenestene som er involvert i behandling og oppfølging (Storm & Edwards, 2013; Gallucci & Smolinski, 2001). En slik plan kan også være med på å gjøre tjenestene mer effektive, ved at de ulike aktørene vet hvem som gjør hva og at dette dermed kan medfører at en slipper å gjøre dobbeltarbeid. Det kan imidlertid tenkes at noen av aktørene i pasientens nettverk ikke ser nytten av en behandlingsplan dersom ikke alle har tilgang til den, og dermed ikke har kjennskap til hva som er målet til pasienten. Det kan også antas at den ansatte i enkelte tilfeller ikke har nødvendig kompetanse i å formulere mål eller har nok kunnskap om hvordan å jobbe planmessig. Dersom den ansatte mangler kompetanse i å jobbe systematisk kan det muligens bidra til at dette arbeidet ikke prioriteres.

Å jobbe systematisk og formulere mål kan også være en utfordring for pasienten. Det er allikevel viktig at det er pasientens egne mål som kommer frem i en behandlingsplan (Bouis, et al., 2007; Whetten, et al., 2006). Pasientenes målsettinger kan være knyttet til mer grunnleggende behov, slik som bolig og økonomi. Det å hjelpe pasienten til å se sammenhenger mellom de grunnleggende behovene, og det å f.eks. redusere rusbruken eller å gjennomføre en medikamentell behandling for en somatisk sykdom, blir viktig for den ansatte. (Bouis, et al., 2007)

En behandlingsplan er et levende dokument (McDonald, et al., 2014), det er derfor viktig at planen tas opp og korrigeres når pasienten enten har nådd sitt mål, eller når det blir identifisert nye områder som behøver koordinering. Zaller m.fl. beskriver i sin studie bruken av behandlingsplan gjennom hele behandlingsperioden (Zaller, Gillani, & Rich, 2007).

### **Støtte opp om mål for egenomsorg og hjelp til koblinger til samfunnets ressurser**

De to siste koordineringsaktivitetene som jeg fant er viktig i arbeidet med denne pasientgruppen, er å støtte opp om mål for egenomsorg og hjelp til koblinger til

samfunnets ressurser (Bouis, et al., 2007; Daughters, Magidson, Schuster, & Safren, 2010; Whetten, et al., 2006). Dette handler om å istandsette pasienten gjennom informasjon, trening eller coaching til å kunne gjennomføre oppgaver knyttet til sin totale situasjon. Denne opplæringen skal skje innenfor pasientens kapasitet og preferanser om involvering i egen omsorg (McDonald, et al., 2014). I mine funn var det ulike tema som det ble undervist om: undervisning /opplæring i sosiale ferdigheter (Whetten, et al., 2006), lære teknikker for å mestre stress og tåle vonde følelser, hvordan bygge nettverk og utvikling av selvtillit og selvfølelse (Bouis, et al., 2007) og hjelpe klienten med å ta ansvar for å ivareta sine egne behov for hjelp (Sacks, McKendrick, Vazan, Sacks, & Cleland, 2011).

Helse handler også om evnen til å tilpasse seg, evnen til å takle ulike situasjoner og evnen til egenomsorg (Leijten, et al., 2017). Opplæring innen bruk av medisiner kan være et av de områdene som er nyttig for somatisk syke ROP-pasienter. Gjennom opplæring får pasientene viktig kunnskap om både virkninger og mulige bivirkninger. «The choice to take their medication is presented as an alternative that will ultimately decrease negative mood over time via a reduction in physical side effects that occurs with consistent medication adherence» (Daughters, Magidson, Schuster, & Safren, 2010, s. 311). Det kom også frem i en studie at for denne pasientgruppen som hadde tre ulike diagnoser, var det viktig at undervisningen var knyttet til alle tre diagnosene, samt at de fikk undervisning om hvordan de ulike diagnosene virker inn på hverandre (Whetten, et al., 2006)

Det har tradisjonelt vært vanlig å ha opplæring knyttet til hvordan å leve med ulike sykdommer og da har det vært enten rettet mot somatiske sykdommer eller mot psykiske lidelser. Det har vært få program som ser på samsykdom innen psykisk lidelse og somatisk sykdom (Bartels, DiMilia, Fortuna, & Naslund, 2018). I en systematisk oppsummering kom det imidlertid fram ulike program som kombinerte opplæring av somatisk sykdom kombinert med psykisk lidelser. I disse programmene var noen av emnene: ernæring, håndtering av medisiner, trening, psykoedukasjon og formulering av mål/målarbeid (Bartels, DiMilia, Fortuna, & Naslund, 2018).

Foruten å se på aktuelle tema for undervisning, kan det også være aktuelt å tenke på formen på undervisningen for målgruppen. Det kan tenkes at alternative

undervisningsformer, slik som rollespill og praktiske øvelser (Sacks, McKendrick, Vazan, Sacks, & Cleland, 2011) er bedre metoder. Det kan også tenkes at det er aktuelt å vurdere lengden på en undervisningstime for målgruppen. En må kanskje ha korte intervaller og hyppige samlinger, samtidig som informasjonen må gjentas flere ganger. Det kan også tenkes at når det gjelder denne målgruppen så må en reise ut til pasientene istedenfor å forvente at pasienten kommer inn på kontoret eller inn i undervisningsrommet.

### **Kulturperspektiv**

To av programmene henvendte seg til minoritetsbefolkning i USA, og tok spesielt opp det kulturelle perspektivet (Nebelkopf & Penagos, 2005; Oggins, 2009). Med kulturelt perspektiv kommer det frem at at tradisjoner og ulike former for ritualer var viktige. «Clients also liked coming to EPIC to learn about different cultures, where ethnic food and artifacts could serve as a springboard to talk about cultural values» (Oggins, 2009, s. 167). «These traditional ceremonies are being used to improve the quality of life for clients and to supplement the western medicine provided at the clinic» (Nebelkopf & Penagos, 2005, s. 262).

I disse programmene var det også ansatte som har samme kulturbakgrunn og som snakket morsmålet til pasientene. «A Spanish-speaking therapist could help them discuss their feelings in their own language, and could explain why it was important to deal with feelings when clients had practical aims finding work» (Oggins, 2009, s. 167). «Staff members are themselves Native, two-spirit HIV positive or affected and/or committed to maintain a rich, safe and supportive environment that is culturally relevant» (Nebelkopf & Penagos, 2005, s. 263)

I Dahlgren og Whiteheads sosiale helsemodell (Mæland, 2016) kommer det frem at kulturelle forhold også er med på å påvirke helsen. Det å ha tilhørighet til en kultur, enten dette dreier seg om en minoritetskultur, et religiøst samfunn eller en frivillig organisasjon, kan tenkes å være med på å stimulere til ulike opplevelser og aktiviteter som kan være med på å inkludere den enkelte inn i et positivt fellesskap.

Grunnlaget for koordinert omsorg er en helhetlig forståelse av pasientens helse som også inkluderer en forståelse av blant annet det miljøet eller den kulturen vedkommende



befinner seg i (Leijten, et al., 2017). Som resultatene viser har begge disse to programmene ansatte med samme kulturbakgrunn. Når vi snakker om kultur knyttet til målgruppen somatisk syke ROP-pasieter kan man også tenke på rusmiljøet eller en sengepost på en psykiatrisk avdeling som en egen kultur. Det kan tenkes at på samme måte som disse studiene viser at felles språk og kulturbakgrunn er viktig, kan støtte fra likemenn, dvs. personer som har egenerfaring innen rusproblemstikke og/eller psykisk sykdom, være et viktig element for å bedre koordineringen for målgruppen. I en studie der en så på hvilken rolle en likemann kan ha når det gjaldt koordinering mellom tjenester innen psykisk helse og somatisk helse kom det frem at en likemann kan ha ulike roller. Disse rollene var: Å være en talsmann for pasienten på tverrfaglige møter, dele av sin egenerfaring - blant annet hvordan navigere i systemet, forberede pasienter på kommende avtaler og vise gjensidighet med bruker (Storm M. , Fortuna, Brooks, & Bartels, 2020) Det kan tenkes at for en somatisk syk ROP-pasient kan det være viktig å ha både profesjonelle hjelpere i sitt nettverk, men også en likemann som kan være en støtte og hjelp til å navigere i systemet.

### **Ambulant virksomhet**

Som det kom fram i resultatdelen var det flere av programmene (Morgan & Rossi, 2007; Nebelkopf & Penagos, 2005; Bouis, et al., 2007; Whetten, et al., 2006; Zaller, Gillani, & Rich, 2007; Irvine, et al., 2017) som hadde ulike former for oppsøkende virksomhet, enten i form av hjemmebesøk eller i form av team som drev ambulant virksomhet. I den definisjonen av koordinering som jeg har brukt i denne oppgaven kommer det blant annet frem at koordinering er en organisering av pasientaktiviteter mellom ulike deltakere (inkludert pasienten) som skal legge til rette for riktig form for helsetjenester for pasienten (McDonald, et al., 2014).

Pasienter i denne målgruppen kan ha problemer i forbindelse med transport til avtaler (Daughters, Magidson, Schuster, & Safren, 2010), og de kan ha problemer med å huske avtalene. (Zaller, Gillani, & Rich, 2007). Resultatene viste at oppsøkende virksomhet også ble brukt for å etablere kontakt med nye pasienter (Nebelkopf & Penagos, 2005; Irvine, et al., 2017) eller for å oppnå kontakt med pasienter som hadde uteblitt fra avtaler (Irvine, et al., 2017).

Det kan også tenkes at pasientene kan ha problemer med å komme innenfor faste åpningstider, med å sitte på venterom eller med å bestille timer osv. Oppsøkende virksomhet der en f.eks. reiser hjem til pasientene for å hente de til medisinske

undersøkelser, kan være en form for oppfølging som gjør at somatisk syke ROP-pasienter kan klare å ivareta helsen sin på en bedre måte.

Ved å gjennomføre hjemmebesøk kan den ansatte observere og identifisere aktuelle områder som pasienten trenger oppfølging til og som ikke nødvendigvis ville kommet frem gjennom samtaler på et kontor (Morgan & Rossi, 2007). Når en gjennomfører hjemmebesøk kan det også være større sannsynlighet for å møte pasienten sammen med familie og det kan på den måten være mulig å mobilisere ressurser i pasientens nettverk og finne fram til andre løsninger enn når en bare forholder seg til pasienten alene uten nettverket (Helsedirektoratet, 2013).

#### **4.1 Kunnskapsoppsummeringens validitet og overførbarhet**

*Scoping review* eller en kartleggingsoversikt (Malterud, 2017), er en nyere måte å gjennomføre kunnskapsoppsummeringer på. Imidlertid er det variasjon både i definisjon, terminologi og metodikk, noe som er med og begrenser potensialet i denne formen for kunnskapsoppsummering (Colquhoun, et al., 2014).

Selv om en *scoping review* vil trenge noen analytiske rammer eller tematisk konstruksjon for å presentere en narrativ beskrivelse av eksisterende litteratur, er det ikke gjort noe forsøk på å «vekke» et spesielt syn knyttet til de ulike funnene i forhold til spesielle intervensjoner eller politikk. Dette fordi *scoping review* ikke forsøker å vurdere kvalitet på de enkelte studiene, og kan derfor ikke avgjøre om spesielle studier gir robuste eller generaliserbare funn (Arksey & O'Malley, 2005 ). Jeg har i min studie valgt å ikke vurdere kvaliteten på de inkluderte studiene.

Jeg har fulgt rammeverket til Arksey & O'Malley (2005) og det skal være med å bidra til at det er konsistens i hele forskningsprosessen. I min studie har jeg inkludert tolv vitenskapelige studier. Jeg kan ikke finne eksplisitt i rammeverket til Arksey & O'Malley at det er gitt noen anbefalinger om antall studier som skal være med i en *scoping review* (Arksey & O'Malley, 2005 ). Min veileder har imidlertid anbefalt at jeg har med mellom 10-15 vitenskapelige artikler i denne masteroppgaven.

I denne kunnskapsoppsummeringen er alle studiene gjennomført i USA. Kultur, organisering av tjenestene og finansiering av helsevesenet i USA kan gi begrensninger

med tanke på hvor representative disse studiene er, og hvilken overførbarhetsverdi de har til norske forhold.

#### **4.2 Studiens svakheter og styrker**

Det er ulike former å gjennomføre en kunnskapsoppsummeringer på, men et fellestrekk er at forskningslitteraturen leses grundig og kritisk, og at en har en bred kartlegging av det forskningsfeltet en ønsker å undersøke (Malterud, 2017).

*Scoping review* brukes når en skal identifisere litteratur der man trenger å oppnå både et dyptgående og bredt resultat. Datainnsamlingen styres av krav om å identifisere all relevant litteratur uavhengig av studieutforming. (Arksey & O'Malley, 2005 ). I min litteraturgjennomgang viser datainnsamlingen at det er et behov for økt forskning når det gjelder koordinering av tjenester for somatisk syke ROP-pasienter. Kunnskapsgrunnet i denne studien er begrenset, men positivt.

Når det gjelder somatiske sykdommer har jeg i min gjennomgang bare funnet relevant fagfelleverderte forskningsartikler som omhandler forskning knyttet til HIV/AIDS og Hepatitt C. Da jeg startet på denne oppsummeringen hadde jeg en forforståelse av at det kunne være flere ulike somatiske sykdommer, slik som diabetes, kols eller ulike former for kreft, som kunne være aktuelle. Hvorfor jeg endte opp med kun to somatiske sykdommer, kan være en av studiens svakheter, og ha sin bakgrunn i de søkeordene og søkebasene jeg har brukt.

Det kan være en svakhet i denne studien at jeg ikke har gjennomført en kunnskapsoppsummering tidligere. Jeg gjennomførte imidlertid flere testsøk, og fikk hjelp av bibliotekar ved UiS to ganger. Bibliotekar gikk gjennom deler av søkene for å kvalitetssikre at jeg hadde gjort søkeprosessen riktig. Det var allikevel jeg som fant de enkelte søkeordene både på norsk og engelsk. Jeg brukte ulike litteratur for å finne de norske søkeordene, og valgte å oversette disse via ordbok. Jeg ser i ettertid, ut fra treffene, at det kan stilles spørsmål ved om jeg har valgt riktige engelske søkeord.

Når det gjelder søkebase, tok jeg utgangspunkt i tre baser som inneholder vitenskapelige artikler innen helse. Det kunne nok ha styrket studien om jeg også hadde gjort søk i søkebasen som omhandler vitenskapelige artikler innen sosiale tjenester.

Når en gjør en *scoping review* kan en avklare inklusjons- og eksklusjonskriteriene etter at man har gjennomført søkene, dvs. post hoc (Arksey & O'Malley, 2005 ). Dette har medført at jeg har kunnet gjøre endringer underveis på kriterier som jeg ikke hadde tenkt gjennom grundig nok før jeg startet på søkene.

Når en gjennomfører en *scoping review* kan en bruke flere kilder for å identifisere studier som er relevante (Arksey & O'Malley, 2005 ). Jeg valgte imidlertid å bare bruke elektroniske databaser i min oppgave. Dersom jeg også hadde valgt å gå gjennom referanselisten på de inkluderte studiene, kunne det være at jeg hadde fått et større antall studier.

Da jeg hadde gjennomført de elektroniske søkene, var veileder med på å lese deler av titlene og abstraktene, dette er en styrke med tanke på at vi da var to som vurderte innholdet i henhold til inklusjonskriteriene. Svakheten er at jeg var alene med å lese artiklene i fulltekst, men dette er en masteroppgave som skal skrives individuelt.

Dette var en kunnskapsoppsummering der jeg så på koordinerte tjenester til somatisk syke ROP-pasienter. En styrke i oppgaven kan da være at jeg har anvendt Care Coordination Measures Atlas (McDonald, et al., 2014) som rammeverk. Dette er ikke et rammeverk som er utarbeidet for målgruppen, men koordineringsaktivitetene som inngår er generiske og relevant for ulike pasientgrupper. En svakhet er imidlertid at jeg ikke har klart å identifisere alle de ni koordineringsaktivitetene i de inkluderte studiene.

Til slutt kan en svakhet i studiene være min kjennskap til det amerikanske helsevesen, som er begrenset. Alle resultatene fra studiene er som nevnt tidligere fra USA. Når jeg ikke kjenner til organiseringen av helsevesenet i USA, har jeg tolket resultatene ut fra en norsk kontekst, noe som kan ha medført at det er nyanseringer og forhold som jeg ikke har klart å fange opp.

## **5.0. AVSLUTNING**

Som en avslutning på oppgaven vil jeg i dette kapitlet sammenfatte denne studiens bidrag til kunnskap, i tillegg vil jeg gjøre noen vurderinger omkring implikasjoner for praksis og videre forskning.

### **5.1 Konklusjon**

I denne studien har jeg gjort en oppsummering av allerede eksisterende empiriske studier hvor jeg har identifisert ulike tilnærminger som kan gi somatisk syke ROP-pasienter koordinerte tjenester.

*Scoping review* var relevant som metode og bidro til utvidet kunnskapen om hva som kan være nyttige koordineringstiltak for somatisk syke ROP-pasienter. Da jeg startet arbeidet med denne oppgaven, hadde jeg en forforståelse av at metoder/modeller der alle tjenestene var samlet i en organisasjon kunne være mer nyttige for målgruppen. Funnene viste imidlertid at ulike koordineringsaktiviteter mellom de forskjellige systemene som var involvert i oppfølging av pasienten, hadde betydning for i hvilken grad tjenestene kunne sies å være koordinerte.

De koordineringsaktivitetene jeg fant var:

- Kommunikasjon og avklaring av ansvar
- Lage/vedlikeholde og følge opp endringer i pasientens behandlingsplaner
- Støtte opp om mål for egenomsorg og hjelp til koblinger til samfunnets ressurser

Funnene viste også at ambulante tjenester i ulike former var viktig for å nå denne målgruppen. Et funn som skilte seg ut, var kulturperspektivets betydning for målgruppen.

### **5.2 Studiens implikasjoner for praksis og videre forskning**

De studiene som er med i denne kunnskapsoppsummeringen er alle fra USA, noe som gjør det vanskelig å bedømme om alle funnene i samme grad er aktuelle i norsk kontekst.

Vi har i Norge har hatt et økende fokus på ROP-pasienter, blant annet er det utarbeidet en nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser (Helsedirektoratet, 2012). Til tross for dette viste det landsomfattende tilsynet som Statens helsetilsyn gjennomførte i

2017 og 2018 at det er svikt i tjenestene til denne målgruppen (Helsetilsynet, 2019). Tilsynet viste at det ble gjort mangelfull kartlegging av rusmiddelbruk blant denne pasientgruppen, og det ble lagt for lite vekt på somatisk helse. Dette gjaldt for tjenestene både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten (Helsetilsynet, 2019).

Jeg mener imidlertid at funnene som er gjort i denne kunnskapsoppsummeringen knyttet til ulike koordineringsaktivitetene er aktuelle også i norsk kontekst.

Somatisk syke ROP-pasienter må også i Norge forholde seg til flere ulike systemer. Kommunikasjon og avklaring av ansvar mellom de ulike involverte aktørene er derfor viktig. Tilgang til informasjon utover eget tjenesteområde krever både samtykke fra pasienten og tilgang til teknologi. I henhold til dagens lovverk kan man ikke dele informasjon dersom pasient ikke gir sitt samtykke. I enkelte saker kan dette være både utfordrende og krevende, og kan medføre at pasienten får manglende koordinerte tjenester. Dette fordi tjenestene ikke kan samarbeide for å f.eks. avklare hvem som gjør hva, eller fordi man ikke kan dele aktuell informasjon.

Når det gjelder tilgang til teknologi finnes det ulike elektroniske journalsystem. I en kommune kan det være ulike deler av tjenesteapparatet som har tilgang til ulike deler av journalsystemet. Kommunen kan også ha ulike journalsystem innad i de forskjellige tjenestene som ikke automatisk kommuniserer med hverandre. I tillegg kan det være ulike elektroniske journalsystemene mellom kommune og spesialisthelsetjenesten som heller ikke automatisk kommuniserer med hverandre. Utfordringen kan være at det er opp til den enkelte kommune å velge hvilket pasientjournalsystem en vil bruke. Det kan tenkes at dersom det var enighet om bruk av et felles pasientjournalsystem mellom f.eks. kommune og spesialisthelsetjenesten ville deler av kommunikasjonen, slik som oppdaterte medisinalister, gjøre koordineringen mellom tjenestene bedre.

Systematisk og målrettet arbeid kan være nyttig også for denne målgruppen, og det finnes ulike verktøy som kan brukes i den forbindelse. Det kan f.eks. være bruk av ansvarsgrupper, behandlingsplaner eller Individuell Plan (IP). I Norge har pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester en lovfestet rett på en IP. Pasienten har imidlertid også rett til å takke nei til IP. Det kan antas at det å kommunisere på en slik måte at pasienten ser nytten av en IP er en viktig oppgave for de ansatte i de ulike

virksomheter. Selv om en pasient f.eks. i starten av en relasjon sier nei takk til IP, kan det tenkes at dersom man tar opp dette temaet på ny i ulike sammenhenger kan det være på sikt en mulighet for at pasienten ser nytten av IP. Det kan imidlertid tenkes at de ansatte ikke har kompetanse når det gjelder målarbeid eller det å jobbe planmessig, og at de av den grunn ikke tar opp igjen temaet når pasient først har takket nei til en IP. Selv om en plan i seg selv ikke løser hverken pasientens behov for f.eks. bolig, eller samarbeidsproblemer mellom de ulike instansene som skal samarbeide rundt pasienten, er det å jobbe systematisk etter min mening viktig for å få fremdrift. Ved å ha en plan får de ulike instansene oversikt over pasientens mål, hvilke ressurser pasienten har og hvem som er viktige ressurspersoner for pasienten i hans/hennes nettverk. Det er selvsagt også av betydning hvordan samarbeidet mellom de ulike instansene er. Er det bare effektivitet og resultat som teller, eller er det snakk om å ha prosesser preget av samarbeid.

Både innen spesialisthelsetjenesten og i kommunene er det ulike former for opplæring som skal hjelpe pasienten å håndtere forskjellige kroniske sykdommer, det kan allikevel tenkes at denne opplæringen ikke ser på hvordan flere/ulike diagnoser virker sammen på pasienten. Man kan også stille spørsmål om hvordan opplæringen for denne målgruppen bør skje. Er det bedre med praktisk opplæring istedenfor teoretisk opplæring? Bør vi vurdere lengden på undervisningstimene? Bør undervisningen være på dagtid eller kveldstid? Forventer vi at brukergruppen skal møte opp på et bestemt sted eller reiser vi til de der de er? Jeg tror det er viktig at vi spør pasientene selv om hva som er viktig for dem, slik at vi kan legge opp undervisningen etter deres behov og ikke etter en mal som passer for andre pasientgrupper eller de ansatte.

I videre forskning vil det være av interesse med studier relatert til hvordan koordinering mellom de ulike systemene for denne pasientgruppen fungerer i Norge. Videre hadde det vært interessant med studier som undersøke hvordan tjenestene koordinerer oppfølgingen når det gjelder andre typer somatiske sykdommer/tilstander, slik som f.eks. diabetes eller behandling av alvorlige sår. Til slutt hadde det vært av interesse med studier der en undersøger hva somatisk syke ROP-pasienter og deres pårørende mener må til for at de skal oppleve at tjenestene er koordinerte og sammenhengende her i Norge.

## Referanser

---

- Aakerholt, A., & Nesvåg, S. (2012). *Stortingsmelding om den nasjonale rusmiddelpolitikken. Forløp og kunnskapsoppsummering: tilgjengelighet, kontinuitet og individualisering*. Stavanger: KORFOR- Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest. Hentet fra: <https://helse-stavanger.no/seksjon/korfor/documents/rapporter/publrapport%20forl%C3%B8p%20og%20kunnskapsoppsummering%20tilgjengelighet,%20kontinuitet%20og%20individualisering.pdf>
- Aasen, S. E. (2020). *Medisinske og helsefaglige termer på norsk og engelsk*. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/om-oss/artikkelarkiv/mesh-medical-subject-headings-pa-norsk-og-engelsk>
- Anvik, C. H., Bliksvær, T., Breimo, J. P., Lo, C., Olesen, E., & Sandvin, J. T. (2019). *Forskning om koordinerte tjenester til personer med sammensatte behov - Kunnskapsnotat*. Oslo: Norges forskningsråd. Hentet fra [https://www.forskningsradet.no/siteassets/publikasjoner/kunnskapsnotater/nfr\\_kunnska\\_psnodat\\_koordinerte\\_tjenester\\_lr.pdf](https://www.forskningsradet.no/siteassets/publikasjoner/kunnskapsnotater/nfr_kunnska_psnodat_koordinerte_tjenester_lr.pdf)
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, ss. 19-32 DOI: 10.1080/1364557032000119616.
- Bartels, S. J., DiMilia, P. R., Fortuna, K. L., & Naslund, J. A. (2018). Integrated Care for Older Adults with Serious Mental Illness and Medical Comorbidity: Evidence-based Models and Future Research Directions. *Psychiatr Clin North Am*, ss. 1-14. doi: 10.1016/j.psc.2017.10.012.
- Boland, A., Cherry, G. M., & Rumona, D. (2017). *Doing a systematic review*. Los Angeles, London, New Dehli, Singapore, Washington DC, Melbourne : Sage.
- Bouis, S., Reif, S., Whetten, K., Scovil, J., Murray, A., & Swartz, M. (2007). An Integrated, Multidimensional Treatment Model for Individuals Living with HIV, Mental Illness and Substance Abuse. *Health & social work 32(4)*, ss. 268-278.
- Calsyn, R. J., Klinkenberg, W. D., Morse, G. A., Miller, J., & Cruthis, R. (2004). Recruitment, engagement, and retention of people living with HIV and co-occurring mental health and substance use disorders. *AIDS Care*, 16, ss. 56-70. <https://doi.org/10.1080/09540120412331315286>.
- Colquhoun, H. L., Levac, D., O'Brien, K. K., Straus, S., Tricco, A. C., Perrier, L., . . . Moher, D. (2014). Scoping reviews: time for clarity in definition, methods and reporting. *Journal of Clinical Epidemiology 67*, ss. 1291-1294. [https://www.jclinepi.com/article/S0895-4356\(14\)00210-8/fulltext](https://www.jclinepi.com/article/S0895-4356(14)00210-8/fulltext).
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for future studies .
- Daughters, S. B., Magidson, J. F., Schuster, R. M., & Safren, S. A. (2010). ACT HEALTHY: A Combined Cognitive-Behavioral Depression and Medication Adherence Treatment for HIV-Infected Substance Users. *ScienceDirect, Cognitive and Behavioral Practice*, 17, ss. 309-321.
- Dixon, B. E., Embi, P. J., & Haggstrom, D. A. (2018). Information technologies that facilitate care coordination: provider and patient perspectives. *Translational Behavioral Medicine*, 8 (3), ss. 522-525. DOI: 10.1093/tbm/ibx086.



- Evon, D. M., Simpson, K., Kixmiller, S., Galanko, J., Dougherty, K., Golin, C., & Fried, M. W. (2011). A Randomized Controlled Trial of an Integrated Care Intervention to Increase Eligibility for Chronic Hepatitis C Treatment. *The American Journal of GASTROENTEROLOGY*, 106, ss. 1777-1786. doi: 10.1038/ajg.2011.219;.
- Forskrift om habilitering og rehabilitering. (2011). Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (FOR-2011-12-16-1256). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>
- Fredwall, Terje Emil. (2018). *En oppsummering av kunnskap: "Pasientforløp for personer med samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse"*. Grimstad: Senter for omsorgsforskning.
- Gallucci, G., & Smolinski, J. (2001). Treatment Contracts for Patients With Hepatitis C, Psychiatric Illness, and Substance Abuse. *Psychosomatics* 42:4, ss. 353-355.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008-2009). *Samhandlingsreformen - "Rett behandling- på rett sted- til rett tid"*. (St.meld. nr. 47(2008–2009)) . Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdf/s/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsedepartementet. (2004). *Rusreformen - pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven. (I-8/2004)*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/hd/rus/2004/0017/ddd/pdfv/205998-runds067.pdf>
- Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser Sammensatte tjenester – samtidig behandling. IS-1948*. Oslo : Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2013). *Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser. IS-1957*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2015). *Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator - Nasjonal veileder*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>
- Helsedirektoratet. (2018 a). *Ivaretagelse og ansvar for oppfølging av somatisk helse og levevaner. Pakkeforløp*. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/somatisk-helse-og-levevaner-ved-psykiske-lidelser-og-eller-rusmiddelproblemer>
- Helsedirektoratet. (2018 b). *Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus 2018-2020, IS-2734*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Helsetilsynet. (2019). *Sammenfatning av funn fra to landsomfattende tilsyn i 2017-2018 med tjenester til personer med psykiske lidelse og samtidig rusmiddelproblem - eller mulig samtidig ruslidelse. Rapport nr. 7/2019*. Oslo: Helsetilsynet.
- Hert, M. D., Correll, C. U., Bobes, J., Cetkovich-Bakmas, M., Cohen, D., Asai, I., . . . Leucht, S. (2011). Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of

- medications and disparities in health care. *World Psychiatry*, 10, ss. 52-77.  
<https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2011.tb00014.x>.
- Hjemsæter, A. J., Bramness, J. G., Drake, R., Skeie, I., Monsbakken, B., Benth, J. S., & Landheim, A. S. (2019). Mortality, cause of death and risk factors in patients with alcohol use disorder alone or poly-substance use disorders: a 19-year prospective cohort study. *BMC Psychiatry*, 19, 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2077-8>.
- Irvine, M. K., Chamberlin, S. A., Robbins, R. S., Kulkarni, S. G., Robertson, M. M., & Nash, D. (2017). Come as You Are: Improving Care Engagement and Viral Load Suppression Among HIV Care Coordination Clients with Lower Mental Health Functioning, Unstable Housing, and Hard Drug Use. *AIDS Behav*, 21, ss. 1572-1579. DOI 10.1007/s10461-016-1460-4.
- Kirkehei, I., Leiknes, K. A., Larun, L., Hammerstrøm, K. T., Bramness, J. G., Gråwe, R. W., . . . Waal, H. (2008). "Dobbeldiagnose - alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse. Del 2 Effekt av psykososial behandling. Rapport nr. 25. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenteret for helsetjenester.
- Klinkenberg, W., & Sacks, S. (2004). Mental disorders and drug abuse in persons living with HIV/AIDS. 16 (Supplement 1). *AIDS Care*, ss. 22-42. DOI: 10.1080/09540120412331315303.
- Langås, A.-M. (2014). Kormorbide lidelse ved rusmiddelavhengighet må behandles. *Tidsskrift for Den norske legeforening nr. 9*, s. 918. doi: 10.4045/tidsskr.14.0241.
- Larun, L., Helseth, V., Bramness, J. G., Gråwe, R. W., Haugerud, H., Høie, B., . . . Waal, H. (2007). *Dobbeldiagnoser - alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse. Del 1 Screening og diagnoseinstrumenter. Rapport nr. 21*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Leijten, F. R., Struckmann, V., Ginneken, E. v., Czipionka, T., Kraus, M., Reiss, M., . . . Mølken, M. R.-v. (2017). The SELFIE framework for integrated care for mulit-morbidity. Development and description. *Health Policy* 122, ss. 12-22. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.06.002>.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitativ metasyntese som forskningsmetode i medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget .
- Maskay, M. H., Cabral, H. J., Davila, J. A., Davich, J. A., Marcus, R., Quinn, E. K., & Rajabium, S. (2018). Longitudinal Stigma Reduction in People Living with HIV Experiencing Homelessness or Unstable Housing Diagnosed With Mental Health or Substance Use Disorders: An Intervention Study. *American Journal of Public Health*, ss. 546-551. doi: 10.2105/AJPH.2018.304774.
- Mays, N., Roberts, E., & Popay, J. (2001). Synthesising research evidence. In N.Fulop, P. Allen, A, Clarke, & N. Black (Eds.), *Studying the organisation and delivery of health services: Research methods*. London: Routledge.
- McDonald, K. M., Schultz, E., Albin, L., Pineda, N., Lonhart, J., Sundaram, V., . . . Davies, S. (2014). *Care Coordination Atlas Version 4 (Prepared by Stanford University under subcontract to American Institutes for Research on*. Hentet fra Hentet fra [https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/ccm\\_atlas.pdf](https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/ccm_atlas.pdf)
- McDonald, K. M., Sundaram, V., Bravata, D. M., Lewis, R., Lin, N., Krafr, S. A., . . . Owens, D. K. (2007, Juni). *Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies (Vol. 7: Care Coordination)*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality. [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44015/pdf/Bookshelf\\_NBK44015.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44015/pdf/Bookshelf_NBK44015.pdf).

- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & The, P. G. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLOS Medicine*, 6 (7), ss. 1-6. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>.
- Morgan, B. D., & Rossi, A. P. (2007). Difficult-to-Manage HIV/AIDS Clients With Psychiatric Illness and Substance Abuse Problems: A Collaborative Practice With Psychiatric Advanced Practice Nurses. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 18 (6), ss. 77-84, doi:10.1016/j.jana.2007.06.001.
- Mæland, J. G. (2016). *Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nebelkopf, E., & Penagos, M. (2005). Holistic Native Network: Integrated HIV/AIDS, Substance Abuse and Mental Health Service for Native Americans in San Francisco. *Journal of Psychoactive Drugs*, 37(3), ss. 257-264.
- Oggins, J. (2009, Juni). Engaging Minority Men at HIV Risk in Integrated Mental Health and Drug Treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 41(2), ss. 163-171.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Psykisk helsevernloven. (1999). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (LOV-1999-07-02-62). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>
- Sacks, S., McKendrick, K., Vazan, P., Sacks, J. Y., & Cleland, C. M. (2011). Modified therapeutic community aftercare for clients triply diagnosed with HIV/AIDS and co-occurring mental and substance use disorders. *AIDS Care* 23(12) , ss. 1676-1686. <http://dx.doi.org/10.1080/09540121.2011.582075>.
- Schultz, E. M., & McDonald, K. M. (2014). What is care coordination? *International Journal of Care Coordination*, Vol. 17, ss. 5–24. DOI: 10.1177/2053435414540615 .
- Skeie, I. (2003). Stoffmisbrukernes somatiske og psykiske helse . *Utposten nr. 5* , ss. 12-15.
- Sosialtjenesteloven. (2009). Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (LOV-2009-12-18-131). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2009-12-18-131>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (LOV-1999-07-02-61) <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Stom, M., Husebø, A. M., Thomas, E. C., Elwyn, G., & Zisman-Ilani, Y. (2019). Coordinating Mental Health Services for People with Serious Mental Illness: A Scoping Review of Transitions from Psychiatric Hospital to Community. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Service Research*, ss. 352-367. <https://doi.org/10.1007/s10488-018-00918-7>.
- Storm, M., & Edwards, A. (2013). Models of User Involvement in the Mental Health Context: Intentions and Implementation Challenges. *Psychiatr Q*, ss. 313-327. DOI 10.1007/s11126-012-9247-x.
- Storm, M., Fortuna, K.L., Brooks, J.M., & Bartels, S.J.(2020)Peer Support in Coordination of Physical Health and Mental Health Services for People With Lived Experience of a Serious Mental Illness. *Frontiers in Psychiatry*,11:365, ss.1-7. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00365>

- Storm, M., Fortuna, K. L., Gill, E. A., Pincus, H. A., Bruce, M. L., & Bartels, S. J. (2020). Coordination of Services for People With Serious Mental Illness and General Medical Conditions: Perspectives From Rural Northeastern United States. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, ss. 1-10. <http://dx.doi.org/10.1037/prj0000404>
- Storm, M., Siemsen, I. M., Laugaland, K. A., Dyrstad, D. N., & Aase, K. (2014). Quality in transitional care of the elderly: Key challenges and relevant improvement measures. *International Journal of Integrated Care*, 14 , ss. 1-15. doi: 10.5334/ijic.1194
- Thagaard, T. (2010). *Systematikk og innlevelse - en innføring i kvalitativ metode* . Bergen : Fagbokforlaget - 3.utgave .
- Torrens, M., Rossi, P. C., Martinez-Riera, R., Martinez-Sanvisens, D., & Bulbena, A. (2012). Psychiatric co-morbidity and substance use disorders treatment in parallel system or in one integrated system. *Substance Use & Misuse*, 47, ss. 1005-1014. <https://doi.org/10.3109/10826084.2012.663296>.
- Whetten, K., Reif, S., Ostermann, J., Pence, B. W., Swartz, M., Whetten, R., . . . Eron, J. (2006). Improving health outcomes among individuals with HIV, mental illness, and substance use disorders in the Southeast. *AIDS Care*, 18(Supplement 1) , ss. 18-26. DOI: 10.1080/09540120600839330.
- Wiig, F. L. (2018). *ROP- Nasjonalt kompetansesenter for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse*. Hentet fra Aktuelt: <https://rop.no/aktuelt/stort-gap-i-levialder2/>
- World Health Organization. (2015). *WHO global strategy on people-centred and integrated health services - Interim Report*. Geneva: World Health Organization.
- Zaller, N., Gillani, F. S., & Rich, J. D. (2007). A model of integrated primary care for HIV-positive patients with underlying substance use and mental illness. *AIDS Care*, 19(9), ss. 1128-1133. DOI: 10.1080/09540120701335196.
- Øiern, T. (2017). *ROP Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse*. Hentet fra <https://rop.no/aktuelt/forskersamarbeid-om-somatisk-helse-og-rus>

## Vedlegg 1 - Tabell over inkluderte studier – nøkkelinformasjon

Forfatter, år, opprinnelsesland, (ref.nr.)	Mål/hensikt med studien	Studiedesign	Utvalg/Beskrivelse av informantene	Intervensjon (hva bestod tiltaket av)	Resultater
Daughters, S. m.fl. (2010), USA (nr. 10)	Beskrive gjennomførbareheten av en behandlingsmodell « ACT HEALTHY»	Case studie	Tre informanter i alderen mellom 30-50 år med HIV, psykisk sykdom i form av depresjon, sosial fobi, ulike personlighetsforstyrrelser og rusmiddelavhengighet	Kombinasjon av atferdsaktivert behandling for depresjon med en CBT-intervensjon for HIV medisineringsfor personer i rusbehandling	To informanter viste framgang for alle tiltakene, mens en informant ble avsluttet før fullførte behandlingen på grunn av bruk av rusmidler.
Morgan & Rossi (2007), USA (nr. 27)	Å beskrive bruken av en samarbeidende, delt behandlingsmodell i omsorgen for komplekse klienter med HIV og samtidig psykisk lidelse og rusproblemer	Case studie	Case 1: Kvinne, 42 år: HIV positiv, hepatitt B og C, misbruker rusmidler og har psykisk lidelse  Case 2: Kvinne 42 år: Aids, astma, kronisk smertesyndrom, rusmiddelavhengig med psykiske lidelser blant annet kronisk suicidal med flere alvorlige suicidforsøk og PTSD.  Case 3: Mann, 61 år: Aids, alkoholavhengighet og panikk lidelse	En behandler var ansvarlig for den medikamentelle behandlingen, mens en annen behandler var ansvarlig for psykoterapien	Klinisk læring, case 1: Viktig med god støtte for behandlere av denne målgruppen.  Klinisk læring case 2: Forfatterne tror* at denne kvinnen fant en viss tilfredshet med å bo i egen leilighet, gjenoppta kontakten med barna sine og at hun følte seg ivaretatt av behandlerne sine. * Kvinnen døde innen studien ble avsluttet.  Klinisk læring case 3: Dette er et godt eksempel på hvordan en ved hjelp av planlegging og forebygging

					av omfattende problemene kan hindre fremtidig sykehusinnleggelse.
Bouis, S. m.fl. (2007), USA (nr. 4)	Beskrive en modell for koordinert behandling for personer som er HIV positive og som samtidig har rusproblemer og psykiske lidelser	Kvalitativt studiedesign. Studiedeltakerne gjennomførte intervju ved baseline og hver tredje måned i løpet av behandlingsåret.	141 personer. 56% menn, 44% kvinner. 79 % var afro-amerikanere. Brukerne hadde alvorlig psykisk lidelse, rusavhengighet og hiv.	Behandlingsform med individuell- og gruppeterapi samt medisinerings.	Forutsetning for velfungerende modell: Felles/lik tilnærming til pasienten, gjensidig forsterkning av pasientens mål og effektiv kommunikasjon mellom de ulike faggruppene.
Whetten m.fl. (2006), USA (nr. 34)	Å evaluere effekten av en integrert behandlingsmodell for personer med HIV som også bruker rusmidler og har psykiske lidelser.	Kvantitativ studiedesign. Studiedeltakerne gjennomførte undersøkelser ved baseline og hver tredje måned i løpet av behandlingsåret.	141 deltakere. Over tre fjerdedeler av deltakerne var afroamerikanske, og majoriteten var mannlige. Deltakerne var overveiende i 30- og 40-årene.	Behandlingsform med individuell- og gruppeterapi samt medisinerings.	Av deltakerne sank antallet som gjennomførte intervjuene fra 121 etter 3 mnd. til hhv. 100 for 9-måneders intervjuet og 104 for 12 måneders intervjuet. Det var ingen statistisk signifikante forskjeller i demografi eller psykiske lidelser og rusmiddelbruk mellom de som fullførte og de som ikke fullførte tolv måneders intervjuene.
Maskay, m.fl. (2018), USA (nr. 25)	Å undersøke om en intensiv klientsentrert intervensjon vil fremme endring i opplevd stigma blant personer med HIV, psykisk lidelse og	Kvantitativt design. Del av et nasjonalt intervensjonsprosjekt der en hentet data fra 6 ulike steder i USA fra september 2013 til februar 2017. Deltakerne svarte på spørreskjema før de startet opp (baseline) i studien.	Det var 548 deltakere i studien, 69.7% var i alderen 31 - 54 år. 75,9 % var menn. Moderat til høy risiko for bruk av rusmidler.	Felles elementer var (1) en koordinatorer som jobbet for å gi klientene målrettet omsorg, (2) god tilgang og kobling mellom tjenester innen HIV-omsorg og andre aktuelle tjenester, (3) medisinsk behandling av	Det viktigste resultatet fra denne studien var brukernes oppfattelse av at stigma knyttet til HIV, rusmiddelbruk, psykiske lidelse og/eller bostedsløshet. Stigma var betydelig lavere over tid sammenlignet med baseline

	rusmiddelbruk som opplever hjemløshet eller ustabil boligsituasjon.	Oppfølgings undersøkelser ble deretter gjort etter 6 og 12 måneder.		HIV, og (4) god samhandling med tjenester innen boligoppfølging.	
Zaller m.fl (2007), USA (nr. 39)	Å beskrive en modell (Project Vista) for omfattende og integrert omsorg blant individer som er diagnostisert med HIV, rusbruk og mental sykdom.	Kvantitativt studiedesign	116 deltakere, gjennomsnittsalder 44,8 år. Deltakere i Project Vista er ganske representative for klinikkpopulasjonen med hensyn til kjønn og etnisitet	Project Vista integrerer et tverrfaglig team (inkludert to ansatte som driver oppsøkende arbeid) i en HIV-klinikk Prosjektansatte jobber med sammen med klinikkansatte, for å gi kontinuitet i omsorgen.	71,6% ble henvist til poliklinisk behandling for stoffmisbruk og 32,8% ble henvist til poliklinikk for psykisk helsevern. 100% oppfølging av tjenester på stedet fordi deltakerne mottok tjenesten på tidspunktet for deres HIV-avtale om primæromsorgen
Sacks, m.fl. (2011), USA (nr. 31)	Å beskriver en randomisert klinisk studie av MTC-A etter MTC-R-behandling for en populasjon med HIV / AIDS, samt samtidig stoffbruk og psykiske lidelser.	RCT-design	76 personer fullførte behandlingsprogrammet og ble randomisert til ettervernbehandling. 42 (55%) personer ble tildelt MTC-A-programmet (E) og 34 personer ble tildelt (45%) til kontroll-gruppen (C). Pasientene ble evaluert når de kom inn i MTC-R-programmet (basislinje), og ved seks og 12 måneder i ettervern.	-Health and self-management group -Peer group -Self-help group -Individual case assistance -Family support group	Resultatene viser en betydelig generell behandlingseffekt som favoriserer MTC-R programmet (E-gruppen) ved en seks måneders oppfølging for stratum med høy tilbøyelighet. For gruppen med lav / middels tilbøyelighet favoriserte en betydelig total behandlingseffekt C-gruppen (0,25; pB0.01).
Irvine m.fl. (2017), USA	Undersøke om en gjennom «Care Coordination	Kvantitativt studiedesign Data var en kombinasjon av rapporter fra CCP (a	Totalt 7 058 klienter, delt i to grupper:	Programkomponenter inkluderer: (1) oppsøking tjenester (2)	Ny diagnostiserte: Her oppnådde 90,3% EiC (Engagement in Care)

(nr. 19)	Program -CCP» forbedrer omsorgen blant klienter med HIV, psykiske utfordringer, ustabil bosituasjon og som misbruker illegale stoffer.	Care Coordination Program) og longitudinelle, overvåkningsbaserte data	1. Nydiagnostiserte (seneste 12 mnd., n=1 117) 2. Tidligere diagnostiserte (mer enn 12 mnd., n= 5 941)	saksbehandlingstjenester, (3) kommunikasjon og beslutningstaking på tvers av tverrfaglig team (4) pasientoppfølging, inkludert påminnelser om avtaler, hjelp til planlegging av avtaler, hjel til transport (5) ART-støtte (antiretroviral treatment), (6) en strukturert helsefremmende læreplan	og 70,1% VLS (Viral Load Suppression) i løpet av året etter de startet i CCP.  Blant tidligere diagnostiserte klienter (n = 5941) økte andelen med EiC fra 69,6 til 90,7% og andelen med VLS økte fra 30,3 til 54,4% (fra før og etter oppstart)
Evon, m.fl. (2011), USA  (nr. 14)	Undersøke om en integrert behandlings-intervensjon har effekt i forhold til å bli kvalifisert til antiviral behandling for Hepatitt C blant pasienter med rus- og psykisk lidelse.	En RCT-studie	101 deltakere med Hepatitt C, gjennomsnittsalderen var 48 år, 50% var menn. Deltakerne var delt inn i to grupper SO=standard oppfølging, kontroll-gruppe (n=50) og INT= standard oppfølging med en intervensjon (n=51).	Alle deltakerne gjennomgikk 3-, 6- og 9-måneders klinisk oppfølgingsbesøk, INT-gruppen deltok i tillegg i månedlige telefon- og individualsamtaler i opptil 9 måneder	En sammenligning mellom de to gruppene indikerte at 24% av INT-gruppen startet opp i medikamentell behandlingen for hepatitt C sammenlignet med 14% av SC-gruppen (P = 0,21).
Gallucci & Smolinski (2001), USA  (nr. 17)	Beskrive bruk av behandlings-kontrakt for å etablere samarbeid mellom pasient og ansatte innen psykisk helse og somatisk helse før oppstart av	Case studie	Kvinne, 38 år, rusproblemer, depresjon og hepatitt C	Ingen	Behandlingskontrakt er nyttig for å forbedre etterlevelsen av kompliserte behandlingsregimer, og kan hjelpe pasient og helsepersonell til å etablere retningslinjer før hepatittbehandling starter.



	behandling for hepatitt C.				Kommunikasjon mellom de aktuelle faggruppene er avgjørende for kontinuerlig vurdering av pasientens overholdelse av kontrakten.
Oggins (2009), USA (nr. 29)	Beskrive en intervensjon - EPIC- som tilbys minoritetsmenn. Intervensjonen integrerer psykiske helsetjenester med tjenester for rus og HIV	Mixed methods 1.Semi strukturert intervju 2. Kjikvadrattesten for å sammenligne om der var forskjell mellom de som mottok EPIC tjenester og de som ikke mottok slik tjenester når det gjaldt å fullføre behandlingen.	1.Ni mannlige klienter (minoritets-bakgrunn), rusavhengige, medianalder: 38 år, fire var HIV positive, fire var ikke og en visste ikke om han var syk. Seks ansatte med minoritetsbakgrunn 2.Kjikvadrattesten: 166 klienter som mottok EPIC-tjenester sammenlignet med 114 klienter som ikke mottok EPIC-tjenesten.	-Individuell terapi og/eller gruppeterapi -For de som avslutter standardbehandling tidlig: poliklinisk behandling med et skadereduserende fokus -Grupper der personer med samme etnisitet møtes.	Av klienter som kom inn i EPIC i en ettårsperiode, fullførte 93% behandling med suksess, sammenlignet med en gruppe i ordinær behandling der det var 65% som fullførte behandlingen. EPIC-klienter sa at de verdsatte at både medpasientene og personalet hadde minoritetsbakgrunn, at det var dyktige terapeuter, små grupper.
Nebelkopf & Penagos (2005), USA (nr. 28)	Å beskrive en omfattende, helhetlig, kulturell-kompetent, integrert omsorgsmodell for indianere som lider av rus, psykisk sykdom og HIV / AIDS	Kvantitativt design. Pasientene ble intervjuet ved innleggelse, etter tre måneder og etter ett år i behandling. (Quality of Life Survey Scale). Denne undersøkelsen gir data om 32 områder knyttet til: kjønn, etnisitet, utdanning, AIDS-diagnose og livskvalitet.	Det var 34 deltakere i studien. 87% var menn, 11% var kvinner og 2% identifiserte seg som transkjønn.	Det var fire omsorgsnivåer i denne modellen, tilbudene var bygget opp etter en «pyramidestruktur», dvs. på bunnen var lavterskel tilbud som nådde flest mennesker, mens det på toppen var spesialiserte tilbud for de som hadde omfattende tjenestebehov.	Quality of Life fra baseline og ved tre måneders oppfølging viste en bedring i livene til klientene. Selvrappotering om generell helsetilstand viste også en bedring fra basislinje til slutten av oppfølgingsperioden.

## Vedlegg 2 – Søkehistorikk Medline

		Limiters - Scholarly (Peer Reviewed) Journals Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	
S3	(MH "Drug Users") OR "drug addiction"	Limiters - Scholarly (Peer Reviewed) Journals Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	3,842
S2	"substance abuse"	Limiters - Scholarly (Peer Reviewed) Journals Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	21,207
S1	"drug abuse"	Limiters - Scholarly (Peer Reviewed) Journals Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	8,205

---

S10	"severe mental illness"	Limiters - Scholarly (Peer Reviewed) Journals Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	1,239
S9	(MH "Mental Disorders") OR "severe mental disorders"	Limiters - Scholarly (Peer Reviewed) Journals Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	43,561
S8	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	66,187
S7	"substance use"	Limiters - Scholarly (Peer Reviewed) Journals Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	12,842
S6	"drug use"	Limiters - Scholarly (Peer Reviewed) Journals Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	17,062
S5	(MH "Substance-Related Disorders") OR "substance use disorder"	Limiters - Scholarly (Peer Reviewed) Journals Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	33,176
S4	"substance dependence"			843

			Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	
S16	(MH "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity") OR "adhd or attention deficit hyperactivity disorder"	Limiters - Scholarly (Peer Reviewed) Journals Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	9,584
S15	(MH "Anxiety") OR (MH "Anxiety Disorders") OR "severe anxiety"	Limiters - Scholarly (Peer Reviewed) Journals Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	32,885
S14	(MH "Bipolar Disorder") OR "bipolar disorder"	Limiters - Scholarly (Peer Reviewed) Journals Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	14,377
S13	(MH "Schizophrenia") OR (MH "Schizotypal Personality Disorder") OR "schizofreni or schizophrenia"	Limiters - Scholarly (Peer Reviewed) Journals Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	29,622
S12	(MH "Depression") OR "depression" OR (MH "Depressive Disorder") OR (MH "Depressive Disorder, Major")	Limiters - Scholarly (Peer Reviewed) Journals Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	120,551
S11	(MH "Psychotic Disorders") OR "schizoaffective disorder"	Limiters - Scholarly (Peer Reviewed) Journals Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	12,593

		Limiters - Scholarly (Peer Reviewed) Journals Search modes - Boolean/Phrase	Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	
S22	(MH "Pulmonary Embolism") OR "pulmonary embolism"	Limiters - Scholarly (Peer Reviewed) Journals Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	13,644
S21	(MH "Acquired Immunodeficiency Syndrome") OR (MH "HIV") OR "hiv/aids"	Limiters - Scholarly (Peer Reviewed) Journals Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	37,716
S20	(MH "Comorbidity") OR "comorbidity"	Limiters - Scholarly (Peer Reviewed) Journals Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	49,315
S19	(MH "Hepatitis") OR "hepatitis" OR (MH "Hepatitis A") OR (MH "Hepatitis B") OR (MH "Hepatitis C")	Limiters - Scholarly (Peer Reviewed) Journals Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	76,578
S18	(MH "Diabetes Mellitus") OR (MH "Diabetes Mellitus, Type 2") OR (MH "Diabetes Mellitus, Type 1") OR "diabetes"	Limiters - Scholarly (Peer Reviewed) Journals Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	211,333
S17	S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases	220,404

		Limiters - Scholarly (Peer Reviewed) Journals Search modes - Boolean/Phrase	Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	
S28	"lung cancer" OR (MH "Lung Neoplasms")	Limiters - Scholarly (Peer Reviewed) Journals Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	75,052
S27	(MH "Pulmonary Disease, Chronic Obstructive") OR (MH "Lung Diseases, Obstructive") OR "copd or chronic obstructive pulmonary disease"	Limiters - Scholarly (Peer Reviewed) Journals Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	16,230
S26	(MH "Pneumonia") OR "pneumonia"	Limiters - Scholarly (Peer Reviewed) Journals Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	40,172
S25	(MH "Empyema") OR "empyema"	Limiters - Scholarly (Peer Reviewed) Journals Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	2,786
S24	"infection disease"	Limiters - Scholarly (Peer Reviewed) Journals Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	322
S23	(MH "Lung Abscess") OR "lung abscess"		Interface - EBSCOhost Research Databases	995

	(MH "Liver Neoplasms") OR "liver cancer"	Limiters - Scholarly (Peer Reviewed) Journals Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	
S34	(MH "Liver Diseases") OR "liver disease"	Limiters - Scholarly (Peer Reviewed) Journals Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	41,634
S33	"kidney failure"	Limiters - Scholarly (Peer Reviewed) Journals Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	33,179
S32	(MH "Kidney Diseases") OR "kidney disease"	Limiters - Scholarly (Peer Reviewed) Journals Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	45,853
S31	(MH "Abscess") OR "abscess"	Limiters - Scholarly (Peer Reviewed) Journals Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	21,353
S30	(MH "Erysipelas") OR "erysipelas"	Limiters - Scholarly (Peer Reviewed) Journals Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	584
S29	(MH "Heart Diseases") OR "heart disease"		Interface - EBSCOhost Research Databases	64,439

	(MH "Patient Discharge") OR "discharge planning"	Limiters - Scholarly (Peer Reviewed) Journals Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	
S40	(MH "Coordination Complexes") OR "care coordination"	Limiters - Scholarly (Peer Reviewed) Journals Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	2,396
S39	(MH "Intersectoral Collaboration") OR "collaboration"	Limiters - Scholarly (Peer Reviewed) Journals Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	24,148
S38	(MH "Continuity of Patient Care") OR "continuity of patient care" OR (MH "Patient Care")	Limiters - Scholarly (Peer Reviewed) Journals Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	7,970
S37	S18 OR S19 OR S20 OR S21 OR S22 OR S23 OR S24 OR S25 OR S26 OR S27 OR S28 OR S29 OR S30 OR S31 OR S32 OR S33 OR S34 OR S35 OR S36	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	700,072
S36	"bacterial infection"	Limiters - Scholarly (Peer Reviewed) Journals Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	5,856
S35				50,464



---

S47	"collaborative care"	Limiters - Scholarly (Peer Reviewed) Journals Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	729
S46	"integrated care"	Limiters - Scholarly (Peer Reviewed) Journals Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	1,492
S45	"co-ordination"	Limiters - Scholarly (Peer Reviewed) Journals Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	1,222
S44	"coordination of care"	Limiters - Scholarly (Peer Reviewed) Journals Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	573
S43	(MH "Transitional Care") OR "transitional care"	Limiters - Scholarly (Peer Reviewed) Journals Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	442
S42	"transfer discharge"	Limiters - Scholarly (Peer Reviewed) Journals Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	8
S41				7,481

---

S53	(MH "Patient Care Planning") OR "patient care planning"	Limiters - Scholarly (Peer Reviewed) Journals Search modes - Boolean/Phrase	Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	4,193
S52	"integration"	Limiters - Scholarly (Peer Reviewed) Journals Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	53,408
S51	"coordination"	Limiters - Scholarly (Peer Reviewed) Journals Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	22,057
S50	"cooperation"	Limiters - Scholarly (Peer Reviewed) Journals Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	31,633
S49	(MH "Patient Transfer") OR "care transitions"	Limiters - Scholarly (Peer Reviewed) Journals Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	2,060
S48	"coordinated care"	Limiters - Scholarly (Peer Reviewed) Journals Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	399



Sunday, November 24, 2019 12:39:26 PM

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S58	S8 AND S17 AND S37 AND S56	Limiters - Scholarly (Peer Reviewed) Journals; Date of Publication: 20000101-20191231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	135
S57	S8 AND S17 AND S37 AND S56	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	146
S56	S38 OR S39 OR S40 OR S41 OR S42 OR S43 OR S44 OR S45 OR S46 OR S47 OR S48 OR S49 OR S50 OR S51 OR S52 OR S53 OR S54 OR S55	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	149,022
S55	"integrated health care"	Limiters - Scholarly (Peer Reviewed) Journals Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	613
S54	"shared care"	Limiters - Scholarly (Peer Reviewed) Journals Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases	474

### Vedlegg 3 – Søkehistorikk Cinahl

---

S2	(MH "Substance Dependence") OR "drug addiction"	Limiters - Peer Reviewed Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	7,324
S1	(MH "Substance Abusers") OR (MH "Substance Abuse") OR "drug abuse or substance abuse"	Limiters - Peer Reviewed Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	25,630

	"Schizotypal Personality Disorder") OR (MH "Schizoaffective Disorder")		Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	
S8	"severe mental disorders"	Limiters - Peer Reviewed Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	296
S7	(MH "Mental Disorders") OR "severe mental illness or serious mental illness"	Limiters - Peer Reviewed Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	45,076
S6	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	74,578
S5	"drug use"	Limiters - Peer Reviewed Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	16,895
S4	"substance use"	Limiters - Peer Reviewed Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	42,674
S3	(MH "Substance Use Disorders") OR "substance use disorder"	Limiters - Peer Reviewed Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	30,601

	(MH "Diabetes Mellitus, Type 2") OR (MH "Diabetes Mellitus, Type 1") OR "diabetes"	Limiters - Peer Reviewed Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	
S14	S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	136,340
S13	(MH "Attention Deficit Hyperactivity Disorder") OR "adhd or attention deficit hyperactivity disorder"	Limiters - Peer Reviewed Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	13,112
S12	(MH "Anxiety Disorders") OR (MH "Anxiety") OR "severe anxiety"	Limiters - Peer Reviewed Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	43,088
S11	(MH "Bipolar Disorder") OR "bipolar disorder"	Limiters - Peer Reviewed Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	11,933
S10	(MH "Affective Disorders, Psychotic") OR "depressive disorder"	Limiters - Peer Reviewed Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	8,129
S9	(MH "Schizophrenia") OR "schizophrenia" OR (MH	Limiters - Peer Reviewed Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases	27,583

S21	(MH "Pulmonary Embolism") OR "pulmonary embolism"	Limiters - Peer Reviewed Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	10,762
S20	"aids"	Limiters - Peer Reviewed Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	47,368
S19	(MH "Human Immunodeficiency Virus") OR "hiv"	Limiters - Peer Reviewed Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	88,293
S18	(MH "Comorbidity") OR "comorbidity"	Limiters - Peer Reviewed Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	62,729
S17	(MH "Hepatitis B") OR "hepatitis b"	Limiters - Peer Reviewed Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	11,457
S16	(MH "Hepatitis") OR "hepatitis" OR (MH "Hepatitis C") OR (MH "Hepatitis A")	Limiters - Peer Reviewed Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	29,675
S15				168,062



---

S27	(MH "Heart Diseases") OR "heart disease"	Limiters - Peer Reviewed Search modes - Boolean/Phrase	Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	42,182
S26	"lung cancer"	Limiters - Peer Reviewed Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	32,892
S25	(MH "Pulmonary Disease, Chronic Obstructive") OR (MH "Lung Diseases, Obstructive") OR "copd"	Limiters - Peer Reviewed Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	21,332
S24	(MH "Pneumonia") OR "pneumonia"	Limiters - Peer Reviewed Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	26,650
S23	(MH "Empyema") OR "empyema"	Limiters - Peer Reviewed Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	1,237
S22	(MH "Lung Abscess") OR "lung abscess"	Limiters - Peer Reviewed Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	238



	(MH "Bacterial Infections") OR "bacterial infection"	Limiters - Peer Reviewed Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	
S33	"liver cancer"	Limiters - Peer Reviewed Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	2,019
S32	(MH "Liver Failure") OR (MH "Liver Diseases") OR "liver disease"	Limiters - Peer Reviewed Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	16,735
S31	"kidney failure"	Limiters - Peer Reviewed Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	25,383
S30	(MH "Kidney Diseases") OR "kidney disease"	Limiters - Peer Reviewed Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	27,460
S29	(MH "Abscess") OR "abscess"	Limiters - Peer Reviewed Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	9,253
S28	"erysipelas"	Limiters - Peer Reviewed Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases	128

	(MH "Transitional Care") OR "transitional care"	Limiters - Peer Reviewed Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	
S39	(MH "Discharge Planning") OR "discharge planning" OR (MH "Transfer, Discharge") OR (MH "Patient Care Plans")	Limiters - Peer Reviewed Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	13,468
S38	"care coordination"	Limiters - Peer Reviewed Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	2,507
S37	(MH "Continuity of Patient Care") OR "continuity of care"	Limiters - Peer Reviewed Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	12,507
S36	(MH "Collaboration") OR "collaboration"	Limiters - Peer Reviewed Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	55,971
S35	S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21 OR S22 OR S23 OR S24 OR S25 OR S26 OR S27 OR S28 OR S29 OR S30 OR S31 OR S32 OR S33 OR S34	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	533,300
S34				8,969

S46	"coordinated care"	Limiters - Peer Reviewed Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	738
S45	"collaborative care"	Limiters - Peer Reviewed Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	1,486
S44	"integrated care"	Limiters - Peer Reviewed Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	3,694
S43	"intersectoral collaboration"	Limiters - Peer Reviewed Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	132
S42	"co-ordination"	Limiters - Peer Reviewed Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	784
S41	"coordination of care"	Limiters - Peer Reviewed Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	1,084
S40				1,888

S52	"patient care planning"	Limiters - Peer Reviewed Search modes - Boolean/Phrase	Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	46
S51	"integration"	Limiters - Peer Reviewed Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	31,693
S50	"coordination"	Limiters - Peer Reviewed Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	14,552
S49	"cooperation"	Limiters - Peer Reviewed Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	7,053
S48	"care transitions"	Limiters - Peer Reviewed Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	762
S47	(MH "Patient Discharge") OR "discharge planning or discharge process"	Limiters - Peer Reviewed Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	14,065



Sunday, November 17, 2019 7:46:57 AM

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S57	S6 AND S14 AND S35 AND S56	Limiters - Published Date: 20000101-20191231; Peer Reviewed Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	156
S56	S36 OR S37 OR S38 OR S39 OR S40 OR S41 OR S42 OR S43 OR S44 OR S45 OR S46 OR S47 OR S48 OR S49 OR S50 OR S51 OR S52 OR S53 OR S54 OR S55	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	144,331
S55	"seamless healthcare"	Limiters - Peer Reviewed Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	7
S54	"integrated health care"	Limiters - Peer Reviewed Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	851
S53	"shared care"	Limiters - Peer Reviewed Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases	709

## Vedlegg 4 – Søkeshistorikk PsycInfo

		Ovid		Wolters Kluwer		
		My Account		Support & Training		
		Help		Feedback		
		Logout				
Search		Journals		Books		
		Multimedia		My Workspace		
▼ Search History (56)				View Saved		
<input type="checkbox"/>	# ▲	Searches	Results	Type	Actions	Annotations
<input type="checkbox"/>	1	Substance abuse.mp. or exp Drug Abuse/	85028	Advanced	Display Results More	<input type="checkbox"/> Contract
<input type="checkbox"/>	2	exp Addiction/ or exp "Substance Use Disorder"/ or exp Drug Dependency/ or Substance Dependence.mp.	128876	Advanced	Display Results More	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	3	Drug addiction.mp. or exp Drug Addiction/	22313	Advanced	Display Results More	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	4	1 or 2 or 3	143831	Advanced	Display Results More	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	5	exp Mental Disorders/ or Severe mental illness.mp.	832443	Advanced	Display Results More	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	6	Schizoaffective Disorder.mp. or exp Schizoaffective Disorder/	5733	Advanced	Display Results More	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	7	exp Schizophrenia/ or Schizophrenia.mp.	130535	Advanced	Display Results More	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	8	exp Major Depression/ or Depressive disorder.mp.	146537	Advanced	Display Results More	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	9	Bipolar disorder.mp. or exp Bipolar Disorder/	40970	Advanced	Display Results More	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	10	exp Anxiety/ or exp Anxiety Disorders/ or Severe anxiety.mp.	115046	Advanced	Display Results More	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	11	exp Psychosis/ or Psychotic.mp.	131377	Advanced	Display Results More	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	12	ADHD.mp. or exp Attention Deficit Disorder with Hyperactivity/	30512	Advanced	Display Results More	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	13	5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12	918824	Advanced	Display Results More	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	14	exp Diabetes/ or Diabetes.mp.	29869	Advanced	Display Results More	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	15	exp Hepatitis/ or Hepatitis.mp.	4512	Advanced	Display Results More	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	16	exp HIV/ or HIV.mp.	55278	Advanced	Display Results More	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	17	Comorbidity.mp. or exp Comorbidity/	60732	Advanced	Display Results More	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	18	exp AIDS/ or AIDS.mp.	46644	Advanced	Display Results More	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	19	exp Embolisms/ or exp Lung Disorders/ or Pulmonary embolism.mp.	4792	Advanced	Display Results More	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	20	Lung abscess.mp.	8	Advanced	Display Results More	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	21	exp Infectious Disorders/ or Empyema.mp.	60805	Advanced	Display Results More	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	22	Pneumonia.mp. or exp Pneumonia/	1996	Advanced	Display Results More	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	23	COPD.mp. or exp Chronic Obstructive Pulmonary Disease/	2013	Advanced	Display Results More	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	24	Pulmonary Disease.mp.	2523	Advanced	Display Results More	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	25	Lung Cancer.mp.	2514	Advanced	Display Results More	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	26	exp Heart Disorders/ or Heart disease.mp.	19474	Advanced	Display Results More	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	27	exp Bacterial Disorders/ or Erysipelas.mp.	2146	Advanced	Display Results More	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	28	exp Intracranial Abscesses/ or Abscess.mp.	540	Advanced	Display Results More	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	29	Kidney disease.mp. or exp Kidney Diseases/	2642	Advanced	Display Results More	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	30	Kidney failure.mp.	185	Advanced	Display Results More	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	31	exp Liver Disorders/ or Liver disease.mp.	4845	Advanced	Display Results More	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	32	Liver cancer.mp.	180	Advanced	Display Results More	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	33	exp Bacterial Disorders/ or Bacterial infection.mp.	2356	Advanced	Display Results More	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	34	14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29 or 30 or 31 or 32 or 33	203185	Advanced	Display Results More	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	35	Collaboration.mp. or exp Collaboration/	42759	Advanced	Display Results More	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	36	Continuity of care.mp. or exp "Continuum of Care"/	3131	Advanced	Display Results More	<input type="checkbox"/>



<input type="checkbox"/>	37	Care coordination.mp.	1123	Advanced	<a href="#">Display Results</a>	<a href="#">More</a>	
<input type="checkbox"/>	38	Discharge planning.mp. or exp Discharge Planning/	1087	Advanced	<a href="#">Display Results</a>	<a href="#">More</a>	
<input type="checkbox"/>	39	Transitional care.mp.	335	Advanced	<a href="#">Display Results</a>	<a href="#">More</a>	
<input type="checkbox"/>	40	Coordination of care.mp.	497	Advanced	<a href="#">Display Results</a>	<a href="#">More</a>	
<input type="checkbox"/>	41	Co-ordination.mp.	1096	Advanced	<a href="#">Display Results</a>	<a href="#">More</a>	
<input type="checkbox"/>	42	Intersectoral collaboration.mp.	137	Advanced	<a href="#">Display Results</a>	<a href="#">More</a>	
<input type="checkbox"/>	43	exp Integrated Services/ or Integrated care.mp.	4577	Advanced	<a href="#">Display Results</a>	<a href="#">More</a>	
<input type="checkbox"/>	44	Collaborative care.mp.	1381	Advanced	<a href="#">Display Results</a>	<a href="#">More</a>	
<input type="checkbox"/>	45	Coordinated care.mp.	338	Advanced	<a href="#">Display Results</a>	<a href="#">More</a>	
<input type="checkbox"/>	46	Discharge planning.mp. or exp Discharge Planning/	1087	Advanced	<a href="#">Display Results</a>	<a href="#">More</a>	
<input type="checkbox"/>	47	exp Client Transfer/ or Care transitions.mp.	551	Advanced	<a href="#">Display Results</a>	<a href="#">More</a>	
<input type="checkbox"/>	48	exp Cooperation/ or cooperation.mp.	31485	Advanced	<a href="#">Display Results</a>	<a href="#">More</a>	
<input type="checkbox"/>	49	coordination.mp.	28233	Advanced	<a href="#">Display Results</a>	<a href="#">More</a>	
<input type="checkbox"/>	50	Integration.mp.	93279	Advanced	<a href="#">Display Results</a>	<a href="#">More</a>	
<input type="checkbox"/>	51	Patient care planning.mp. or exp Treatment Planning/	9812	Advanced	<a href="#">Display Results</a>	<a href="#">More</a>	
<input type="checkbox"/>	52	Shared care.mp.	353	Advanced	<a href="#">Display Results</a>	<a href="#">More</a>	
<input type="checkbox"/>	53	exp Integrated Services/ or Integrated health care.mp.	3772	Advanced	<a href="#">Display Results</a>	<a href="#">More</a>	
<input type="checkbox"/>	54	35 or 36 or 37 or 38 or 39 or 40 or 41 or 42 or 43 or 44 or 45 or 46 or 47 or 48 or 49 or 50 or 51 or 52 or 53	202424	Advanced	<a href="#">Display Results</a>	<a href="#">More</a>	
<input type="checkbox"/>	55	4 and 13 and 34 and 54	767	Advanced	<a href="#">Display Results</a>	<a href="#">More</a>	
<input type="checkbox"/>	56	limit 55 to (peer reviewed journal and yr="2000 - 2019")	563	Advanced	<a href="#">Display Results</a>	<a href="#">More</a>	

Combine with:

[Save All](#) [Edit](#) [Create RSS](#) [View Saved](#)

Basic Search | [Find Citation](#) | [Search Tools](#) | [Search Fields](#) | **Advanced Search** | [Multi-Field Search](#)

1 Resource selected | [Hide](#) | [Change](#)

PsycINFO 1800 to November Week 1 2019

Enter keyword or phrase (\* or \$ for truncation)

Keyword
  Author
  Title
  Journal

Limits (close)
  Include Multimedia
  Map Term to Subject Heading

Full Text
  All Journals
  English Language
  Open Access

PsycARTICLES Journals
  Latest Update
  Abstracts
  Impact Statement

Peer Reviewed Journal
  Human
  Test DOI

Publication Year:  -

[Additional Limits](#) [Edit Limits](#)

Options

To search Open Access content on Ovid, go to [Basic Search](#).

Print Email Export + My Projects Keep Selected

**Search Information**

You searched:  
limit 55 to (peer reviewed journal and yr="2000 - 2019")

**Search terms used:**

abscess  
addiction  
achd  
aids

All

1. [Integrating comprehensive hepatitis C virus care within a residential substance use disorder treatment program.](#) [References].

Burton, Mary Jane; Voluse, Andrew C; Anthony, Vernee.  
*Journal of Substance Abuse Treatment*. Vol.98 2019, pp. 9-14.

[Abstract Reference](#)  
[Complete Reference](#)

[Find Similar](#)  
[Find Citing Articles](#)