

**Avdeling: Helsefag**

**Studieprogram: Master i klinisk helse/ retning psykisk helsearbeid**

# **Virksomme faktorer ved Assertive Community Treatment –slik brukerne erfarer det**

**av Mona Elisabeth Sommer**

**Høgskolen i Buskerud, avdeling for helsefag  
Mai 2010**

**Emnenavn: Modul 2**

**Emnekode: MPSY 706**

## Innhold

|                                                                                     |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----|
| KAPITTEL 1 INNLEDNING .....                                                         | 3  |
| <b>1.1 Bakgrunn for valg av tema</b> .....                                          | 3  |
| <b>1.2 Problemstilling</b> .....                                                    | 4  |
| <b>1.3 Bakgrunnskunnskap</b> .....                                                  | 4  |
| KAPITTEL 2 METODE.....                                                              | 7  |
| <b>2.1 Litteratursøk</b> .....                                                      | 7  |
| <b>2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier</b> .....                                | 8  |
| <b>2.3 Kriterier for utvelgelse av funn</b> .....                                   | 9  |
| KAPITTEL 3 PRESENTASJON AV FUNN .....                                               | 10 |
| <b>3.1 Engasjement</b> .....                                                        | 10 |
| <b>3.2 Likeverd</b> .....                                                           | 12 |
| <b>3.3 Livstema</b> .....                                                           | 13 |
| KAPITTEL 4 DISKUSJON.....                                                           | 15 |
| KAPITTEL 5 AVSLUTNING .....                                                         | 18 |
| LITTERATURLISTE.....                                                                | 19 |
| Vedlegg 1: Søkehistorie systematisk litteratursøk (siste søk utført 28.04.10) ..... | 22 |
| Vedlegg 2 - Litteraturoversikt.....                                                 | 23 |

## KAPITTEL 1 INNLEDNING

Denne oppgaven handler om hva det er brukere erfarer som virksomme faktorer ved Assertive Community Treatment (ACT) og undersøker hvilken kunnskap som eksisterer om dette emnet. På bakgrunn av funnene, skisseres hvilke implikasjoner dette kan ha for klinisk praksis og mulige videre forskningsstudier.

Litteraturgjennomgangen gav grunnlag for å dele funnene inn i tre hovedtema; engasjement, likeverd og livstema.

I første kapittel gjør jeg rede for bakgrunn for valg av tema og presenterer problemstilling og forskningsspørsmål. Det gis også en kort innføring i nødvendig bakgrunnskunnskap for oppgaven. I andre kapittel beskrives fremgangsmåten ved litteratursøket, og funnene presenteres i kapittel tre. Fjerde kapittel inneholder en oppsummering og diskusjon av kunnskapsgrunnlaget.

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Stortingsmelding nr 47 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008- 2009), samhandlingsreformen, beskriver utfordringene i helse- og omsorgstjenesten med å ivareta behandling og oppfølging til personer med langvarige og alvorlige psykiske problemer. Stortingsmelding nr 25 (Helse- og omsorgsdepartementet, 1997) og Opptrappingsplanen for psykisk helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 1997- 98) har tidligere beskrevet de samme utfordringene. Noen av disse personene kjennetegnes ved at de faller ut av behandlings- og oppfølgingstilbud, har gjentatte akuttinnleggelser, mangler et fungerende sosialt nettverk, har ofte samtidig ruslidelse, de evner ikke å følge opp det tilbudet de får fra hjelpeapparatet og ser ofte ikke selv sitt behov for hjelp. Disse personene er i tillegg spesielt sårbare for mangel på kontinuitet og samhandling i tjenestene. I rapport fra Helsedirektoratet (2008) ”Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og behov for særlig tilrettelagte tilbud” konkluderes at ACT synes å være den beste behandlingsmodellen for målgruppen. Etablering av ACT- team blir også fremhevet som et satsningsområde i samhandlingsreformen.

På bakgrunn av disse anbefalingene, utlyste Helsedirektoratet i 2009 midler til etablering av ACT- team i Norge. Kravene fra Helsedirektoratet er at ACT- teamene skal være tverrfaglig

sammensatt, de skal etableres som et samarbeid mellom kommunene og DPS og skal levere og tilrettelegge for både spesialisthelsetjenester og kommunale tjenester. Det etableres nå flere ACT- team over hele landet. I denne sammenhengen ble jeg nysgjerrig på hva brukerne selv erfarer som virksomt ved ACT. Dette tenker jeg er viktig kunnskap i etableringen av et nytt behandlingstilbud i Norge. Brukernes erfaringskunnskap er, i følge sentrale styringsdokumenter, likeverdig fagfolkenes kunnskap, og skal få betydning for hvordan tjenestetilbudet utformes (Helse- og omsorgsdepartementet, 1997, 1998, Sosial- og helsedirektoratet, 2006).

## **1.2 Problemstilling**

Inspirert av at det nå etableres ACT- team i Norge og at brukernes erfaringer om hva som er til hjelp er viktig kunnskap, har jeg valgt følgende problemstilling:

***”Hva er det brukerne erfarer som virksomt ved Assertive Community Treatment?”***

For å konkretisere ytterligere og spisse det til kunnskap som er særlig relevant for psykiske helsearbeidere i ACT- team, formuleres dette forskningsspørsmålet:

1. Hvordan opplever brukere med sammensatte helseproblemer at psykiske helsearbeidere i ACT- team kan være til hjelp?

Det er brukernes erfaringer med hva som er virksomt og spesifikt erfaringer med hvordan helsearbeiderne i ACT- team kan være til hjelp, som er oppgavens fokus. Problemstillingen er klinisk begrunnet i etableringen av et nytt behandlingstilbud til personer med langvarige og alvorlige psykiske problemer og er innenfor fordypningsalternativ B i modul 2; Erfaringer fra helseproblemer.

## **1.3 Bakgrunnskunnskap**

Jeg vil kort gjøre rede for viktig bakgrunnskunnskap, som gir en nødvendig referanseramme for den videre lesningen.

### **1.3.1 ACT**

ACT- team er et tverrfaglig sammensatt team som retter seg mot en spesifikk målgruppe med alvorlig psykisk lidelse og tilleggsproblemer, som er vanskelig å engasjere i egen behandling. ACT regnes som en evidensbasert behandlingsmodell (Burns og Firn, 2002). Med over tretti år med empirisk dokumentasjon på effekt, i hovedsak gjennom kvantitative studier, vises det til færre sykehusinnleggelser, bedre samarbeid med behandlingsapparatet og økt tilfredshet (Marshall og Lockwood, 2010).

ACT- modellen inneholder tydelig beskrevne elementer som skal være til stede for å kunne si at det man leverer er ACT- behandling. Ulike studier viser at ACT- team som skårer høyt på fidelity (modelltrohet) har bedre effekt enn de som skårer lavt (McHugo, Drake, Teague og Xie, 1999). De viktigste elementene i modellen er at man møter brukeren i sine naturlige omgivelser, lav pasient ratio med ca ti pasienter per behandler/ helsearbeider i full stilling, hyppig kontakt, pågående arbeidsform, alle ansatte i teamet skal kjenne alle brukerne, teamet skal levere både helse- og sosialtjenester, teamet er tverrfaglig sammensatt og legger vekt på teamarbeid.

ACT- team er utbredt i USA, Canada og Storbritannia. I 2007 startet et pilotprosjekt i Norge, der Moss DPS og opptakskommuner gikk sammen om å etablere ACT- team. Ellers er ACT- team nytt i Norge, men mange tverrfaglige psykisk helseteam har levert tjenester på en måte som har likhetstrekk med ACT- modellen. Sosial- og helsedirektoratet (2002) beskriver Case Management (CM) som en modell som kan styrke brukermedvirkning og kontinuitet i tilbudet, og mange kommuner benytter seg av denne modellen eller varianter av den. ACT og CM har mange likhetstrekk, men CM finnes i mange organiseringsutgaver og ACT holder seg til en stringent organisering (Burns og Firn, 2002). Intensive Case Management er den type CM som ligner mest på ACT, men også den mangler en eller flere av programelementene til ACT (Dieterich, Irving og Marshall, 2009).

### **1.3.2 Bedringsprosesser**

Når jeg skulle se på hva brukerne sier er virksomt ved ACT, var det naturlig å starte med å se på hva forskning viser generelt om bedring hos personer med alvorlig psykiske og sammensatte problemer. I den forbindelse har jeg henvendt meg til skandinavisk litteratur, hovedsakelig av Marit Borg og Alain Topor, som begge har forsket på bedringsprosesser ved

alvorlig psykiske lidelser. Jeg vil trekke inn denne litteraturen i diskusjonsdelen, fordi dette er helt sentral bakgrunnskunnskap som viste seg å samsvare med funnene om hva brukere av ACT sier er til hjelp i sin bedring.

”Recovery” – begrepet har vokst frem som et nytt paradigme i internasjonal forskning og praksis innen psykisk helse. Denne tradisjonen har fokus på bedringsprosesser og på hva det er som gjør at folk kommer seg. Et grunnleggende perspektiv er at vi først og fremst er mennesker som lever i en sosial sammenheng, sekundært kan det være at vi har problemer vi strever med som vi søker hjelp og støtte for (Borg, 2006).

Bedring beskrives som en individuell prosess, som kan sees i relasjon til både individet selv og dets omgivelser. Bedring er følgene av et arbeid individet gjør selv, vanligvis med hjelp av andre (Borg, 2009, Topor, 2006). Det innebærer å anerkjenne brukerens aktive medvirkning og makt over eget liv, med tanke på å kunne påvirke hvordan det skal utformes og leves.

## KAPITTEL 2 METODE

I dette kapitlet redegjøres det for de metoder jeg har brukt for innhenting av eksisterende kunnskap og hvilke kriterier som ligger til grunn for utvelgelse av relevante funn. Søkeprosessen i aktuelle databaser blir beskrevet.

### 2.1 Litteratursøk

Kunnskapsinnhenting har bestått av flere faser. Første trinn var valg av tema, for deretter å formulere gode og presise spørsmål på bakgrunn av hva jeg ønsker å vite noe om. Jeg startet med å søke etter fagbøker i BIBSYS, med søkeordene *assertive community treatment* og/eller *assertive outreach* og *bedringsprosesser* og/ eller *recovery*. Jeg fant relevant litteratur som skulle være bakgrunnsstoff for oppgaven. Hensikten var å finne få, men gode og relevante bøker om teamet, som skulle være overkommelig å lese, og som kunne hjelpe meg på vei mot å finne aktuelle søkeord. Denne litteraturen gav meg også en oversikt over sentrale referanser. Jeg gjorde de første søkene i vitenskapelige databaser i SweMed+, også her for å finne gode søkeord, både nøkkelord og MeSH- termer. Så fulgte en fase hvor jeg gikk bredt ut og prøvde mange ulike søkeord og synonymer i ulike aktuelle databaser. Gjennom denne perioden med leting og prøving, fant jeg riktige emneord i ulike emneordssystem, aspektord og nøkkelord. Søkeordene jeg endte opp med ble; *assertive community treatment*, *outreach treatment*, *community mental health service*, *patient satisfaction*, *consumer satisfaction*, *client satisfaction*, *user experience*, *client experience*, *patient perspective*, *user perspective*, *client perspective*, *recovery*. Jeg søkte i Cochrane, Cinahl, Medline, PsycINFO og Embase.

De ordene som er emneord, er også søkt på som nøkkelord. Emneordssystemet kan gi mer presise søk, men det er en risiko for at man mister viktige referanser (Kilvik og Lamøy, 2007). Jeg valgte derfor å gjøre fritekstsøk på nøkkelord i tillegg. Det skjedde også at databasen ikke fant emneord som matchet søkeordet mitt, og da måtte jeg søke kun på nøkkelord. Dette gjaldt *assertive community treatment* og *outreach treatment*, som lå under MeSH- termen *community mental health service*, men som ikke hadde matchende søkeord i for eksempel Ovid Embase. Emneordet *community mental health service* er et vidt emneord, som gav mange irrelevante treff. Det viste seg at å bruke *assertive community treatment* ELLER *assertive outreach* som nøkkelord gav mer presise treff på akkurat dette. Jeg valgte derfor å

benytte disse ordene i søkene, i ulike kombinasjoner med de andre emneord og nøkkelord. Jeg viser her til vedlegg 1 som viser søkehistorien. Her har jeg kun satt opp kombinasjonene, og ikke vist hvor mange treff de ulike enkeltordene har, for at ikke listen skal bli unødvendig lang. Å vise kombinasjonene er tilstrekkelig og også det som er mest interessant i forhold til relevante funn. Det fremkommer hva som er emneord, ettersom disse er markert med #. Jeg har brukt OR for å kombinere synonymer og AND for å kombinere søkeord. Jeg har også brukt trunkering for å få med utvidelser av ord.

Jeg søkte i Cochrane Library etter systematiske oversiktartikler. Oversiktsartiklene sammenstiller konklusjoner fra relevante og likeartede undersøkelser om effekter av tiltak fra helsevesenet (Kilvik og Lamøy, 2007). Dette var ment å ha som bakgrunnsstoff i oppgaven.

Jeg valgte også å søke i Cinahl, ettersom denne databasen er spesielt god på kvalitativ forskning og stoff om pasienterfaringer, som er fokus i min problemstilling. PsycINFO, Medline og Embase ble også vurdert som særlig aktuelle i forhold til tema.

I tillegg til det systematiske litteratursøket, har jeg gjort noen håndplukkede funn av litteratur jeg har kjent til eller fått tips om, som er relevant for å belyse problemstillingen.

## **2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier**

I det systematiske søket i vitenskapelige databaser har jeg søkt spesifikt på brukernes erfaringer med ACT og hva de opplever er til hjelp. Som nevnt tidligere, har ACT noen beslektede modeller i Case Management. Jeg inkluderte søkeordet assertive outreach ettersom dette er synonymt med ACT. Derimot ekskluderte jeg artikler som kun omhandlet Case Management. Jeg valgte dette på bakgrunn av at det er ACT- modellen som innføres i Norge nå, og disse teamene vil bli vurdert opp mot fidelity- skalen til den stringente ACT- modellen. Jeg ønsket derfor å begrense søket til denne modellen, selv om det sannsynligvis hadde vært sammenfallende funn med søk på Case Management.

Jeg har ikke ekskludert etter årstall, ettersom dette er et nytt forskningsfelt og det meste jeg har funnet har vært fra etter år 2000.

## 2.3 Kriterier for utvelgelse av funn

Jeg har søkt etter litteratur som gir kunnskap om hvordan ACT- team kan støtte brukernes bedringsprosesser, med utgangspunkt i brukernes erfaringer om hva som er til hjelp. Det er brukernes perspektiv og deres kunnskap jeg er opptatt av her, fremfor ekspertenes eller fagfolkenes. Dette har vært et sentralt kriterium for utvelgelse.

I vitenskapelige databaser er det hovedsakelig kvalitativ forskning jeg har søkt etter, ettersom jeg søker å forstå og utdype brukernes erfaringer og opplevelse. Jeg har valgt ut åtte relevante artikler fra det systematiske søket, og de fleste er kvalitative. Alle de utvalgte artiklene er utgitt i refree- bedømte tidsskrift. Det betyr at artikkelen er gransket av andre eksperter innen fagfeltet, og er en kvalitetssikring av publiserte artikler. Jeg har også brukt sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2006). Ut fra mine nåværende forutsetninger for kritisk vurdering av forskningsartikler, mener jeg de har en tydelig hensikt, at kvalitativ tilnærming er hensiktsmessig, resultatene er til å stole på og er tydelig beskrevet og anvendbare. I tillegg til disse artiklene, har jeg valgt ut to kommentarer på andres artikler, som jeg synes har noe å tilføre problemstillingen (se for øvrig vedlegg 2 for oversikt over litteratur).

Utgangspunktet for utvelgelse av funn var at det skulle gi informasjon om hva brukerne mener er virksomt med ACT. Etter at jeg hadde funnet til sammen ti artikler som gikk direkte på temaet, og jeg hadde fått et overblikk over funnene og hva som utkrystalliserte seg som sentrale temaer, gjorde jeg noen få håndplukkede funn. Disse ble valgt ut på tross av at de ikke er direkte knyttet til brukererfaringer med ACT, men fordi de utdyper viktige aspekter ved de systematiske funnene. Dette gjelder to skjønnlitterære bøker av Arnhild Lauveng (2005 og 2006) og en artikkel av Patricia Deegan (1997), som belyser subjektive brukererfaringer med bedringsprosesser på en annen måte enn fagbøker og tradisjonelle forskningsartikler. De er begge fagpersoner med egenerfaring med alvorlig psykisk lidelse og bedringsprosesser, og jeg mener de er viktige stemmer i denne sammenheng.

## KAPITTEL 3 PRESENTASJON AV FUNN

I det følgende presenteres funnene fra litteratursøket tematisk, etter tre tema som utkrystalliserte seg som naturlige overskrifter av de funnene som ble gjort. Disse temaene er *engasjement, likeverd og livstema*.

### 3.1 Engasjement

Helsearbeidernes engasjement ble trukket frem som en viktig faktor i bedringsprosessen. Brukerne uttrykker dette engasjementet gjennom ulike aspekter.

#### 3.1.1 Tilgjengelighet og utholdenhet over tid

I ACT- modellen er en pågående form et sentralt aspekt, og hyppig kontakt er et uttrykk for denne pågåenheten. "De er alltid der når du trenger dem", sier en av respondentene hos Redko, Durbin, Wasylenski og Krupa (2004). At helsearbeiderne i ACT- teamet er tilgjengelige ved behov, at man ikke må vente lenge med å få hjelp og at hyppigheten på kontakt samsvarer med behov, blir fremhevet som god hjelp (Calsyn, Morse, Klinkenberg, Yonker og Trusty, 2002; Chinman, Allende, Bailey, Maust og Davidson, 1999; Davidson, 2008; Krupa, Eastbrook, Hern, Lee, North, Percy, Von Briesen og Wing, 2005; McGrew, Wilson og Bond, 1996; Priebe, Watts, Chase og Matanov, 2005; Redko et al, 2004). Helsearbeidernes utholdenhet blir også lagt vekt på. Chinman et al (1999) påpeker brukernes opplevelse av at helsearbeiderne aldri gav opp, at de kom igjen og igjen til tross for at brukerne i perioder ikke ønsket besøk, og dette beskrives som avgjørende for deres bedring. Mange brukere har erfaringer med at de har blitt gitt opp av helsetjenesten, men her erfarer de det motsatte; at hjelperne holder ut. Flere nevner at de i begynnelsen ikke ønsket hjelp fra ACT- teamet, og at de ble redde og sinte fordi teamet fortsatte å oppsøke dem til tross for at de ikke ønsket hjelpen. Det var vanskelig å forholde seg til nye personer og den intensive behandlingen, men i ettertid uttrykker de takknemlighet over teamets utholdenhet (Chinman et al, 1999; Leiphart og Barnes, 2005). Brukerne opplever utholdenheten fra hjelpernes side som signaler om at de bryr seg og synes det er verd å bruke tid på brukernes bedringsprosess (Leiphart og Barnes, 2005). Lauveng (2005) beskriver også hvor betydningsfullt det er å

oppleve at hjelperne synes det er verd å bruke tid på deg, fordi de gjennom dette uttrykker et håp om at bedring er innen rekkevidde. Å bli møtt med en genuin interesse og en omsorgsfull holdning, gjør at man føler seg sett og at man betyr noe, og dette fremheves av flere som en viktig faktor til bedring (Chinman et al, 1999; Krupa et al, 2005; Lauveng, 2005; Priebe et al, 2005; Redko et al, 2004). Tilgjengelighet over lang tid er også noe av det brukerne av ACT opplever som en viktig faktor (Calsyn et al 2002; McGrew et al, 1996; Priebe et al, 2005). Tid og kontinuitet gjør at man får anledning til å bli kjent, og fremmer mulighet til å individualisere behandlingen og å vite hvordan man skal møte den enkelte, påpeker Krupa et al (2005).

Noen brukere mener det kan bli for mange personer å forholde seg til når alle i teamet er involvert i behandlingen, og at det er ubehagelig at så mange som vet "alt" om dem (Drake og Deegan, 2008; Redko et al, 2004).

### **3.1.2 Praktisk og sosial støtte i hverdagen**

Betydningen av å få hjelp med praktiske og daglige aktiviteter, vektlegges i stor grad av brukerne (Calsyn et al, 2002; Chinman et al, 1999; Davidson, 2008; Furlong, Leddy, Ferguson og Heart, 2009; Krupa et al, 2005; Leiphart og Barnes, 2005; McGrew et al, 1996, Priebe et al, 2005; Redko et al, 2004). Når teamet brukte tid på å hjelpe brukerne med praktiske oppgaver, begynte brukerne å tro på at teamet var interessert i deres velbefinnende (Leiphart og Barnes, 2005). En hjelpende relasjon bygges ved at teamet investerer tid til å gi praktisk og sosial støtte (McGrew et al, 1996). Det tillitsforholdet som utviklet seg gjennom praktisk og sosial støtte gjorde brukerne mer i stand til å involvere seg i egen behandling (Krupa et al, 2005; Leiphart og Barnes, 2005). Å tilbringe tid med brukeren mens man gjør praktiske oppgaver, med en ikke så direkte kommunikasjon, er mer komfortabelt for målgruppen enn tradisjonell samtaleterapi (Chinman et al, 1999).

Brukerne peker på at det betyr mye å få hjelp til å finne ut av hva man har rett på av tjenester og hva som finnes av hjelp (Chinman et al 1999; Krupa et al 2005; Priebe et al, 2005). Å få hjelp til å få en ryddig økonomi blir nevnt i flere studier som nyttig hjelp, og mange peker på at en god psykisk tilstand avhenger av en adekvat økonomi (Chinman et al 1999; Krupa et al, 2005; Priebe et al, 2005).

Krupa et al (2005) viser til brukernes tilbakemelding om at ACT- teamets anstrengelser for å tilrettelegge for en bredere deltakelse i samfunnet, ble vurdert som særlig hjelpsomt for dem med lite nettverk. Mens Redko et al (2004) viser at brukerne ønsker seg flere aktiviteter som bidrar til inkludering i samfunnet, og at brukerne strever med at de føler seg stigmatisert og diskriminert.

### **3.1.3 Hjelp i forhold til symptomer og medisiner**

Når det gjelder hvor god hjelp brukerne synes de får i forhold til å håndtere symptomer og til å finne rett medisin og rett dose, spriker funnene. Det er også et gjennomgående trekk hvor lite brukerne fokuserer på nettopp dette aspektet. Noen peker på at brukerne stolte på ACT-teamet når det gjaldt å oppdage symptomer og endringer i psykisk tilstand og hva de trengte når de fremkom, og at dette skapte trygghet hos brukerne (Chinman, 1999; Krupa et al, 2005; Leiphart og Barnes, 2005). Chinman et al (1999) fant at helsearbeiderne i ACT- teamet i liten grad snakket med brukerne om deres psykotiske symptomer, men tok de heller med til psykiateren. Krupa et al (2005) viser at konflikter mellom brukerne og ACT- team i hovedsak var knyttet til medikasjon, og at brukerne i noen tilfeller erfarte at hjelperne gikk over streken og ble autoritære og påtrengende. Priebe et al (2005) fant at brukerne opplevde det som god hjelp når helsearbeiderne ikke har fokus på medikasjon, men heller på praktisk og sosial støtte.

## **3.2 Likeverd**

Å bli sett på som en person, som et alminnelig menneske, og ikke først og fremst som en diagnose, fremkommer som svært viktig (Chinman et al, 1999; Deegan, 1997; Priebe et al, 2005). Deegan (1997) og Lauveng (2005) er begge opptatt av at når du først og fremst blir betraktet som en diagnose, blir alt du sier og gjør forstått i relasjon til diagnosen, og det kan føre til at du selv forstår deg selv som en sykdom og ikke som den personen du er. Det gjør deg maktesløs og tar i fra deg ansvaret for eget liv. (Lauveng, 2005, 2006) betoner viktigheten av at noen fortsatt har forventninger til deg, og at i andres forventninger ligger det et håp; et håp om at du først og fremst er det menneske du alltid har vært.

Chinman et al (1999) viser at det brukerne mener har vært til størst hjelp, er at ACT- teamet har brukt tid til å bli kjent med dem som mennesker, og at dette har vært avgjørende for å utvikle tillit til helsearbeiderne. Brukerne synes det er god hjelp å bli lyttet til, og at deres meninger og synspunkter blir tatt på alvor. Å få være med å bestemme som et selvstendig menneske i saker som angår en selv direkte, blir vurdert som grunnleggende viktig (Priebe et al, 2005; Redko et al, 2004). En de- oss- holdning, der helsearbeiderne "overtar" livet til brukeren, og der de handler som om de vet hva som er best for andre uten å lytte til hva brukeren selv mener, beskrives som svært ødeleggende (Krupa et al, 2005; Priebe et al, 2005). En relasjon som er preget av likeverd, der hjelper og bruker samarbeider, oppleves som hjelpsomt (Chinman et al, 1999; Deegan, 1997; Krupa et al, 2005; Lauveng, 2005; Priebe et al, 2005). En bevegelse fra å kontrollere brukerne, mot en utforskende holdning og anerkjennelse av brukernes avgjørelser, førte til større engasjement i egen behandling (Priebe et al, 2005). Brukerne opplever at de utvikler vennskap med helsearbeiderne i ACT- teamet, etter hvert som de har vært involvert over lengre tid, og at dette er viktig for dem (Chinman, 1999). Å ha en opplevelse av at hjelperne liker å være sammen med brukeren, gjør relasjonen mer preget av gjensidighet, og påvirker brukerens syn på seg selv og man føler seg mer som et vanlig menneske (Krupa et al, 2005; Leiphart og Barnes, 2005).

### **3.3 Livstema**

Tema som berører mer eksistensielle sider av livet; som ensomhet og fellesskap, ha mål og drømmer for livet sitt og å få være i vekst og utvikling som menneske, blir fremhevet som et savn der dette fokuset uteblir. Jeg forstår det som at brukerne mener at dette er en viktig faktor i en bedringsprosess, og ettersom det blir nevnt som et savn hos flere av referansene, har jeg valgt å tematisere dette som et sentralt funn. Furlong et al (2009) viser at ACT bør bestrebe seg på å ikke kun ha fokus på å forhindre sykehusinnleggelser og på praktisk støtte, men også på å assistere og inspirere brukerne til å gjenoppta livet sitt og å skape seg en god fremtid. Også Chinman et al (1999) viser til brukernes erfaringer med dette, der de savner at ACT- teamet bruker mer tid og engasjement på å bli kjent med deres indre liv, hva de er opptatt av og hva de ønsker med livet sitt. Dette er noe som kan bli borte i den intensive behandlingen der praktisk støtte er en nødvendig og viktig del, men som fort kan bli alt behandlingen handler om.

I følge Krupa et al (2005) uttrykker brukerne et behov for en vedvarende selvutvikling, som kan innebære å gjøre "normale ting" som lønnet eller frivillig arbeid, rekreasjon, spare penger, ta sertifikat og delta i en sosial sammenheng. Tanken om vekst og endring inkluderer to sentrale elementer; et behov for å utvikle selvstendighet for å mestre egen lidelse og delta aktivt i egen bedringsprosess og et behov for å utvikle sin personlige kapasitet for å finne sin plass og bidra i en større sammenheng i samfunnet. En bruker uttrykker kampen for å delta i en naturlig sammenheng i samfunnet, der ikke sykdommen har fokus slik:

We all know we're sick, so we're sick and tired of sickness. I guess some of us get sick and tired of talking about it. If we could find somebody to socialize with who isn't a patient, I believe that's a breath of fresh air (Krupa et al, 2005, s 22)

Brukerne er fornøyde med at ACT bidro med støtte til å tilpasse seg samfunnet, men ønsker at de er mer opptatt av å fremme aktiviteter som utdanning, arbeid og sosialisering som ytterligere fremmer status som samfunnsborger (Krupa et al, 2005; Redko et al, 2004). Interaksjoner som handler om målsetting, personlig vekst og forandring ble ofte hastearbeid eller utsatt, fordi andre mer akutte saker hos andre brukere hastet.

## KAPITTEL 4 DISKUSJON

Funnene som er presentert i kapitlet over er i hovedsak hentet fra amerikanske studier. Det vil derfor være en aktuell problemstilling hvor vidt disse er relevante for norske forhold. Studiene er foretatt i både urbane og rurale regioner i Canada og USA, noe som kan gi ulike resultater, og som ikke uten videre kan overføres til andre kontekster. Det er også vanskelig å avgjøre om deltakerne i de ulike studiene representerer synspunktene til brukerne av ACT generelt. Det kan være at mange brukere er for dårlig til å delta i slike undersøkelser, og det må tas i betraktning at det ikke er stemmen til de aller dårligste som kommer frem. Funnene er svært homogene, og det kan være adekvat å spørre om dette gjenspeiler metodene som har vært benyttet og utvalget av respondenter, eller at det er svakheter ved litteratursøket i denne oppgaven som er årsaken til at det ikke er funnet mer variasjon i funnene. På den annen side kan det også være en styrke at flere uavhengige studier bekrefter hverandres funn, og dermed gir funnene større tyngde. Sett i lys av at artiklene som er presentert er hentet fra refereebedømte tidsskrift og at litteratursøket, slik jeg kan vurdere det, er godt forberedt og systematisk gjennomført, kan det også være at det er dette som finnes av eksisterende kunnskap om dette tema per nå.

Funnene i denne litteraturstudien indikerer at brukerne er rimelig samstemte om hva de mener er virksomt ved ACT og hvordan psykiske helsearbeidere i teamet kan være til hjelp. ACT-teamets engasjement gjennom tilgjengelighet over tid og praktisk og sosial støtte blir løftet frem som svært sentralt for bedringsprosessen. En relasjon preget av likeverd og gjensidighet er grunnleggende viktig, og fører til at brukerne opplever at de blir respektert, og først og fremst sett på som et menneske og ikke en diagnose. Dette bidrar til å styrke brukernes engasjement og deltakelse i egen bedringsprosess. Større fokus på livstema; som å være en del av en større sammenheng, både i nære relasjoner og i samfunnsliv, å ha ønsker og mål for eget liv og å være i en stadig utvikling som menneske, savnes av brukerne og pekes på som et viktig element i en bedringsprosess.

Brukernes erfaringer om hva som er virksomt ved ACT samsvarer i stor grad med generell kunnskap om hva brukerne sier er virksomme faktorer i bedringsprosesser (Borg, 2009; Borg og Topor, 2003; Topor, 2006,). Den spesifikke eksisterende kunnskapen om denne oppgavens tema kan settes inn i en større sammenheng med generell kunnskap om bedringsforskning. Det betyr at bedringsforskningen kan gi viktig kunnskap til helsearbeidere i ACT- team om

hva brukerne sier er sentrale faktorer i en bedringsprosess, og gi føringer for en brukerstyrt praksis.

ACT er en behandlings- og rehabiliteringsmodell som holder seg strengt til gitte fidelity-kriterier. Dette kontrolleres gjennom omfattende målinger ved en utarbeidet skala; DACTS-skala\* (Burn og Fim, 2002). Et eksempel på et område som måles, er at hele teamet i løpet av en tidsperiode har besøkt brukeren. Her kan fort helsearbeiderne komme i et dilemma i forhold til å ta hensyn til brukernes ønsker eller å skulle skåre høyest mulig på en fidelity-skala. Flere brukere ønsker ikke å ha så mange forskjellige personer involvert, og mener at færre personer involvert er best hjelp for dem (Drake og Deegan, 2008; Redko et al, 2004). På den ene siden skal brukerstemmen høres og brukernes erfaringskunnskap være en motvekt mot psykiatriens fokus på objektivitet, medisinske symptomer og diagnoser, for slik å gjøre tjenesten mer humanisert og personorientert, og på den andre siden skal man oppfylle kravene for standardiserte retningslinjer basert på evidensbasert praksis (Borg, 2009). Ekeland (1999) har i denne sammenheng stilt et sentralt spørsmål om evidensbasert praksis skal betraktes som kvalitetssikring eller som et instrumentelt mistak, og slik jeg ser det er dette også en aktuell problemstilling for klinisk praksis knyttet til ACT. Det kan være at noen av de eksisterende fidelity- kriteriene blir utfordret dersom brukerstemmen får mer makt og i større grad blir styrende for praksis.

Mange av informantene i studiene savner fokus på vekst og utvikling. Jeg forstår det slik at man her snakker om brukernes livsverden og det levde liv, dette som pågår samtidig med oppturer og nedturer i forhold til symptomer. Dette innebærer både å mestre egen sykdom og gjøre normale ting, som å arbeide og delta i sosiale sammenhenger, slik andre mennesker gjør. Jeg tenker at dette reflekterer at mange brukere føler seg isolert og stigmatisert. Noen av informantene uttrykker at de ønsker å være en del av vanlige omgivelser med friske mennesker (Krupa et al, 2005). Borg (2009) omtaler disse vanlige omgivelsene som "hverdagsarenaer", der brukerne gis en mulighet til å bli sett på som noe annet enn en "kroniker" eller "schizofren", men heller bli sett som for eksempel en kollega, nabo eller medstudent.

---

\*Dartmouth Assertive Community Treatment Scale (DACTS) er en fidelity- skala som ble utviklet av Teague, Bond og Drake i 1998. I 2009 kom Teague og medarbeidere med en oppdatert og revidert fidelity- skala (TMACT).

Dette handler i stor grad om de sosiale sidene ved livet, og får ofte ikke samme oppmerksomhet i helsevesenet som kliniske symptomer (Borg, 2009). Brukernes subjektive tanker og erfaringer knyttet til livstema er ikke like målbart som mer objektive størrelser, og det kan være en av årsakene til at dette har lavere prioritet. Det vil i så fall bety at standardiserte målinger blir styrende for praksis, fremfor brukererfaringer. Dette er, slik jeg ser det, problematisk i forhold til hvilket kunnskapssyn som får dominere, og reflekterer en asymmetri i maktforholdet mellom brukerne og de profesjonelle. Når brukerkunnskapen ikke anerkjennes, er dette et hinder for bedring, i følge funn som er presentert over.

Funnene spriker når det gjelder hva brukerne mener om hjelpen de får i forhold til håndtering av symptomer og medikasjon. Særlig var konflikter mellom brukere og helsearbeidere knyttet til medikasjon, der brukerne føler seg overkjørt, og en bruker opplever å bli truet med tvangsinnleggelse dersom han ikke tok psykofarmaka (Krupa et al, 2005). Dette er et område med mange etiske dilemmaer for helsearbeiderne i ACT- team, som forholder seg til alvorlig psykisk syke som ofte ikke ser sitt eget behov for behandling. Helsearbeidernes hensikt vil være å ivareta brukerne, men kan stå i fare for å bruke sin makt og innflytelse på en måte som hindrer prinsipper som selvstendighet, bemyndigelse, respekt og ansvarlighet, som brukerne selv sier er virksomme faktorer for bedring (Furlong et al, 2009). Det vil være perioder der teamet må ha mest kontroll, men det må være et mål at kontrollen raskest mulig flyttes til brukeren. Brukerne er tydelige på at de må være med å bestemme over eget liv og egen behandling, og at dette er avgjørende for deres bedring (Priebe et al, 2005; Redko et al, 2004). Skal ACT- team ta brukernes stemme på alvor, må de hele tiden se etter hvem som har kontroll over avgjørelser som berører livet til brukerne.

## KAPITTEL 5 AVSLUTNING

Denne litteraturstudien understreker noen sentrale forhold. Brukerne mener at helsearbeiderne i ACT- team er til hjelp ved å være tilgjengelige, gi praktisk og sosial støtte, at relasjonen til helsearbeiderne er preget av likeverd og at de får et større fokus på brukernes vekst og utvikling. Å bli regnet med som en aktiv deltaker i egen bedringsprosess og å bli sett først og fremst som et menneske, blir beskrevet som virksomme faktorer. Dette er kunnskap som kan gi implikasjoner for helsearbeidere i nyetablerte ACT- team i Norge, for deres ledere og for sentrale myndigheter som gir rammebetingelser og føringer for hva som skal være god praksis. Mye av det som allerede gjøres er i følge brukerne god hjelp, og det bør vi fortsette med. Av og til gjøres ting som brukerne mener er direkte skadelig, og det bør vi bestrebe oss på å slutte med. Noe pekes på som savn, og det bør vi få på dagsorden.

Systematiske studier av brukernes erfaringer med hva som er virksomt ved ACT har, typisk nok, ikke blitt betraktet som like tungtveiende kunnskap i vurderingen av ACT som evidensbasert praksis. Det gjenspeiler det forholdsvis begrensede utvalget av forskning på nettopp dette, og det er nødvendig at det forskes mer på brukererfaringer knyttet til ACT. I Norge er det foreløpig ikke forsket på ACT. På bakgrunn av den eksisterende kunnskap som er presentert her, er det flere aktuelle problemstillinger som utpeker seg. Det kan være aktuelt å spørre brukerne av ACT- team i Norge hva de erfarer er til hjelp, og å spørre helsearbeiderne om det samme. Det kan også være interessant å undersøke hva helsearbeiderne faktisk gjør for å fremme brukernes bedringsprosesser og sammenligne dette med hva brukerne mener er viktig. Med utgangspunkt i at brukerne savner et sterkere fokus på aktiviteter som fremmer vekst og utvikling, vil det også være relevant å gi dette fokus i en studie. Å forske videre på brukererfaringer knyttet til ACT vil gi nødvendig kunnskap for en brukerstyrt behandling.

Uansett hvilket fokus, av de som er nevnt over, jeg skulle velge i en mulig masteroppgave, så er litteraturstudiet i denne oppgaven grunnlaget for videre arbeid. Gjennom arbeidet med denne oppgaven, har jeg fått en faglig fordypning i det avgrensede emnet jeg har valgt. Det jeg har funnet har, for min egen del, bidratt til ettertanke og inspirasjon til å arbeide videre med brukererfaringer som gyldig kunnskap i evidensbasert praksis.

## LITTERATURLISTE

- Borg, M (2009) The process of recovery in everyday life: The experience of persons with serious mental illness. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46, 452- 459
- Borg, M og Topor, A (2003) *Virksomme relasjoner. Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Burns, T og Firn, M (2002) *Assertive Outreach in Mental Health*. New York: Oxford University Press.
- Calsyn, R.J., Morse, G.A., Klinkenberg, W.D., Yonker, R.D. og Trusty, M.L. (2002). Moderators and mediators of client satisfaction in Case Management Programs for clients with severe mental illness. *Mental Health Service Research*, 4 (4), 267- 74.
- Chinman, M, Allende, M, Bailey, P, Maust, M.A og Davidson, L (1999) Therapeutic agents of assertive community treatment. *Psychiatric Quarterly*. 70 (2), 137- 162
- Davidson, L. (2008). From “incurable” schizophrenic to a person in recovery: A not so uncommon story. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 4 (1), 25- 34.
- Deegan, P.E. (1997). Recovery and empowerment for people with psychiatric disabilities. *Social work in health care*, 25 (3), 11- 24.
- Dietrich, M., Irving, C.B. og Marshall, M. (2009). Intensive Case Management for severe mental illness. *The Cochrane Database of Systematic Review*, 2010, Issue 3.
- Drake, R.E. og Deegan, P.E. (2008). Are assertive community treatment and recovery compatible? Commentary on “ACT and recovery: integrating evidence- based practice and recovery orientation on assertive community treatment teams”. *Community Mental Health Journal*, 44, 75- 77.
- Ekeland, T.J. (1999). Evidensbasert behandling: kvalitetssikring eller instrumentalistisk mistak. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 36, 1036- 1047.
- Furlong, M, Leddy, J, Ferguson, J og Heart, K (2009) Assertive Community Treatment and Recovery at Thresholds. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 12, 108- 123

- Helse- og omsorgsdepartementet (2008- 2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling- på rett sted- til rett tid*. St. meld. nr 47 (2008- 2009) Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (1996- 97). *Åpenhet og helhet. Om psykisk lidelser og tjenestetilbudet*, St.meld. nr 25 (1996- 97). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (1997- 98). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006 Endringer i statsbudsjettet for 1998*. St.prp. nr. 63 (1997- 1998). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Kilvik, A. og Lamøy, L.I. (2007). *Litteratursøking i medisin og helsefag. En håndbok*. Trondheim: Tapir Akademiske Forlag.
- Krupa, T, Eastbrook, S, Hern, L, Lee, D, North, R, Percy, K, Von Briesen, B og Wing, G (2005) How do people who receive assertive community treatment experience this service? *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29 (1), 18- 24
- Lauveng, A (2005) *I morgen var jeg alltid en løve*. Oslo: Cappelen forlag.
- Lauveng, A. (2006) *Unyttig som en rose*. Oslo: Cappelen forlag.
- Leiphart, L og Barnes, M. (2005). The client experience of assertive community treatment: a qualitative study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28 (4), 395- 397
- Marshall M og Lockwood A. (2010). Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *The Cochrane Database of Systematic Review*, 2010, Issue 3.
- McGrew, J.L., Wilson, R.G. og Bond, G.R. (1996). Clients perspectives on helpful ingredients of assertive community treatment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19 (3), 13- 21.
- McHugo, G.J., Drake, R.E., Teague, G.B. and Xie, H. (1999). Fidelity to assertive community treatment and client outcomes in the new Hampshire dual disorders study. *Psychiatric Services*, 50 (8), 1079- 1081.

- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2006). Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning. [www.kunnskapssenteret.no/sjekkliste.kvalitativ.2006](http://www.kunnskapssenteret.no/sjekkliste.kvalitativ.2006) (nedlastet 10. april 2010)
- Priebe, S., Watts, J., Chase, M. og Matanov, A. (2005). Processes of disengagement and engagement in assertive outreach patients: qualitative study. *British Journal of Psychiatry*, 187, 438- 443.
- Redko, C, Durbin, J, Wasylenki, D og Krupa, T. (2004). Participant perspectives on satisfaction with assertive community treatment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27 (3), 283- 286
- Sosial- og helsedirektoratet (2002). *Koordinering av psykososialt arbeid for personer med langvarige og alvorlige psykiske lidelser*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Sosial- og helsedirektoratet (2006). *Plan for brukermedvirkning. Mål, anbefalinger og tiltak i opptrappingsplanen*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Topor, A (2006/ 2004). *Hva hjelper? Veier til bedring fra alvorlig psykiske problemer*. Oslo: Kommuneforlaget.

## Vedlegg 1: Søkehistorie systematisk litteratursøk (siste søk utført 28.04.10)

| Database<br>Terms                                                                                           | Cinahl        | Ovid:<br>Psych<br>info | Ovid:<br>Embase | Ovid:<br>Medline | Cochrane      | Total           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------------------------|-----------------|------------------|---------------|-----------------|
| #Community mental health service OR (assertive community treatment OR assertive outreach)                   |               |                        |                 |                  | T: 31<br>R: 1 |                 |
| (Assertive community treatment OR assertive outreach) AND (#patient satisfaction OR #consumer satisfaction) | T: 15<br>R: 1 | T: 28<br>R: 6          | T: 67<br>R: 3   | T: 37<br>R: 3    | T: 22<br>R: 0 | T: 169<br>R: 13 |
| (Assertive community treatment OR Assertive outreach) AND user experience*                                  | T: 0<br>R: 0  | T: 0<br>R: 0           | T: 1<br>R: 1    | T: 1<br>R: 1     |               | T: 2<br>R: 2    |
| (Assertive community treatment OR Assertive outreach) AND client experience*                                | T: 1<br>R: 1  | T: 2<br>R: 1           | T: 1<br>R: 1    | T: 1<br>R: 1     |               | T: 5<br>R: 4    |
| (Assertive community treatment OR Assertive outreach) AND client satisfaction                               | T: 5<br>R: 1  | T: 22<br>R: 3          | T: 11<br>R: 1   | T: 12<br>R: 1    |               | T: 50<br>R: 6   |
| (Assertive community treatment OR Assertive outreach) AND client satisfaction                               | T: 4<br>R: 1  | T: 4<br>R: 0           | T: 5<br>R: 0    | T: 6<br>R: 0     |               | T: 19<br>R: 1   |
| (Assertive community treatment OR Assertive outreach) AND patient satisfaction                              | T: 16<br>R: 1 | T: 6<br>R: 0           | T: 48<br>R: 2   | T: 38<br>R: 3    |               | T: 108<br>R: 6  |
| (Assertive community treatment OR Assertive outreach) AND patient perspective*                              | T: 0          | T: 28<br>R: 6          | T: 0            | T: 0             |               | T: 28<br>R: 6   |
| (Assertive community treatment OR Assertive outreach) AND user perspective*                                 | T: 1<br>R: 0  | T: 1<br>R: 0           | T: 0<br>R: 0    | T: 1<br>R: 0     |               | T: 3<br>R: 0    |
| (Assertive community treatment OR Assertive outreach) AND client perspective*                               | T: 1<br>R: 1  | T: 2<br>R: 1           | T: 0            | T: 0             |               | T: 3<br>R: 2    |
| (Assertive community treatment OR Assertive outreach) AND (recovery OR #recovery)                           | T: 21<br>R: 2 | T: 55<br>R: 3          | T: 29<br>R: 3   | T: 24<br>R: 2    |               | T: 129<br>R: 10 |

T = Totale antall treff, R= Relevante og inkluderte treff

## Vedlegg 2 - Litteraturoversikt

| Forfatter(e)<br>Årstall<br>Type<br>publikasjon                              | Forskningsdesign                                                               | Utvalg                                         | N- antall                                 | Tittel                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Calsyn, Morse,<br>Klinkenberg,<br>Yonker og Trusty,<br>2002<br><br>artikkel | Randomisert forsøk,<br>med månedlige<br>intervjuer i<br>forsøksperioden        | Pasienter med<br>alvorlig psykisk<br>lidelse   | 165                                       | Moderators and<br>mediators of<br>client satisfaction<br>in Case<br>Management<br>Programs for<br>clients with<br>severe mental<br>illness                                                                                                     |
| Chinman, Allende,<br>Maust og<br>Davidson, 1999<br><br>artikkel             | Kvalitativ,<br>fenomenologisk,<br>intervju med åpne<br>spørsmål, narrativ stil | brukere av ACT<br>og behandlere<br>i ACT- team | 3 brukere og 3<br>behandlere til<br>disse | Therapeutic<br>agents of<br>assertive<br>community<br>treatment                                                                                                                                                                                |
| Davidson, 2008<br><br>Commentary                                            |                                                                                |                                                |                                           | From “incurable”<br>schizophrenic to<br>person in<br>recovery: a not so<br>uncommon story.                                                                                                                                                     |
| Deegan, 1997<br><br>Artikkel                                                | Forfatterens subjektive<br>erfaringer, narrativ                                |                                                |                                           | Recovery and<br>Empowerment for<br>people with<br>psychiatric<br>disabilities                                                                                                                                                                  |
| Drake og Deegan,<br>2008,<br><br>Commentary                                 |                                                                                |                                                |                                           | Are Assertive<br>Community<br>Treatment and<br>recovery<br>compatible?<br>Commentary on<br>“ACT and<br>recovery:<br>Integrating<br>evidence- based<br>practice and<br>recovery<br>orientation on<br>assertive<br>community<br>treatment teams” |
| Furlong, Leddy,<br>Ferguson og<br>Heart, 2009                               | Kvalitativ, Case-<br>eksempler                                                 | Brukere av ACT                                 | 4                                         | Assertive<br>Community<br>Treatment and                                                                                                                                                                                                        |

|                                                                               |                                                                  |                |     |                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| Artikkel                                                                      |                                                                  |                |     | Recovery at Thresholds                                                                      |
| Krupa, Eastbrook, Hern, Lee, North, Von Briesen og Wing, 2005<br><br>Artikkel | Kvalitativ, deltagende forskningstilnærming, fokusgruppeintervju | Brukere av ACT | 52  | How do people who receive Assertive Community Treatment experience this service?            |
| Lauveng, 2005<br><br>Bok/<br>skjønnlitteratur                                 |                                                                  |                |     | Imorgen var jeg alltid en løve                                                              |
| Lauveng, 2006<br><br>Bok/<br>skjønnlitteratur                                 |                                                                  |                |     | Unyttig som en rose                                                                         |
| Leiphart og Barnes, 2005<br><br>Artikkel                                      | Kvalitativ, dybdeintervju og Grounded Theory teknikker           | Brukere av ACT | 5   | The client experience of assertive community treatment: a qualitative study                 |
| McGrew, Wilson og Bond, 1996<br><br>Artikkel                                  | Mixed Method, åpne spørsmål                                      | Brukere av ACT | 165 | Client perspectives on helpful ingredients of assertive community treatment                 |
| Priebe, Watts, Chase og Matanov, 2005<br><br>Artikkel                         | Kvalitativ, dybdeintervjuer                                      | Brukere av ACT | 40  | Processes of disengagement and engagement in assertive outreach patients: qualitative study |
| Redko, Durbin, Wasilenki og Krupa, 2004<br><br>Artikkel                       | Mixed Method, åpne spørsmål, kvantitativ og kvalitativ analyse   | Brukere av ACT | 175 | Participant perspectives on satisfaction with assertive community treatment                 |