

Amund Aakerholt:

ACT-håndbok

Inkludert en beskrivelse av FACT-modellen

2. utgave



Forord

På bakgrunn av anbefalinger i Helsedirektoratets rapport IS- 1554 bevilget Stortinget i 2009 midler til etablering og drift av ACT- team (Assertive community treatment) i Norge. Midlene ble gitt som 5-årig tilskudd til kommuner og helseforetak i ett forpliktende samarbeid. Helsedirektoratet forvalter tilskuddsordningen og tilrettelegger for opplæring i og evaluering av modellen. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) fikk i oppdrag å gjennomføre opplæringen. Ansvar for evalueringen har nåværende Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (ROP), Sykehuset Innlandet, og Akershus universitetssykehus, FoU-avdelingen, psykisk helsevern. I forbindelse med evalueringen fikk Kompetansesenter rus - region øst (KoRus -Øst) i oppdrag å utarbeide en håndbok.

ACT-håndboken ble utgitt i oktober 2010 og en elektronisk versjon finnes på www.rop.no, og midtveisrapporten fra evalueringen forelå i november 2012. Siden ACT-teamene ble opprettet, har noen team vurdert å dreie arbeidet i retning av den nederlandske ACT-varianten FACT (fleksibel ACT, en kombinasjon av ACT og case management). I områder uten ACT-team vurderer enkelte kommuner i samarbeid med DPS å satse på FACT-team. Av den grunn har Helsedirektoratet bedt Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (ROP) om å revidere eksisterende håndbok og samtidig inkludere FACT-modellen.

Undertegnede har skrevet denne nye utgaven og er ansvarlig for utformingen av den. Beskrivelsen av ACT-modellen bygger i all hovedsak på den første håndboka, men den historiske gjennomgangen er strammet inn. Videre er stoffet disponert litt annerledes og behandlingsdelen noe mer utdypet. Den detaljerte beskrivelsen av utredningspakken er tatt ut, men oversikten over måleinstrumentene er beholdt.

Enkelte resultater fra Midtveisrapporten fra ACT-evalueringen er tatt med og kommentert. Videre er litteraturlisten oppdatert. Et viktig, nytt bidrag er *Journal of the American Psychiatric Nurses Association* som i 2011 viet en hel utgivelse til ACT. Boka *Assertive Outreach in Mental Healthcare: Current Perspectives* (Wiley-Blackwell 2011) og NAPHAs reportasjeserie fra ACT-teamene må også nevnes.

Etter ønske og bestilling fra Helsedirektoratet har en av FACTs grunnleggerne, psykiater Remmers van Veldhuizen skrevet en relativt omfattende beskrivelse (manual) av den nederlandske FACT-modellen. Den er oversatt og bearbeidet for norske forhold av Karin Blix Flage og Tone Øiern. Van Veldhuizens beskrivelse er laget for denne håndboka og det finnes en tilsvarende engelsk versjon på www.factfacts.nl. Den norske oversettelsen er tilgjengelig på ROP, NAPHA og Hdir sine nettsider.

Sammen med FACT-fidelityskala, er den nederlandske manualen de mest sentrale dokumentene for vår beskrivelse av FACT-modellen.

I og med at dette er en revisjon av den første ACT-håndboka og at FACT er en modell som tar utgangspunkt i ACT, er vår beskrivelse av ACT mer omfattende enn beskrivelsen av FACT i dette heftet. I den nederlandske manualen er forøvrig ACT- delen av FACT viet mest oppmerksomhet. For å få en best mulig forståelse av av FACT-modellen er det viktig å lese van Veldhuizens manual sammen med denne håndboka. I tillegg til beskrivelsene av de to modellene, presenterer vi både den amerikanske fidelityskalaen for ACT-team (TMACT) og den nederlandske FACT - fidelity skalaen. TMACT er, etter avtale med Teague og medarbeidere, oversatt til norsk i forbindelse med ACT-evalueringen og vår oversettelse av den nederlandske skalaen er, etter avtale,

basert på den engelske versjonen fra 2010 som ligger på nettsidene til det nederlandske sertifiseringscenteret for ACT og FACT, CCAF. (www.ccaf.nl).

Den nederlandske skalaen er under revisjon og det kan derfor forekomme noen avvik mellom fidelityskalaen fra 2010, vanVeldhuizens beskrivelse og andre presentasjoner av FACT.

Skåringsdelene av skalaene er utelatt. Bruk av skåringene krever omfattende opplæring og kan være misvisende dersom den presenteres uten en grundig innføring. Vi vil presisere at våre oversettelser av fidelityskalene er uoffisielle og midlertidige og må brukes med den begrensningen.

Undertegnede vil takke Hanne Clausen og Anne Landheim fra ACT-evalueringsgruppa, Bente Weimand fra A-hus, Tore Sørensen, Kaja Sillerud og Karin Gravbrøt fra Helsedirektoratet og ikke minst ACT-teamet i Moss og FACT-teamet i Gamle Oslo for nyttige innspill og kommentarer.

Videre vil undertegnede takke Karin Blix Flage og Tone Øiern for godt arbeid med den oversatte FACT-manualen.

Hamar, 02.12.13

*Amund Aakerholt,
Nasjonal kompetansetjeneste ROP*

Ansvarlig utgiver:

Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse,
Sykehuset Innlandet HF.

Postadresse:

Sykehuset Innlandet HF, Divisjon Psykisk Helsevern,
Avdeling for psykosebehandling og rehabilitering,
Nasjonal kompetansetjeneste ROP
Postboks 104, 2381 Brumunddal
Telefon +47 62 58 14 00 • Telefaks +47 62 58 15 69
E-mail: post@rop.no
www.rop.no

Design/førtrykk: Flisa Trykkeri AS **Forsidefoto:** Shutterstock.com

Trykk: Møklegaard Print Shop AS **Opplag:** 2.000

2. utgave, november 2013

ISBN: 978-82-999521-0-1

Innhold

Kapitler

1. Innledning	6
2. Assertive Community Treatment, ACT	10
3. Målgruppen for ACT	11
Hvem har nytte av en ACT-tilnærming?	11
Hvem har mindre nytte av ACT?	12
4. Organisering av tjenestetilbudet	14
ACT gjør det meste (CP6 - 8 og EP 1-3)	14
Teambasert tilnærming (OS 2)	15
Teammøter (OS 3 og 4)	15
Antall brukere per behandler (OS 1 og 5)	17
Inntak og utskrivning (OS 7 - 10)	17
Samarbeid rundt innleggelse (OS 11)	19
5. Roller og kompetanse i ACT-team	21
Merkantil ansatt (OS12R)	21
Teamleder (CT 1 og 2)	21
Psykiater og sykepleier (CT 3 - 7)	21
Øvrig kompetanse (ST 1 - 6)	22
Brukerspesialist (ST 7 og 8)	22
6. På brukers arena	24
Kjerneaktiviteter (CP 1 – 8)	24
ACT's særpreget: Å skape engasjement gjennom aktivt oppsøkende virksomhet	24
7. Utredning og behandling	27
Utredning	27
Klinisk bruk av utredningspakken	27
Oversikt over måleinstrumentene	28
Kartlegging ut over utredningspakken	28
Kunnskapsbasert praksis (EP 1 -8)	29
Bolig først	30
Rus- og psykisk lidelse	30
Arbeid	31
Å komme seg	31
Psykoterapi	33
Individuelt tilpasset behandling (PP 1 – 4)	33

8. FACT – fleksibel ACT	36
Bakgrunn for modellen	36
Hovedprinsippene i FACT	37
Målgruppa for FACT slik den beskrives i manualen	37
Tilbudet til de brukerne som har størst behov for hjelp på ulike nivå	38
FACT-tavla	38
Utredning og behandling	39
Organisering av tjenestene, teamstruktur og bemanning	40
9. Likheter og ulikheter mellom modellene	42
10. Veien videre, noen utfordringer	44
Målgruppe	44
Geografi og målgruppe	44
Behandling og tilfriskningsprosess	45
Fidelity og modell	45
Oppsummert	46
11. Referanser og kjernelitteratur	47

Vedlegg

1. Tool for Measurement of Assertive Community Treatment (TMCAT)	51
2. FACT fidelity scale	59

Innledning

Ifølge Helsedirektoratet er det i Norge ca. 4000 personer med underforbruk av tjenester knyttet til oppfølging og behandling av rus og psykiske lidelser. Som en tommelfingerregel kan vi si at ca. en promille av befolkningen sliter både med omfattende rusproblemer og samtidig alvorlig psykisk lidelse. Forekomsten kan være høyere i større bykommuner og lavere i mindre kommuner.

Felles for denne gruppa er at belastningene ikke bare omfatter alvorlige psykiske lidelser, men også somatiske sykdommer, rusavhengighet, og ulike sosiale problemer knyttet til bolig, mangel på arbeid eller meningsfull aktivitet, utslitte pårørende eller konfliktfylte familieforhold. Nødvendige behandlings- og tjenestetilbud bør omfatte et vidt spekter av tiltak.

I litteraturen blir disse personene ofte omtalt som «hard to reach and hard to treat», dvs. brukere som er vanskelige å nå og som ikke nyttiggjør seg tradisjonell behandling. Her står tjenesteyterne kanskje overfor den største utfordringen. Vi kjenner til personene, men har et hjelpe- og behandlingsapparat som ikke er tilpasset deres situasjon. Vårt tradisjonelle hjelpesystem er i utgangspunktet laget for brukere som kan forholde seg til og møte til ukentlige avtaler, som kan huske det som ble diskutert under forrige avtale og som kan be om innleggelse ved kriser. Systemet fanger ikke opp brukere som ikke forholder seg til innkallelse pr. post, ikke har fast adresse, husker lite fra siste samtale med en behandler eller hjelpeinstans og har så store økonomiske og sosiale problemer at et tilbud som bare dreier seg om samtaler på et kontor lett fortøner seg som bortkastet eller bagatellmessige.

Ut fra denne erkjennelsen har både myndigheter og fagpersoner engasjert seg sterkt for å utvikle nye metoder og tilnærminger til pasienter som er vanskelige å

nå og ikke alltid lett å behandle. Kjernen i disse metodiske tilnærmingene er aktivt (assertive) oppsøkende virksomhet forankret i en uttalt teammodell. Dette til forskjell fra case management som handler om å formidle tjenester til brukere som har problemer skaffe seg disse (såkalt meklermodell). Den aktivt oppsøkende komponenten, «assertiveness», handler om å bruke engasjement, overtalelse og ikke minst tålmodighet for å få bruker i tale og så gradvis etablere en trygg relasjon som utgangspunkt for behandling og videre oppfølging.

Unntaksvis må ty til via påtvungne tiltak. Å avslutte en kontakt fordi bruker vegrer seg er feil, da gjør man nye forsøk eller vurderer andre måter å komme i kontakt på. Denne milde insisterende pågåenheten begrunnes med brukers alvorlige psykiske problemer og en tilværelse preget av forkommenhet. Samtidig er aktivt oppsøkende behandling en metode som krever inngående faglig og etisk refleksjon. Hvor skal en trekke grensen mellom respekt for den enkeltes autonomi og det som vi som fagpersoner mener er nødvendig behandling. I bøkene til Ryan og Morgan og Williams m. fl. diskuteres dette inngående. For å sitere Morgan og Ryan, er det forskjell på «klienter som er vanskelig å engasjere» og «tjenester som er lite tilgjengelige».

Både innenfor psykisk helsetjenester og i deler av rusfeltet er nå ambulant arbeid (f.eks. akutt-team, og rehabiliteringsteam), dvs arbeid utenfor kontorene, på vei til å bli del av ordinær virksomhet. Gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse (1999 – 2008) ble det etablert oppsøkende ROP-team (rus og psykisk lidelse) både innenfor spesialisthelsetjeneste og kommune. I hvilken grad disse har arbeidet aktivt oppsøkende og brukt en konsekvent teamtilnærming har variert. Til tross for omfattende satsing innen psykisk helse, ble det i *Helsedirektoratets rapport IS-1554, 2008*

likevel pekt på at mange personer med alvorlig psykisk lidelse og omfattende tilleggsproblemer faller utenfor hjelpeapparatet.

Av den grunn bevilget derfor Stortinget gjennom Statsbudsjettet for 2009 øremerkede midler til å implementere samhandlingsmodeller og ACT-team (Assertive community treatment). En forutsetning var at kommune og spesialisthelsetjeneste skulle samarbeide aktivt og forpliktende gjennom disse tiltakene. I 2013 var det i Norge etablert 13 ACT-team. Fire nye får tilskudd, av disse er 2 FACT-team. Gode erfaringer med ACT-teamet som ble opprettet i Mossregionen i 2006 var en av grunnene til at en valgte denne modellen. I regi av NAPHA ble det iverksatt opplæring for etablerere av og ansatte i de nye ACT-teamene og ACT-satsingen er som nevnt gjenstand for omfattende evaluering.

Nødvendigheten av oppsøkende arbeid understrekes i ”Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykiske lidelser (ROP-retningslinjene 2012)”. Der sies det klart at behandling i oppsøkende behandlingsteam, for eksempel ACT-team, bør gis personer som ikke responderer på tradisjonell poliklinisk behandling, sykehusopphold eller annen døgnbasert institusjonsbehandling.

I ”Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser” (2013) anbefales følgende: *personer med alvorlige psykoselidelser og sammensatte tjenestebehov, som ikke greier å dra nytte av det ordinære tjenestetilbudet, tilbys behandling og oppfølging etter ACT-modellen.*

Det er viktig å understreke at ACT er en teambasert modell for oppsøkende behandling av pasienter med

psykoselidelse og ulike tilleggsproblemer som f.eks. rusmisbruk. Oppfølgingen og behandlingen i ACT-teamet omfatter tjenester som i Norge vanligvis er fordelt mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Til tross for økt samhandling er denne todelingen av tjenestetilbudet ikke uproblematisk dersom en ønsker å etablere team som har ambisjoner om å gi et helhetlig tilbud innen psykisk helse. I England (Community Mental Health Team og ACT) og Nederland (Fleksible ACT-team) er store deler av det samlede tilbudet innen psykiske helsetjenester basert på oppsøkende team. Til nå har kommunene i Norge stått for mesteparten av arbeidet ute hos brukerne mens DPS-ene gradvis har kommet etter.

I en rapport fra SINTEF (oktober 2013) om ”Unødvendige innleggelses, utskrivningsklare pasienter og samarbeid rundt enkeltpasienter” pekes det på at mange innleggelses kan unngås dersom kommunale tjenester (bolig og oppfølging) styrkes. Videre understrekes nært samarbeid rundt pasienter som trenger tjenester fra begge nivå. ACT-teamene blir framhevet som en god modell for kunne gi helhetlige og sammenhengende tjenester og forfatterne av rapporten mener at ACT-team bør være et viktig satsningsområde for forpliktende samarbeid framover. Et av funnene i ACT-evalueringen så langt (Midtveisrapporten) er at etter inntak i ACT har antall innleggelses gått ned og det har vært en reduksjon i antall liggedøgn. Dette sammenlignet med situasjonen før ACT kom inn i bildet. Selv om Helsedirektoratet ikke har konkludert mht. hvordan ACT-satsingen skal videreføres, understreker direktoratet det positive i modellen og at den har bidratt til forpliktende samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. (Kommentar på Hdirs nettside i forbindelse med Sintef-rapporten, 29.10.13)

Det vi kan anta er at utvikling av systematisk og forpliktende samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste gjennom f.eks ACT-team eller andre forpliktende samhandlingsmodeller kan bidra til færre liggedøgn, mer bruk av planlagte innleggelser og færre «svingdørsopphold». ACT-modellen er veldokumentert mens den nederlandske FACT-modellen er det forsket lite på. Imidlertid har den utviklet seg til å bli en viktig bærebjelke innen psykisk helsevern i Nederland. Kort beskrevet har FACT inkorporert både ACT tilnærmingen og ulike case management tilnærminger i samme team.

Fleksibiliteten i FACT handler om at pasientene i noen perioder trenger intensiv oppfølging i form av ACT, i andre perioder case management oppfølging. Dette skjer uten at pasientene må forlate FACT. Case management handler om å koordinere og sikre at bruker får nødvendige tjenester uansett hvor mange instanser som er involvert. Selv om FACT primært er et tilbud til personer med alvorlig psykisk lidelse er FACT tenkt å favne noe videre enn et tradisjonelt ACT-team.

Vi tenker at både ACT og FACT er gode modeller for å nå brukere som er «hard to reach and hard to treat». Så kan en diskutere om disse modellene også bør være utgangspunkt for hele vårt psykiske helsetilbud til personer med alvorlige psykiske lidelser. ACT har som nevnt vært gjenstand for svært omfattende forskning og evaluering, og det finnes et solid kunnskapsgrunnlag for modellen. En Cochraneoppsummering vektlegger det å være modelltro som en viktig komponent ved ACT-arbeidet (Marshall et al. 2010), mens andre vektlegger hvilke tjenester som tilbys ute (Burns 2007, Catty m.fl. 2002). ACT er, ved god implementering og rettet mot riktig målgruppe, en svært godt dokumentert

behandlingsmodell. Flere studier har også vist at ACT modellen er kostnadseffektiv sammenliknet med standard behandling.

Både FACT og ACT bygger på en gjennomført systematikk både mht. til aktivt oppsøkende arbeid og videre behandling beskrevet gjennom såkalte fidelity-skalaer. En fidelityskala beskriver hva teamet skal gjøre, hvilke oppgaver som tilligger ulike yrkesgrupper og hva det innebærer å arbeide teambasert. Skalaen måler i hvilken grad modellen er implementert og om teamet er tro mot modellen. Disse skalaene bidrar til en mer konsistent opplæring og at teamets arbeid både kan etterprøves og evalueres. På den måten bidrar fidelity-skalene til å kvalitetssikre det arbeidet som gjøres i teamene.

Utgangspunktet for denne håndboka er primært å presentere de to modellene, hva som skiller og hva som er felles. Dersom FACT-modellen tas i bruk flere steder, tenker vi det er viktig å evaluere den også. Med utgangspunkt i ACT-evalueringen og en utprøving av FACT vil vi ha et rimelig godt grunnlag for å kunne si noe om hvordan aktivt oppsøkende arbeid bør kunne utformes i Norge. Uten å forskuttere ACT- og en mulig FACT-evaluering vil vi likevel peke på noen dilemmaer og utfordringer med å ta i bruk FACT / ACT innenfor psykisk helsearbeid i Norge:

- Å arbeide etter en modell. Det krever mye innsats både fra fagpersoner og ledelse, både mht. opplæring og implementering. Innen psykisk helsearbeid har det, med noen unntak, vært lite vanlig å arbeide så strengt etter en modell og bli målt etter fidelity-skalaer som ACT/FACT fordrer. Dersom en skal arbeide etter en fidelitybasert modell, kan en ikke ta

vekk elementer en ikke liker, men prøve ut modellen slik den er og så gjennom evaluering vurdere hvilke deler av modellen som bør endres eller justeres.

- Sammenlignet med land hvor ACT brukes og FACT i Nederland satser Norge på en godt utbygd psykisk helsetjeneste i kommunene supplert med spesialisthelsetjenesten. Til tross for samhandlingsreformen er det fortsatt store utfordringer og svakheter i samarbeidet. En kan da tenke at noen brukergrupper krever så mye samhandling at et høykompetent team bør følge dem opp på tvers av forvaltningsnivåene som særtiltak. Alternativt kan en tenke at ACT/FACT-modellene etter hvert vil danne grunnlaget for hvordan vi i framtiden bør samhandle rundt alle brukere med alvorlig psykisk lidelse og sammensatte problemer, dvs. ACT/FACT som det ordinære tjenestetilbudet.
- Gitt det siste vil en målgruppediskusjon tvinge seg fram. ACT og FACT er i utgangspunktet rettet mot pasienter med psykoseproblematikk. Når noen kommuner nå er skeptiske til et videre ACT-samarbeid er en av grunnene at en tenker at teamet er ressurskrevende og snevert. Psykosepasientene er spesialisthelsetjenestens ansvar – kommunene har mange andre brukere som kunne dra nytte av aktivt oppsøkende arbeid. Denne diskusjonen går både i USA, hvor en prøver å utvide ACT, og i Nederland hvor en har etablert FACT rettet mot brukere på vei ut av fengsel og mot brukere med ustabil personlighetsforstyrrelse. En slik utvidelse vil kreve mer omfattende kompetanse enn fidelity-skalene legger opp til, og et team som skal favne «alle» kan lett gå i stykker.
- Geografi. I Nederland ble FACT etablert bl.a. fordi ACT var best egnet i tett befolkede områder. For si det mildt er geografien noe mer komplisert i Norge enn i Nederland. Vår utfordring er hvordan en kan tillemppe ACT/FACT som metode i kombinasjon med mange andre tilnærminger i områder med få aktuelle brukere.
- Å følge opp med behandling og å styrke tilfriskningsprosessen (recovery). Midtveisrapporten peker på at ACT-teamene skårer høyt (fidelity-skalaen) på å oppsøke og å engasjere brukerne, men har litt å gå på når det gjelder å ta i bruk anbefalte behandlingsmetoder. I en oppstartsfase er dette neppe uvanlig, men likevel har vi noen utfordringer mht å bruke anbefalte behandlingsmetoder i en sammenheng hvor en stadig må veksle mellom det å løse her og nå problemer og å bidra til brukers personlige vekst. Det er lett å tenke at behandling er noe en reserverer for psykologer og leger i et lukket rom og ikke noe som preger den daglige oppsøkende aktiviteten. Brukerne er opptatt av at ACT skal fremme aktiviteter som utdanning, arbeid og sosialisering (Sommer 2010). Teamet må bruke metoder som kan bidra i prosessen. Timeglass-modellen i FACT er en spennende tilnærming til en slik prosess.

Assertive Community Treatment, ACT

Modellen har sin opprinnelse i Wisconsin, USA på begynnelsen av 1970-tallet og var på mange måter en del av en samfunnspsykiatrisk bevegelse i protest mot gjeldende «asyltenkning». Mange av de store psykiatriske sykehusene ble avvirket, og for å hindre at pasientene enten ble svingdørspasienter eller forble bostedsløse utviklet engasjerte fagfolk metoder for å behandle og følge opp personer med alvorlige lidelser i deres nærmiljø. Training in Community Living ble modellen kalt. Det å bo på et sykehus i mange år medførte ikke nødvendigvis kompetanse i hvordan en skulle takle det å bo i lokalsamfunnet.

Et viktig prinsipp i oppfølgingen var at den skulle være teambasert og omfatte et vidt spekter av tiltak. Dette i motsetning til case management som handler om å formidle tjenester som andre tilbyr og hvor den enkelte case-manager har sin egen case-load.

Foruten i flere stater i USA har ACT-modellen blitt etablert i Canada, Australia og flere europeiske land. Modellen er blitt tilpasset særegne forhold og vi har fått ulike varianter. Mange av de europeiske variantene kan best beskrives som clinical case-management. I land med todeling av tjenestetilbudet (omsorg/oppfølging og behandling) kan det være mindre naturlig å legge alle tjenestene til ett team, noe som er vanlig i den opprinnelige ACT-modellen.

ACT-teamet som ble opprettet i Mossregionen i 2006 valgte å arbeide nokså strengt etter gjeldende fidelityskala og leder har understreket at denne tilnærmingen har vært en avgjørende faktor for teamets suksess og faglige styrke (personlig meddelelse). Den opprinnelige fidelityskalaen for ACT (DACTS) ble utviklet av Gregory Teague, Gary Bond og Robert Drake i 1998. Den elektroniske versjonen finnes bl.a. på: <http://www.samhsa.gov>¹

I 2009 startet Teague, sammen med Maria Monroe – DeVita og Lorna L. Moser et omfattende revisjonsarbeid av den opprinnelige skalaen. Den nye kalles *TMACT, The tool for measurement of assertive community treatment*. Da Sykehuset innlandet ved KORUS-Øst og Akershus Universitetssjukehus ble bedt om å evaluere ACT-satsingen valgte en å bruke en foreløpig versjon av den nye skalaen. TMACT vektlegger også recovery-prosesser og kunnskapsbasert behandling i motsetning til DACTS, og brukerperspektivet er blitt tydeligere. Skalaen består av følgende 6 subskalaer:

- drift og struktur (OS)
- kjernebemanning (CT)
- spesialistbemanning (ST)
- kjerneaktiviteter (CP)
- kunnskapsbaserte aktiviteter (EP)
- individuelt tilpassede behandlingsplaner (PP).

I beskrivelsen som følger viser vi til disse subskalaene.

¹ <http://store.samhsa.gov/pages/searchResult/Assertive+Community+Treatment>

Målgruppen for ACT

I følge Leonard Stein (sitert fra Burns og Firn), er siktemålet med ACT å opprettholde en regelmessig og tett kontakt med pasienten for å kunne følge eller overvåke hans eller hennes tilstand, og med det som utgangspunkt, gi effektiv behandling og rehabilitering.

Vi tenker at ACT skal ivareta brukere som har behov for langvarig og ofte tett oppfølging og å gi behandling som kan bidra til økt mestring av psykiske problemer (PP4). ACT-behandling handler om å lære å mestre. Å kjøre pasienten til lege kan være greit i en innledende kontaktetableringsfase, men rehabilitering handler om å trene pasienten i å bruke bussen hvis det er en utfordring for ham. Videre handler ACT om å flytte behandlingsarenaen fra kontor og sengepost til der hvor bruker befinner seg (hjem, nærmiljø). For å kunne ivareta et helhetlig behandlings- og rehabiliteringstilbud ute er arbeidet i ACT basert på en gjennomført teammodell. Derfor blir både sammensetningen av teamet, oppgavefordelingen og organiseringen av det daglige arbeidet viktige elementer i beskrivelsen av ACT-metodikken.

Så kommer innholdet i behandling og oppfølging.

Hvem har nytte av en ACT-tilnærming (OS 6)

ACT er laget for å møte behovene til psykosepasienter som det er vanskelig å få etablert kontakt med, psykosepasienter med mange mislykkede behandlingsopphold bak seg – ofte på tvang, samt unge psykosepasienter preget av positive symptomer og en kaotisk livsførsel. Pasienter med bipolare affektive psykoser og pasienter med psykose i kombinasjon med mild psykisk funksjonshemming, vil også ha nytte av modellen.

I Helsedirektoratets regelverket for tilskudd til etablering og drift av ACT-team beskrives målgruppen slik:

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

Videre peker Helsedirektoratet på at målgruppen skal kjennetegnes ved å ha liten evne til å samarbeide om foreskrevet behandling, at de opplever gjentatte krisepregete innleggelses, har store begrensninger i sosial fungering, får tilbakefall med negative konsekvenser, mangler sosial støtte og at tidligere behandling har hatt begrenset effekt. Et ACT-team bør ha utredningskompetanse og unike muligheter til å bistå i utredning av psykisk lidelse, funksjonsnivå og behov for tjenester.

Oppsummert kan vi si at ACT-modellen er mest egnet for psykosepasienter med lavt funksjonsnivå og omfattende tilleggsbelastninger. Her inngår også psykoselidelse i kombinasjon med rusmiddelmisbruk. Ut fra midtveisrapporten har ACT-teamene i Norge vært ganske nøye med å inkludere brukere med psykoselidelse (mer enn 80 %). GAF målt siste uke før inntak viser et gjennomsnitt på 41 for symptomskalaen og 39 på funksjonsskalaen. Spredningen går fra 15 til 65. ACT-teamene i Norge er så langt innrettet mot

psykosepasienter med lav funksjonsnivå og omfattende symptombelastning.

Ut fra undersøkelser som er gjort ved akuttavdelinger i Norge har 30-40 prosent av de innlagte rusproblemer i tillegg til alvorlig psykisk lidelse (rop). I følge midtveisrapporten har over 60 % av brukerne i ACT-teamene problemfylt bruk av rusmidler. Dette er en høyere andel enn hva som er vanlig ellers i Europa (rundt 50 %) og er trolig en medvirkende årsak til at det er vanskelig å implementere kunnskapsbaserte behandlingsmetoder i teamene. Med mange rop-pasienter i teamene vil det gå med mye tid og ressurser til akutt- tiltak og kriseløsninger.

Rop-pasientene har erfaringsmessig kort liggetid i akutt-avdelinger, og er vanskelige å nå gjennom tradisjonell intermediær behandling på sengepost. Derfor blir dette uansett en viktig målgruppe for ACT. Noen kan også bli feilaktig diagnostisert med rusutløst psykose og derfor ikke utredet for andre psykoser eller schizofreni. ACT-behandlingen kan innledes med å kartlegge bruk av rusmidler, oppmuntre og motivere for reduksjon og gradvis påbegynne en behandlingsprosess som innebærer samtidig behandling av både psykisk lidelse og ruslidelse. Vi tenker derfor at teamene bør unngå å ekskludere brukere med rusutløst psykose. Disse brukerne er best tjent med at en starter med antipsykotisk behandling (jfr ROP-retningslinjene) i ACT og eventuelt henvises til rusbehandling dersom tilstanden stabiliseres og en ser at psykosen primært er rusutløst.

Hvem har mindre nytte av ACT

Behandlingsmodellen er som nevnt utviklet for psykosepasienter med ulike tilleggsbelastninger. Litt forenklet handler psykosebehandling om å gjøre bruker trygg på omgivelsene slik at hun eller han kan samhandle på en god måte. Behandling av personlighetsforstyrrelser handler om å få bruker til å nyansere sin samhandling med og oppfattelse av omgivelsene. Ut fra ACT-litteraturen så langt (f.eks. Burns og Firn 2005), og ut fra kliniske erfaringer, vurderes pasienter som primært har et rusmiddelmissbruk og pasienter som primært har en personlighetsforstyrrelse til å ha liten nytte av ACT. Imidlertid er det mange pasientgrupper med sammensatte lidelser som kan trenge mer fleksible behandlingstilbud enn de får i dag. Men det betyr ikke nødvendigvis at alle skal inkluderes i ACT. Et ACT-tilbud som for eksempel ønsker å favne både personlighetsforstyrrelser



Jan Fredrik, 24 år gammel er henvist

ACT fra DPS. Foreldrene ønsket da støtte-samtaler fra DPS og presset på henvisningen. Sønnen hadde da flere innleggelses bak seg og fått flere diagnoser, deriblant rusutløst psykose og schizofreni. I perioder hadde Jan Fredrik vært under barnevernets omsorg. Foreldrene sliter med både egne problemer og sønnens situasjon. Far er den mest stabile som støtteperson, mor er utslitt og orker ikke å involvere seg så mye. Jan Fredrik har brukt rusmidler siden 14 års-alderen, primært hasj, men også andre rusmidler. Han blir aggressiv om han bruker amfetamin.

Ved siden av flere akutttopphold forsøkte han en gang å delta i langtidsbehandling, men skrev seg ut etter noen uker på grunn av rus. Kommunen har fulgt ham opp i perioder, men både han og kommunen har utsatt eller avlyst avtaler. Jan Fredrik bor i egen leilighet, men det er konflikter med naboer på grunn av mye rus og bråk.



Siri, 21 år er blitt henvist av Nav.

Hun har kontakt med DPS, men møter ikke til avtaler. DPS har satt schizofreni som tentativ diagnose. Hun oppfattes som suicidal med i alle fall ett overdose-forsøk, og behandlere ved DPS frykter at prognosen hennes er dårlig. Siri misbruker også benzodiazepiner. Hun bor hos en tante som viser mye omsorg og følger henne tett opp. Siris bestemor er også inne i bildet, det samme er ny kjæreste.



Maurice, 28 år, er henvist av psykisk helsetjeneste i kommunen.

De forteller at han misbruker alkohol og har perioder med svært omfattende drikking. Maurice har hatt sporadisk kontakt med DPS fordi kommunen tror han har alvorlig psykisk lidelse og ønsker det vurdert. Han kom til Norge som barn, og har i dag liten kontakt med egen familie. Maurice tar i liten grad vare på seg selv og kommunen vurderer at han trenger omsorgsbolig med døgnbemannet base.

og psykoser, kan føre til at begge gruppene vil lide fordi det er utfordrende å ha og å opparbeide kompetanse på alle behandlingsformer i et team som totalt skal bestå av 10 personer. Det må likevel påpekes at litteraturen og forskningen rundt dette så langt er sparsom, men med noen unntak. I Nederland forsøker en å inkludere personlighetsforstyrrelser i enkelte FACT-team og i USA gjøres liknende forsøk. Det synes å være et ønske både fra planleggere og helsemyndigheter i USA å kunne utvide målgruppen for ACT.

I en artikkel av Burroughs og Sommerville (2012) diskuterer forfatterne muligheten av å ta i bruk dialektisk atferdsterapi overfor borderlinepasienter i ACT-team. ACT-teamene har en ramme og tilnærming (lærer brukerne å mestre sosiale forhold og å unngå selvskading) som gjør dem godt egnet til å ta i bruk dialektisk atferdsterapi som kunnskapsbasert metode i tillegg til de som allerede brukes. Barrierene handler om at dialektisk atferdsterapi er ressurskrevende og fordrer at en følger modellen svært nøye. Forfatterne etterlyser også mer forskning rundt forekomst av borderline personlighetsforstyrrelser i ACT team, estimerer fra 1990 og 1998 antyder mellom 2 og 26 % (Bond et. al 1990; Links 1998). Lignende argumenter blir framført av Horowitz – Lennon og medarbeidere i 2009. I American Journal of Psychiatric Rehabilitation fra 2009 diskuterer Cuddeback og kolleger utfordringene rundt det å utvikle Forensic ACT - behandling (ACT rettet mot straffedømte med alvorlig psykisk lidelse) og skriver at Forensic ACT kan være en måte å ta i bruk evidensbaserte metoder i kriminalomsorgen, men sier også: «Also, given its status as an evidence-based practice, the temptation to apply ACT to anyone who might need it is strong, but doing so warrants careful consideration about how it should be adapted to the needs of a particular population.» På norsk: Dersom vi utvider målgruppen for ACT betydelig skal vi vite hva vi gjør.

Burns og Firn diskuterer også om hvorvidt personer med schizofreni som har overveiende negative symptomer som for eksempel tilbaketrekning og passivitet, vil ha nytte av en så pågående behandlingsstil som den ACT-team praktiserer. Noen av disse er fornøyd med en tilværelse hvor omverdenen ikke er altfor påtrengende.

Dersom en vurderer å henvise tilbaketrukne brukere med kun negative symptomer og rimelig struktur i dagliglivet til ACT, bør andre alternativer for oppfølging først

vurderes. Kanskje er et ukentlig besøk på et dagsenter eller fra kommunens psykiatritjeneste god nok oppfølging? Selv om hjelpeapparatet har en forestilling om at pasienten trenger mer oppfølging, er det ikke sikkert at bruker selv tenker slik.

Av de tre casene som er presentert over, synes Jan Fredrik og Siri som opplagte ACT-pasienter, begge har alvorlig psykisk lidelse, omfattende tilleggsproblemer og andre forsøk på behandling har ikke lyktes. Man kan anta at Maurice primært har et alvorlig alkoholproblem, men funksjonsnivået er så vidt svakt at en ikke kan utelukke andre alvorlige tilstander. Han ble derfor også inkludert i ACT

Organisering av tjenestetilbudet

ACT gjør det meste (CP6 - 8 og EP 1-3)

Teamet følger opp medisinerings foreskrevet av teamets psykiater, iverksetter tiltak som kan motvirke sosial eksklusjon og isolasjon, gir oppfølging i arbeid og skole, bistår pasienten med ulike praktiske gjøremål og mestring av dagliglivet, sørger for kriseinnleggelse ved behov, gir samtalebehandling og behandling for rusproblemer. Her skiller ACT seg klart fra tradisjonell case-management. Når pasienten ønsker å ta imot hjelp for bestemte problemer, men sliter med å forholde seg til mange og sammensatte systemer, er case-management en god tilnærming. ACT-teamet er bemannet for og egnet til å takle utfordringer med pasienter som har mange og svært sammensatte problemer, men som til tross for disse avviser hjelp.

ACT-tenkningen handler om å samle nødvendige tjenester i ett team. Allness sier at det ikke handler om hva vi skal gjøre, men hva vi kan gjøre eller tenker er fornuftig å gjøre, det vil si nesten alt mulig. Dersom metoden for å komme i dialog er å hjelpe til med å rydde en leilighet eller skaffe oppbevaring for ting som lett kan bli stjålet, så gjør team-medlemmene det, selv om det ikke faller inn under det en tradisjonelt regner som en behandleroppgave. ACT er en ressurskrevende arbeidsform rundt få pasienter. Dersom ACT skal ha troverdighet overfor ulike instanser og samarbeidsparter, er det viktigere at en innleder samarbeid med å tydeliggjøre hva teamet gjør og hva en kan gjøre, enn at en påpeker begrensinger. Når så teamet har fått oversikt over pasientens ulike problemer og hjelpebehov, kan en ut fra en totalvurdering bli enige med samarbeidende instanser om praktisk arbeidsdeling eller om ACT skal ta hoveddelen av oppfølgingen. God dialog med alle aktuelle kommunale tjenesteytere er svært viktig.

Ved behov kan fastlegen foreta somatisk utredning, NAV kan fatte vedtak om sosiale tjenester, boligetaten kan pusse opp leiligheten osv. Men teamet kan følge opp medisinerings og foreta enkel somatisk sjekk, følge pasienten til arbeidstiltak og snakke med arbeidsleder, eller male en vegg sammen med pasienten.

Det at ett behandlingsteam skal ivareta et helhetlig tjenestetilbud, bryter med vår tradisjonelle linje- og etatstenkning. Det bryter også med en tenkning hvor en har klart definerte arbeidsoppgaver knyttet til fag og yrke («Er det en psykologjobb eller sykepleieoppgave å vaske gulv?»). Ingen mener at ACT skal oppheve eller utviske faglig kompetanse-områder eller spesialiteter, men den enkelte yrkesutøver bør tenke: «Dette kan jeg som psykologspesialist også gjøre, fordi jeg gjennom denne praktiske oppgaven kommer i god dialog med pasienten».

Særlig i oppstartsfasen er det viktig at ACT presenterer metodene sine overfor det øvrige hjelpeapparatet og begrunner sine inntakskriterier. Det som er selvsagt innen somatisk behandling (ingen henviser diabetespasienter til behandling av hjerneslag fordi tilbudet til diabetespasienter er dårlig), må ofte diskuteres mer inngående i andre deler av hjelpeapparatet hvor behandlings- og tjenestetilbudet ikke alltid er inndelt etter spesifikke diagnoser. Dessuten kan mange samarbeidsparter forvente at nye tiltak skal ta over alt det de eksisterende sliter med. Behandlingsformer som har klare metoder og begrensinger av hvilke målgruppe de retter seg mot, kan lett oppfattes som eksklusive og sære. Derfor er det viktig at teamet tar kontakt med hjelpeinstanser rundt teamet og diskuterer helt konkret hvordan en kan la ACT ta oppgaver som vanligvis blir fordelt mellom flere instanser. Like viktig er det at en beholder tanken om at ulike tjenesteytere bør supplere

hverandres tjenester. Med det siste som utgangspunkt, kan det vurderes hvor det er naturlig at ACT- tilbudet støttes med innsatser fra andre.

ACT har i utgangspunktet ansvar for helheten i behandlingen, men bør suppleres med innsatser fra andre. Det gjelder særlig i tilfeller der det er faglig uforsvarlig at ACT løser oppgavene på egen hånd. Pasientgruppen ACT skal arbeide med er svært sammensatt, og brukerne har ofte lidd fordi ingen tidligere har greid å ta vare på helheten i behandlings- og oppfølgingstilbudet.

Slik tjenestetilbudet er organisert i Norge, er det ingen som helt alene greier å løse alle utfordringene som brukere med sammensatte problemer knyttet til psykisk lidelse sliter med. Samarbeid har tvunget seg fram. Som nevnt tidligere, forsøker vi med ACT-modellen å samle bred kompetanse i ett team, med bidrag både fra kommunalt tjenestenivå og spesialisthelsetjeneste. Selv om de fleste team er forankret i DPS, vil en likevel arbeide på tvers av nivå og etater. ACT modellen er arbeidskrevende for teamet, men kan også generere økt arbeidsbelastning (nye pasienter som trenger både akuttinnleggelse og stabil bolig) for instansene rundt. En god dialog fra dag én vil kunne bidra til et godt samarbeidsklima.

Teambasert tilnærming (OS 2)

Den amerikanske ACT-modellen legger vekt på at flest mulige i teamet skal bli kjent med den enkelte bruker. Dette ble faglig begrunnet med at en ønsket å unngå for tette og kanskje personlige bånd mellom pasient og behandler. ACT er en intensiv behandlingsform med mange treff i uka. Teammodellen ble utviklet som norm for å unngå at pasienten ble for avhengig av én enkelt behandler. Samtidig vet vi at teamet møter pasienter som har problemer med å knytte relasjoner, som er utrygge og kanskje mistenksomme i kontakt med andre, og som bruker lang tid på nye kontaktetableringer. Teamet må derfor avveie hvor mange behandlere som kan introduseres samtidig. Det å etablere kontakt med flere behandlere innenfor en kort tidsperiode, kan påføre pasienten en følelse av utrygghet og stress.

Prinsippet om at én primærkontakt har ansvar for journalskriving og koordinering av planer, står ikke i motsetning til felles teamansvar.

Det viktige med teambasert behandling er at den enkelte behandler ikke skal sitte alene med «sin caseload», noe som oftest er vanlig i polikliniske og oppsøkende virksomheter. Der blir den enkelte i praksis eneansvarlig for tiltak og eventuelle feil. Innenfor ACT skal teamet stå for kartlegging, planlegging og gjennomføring av tiltak. Det betyr at flere må kjenne den aktuelle pasienten. Dette er også viktig for kontinuiteten ved avvikling av ferie og ved sykdom eller annet forfall blant personale. Tett oppfølging av sårbare pasienter vil bli vanskelig dersom én kontaktperson skal stå for mesteparten av kontakten. Teamansvaret tillater at primærkontakten kan tre litt tilbake dersom hun eller han opplever at kontakten «går i stå», at man blir sliten eller må bruke tid til å samle krefter.

Å gjennomføre teamtilnærmingen konsekvent, kan redusere risikoen for utbrenthet etter år med intensivt arbeid med en målgruppe hvor utfordringene er mange og sammensatte.

En god måte å starte ny kontaktetablering på, er at to fra teamet møter pasienten første gang og så alternerer med nye personer når de to første teammedlemmene er blitt «husvarme». Videre må en sette av tid til å forklare pasienten hvorfor nye personer kommer og eventuelt hvilke spesielle oppgaver disse kan bidra med ut fra sin kompetanse. For eksempel det å hjelpe pasienten med å komme i posisjon på bolig- eller arbeidsmarkedet.

Teammøter (OS 3 og 4)

Teamtilnærmingen innebærer at hele teamet må ha ett eller flere ukentlige møter hvor alle er til stede og hvor alle pasienter gjennomgås. Fidelityskalaen gir nokså konkrete anvisning her. Et helhetlig behandlingsmøte ved ukestart kan for eksempel gjennomgå følgende tema:

- Alle pasientenes aktuelle situasjon (kort og poengtert). Hva er klinisk relevant nå? Unngå anekdotisk fremstillingsform.
- Uke- og dagsplan for alle medarbeiderne. Hvordan skal planene gjennomføres og av hvem?
- Om det bør iverksettes proaktive tiltak for enkelte. Er det kriser under utvikling?
- Behov for kriseinnleggelse? Alvorlige hendelser i helga?

En slik grundig gjennomgang med alle til stede ved ukestart og samtidig ajourføring av tavla (se avsnitt under), er den beste måten å samle teamet på. Dessuten vil en kunne forebygge uklarhet rundt planer og rundt hvem som skal gjøre hva.

Med dette som utgangspunkt kan daglige morgenmøter resten av uka være svært kortvarige og ha preg av nødvendig oppdatering. Et avsluttende møte fredag morgen kan ha en oppsummerende og proaktiv funksjon. Der som teamet for eksempel har psykiater eller psykolog ansatt på deltid, er det viktig at disse prioriterer å være til stede under det ukentlige møtet hvor teamet gjennomgår situasjonen til alle pasientene og på møter hvor en diskuterer og utarbeider behandlingsplaner. Det samme gjelder møter hvor inntak og eventuell utskrivning drøftes.

Et nyttig redskap for å sikre mest mulig oversikt for alle i teamet, er «tavlemetoden» det vil si en at teamet benytter en tavle til å skrive opp viktig informasjon om alle brukerne. Tavla må være plassert sentralt i teamets arbeidsbase og kan for eksempel ha elementer som gjengitt nedenfor. En elektronisk tavle utformet som excel-ark er både lett å arbeide med og lett å oppdatere.

Tavla må inneholde tilstrekkelig informasjon for å tjene hensikten – at alle medarbeidere til en hver tid er helt oppdaterte. På den måten blir tavla et hovedinstrument for å ivareta kommunikasjon innad i teamet, sikre teamoppfølgingen, sikre at ingen blir glemt og effektivisere daglige teammøter. Men personvern og taushetsplikt skal ivaretas. Selv om en kun operer med fornavn, er mange kommuner små og ”gjennomsiktige”. Teamet må ha prosedyre for at alle som bruker rommet er underlagt taushetsplikt og at det finnes innretninger for å dekke til tavla ved behov. Det ideelle vil være en elektronisk tavle utformet som et excel-ark.



Kari har hatt oppfølging fra ACT i to år.

Hun har en sønn, men kun samvær hvert halvår. Hun har en tilbakevendende uspesifisert psykose, men har god effekt av depotmedisiner. Det er viktig å motivere for fortsatt bruk av depot samtidig som en arbeider med å styrke og utvide hennes sosiale nettverk. Kari har hatt tendenser til isolasjon, men golftiltaket, som teamet deltar sammen med henne på, ser ut til å virke positivt.

f. år Navn	Inn dato	kommune	Tiltak, akutte og langsiktige	Status rød Gul grønn	mandag	tirsdag	onsdag	torsdag	fredag	Med.blodprøve	risiko	Suicidrisikovurd	barn	Utredn/ beh plan	Beh. fase
					Besøk, aktiviteter osv. Når, hvem utfører										
f. 89 Jan Fredrik			vurdere tvang snakke med far, tilby støtte	r	legge inn					M	Mulig våpen 2 menn	dato		Kartlegge i uke 8	B
f.73 Kari			motivere for fortsatt depot arbeide med nettverk	gg			golf			B D			Ja, ikke omsorg		C
f. 85 Maurice			inntak om en måned, etablere kontakt i boligen	gg				x						Utredning planlegges	A
f. 92 Siri			Sikre stabil kontakt, stikke innom -besøk. Kartlegge ressurser i familien	gg	x tur		x	x		M	Helst kvinnene	Obs !		Starte utredning	A

I vårt eksempel har vi tatt utgangspunkt i teammøte mandag morgen. Ut fra telefoner fra far og fra Jan Fredrik selv, vurderes det at han har status rød, det vil si enten krise eller høy intensitet på oppfølgingen (forbygge full krise). Tvangsinnleggelse blir trolig nødvendig. Videre bør en foreta en mer omfattende kartlegging. Det er foretatt en risikovurdering som tilsier at han bare skal ha besøk av medarbeidere av samme kjønn (dersom teamet har kvinnelig psykiater må en kanskje hente legebistand fra annet sted).

På tavla har Kari status grønn, dvs stabil situasjon. Under kolonnen for medisinoppfølgingen er B ført opp. Teamet har ansvar for blodprøvetaking. Maurice er ført opp på tavla i og med at en skal etablere kontakt i boligen og planlegge inntak og utredning om vel tre uker. Tavla har også kolonner for oppdatering av suicidrisiko, utredning og behandlingsplaner og behandlingsfaser. A er oppstartsfase og kontaktetablering, B er utredning og begynnende stabilisering og C er behandling og videre stabilisering. Siri er nyhenvist og en avtaler korte besøk denne uka og prøver å få til et kafebesøk fredag. Behandlingsfasen er A, status gul (uavklart) og en vurderer når en utredning kan begynne. Siri er skeptisk til all kontakt med andre. Denne tavlen er ment som et eksempel og utformingen og antall kolonner kan variere. Det viktigste er at all vesentlig informasjon vises i et bilde.

Antall brukere per behandler (OS 1 og 5)

For å kunne ivareta den helhetlige behandlingen som er beskrevet på side 14, er det nødvendig at teamet har en viss kapasitet og at det samlet representerer bred nok kompetanse. Små team, dvs. team på tre til fem personer, er sårbare og får erfaringsmessig vansker med å fortsette å gjennomføre alle oppgavene når noen slutter. For å sikre faglig bredde, gjennomføringskapasitet og robusthet med hensyn til personalutskiftninger, bør teamene ha en størrelse på sju til ti personer. Helse- og direktoratet sier at et team må ha minst fem ansatte. En ideell øvre grense for antall pasienter er 100. Om det har et større antall pasienter, kan det bli vanskelig å ivareta både teammodellen og intensjonen om å gi et helhetlig behandlingstilbud.

Både i regelverket for tilskuddsordningen fra Helse- og direktoratet og i fidelityskalaen, opereres det med en behandler – pasient-ratio på 1:10. I Europa diskuteres

denne normen. Noen opererer med en noe høyere ratio, mens andre har påpekt at en ratio på 1:10 kan være for krevende i områder med lange reiseavstander. En ratio på 1:8 kan være realistisk i spredt bebygde områder av Norge. Dersom en opererer motsatt vei, det vil si med ratio som nærmer seg 1:15, vil teamet lett få preg av heller å være en case-management tjeneste enn et ACT-team.

Inntak og utskrivning (OS 7 - 10)

For at teamet skal fungere etter hensikten, er det avgjørende at det har inntaksmyndighet eller en annen form for «portvakt»-funksjon og at teamets inklusjonskriterier beskrives og gjøres godt kjent blant de som henviser. Det å ha et helhetlig behandlingsansvar, betyr også å ha ansvar og myndighet for inn- og utskrivning. Det er teamet som har oversikt over egen kapasitet og eventuelle særskilte belastninger, og som best kan styre inntak i forhold til dette.

Samtidig bør teamet ha en aktiv dialog med aktuelle henvisere. Framfor et ubegrunnet avslag, er det bedre å ha en dialog med henviser rundt aktuelle pasienter, og sammen med henviser komme til enighet vedrørende inntak. Teamet kan også oppsøke henvisende instanser for å presentere teamets arbeidsmåter og på den måten drøfte mulige henvisninger. Fidelityskalaen har et punkt om aktiv rekruttering. Dette er trolig viktigere i områder hvor tjenestetilbudet er mangelfullt eller har klar underkapasitet, enn i området hvor flere hjelpeinstanser allerede har kontakt med pasienten. Med unntak av marginaliserte bostedsløse og folk i innvandrer-miljøer i de største byene, vil vi anta at det i Norge er



ACT tok inn både Siri og Jan Fredrik umiddelbart. Det å være to menn på hvert besøk hos Jan Fredrik krevde imidlertid mye av ressursene i teamet. Denne situasjonen ble ikke enklere ved at Siri framsto som nokså ustabil. Teamet så at Maurice ville trenge hjelp over lang tid til å bygge opp et rusfritt nettverk som alternativ til tilfeldige drikkekomiser. I samråd med kommunen ble en likevel enige om å vente med inntak en måned og heller ha jevnlig dialog de kommunale bo-oppfølgerne fram til inntak. Maurice var "stabilt ustabil" og det ble gjort avtale med DPS i tilfelle kriser.

få personer med alvorlig psykisk lidelse som tjenesteapparatet ikke på forhånd kjenner til.

Et annet punkt i fidelityskalaen handler om gradvis inn- tak, ideelt ikke mer enn fire brukere per måned for de foregående seks månedene. Dette begrunnes med at det tar tid å etablere kontakt og å bygge opp tillit til personer som ofte har dårlige erfaringer med hjelpeapparatet. I en aktivt oppsøkende etableringsfase kan det være tidkrevende å gjennomføre mange besøk per uke. Samtidig skal en kartlegge pasientens funksjonsnivå og planlegge et helhetlig behandlingstilbud. Konsentrert inntak av mange brukere over kort tid, vil komme i konflikt med ACT-metoden. I verste fall kan det føre til at de som blir tatt inn, ikke får det helhetlige behandlingstilbudet som ligger i modellen.

Et hovedkennetegn ved ACT, er å ha høyde for langvarige behandlingsforløp. Pasientene har ofte en vedvarende lidelse preget av gjentatte kriser, tilbakefall og forverring av symptombildet, men også perioder hvor situasjonen er stabil. En viktig del av behandlingen har som formål å identifisere og iverksette tiltak som bidrar til stabilitet og å kartlegge forhold som forverrer situasjonen. Kortvarige behandlingsprogram har begrenset effekt på ACT-pasientene. Ofte er det dessverre slik i psykisk helsearbeid at vi trapper ned på ulike innsatser når pasienten blir stabil, selv om det er innsatsene som ligger til grunn for stabiliteten. En konsekvens kan bli at pårørende og andre sitter tilbake med uforutsette belastninger.

Fidelityskalaen peker på behovet for eksplisitte utskrivningskriterier, men få er angitt i litteraturen. Tom Burns antyder at to års stabilitet kan være et slikt kriterium, det vil si to år uten innleggelser og alvorlige tilbakefall. Imidlertid sier han også at denne perioden i noen tilfeller kan være utilstrekkelig til å forebygge tilbakefall. For å vedlikeholde oppnådde resultater og sikre at endringene varer, har de fleste behov for en gradvis og langsom nedtrapping av tiltak. Underveis har man dermed mulighet for raskt å trappe opp igjen kontakten, dersom situasjonen tilsier det. En kan også tenke at den direkte kontakten med pasient avsluttes, samtidig som en fortsatt har kontakt med pårørende eller andre tjenesteytere. Dette betyr også at en må diskutere formelle og uformelle utskrivninger. Hvem som har det formelle behandlingsansvaret må imidlertid være avklart og dersom pårørende eller andre kan ta kontakt må dette også inngå som en avtalt prosedyre. Uan-

sett må avslutning drøftes grundig i teamet. I prinsippet praktiserer ACT tidsubegrensede tjenester og «åpen dør tilbake», men det betyr ikke at en ikke skal ha en bevissthet om og diskutere når en skal slutte. Når greier pasienten å ta vare på seg selv og håndtere sin lidelse på en slik måte at ACT begynner å bli ”overflødig”?

I USA har Donahue og medarbeidere (2012) utviklet en «ACT Transition Readiness Scale» for bedre å kunne vurdere hvem som kan overføres fra ACT. Den inneholder bl. a elementene bosituasjon, bruk av medisiner, innleggelse og rusmisbruk. For å få en høy skåre, dvs klar for overføring kreves f.eks ingen innleggelse, stabil bolig og ingen arrestasjon siste 12 måneder. Det kan være nyttig å vurdere den skalaen også i Norge.

Cuddeback m.fl.(2013) har gjennomført semistrukturerte intervjuer med 11 brukere som ble overført fra ACT til tjenester basert på case-management. Forfatterne peker på at livslang oppfølging fra ACT strider mot all recovery-tenkning. Brukerne beskrev imidlertid ensomhet, frustrasjon og tapsopplevelser etter utskrivning, og forfatterne understreker nødvendigheten av grundig forarbeid før overføring til andre tjenester. Det å lære å mestre blir viktig.



Teamet diskuterer om en bør tenke på å overføre Kari til kommunens hjemmetjeneste supplert med støttesamtaler på poliklinikk. Kari har blitt stabil på medisiner, har noe kontakt med en nabo og blir med på golf en gang i uka og har stor glede av det. Videre går hun ukentlig på et kontaktsenter, men tar lite initiativ der. Hun gjennomfører samvær med sønnen, men må alltid ha noen å snakke med etterpå. Kari klager over ensomhet, men synes det samtidig er vanskelig å snakke med andre. Teamet tenker at hun, pga traumatisk oppvekst, kunne hatt nytte av mer samtalebehandling, men da burde hun ha hatt flere rundt seg. Kari greier ikke å møte på golfbanen uten følge, og teamet tenker at dette opplegget lett kan ryke dersom Kari overføres til et omsorgsnivå med mindre kapasitet enn det ACT har. Planene om utskrivning stilles i bero. I stedet ser en på om det er mulig å styrke «golftiltaket». Kanskje er det en klubb som trenger litt praktisk hjelp?

Like viktig er det at pasienter ikke skrives ut selv om de velger bort kontakten fra tid til annen. Kjennetegnet ved brukergruppen er ustabilitet – kjennetegnet ved ACT er stabilitet og forutsigbarhet. Dersom noen ikke vil ha kontakt lenger, kan jo teamet si at vi opererer med lang «oppsigelsestid». Selvfølgelig kan engasjementet mislykkes, pasienten kan være totalt avvisende og direkte fiendtlig.

Burns understreker at en godt kan arbeide i ett år med å forsøke å komme i kontakt med pasienten før en eventuelt velger å avslutte. Dersom en pasient må utskrives til et høyere omsorgsnivå (langvarig døgntiltak) er det er også viktig å lære av det. Ble vedtaket om inntak fattet på feil grunnlag, eller var engasjementet og tilbudet ikke godt nok? Samarbeid rundt innleggelse (OS 11)

Samarbeid rundt innleggelse (OS 11)

ACT ble opprinnelig etablert for å minske bruk av dyre sengeplasser. Effekten av modellen er ofte blitt målt etter om en greier å redusere antall innleggelser. I områder hvor bruk av sengeplasser generelt er kraftig redusert, har en ikke greid å måle slike effekter av teaminnsatsen alene. Imidlertid viser evalueringen av ACT-teamene i Norge (Midtveisrapporten) en reduksjon i bruk av liggedøgn det første året etter inntak i ACT-team sammenlignet med året før inntak. Det kan tyde på at teamene har greid å fange opp og stabilisere pasienter som ellers ville ha gått inn og ut på akuttposter.

Uansett er det helt urealistisk å tenke at brukere av ACT ikke vil ha behov for innleggelse. Ett av formålene med å opprette ACT-team i Norge er å fange opp brukere som tidligere har fått mangelfull eller ingen behandling. For enkelte kan derfor kontakt med ACT medføre *økt* bruk av sykehusopphold; enten for utredning, for stabilisering eller for utprøving eller justering av medikamentell behandling. Et hovedanliggende er at ACT-teamet må være aktivt involvert både forut for, under og etter innleggelse. Ideelt sett burde aktuell sengepost (akuttpost) eller DPS ha plasser øremerket for ACT-pasienter, eller at en inngår et samarbeid om å reservere «ACT-styrte innleggelser».

Norske erfaringer med liknende ordninger – brukerstyrte plasser – er at de ikke medfører økt bruk av sengeplasser (Heskestad og Tytlandsvik 2008). Vi har altså erfaring med at mer styrt bruk av innleggelser, kan



En av Jan Fredriks innleggelser var dramatisk, både teamets lege, politi og legevakt ble involvert. Foreldrene var fortvilte, men glad for at noen grep inn og takket ja til et evalueringsmøte etterpå. Til tross for mye sinne og frustrasjon med rot i opplevelser fra tidligere tvangsinnleggelser, godtok Jan Fredrik etter hvert å være innlagt og hadde en god dialog både med lege og andre i teamet. Teamet fikk en bekreftelse på at den langvarige og tålmodige relasjonsbyggingen (side 26) bar frukter. Selv om det var indikasjon for innleggelse på et tidligere tidspunkt, var det riktig å vente med et slikt tiltak for denne brukeren.

resultere i nøktern og ansvarlig bruk av de sengeplassene en har til rådighet.

ACT skal arbeide for å etablere et tilstrekkelig og helhetlig hjelpetilbud rundt pasienten og innleggelser kan bli nødvendige kriseløsninger i vanskelige perioder. ACT skal besøke pasienten underveis, delta på møter i sengeposten og selvfølgelig være aktiv under utskriving. Poenget med å nærme seg idealet om «ACT-styrte» plasser blir å lage mest mulig forutsigbarhet rundt innleggelsene.

Ved tett oppfølging ute, kan teammedlemmene observere når en krise er under oppseiling og innleggelse er påkrevet. Derfor blir ACT den instansen som best kan vurdere innleggelsesbehov, i nært samarbeid med aktuell sengepost. En av de første oppgavene for et nyetablert team, kan derfor være å opprette en «behandlingslinje» mellom ACT og aktuell sengepost og trekke fastlege/legevakt, kriseteam og eventuelt pårørende aktivt inn i dette arbeidet. Det siste for å ha en plan rundt mulige innleggelser når ACT ikke er på jobb og dersom teamets lege/psykiater av ulike grunner ikke kan være innleggende lege.

Tvangsinnleggelser kan bety en stor utfordring. Kontakt med og oppfølging fra ACT skal være basert på frivillighet og i størst mulig grad på brukers eget engasjement. Likevel vil enkelte brukere måtte legges inn på tvang av teamet eller følges opp gjennom tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Intensjonen om helhetlig behandling vil ikke bli ivaretatt dersom all tvangsbehandling settes i verk utenfor teamets regi. Selv om en lege utenfor teamet står som formell innlegger, vil observasjoner gjort av medarbeidere i

ACT og drøftinger i teamet reelt ligger til grunn for innleggelsen. Ved bruk av tvangsinnleggelse kan en skjør relasjon svekkes her og nå, men mest mulig åpenhet rundt dette vil tjene relasjonen til pasienten på sikt. Å «lure» pasienten vil ingen være tjent med, det skaper i hvert fall ikke tillit. Å dele en uenighet kan være en metode. Å formidle at «situasjonen din nå er så vanskelig at jeg er nødt til å diskutere /rådføre meg med leger utenfor teamet», er en annen mulighet. Å begrunne egne valg og avgjørelser, og å stå for disse, vil skape det mest ryddige forholdet på sikt. Samtidig ser vi også at det i en begynnende engasjementsfase kan være helt ødeleggende å være den som setter i gang med tvangstiltak.

Det er viktig at teamet diskuterer dilemmaene, og at en har kollegaer i andre deler av systemet som både kan bistå med «second opinion» og eventuell tvangsinnleggelse dersom alliansen med teamets pasient ødelegges av at den iverksettes gjennom teamets psykiater. I Burns og Firms bok, kap. 8 drøftes disse dilemmaene på en god måte.

Roller og kompetanse i ACT-team

CT 1–7 og ST 1–8

Fidelityskalaen operer med kjerneteam og spesialist-team. I kjernebemanningen inngår teamleder, psykiater og sykepleier. Som spesialister regnes rus-spesialist, arbeidsspesialist og brukerspesialist. Dessuten skal teamet, for å lykkes, ha en merkantilt ansatt i full stilling. Stillingskategoriene i den amerikanske fidelityskalaen vil selvfølgelig ikke passe helt inn i et norsk behandlingslandskap. I kunngjøringen fra Helse- og omsorgsdepartementet står det at psykiater og psykolog må være ansatt i teamet i tillegg til annet sosial- og helsefaglig personell. Det norske velferdssamfunnet er godt utbygd. Sosialfaglig kompetanse i ACT er viktig for å sikre god utredning og bistand når det gjelder tilgang til relevante velferdstjenester – og ytelser. De fleste brukerne vil ha behov for bistand fra teamet i forhold til bolig, økonomi, gjeldsrådgivning, familie og sosialt nettverk, lokalsamfunn og kontakt med øvrig hjelpeapparat. Teamene trenger den kompetansen som er nødvendig for både å kunne ivareta kjerneaktivitetene og kunnskapsbasert praksis.

Her vil vi både se på hva som kreves av enkelte stillinger og hvilken kompetanse teamet bør ha for å kunne ivareta et helhetlig behandlings- og rehabiliteringstilbud. Deler av kompetansen kan dekkes av flere ulike faggrupper.

Merkantilt ansatt (OS12R)

For at behandlerne i teamet kan være mest mulig ute i lokalmiljøet, bør en person ha i oppgave å koordinere virksomheten ved basen. Det vil si oppdatere timeplaner, føre logg, ta imot nødvendige beskjeder, være oppdatert på hvor de forskjellige behandlerne befinner seg og ikke minst ta imot beskjeder fra pasienter og pårørende. Teamet bør ha merkantilt ansatt i full stilling som har teamet som eneste oppgave. Dette frigjør behandler-

kapasitet og bidrar til at behandlere i størst mulig grad kan arbeide ute. Funksjonen har også et helse-, miljø- og sikkerhetsaspekt. For de som arbeider ute, er det en trygghet å vite at en person i basen er oppdatert på hvor en er og hvem en besøker.

Teamleder (CT 1 og 2)

Opgavene til leder er å ha klinisk og administrativt ansvar for teamet, koordinere det og gi veiledning til personalet på klinisk arbeid. Han/ hun kan ikke ha ansvar for andre enheter enn teamet, og lederen kan ikke ha andre roller i teamet enn å være leder. Lederen skal også utføre klinisk arbeid på linje med de andre medlemmene i teamet. Fidelityskalaen peker på at leder bør ha utdanning på mastergradsnivå og med innhold som er relevant for leders oppgaver.

Det er også leders oppgave å be om ekstern veiledning når det er behov for det. Særlig i en oppstartfase kan det være nyttig og påkrevet å bli veiledet utenfra. Leder må kjenne ACT-modellen ut og inn.

Psykiater og sykepleier (CT 3 - 7)

Medikamentell behandling utgjør en svært viktig del av behandlingstilbudet. Blant de viktigste oppgavene til ACT er å følge opp utfordrende pasienter for å sikre at de tar medisinerne regelmessig. I Norge har psykiater og sykepleier/ vernepleier slik kompetanse.¹

¹ For en mer detaljert beskrivelse av stillingenes omfang og innhold viser vi til fidelityskalaen.

Andre medisinskfaglige oppgaver er å kartlegge symptomer på psykisk lidelse, initiere og følge opp medikamentell behandling, samt overvåke bivirkninger og om pasientene tar medisinene. Videre kan sykepleier sjekke ulike somatiske tilstander og samarbeide med sengeposter. En viktig oppgave for både psykiater og den/ de som er autorisert for å utføre sykepleieoppgaver, er å undervise både brukere og medansatte om medikamentell behandling.

Øvrig kompetanse (ST 1 - 6)

Kompetanse om rusproblemer og arbeid og rehabilitering er et «must» i teamene. Teamet kan ikke ivareta det helhetlige tilbudet dersom det ikke innehar denne kompetansen. Hvilke yrkesgrupper som kan inngå, vil selvfølgelig variere. Både den sosialfaglige, helsefaglige og pedagogiske tenkningen er viktig og må være tilstede i ett ACT-team. To personer som ivaretar kompetanse om henholdsvis rus / avhengighet og arbeid / rehabilitering er et minimum. Skalaen beskriver oppgaver både innad i teamet og overfor pasient. Dette er imidlertid så vidt viktige arbeidsområder at hele teamet må ha en minimumskompetanse både om rusbehandling og om arbeid med støtte (supported employment). Personene som er spesialister innen disse områdene, må bidra til å sikre at de øvrige har denne minimumskompetansen. En minimumskompetanse hos russpesialisten bør være god erfaring med motiverende intervju, kunnskap om hovedprinsippene for integrert behandling av rus og psykisk lidelse (IDDT) og kunnskap om avhengighet som fenomen. Hos arbeidsspesialisten er minimumskompetansen kunnskap om prinsippene for arbeid med støtte og gjerne modeller som Individual placement and support (IPS).

Poenget med den teambaserte tilnærmingen er ikke at alle medarbeiderne skal være like og jobbe som generalister, men at ulike yrkesgrupper med ulik kompetanse skal kunne bidra til en helhetlig forståelse av brukere med svært sammensatte problemer. Å utslette egen spesialkompetanse til fordel for en «ACT-kompetanse», vil være et skritt i feil retning. Teamspesialist har jevnlig behov for å kunne oppdatere seg innenfor eget fagområde og formidle dette videre til teamet. Fidelityskalaen beskriver opplæring av veiledning av andre teammedlemmer som viktig oppgave i teamet.

Psykologer er ikke nevnt som spesifikk faggruppe i fidelityskalaen. Dette henger sammen med at psykologenes plass i psykisk helsevern er annerledes i USA og England enn i Norge. Vi mener psykologkompetansen er viktig både når det gjelder omfattende utredning og utarbeiding og gjennomføring av spesifikke behandlingsopplegg. Helsedirektoratet har påpekt at det er viktig med psykolog og psykologkompetanse inn i teamet. Enkelte av oppgavene som fidelityskalaen beskriver under ”psykiaters rolle i behandlingen” (CT4) utføres også av psykolog i Norge,

Foruten spesifikk behandling, skal teamet gi praktisk hjelp og støtte blant annet til boligfremskaffelse, gi økonomisk veiledning og lære brukerne å mestre egen sykdom. Rehabilitering handler om å gi pasientene verktøy for å kunne mestre arbeidslivet, holde på en bolig og å skape en meningsfull hverdag. For å ivareta dette, trenger teamet pedagogisk og sosialfaglig kompetanse, kompetanse knyttet til nettverksarbeid, modell-læring, egenomsorg og mestringsstrategier. Slik kunnskap er ikke alltid knyttet til spesifikke yrkesgrupper. Teamene trenger derfor sosionomer, vernepleiere og psykologer som både er gode på sitt fagfelt og som er fleksible og samarbeidsorienterte «ACT-ere».

I tillegg til kompetansen vi har nevnt over, trenger teamet systemkompetanse vedrørende kommunale og statlige etater (Nav), hvordan sengeposter fungerer og ikke minst kompetanse om livsvilkårene og miljøet til brukeren («street smartness»).

Å arbeide i ACT passer best for medarbeidere som liker å arbeide utradisjonelt og i en sammenheng der en må arbeide tett på andre. Medarbeiderne må hele tiden tåle å dele egne arbeidserfaringer på godt og vondt med kollegaene og ikke nødvendigvis ha et kontor å trekke seg tilbake til. Det å skape et klima som både kan ivareta gleder og suksesser, men også romslighet for tunge dager og ikke alltid å få det til, blir både en lederoppgave og et ansvar for alle i teamet. ACT vil ikke passe for personer som er rigid opptatt av yrkesroller og som vil reagere på at noen oppgaver ikke nødvendigvis vil være profesjonsspesifikke.

Brukerspesialist (ST 7 og 8)

Den nye fidelitetskalaen vektlegger brukererfaringer, brukerengasjement og understreker viktigheten av å ansette personer med brukererfaring på lik linje med andre fagpersoner i teamet. Viktige oppgaver er å arbeide med mestring og egenomsorg, for eksempel lære brukere å lede egne behandlingsmøter og lignende. Brukerspesialisten bør derfor ha kompetanse og erfaring fra recovery-feltet. I psykisk helsevern i Norge har til nå brukerengasjement oftest dreid seg om å samarbeide med ulike brukerorganisasjoner, ikke trekke brukere aktivt inn i behandlingen.

Kun i rusbehandling har det hittil vært vanlig å gi «eksbrukere» profesjonell status. Imidlertid har tenkningen rundt bedringsprosesser (recovery) åpnet veien for brukersatte også innenfor psykisk helsearbeid. Flere steder har en iverksatt MB-programmer, utdanning for medarbeidere med brukererfaring. Når det gjelder ACT-team vil det å bli ansatt som brukerspesialist med full profesjonell status være en krevende rolle å fylle. En blir ansatt på grunn av erfaringene som bruker, men skal også være fullverdig teammedlem med de forpliktelser det innebærer. En erfaringskonsulent har en mer friere stilling. Innenfor rusbehandling og i terapeutiske samfunn har en gjerne anbefalt tidligere brukere å skaffe seg arbeidserfaring utenfor rusfeltet et par år før en eventuelt tar jobb i en behandlingsinstitusjon. En har tenkt at det kan være nyttig med litt avstand fra institusjonslivet og egen behandling

Dette er selvsagt ikke noe krav til en brukerspesialist. Her vil det være store individuelle forskjeller. Stillingen er som nevnt krevende og er i høyeste grad et nybrottsarbeid. Rollen i ACT ikke er klart utformet, og både team og leder bør arbeide mye med hvordan brukerspesialisten både kan ivaretas og utfordres. Videre bør teamet ha åpenhet omkring eventuelle motforestillinger og tanker om å ansette medarbeidere med brukererfaring. Det vil tjene både teamet, samarbeidsparter og ikke minst den eller de som eventuelt blir ansatt. Er det noe vi må endre for å ansette brukerspesialist og dersom vi ikke har gjort det – hvorfor? En brukerspesialist vil tilføre teamet uvurderlig kompetanse, men også utfordre roller og kollegialitet. Teamene bør ta tak i og strekke seg etter utfordringene som ligger i ST 7 og 8 på fidelitetskalaen!

På brukers arena

Kjerneaktiviteter (CP 1 – 8)

I Fidelitetskalaen skiller en mellom tre typer teamaktiviteter: kjerneaktiviteter, kunnskapsbaserte aktiviteter og individuelt tilpasset behandling. Å ha et helhetlig ansvar for psykisk helse og rehabilitering, inngår i kjerneaktivitetene. Tidligere har vi skrevet om det å gi et helhetlig tjenestetilbud. Tjenestetilbudet innen psykisk helse skal dekkes av teamet. Bare utredning og behandling i sengeavdeling tenkes som ekstern leveranse, men også mens pasienten er innlagt, skal teamet kunne følge opp ham eller henne.

Et unntak kan være der pasienten har en stabil behandlingsrelasjon ved henvisende poliklinikk eller sengeavdeling. I slike tilfeller kan en kanskje se for seg en deling av oppgaver, men en bør også spørre om ACT da er rette henvisningsinstans. Dersom en henvist pasient har en god relasjon til en behandler som er tilknyttet et DPS, burde da ikke poliklinikken ha ansvaret for å koordinere hele oppfølgingen?

Et helhetlig ansvar for rehabilitering innebærer at teamet arbeider med sosial ferdighetstrening, inkludert trening i kommunikasjon, trening i å bruke ulike kommunikasjonsmidler, trening i ulike ferdigheter og trening i å håndtere egen økonomi og egen helse.

Denne treningen skal teamet primært sørge for, men selvfølgelig støtte bruker dersom han eller hun ønsker å bruke andre tjenesteytere. Det er viktig å oppøve bevisstheten rundt det å arbeide sammen med og ikke bare for bruker (jfr. PP4). Brukerne av ACT-teamet vil ofte mangle basale ferdigheter, og det er fristende å gå massivt inn med kompensierende tiltak. Det er ikke slik ACT er tenkt.

En av primærhensiktene med ACT er å lære brukerne å mestre tilværelsen i lokalmiljøet (training in community living). Da blir det logisk at rundt 80 prosent av kontakten med pasientene foregår der pasientene bor. Det mest vanlige er kontakt hjemme hos bruker, men samtaler og støttende tiltak kan også foregå i brukers lokalmiljø, på en kafe, i en svømmehall eller i et treningssenter. Hvor ofte en møter pasienten og hvor lenge kontakten varer hver gang, vil selvfølgelig variere ut fra hva en arbeider med og med brukers varierende form. ROP-retningslinjene sier at *Spesialisthelsetjenesten, kommunen og NAV må om nødvendig aktivt bruke personens arenaer for å gjennomføre kartlegging* (anbefaling 9).

I kjerneaktivitetene inngår også kontakt og samarbeid med pasientens formelle og uformelle nettverk. Å arbeide med pasientens pårørende kan ta form av bistand til personer enkeltvis, veiledning, formidling av kunnskap om diagnoser eller nettverksmøter med hele eller deler av familien og andre støttespillere. Bedret kontakt med blant annet familie, venner og utleier bidrar til å styrke brukerens samhandling med nærmiljøet og dermed bedret sosial fungering. Pårørendearbeid utgjør en viktig del av kunnskapsbasert behandling både innen rusfeltet og psykisk helsevern (jfr. Mueser og McFarlane).

Den opprinnelige ACT-modellen inneholdt «24/7-tjenester», altså tjenester som er tilgjengelig døgnet rundt. Et så høyt aktivitetsnivå er knapt blitt praktisert verken i England eller i Skandinavia. Her søker en heller samarbeid med ulike akutt-tiltak og kriseteam enn å forstå alle oppgaver alene. Likevel er det viktig at ACT kan ha noe fleksibilitet når det gjelder arbeidstid, for eksempel en vakttelefon som pasientene kan benytte ved kriser i tillegg til at man etablerer godt samarbeid med akuttavdelinger og andre krisetiltak. Et gjensidig samarbeid kan være at en sengepost kjapt håndterer

kriser hvis ACT ikke har kapasitet, og at ACT strekker sine arbeidstider når sengeposten er ”sprengt”. Gode kriseplaner er det viktigste hjelpemiddelet for å sikre at brukere kan bli ivaretatt utenom ACT sin arbeidsturnus.



Et eksempel: ACT på Jæren og akuttteamet er organisert som to autonome team under felles ledelse. ACT Jæren fremhever faglig fellesskap og det at teamene står hverandre nært, som en god løsning: Akutt-teamet kan lett håndtere kriser når ACTs medarbeidere ikke er på jobb og ACT sikrer den omfattende oppfølgingen (muntlig meddelelse fra leder).

Uansett hvilke organisatoriske løsninger som velges, bør enheter som har definerte oppsøkende akuttfunksjoner inviteres inn i faglig samarbeid med ACT, hvor en også kan dele erfaringer om det å arbeide på brukers arena.

ACT's særpreg: Å skape engasjement gjennom aktivt oppsøkende virksomhet

Fidelityskalaen nevner både det å bruke motiverende samtaler som en spørrende, ikke-konfronterende tilnærming og tidsbegrensede og styrende intervensjoner som tilnærming for å forebygge skade og hindre at brukers situasjon forverres. Å gi praktisk hjelp, aktivisere brukers nettverk, avlaste pårørende osv. kan være en god tilnærming for å bygge allianser og å skape engasjement. Teamet må imidlertid fortløpende evaluere egen praksis og raskt endre innfallsvinkel hvis en ikke greier å engasjere brukere.

Poenget her er både å kunne ha en dialog for å bli kjent og skape nysgjerrighet for det teamet kan tilby. Utgangspunktet er å hjelpe til med praktiske problemer og gradvis bygge videre på brukers opplevelse av at ACT kan «være nyttig å ha». Samtidig må en også kunne ta direkte grep for å sikre at brukers situasjon ikke drastisk forverres (for eksempel hindre utkastelse eller initiere tvangsinnleggelse). Tom Burns (2005) beskriver tre typer engasjement etter hvilke formål det kan ha: Konstruktive, informative og restriktive formål.

- Det siste kan være å benytte posisjonen som hjemles gjennom tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold.

- En informativ tilnærming kan bety å møte opp flere ganger i uka selv om brukere vegrer seg mot kontakt, kun for å sjekke hvordan det står til eller legge igjen et telefonnummer. Alternativt kan en innhente informasjon fra brukers omgivelser.

- Et konstruktivt engasjement handler om å yte praktisk hjelp og bistå i brukerstyrte initiativer. Aktivt engasjement handler om å bruke god tid på å «hekte seg på» brukere og gjennom denne prosessen bygge allianser, skape tillit og så sakte begynne å arbeide systematisk med det brukere strever med. Brukere vil ofte vegre seg for kontakt (det er gjerne brukers hovedproblem eller symptom) og tålmodighet er en ACT-dyd.



Et oppsøkende team fikk henvist en pasient som verken åpnet døren eller ga lyd fra seg da et par av de ansatte kom på besøk. De satte imidlertid teamets visittkort igjen i dørsprekken. Dette gjentok teamet nesten et halvt år. Til slutt fikk de komme inn. Leiligheten var uryddig og skitten, men på et bord lå alle visittkortene fra teamet i en sirlig stabel. Pasienten kommenterte: «Jeg har tenkt på tilbudet, men turte ikke ringe».

I den engelske AOT-håndboka poengteres det at å bevege seg fra et ensidig fokus på medisiner og symptomkontroll, er helt avgjørende for å bedre den terapeutiske relasjonen.

I stedet for å bli betraktet som pasient med symptomer, må brukere oppleve at de som kommer er interessert i hans eller hennes daglige ve og vel og er opptatt av hva brukere opplever som vanskelig.

Det er viktig at teamene diskuterer hvordan en skal oppføre seg som gjest i pasientens hjem og på brukers arena. Teamet skal både ivareta en ”se etter funksjon” og en funksjon hvor samtale, dialog og relasjonsbygging er det primære. Et kontrollbesøk for å ”sjekke tilstanden” kan lett få en form som ligner den hvor en venn stikker innom. Det motsatte er lengre samtaler hvor pasienten åpner seg om sin lidelse og ofte private problemer. Begge deler kan være greit, men det er viktig å ha en bevissthet på egen tilnærming og rolle. Av og til får vi kunnskap om forhold eller ser ting som pasienten i utgangspunktet kanskje ikke ville ha snakket om. Vi får

kjennskap til dette fordi vi er på pasientens arena. Hva skal vi rapportere i journal? Behandlere i oppsøkende team får mye ekstra informasjon fordi de beveger ut av kontorene og inn i brukers hjem. Det er ikke alltid brukerne ser dette eller tenker over konsekvensene. Derfor må behandlerne bruke mye tid på å diskutere fag og etikk når ”kontoret blir flyttet hjem til bruker”.

Behandlere i teamet må utvikle en innstilthet både på nære dialoger når situasjonen ligger til rette for det, og å kunne trekke seg tilbake når pasient gir signaler om at en kommer for nær. Et grunnleggende trekk ved psykoser, er problemer med å skille mellom seg selv og andre. Det er nok lettere for behandlere å tydeliggjøre dette skillet på eget kontor enn hjemme hos pasient. Psykosepasienter trenger behandlere som er tydelige, forutsigbare og ikke-konfronterende. Når en starter med oppsøkende psykosebehandling er det helt avgjørende for god relasjonsbygging at teamene og den enkelte både skaffer seg generell kompetanse om psykose og fortløpende diskuterer erfaringer med hvordan en ivaretar en god relasjon med relasjonsskadede brukere på deres egen arena. Det blir særlig viktig for ACT-behandlere å være tydelige på hva en gjør og ikke gjør - og hvorfor det skjer - når en kanskje må iverksette restriktive tiltak. En tvangsinnleggelse vil ikke nødvendigvis ødelegge relasjonen dersom behandler er åpen og tydelig på hva han eller hun mener er forsvarlig hjelp.

Å bevege seg ut av kontorene for å støtte og skape motivasjon hos svært syke pasienter er utfordrende. I en artikkel i Dialog (2010) peker Petter Lohne på at vi er mindre beskyttet som terapeuter når vi beveger oss ut av kontorene. Vi kan lett oppfattes som tøffe og invaderende og dermed påføre nye krenkelsers. Selv om mange pasienter kan oppleve kontoret som et fristed, er det likevel vår arena og vårt territorium. Ute må vi som terapeuter være svært bevisste på hvordan vi ivaretar relasjonen på den andres arena og drøfte dette i teamet. Samtidig gir kontakten ute oss muligheter for å oppdage hva som er viktig i brukers liv og gir oss store muligheter til å forstå brukers verden



Da teamet kom hjem til Jan Fredrik første gang, var det viktigste for ACT-behandlerne å gjøre ham fortrolig med at de kom på besøk. Jan Fredrik var inne i sin verden, full av musikk og psykotiske opplevelser. Noen ganger enset han ikke at noen var der, andre ganger kom de knapt inn døra eller fikk snakke litt mens Jan Fredrik sto i gangen. Av og til fikk de komme inn i gangen, av og til inn i stua. Noen ganger kunne de sitte ned og åpne et vindu for å lufte. Alt var avhengig av hvor psykotisk Jan Fredrik var og hvordan hans sone for nærhet var. Det kom alltid to menn fra ACT, to ganger i uka, en ny etter hvert. De handlet litt mat før de kom, og tok med søppel på veien ut. Tilvenningen tok nesten et år. Noen ville kanskje ha iverksatt innleggelse av Jan Fredrik tidligere enn teamet valgte. ACT ønsket å bruke god tid på å bygge en relasjon. De tenkte at når kontakten er etablert, kan en raskere benytte innleggelse.

Teamet hadde hatt kontakt med foreldrene siden Jan Fredrik ble henvist, men utfra hans situasjon og tilstand var det ikke aktuelt å be om formelt samtykke til å kunne snakke med foreldrene. Likevel ble foreldrekontakten opprettholdt da en alt i alt vurderte at det ville være til pasientens beste. Det var far som stakk innom sønnen av og til og fikk veiledning fra teamet på hvordan han skulle forholde seg og ikke minst, når han skulle holde avstand. Det dempet stresset både hos far og Jan Fredrik.

Etter noen måneder i kontaktetableringsfasen havnet Jan Fredrik i fengsel på grunn av voldsbruk og rus. Foreldrene fikk støttesamtaler fra helsetjenesten i kommunen etter påtrykk fra ACT. Teamet fulgte Jan Fredrik inn i fengselet og ut av fengselet. Han økte bruken av amfetamin og ble dårligere. Teamet kom 3-4 ganger i uken og begynte å snakke om medisiner og rus. Jan Fredrik godtok at ulike teammedlemmer snakket om forskjellige ting og hadde ulike roller. Etter ca tre kvart år ble Jan Fredrik tvangsinnlagt via legevakt og politi. ACT fulgte opp.

Utredning og behandling

Utredning

Fidelityskalaen inneholder ingen anvisning om spesielle instrumenter eller metoder for utredning og kartlegging, men understreker blant annet at utredningsoppgaver inngår i det arbeidet både psykiater, spesialist på rus og avhengighet og arbeidsspesialist utfører. Kartlegging handler ikke bare om å sette en diagnose. I Allness og Knoedlers manual (kap. 6) er kartlegging nært knyttet opp mot funksjonsnivå, tjenestebehov og individuelt tilrettelagt behandlingsplan.

Evalueringssteamet har laget en utredningspakke som er tilrettelagt for ACT-teamene. Den er både tenkt som et kvalitetssikret utgangspunkt for behandling og rehabilitering og som hjelp i evalueringsarbeidet. De instrumentene som inngår i utredningspakken vil gi gode opplysninger til de som evaluerer ACT-teamene, men vil også være til hjelp både når det gjelder utredning og det å lage gode, målrettede og funksjonelle behandlingsplaner.

Siden de fleste av instrumentene er brukt i nyere ACT-studier i Europa (f. eks. REACT), kan vi ved bruk av disse i Norge sammenligne utfall. Når vi samme målgruppe? Og er pasientforløpene like eller ulike? Systematisk vurdering og registrering har vært en viktig del av ACT-modellen helt fra starten av, og dette har vært en av forutsetningene for at ACT er blitt dokumentert som virkningsfullt og er blitt tatt i bruk. I en travel hverdag hvor det å få bruker i tale og å bygge allianser, kan systematisk kartlegging lett bli neglisjert. Det å sette av nok tid og å forklare skeptiske brukere hvorfor vi kartlegger er en stor utfordring. Samtidig er det å spørre systematisk om symptomer, rus, andre problemer, hva som er vanskelig å klare osv. å ta bruker på alvor. Mange av brukerne har enten aldri blitt kartlagt grundig eller gått fra tiltak til

tiltak uten at noen har systematisert kunnskap om det de sliter med. Brukere av ACT har krav på å bli tatt alvorlig og få en grundig utredning. Forskere opplever ofte at brukere som blir intervjuet systematisk sier: «Dette har ingen spurt om før!»

Klinisk bruk av utredningspakken

Utredningspakken består av instrumenter som dekker psykiske symptomer og problem, praktisk og sosial fungering, bruk av rusmidler og eventuell motivasjon for å gjøre noe med dette problemet. Videre kartlegges livskvalitet og pasientens interesse for kontakt med teamet. Vi går ikke detaljert inn på bruken av utredningspakken her, men har laget en oversikt over måleinstrumentene som brukes. (Se neste side)

For øvrig viser vi til opplæringen som er gjennomført og de detaljerte beskrivelsene som foreligger. Når evalueringen av ACT-teamene er ferdig bør teamene vurdere erfaringene med utredningspakken og kanskje sette sammen en standard utredningspakke tilpasset oppsøkende behandlingsteam i Norge

Uansett evaluering gir utredningspakken den type opplysninger som teamet likevel må skaffe seg som grunnlag for sin behandling og oppfølging av pasienten. Det er altså ikke arbeid som skal gjøres i tillegg til den utredningen teamet skal gjøre, men en systematisk måte å gjøre dette arbeidet på. Den gir en kvalitetssikring fordi instrumentene dekker det en vanligvis trenger å vite. En systematisk utredning kan være mer målrettet og tar ikke nødvendigvis lengre tid enn andre former for kartlegging. Den er samtidig den viktigste dokumentasjonen av om en når målgruppen for ACT-team. Ved gjentatte kartlegginger kan en også dokumentere

Oversikt over måleinstrumentene

Instrument	Område for måleinstrumentet	Utfylling
Livsstatusjon	<i>Pasientens situasjon</i> Livssituasjon og helse	Behandlers skåring
BPRS	<i>Psykiatriske problemer</i> Type og alvorlighetsgrad av psykiatriske symptomer	Behandlers skåring
PSF	<i>Praktisk og sosial fungering</i> Praktisk og sosial fungering	Behandlers skåring
GAF	Symptomtrykk og funksjonssvikt	Behandlers skåring
Eget	<i>Bruk av rusmidler</i> Bruk av rusmidler siste 30 dager	Intervju med pasient
AUDIT	Bruk av alkohol	Intervju med pasient
DUDIT	Bruk av illegale rusmidler	Intervju med pasient
Alcohol-E	<i>Grad av motivasjon for å endre rusmiddelbruk</i> Motivasjon for å endre bruk av alkohol	Intervju med pasient
DUDIT-E	Motivasjon for å endre bruk av narkotika	Intervju med pasient
HEAS	<i>Andre forhold</i> Pasientens engasjement og akseptering av kontakt	Behandlers skåring
MANSA	Livskvalitet innen ulike livsområder	Intervju med pasient

endringer i pasientforløpet og eventuelle bedringer hos den enkelte. Kartleggingsverktøyene blir på den måten utgangspunkt for oppmuntrende og motiverende samtaler med bruker og kan vise at brukers egen innsats (sammen med behandling) gir positive resultater.

Resultater fra kartleggingen bør brukes aktivt i behandlingsmøter som en del av den samlede informasjon om pasienten. Aktivt bruk av instrumentene kan si noe om hvordan pasientens psykotiske symptomer viser seg og hvilke hjelpebehov pasienten har, men kan også si noe om ressurser. Slik kan den systematiske utredningen bidra til gode og realistiske behandlingsplaner. Når utredningspakken brukes som en del av teamets arbeidsmåte, trenger en ikke å spørre pasienten om særskilt samtykke for å gjennomføre utredningen.



Maurice er lite utredet. Han har forsøkt medikamentell behandling uten særlig hell. Det er tvilsomt om han vil gå med på innleggelse for avrusing og kartlegging. Bo-oppfølgerne hadde lagt merke til at Maurice slet med å få med seg beskjeder og virket ukonsentrert. Handlet dette om rus? Dette ble diskutert på teammøte og en så at en relativt stabil bosituasjon kunne være en god ramme for observasjon av samspillet mellom rus, psykiske plager og sosial fungering. Ut fra det som ble rapportert bestemte en seg for systematisk å kartlegge Maurice sin kognitive fungering. Det ble etter hvert klart at Maurice hadde store problemer mht. flere eksekutive funksjoner og at en hadde hatt urealistiske forventinger til han. Behandlingsplanen og rehabiliteringstiltakene måtte revurderes. I stedet ble det en diskusjon om hva en realistisk habiliteringsplan måtte inneholde.

Kartlegging ut over utredningspakken

Utredningspakken er ikke til hinder for å bruke andre kartleggingsverktøy. For eksempel kan bruk av nettverkskart og genogram være til hjelp for utredning av livssituasjon, og EuropASI kan være nyttig for en mer omfattende utredning av rusmisbruk og problemer knyttet til bruk av rusmidler. Utredningspakken anbefaler Mini+ eller SCID-I for diagnostisk utredning.

Utredning av kognitiv kapasitet og mulig kognitiv svikt er viktig når en skal tenke habilitering eller rehabilitering. Manglende kognitiv utredning kan føre til at vi formidler urealistiske forventninger til brukere som kan slite med svakt kortidsminne eller dårlig evne til planlegging. Forskning viser at hjernen etter langvarig rusmisbruk bruker rundt tre måneder på å restituere seg etter at en har sluttet å innta rusmidler. I denne perioden er lite fornuftig å begynne med omfattende rehabilitering, men sørge for stabilisering, kosthold og søvn. Dette betyr ikke nødvendigvis at alle kognitive funksjoner fungerer bra etter tre måneder, men da kan en bedre vurdere hvorvidt noen funksjoner er varig svekket (for eksempel etter mange overdoser) eller kanskje har vært til stede i forut for misbruket (for eksempel ADHD).

En omfattende kognitiv utredning kan være vanskelig å gjennomføre i ACT-sammenheng, og kan lett bli nedprioritert fordi en ikke har spesialkompetanse. I et rehabiliterings-perspektiv er det likevel viktig å kartlegge eksekutive funksjoner (frontallappfunksjoner) som arbeidshukommelse, tidsperspeksjon, evne til planlegging og å gjennomføre planene, tenkning og reaksjonsmønster preget av kortsiktighet og problemer med å se helheten i en situasjon. "Behavior rating inventory of executive function" (Brief-A) er oversatt til norsk (post@statped.no) og kan være et godt verktøy for en screening av eksekutive funksjoner. Da skjemaet kartlegger et vidt spekter av slike funksjoner og kan gi rom for ulike tolkninger bør det imidlertid brukes av, eller i samarbeid med, teamets psykolog. Vi anbefaler bruk av skåringsprogrammet for Brief -A. Det kan bestilles fra Psychological Assessment Resources (PAR), www.parinc.com. Vi anbefaler også heftet "Kognitiv svikt ved psykoser" av Torild Ueland og Merete Øie (2006).

Flere instrumenter måler voldsrisiko. Av dem kan VRS-10, BVC (Brøseth violence checklist) og HCR-20 være

aktuelle for teamene. NOU 2010:3 *Drap i Norge* oppsummerer grundig kunnskapen vi har om vold, psykiske lidelser og rus. Når forskere korrigerer for andre voldsrisikofaktorer hos en person, ser en at psykisk lidelse i seg selv ikke gir økt risiko for vold. Det er personens sosiale situasjon, tidligere bruk av vold, alder og, ikke minst, bruk av rusmidler i tillegg til psykisk lidelse, som gir økt risiko for bruk av vold. Det er derfor nødvendig at teamene foretar en grundig kartlegging av voldsbruk og foretar nøkterne farlighetsvurderinger. Det trygger både brukere, pårørende og team-medlemmer. I en risikovurdering inngår både bakgrunnshistorie, situasjonen rundt pasienten og aktuell psykisk tilstand (jfr. AOT-håndboka s. 38 og Burns/Firn kap.11).

Ved siden av voldsrisikovurderinger må også teamene vurdere fare for selvmord og selvskadning. Selvmordsvurdering inngår i BPRS, men brukere av ACT lever i perioder et så vidt ustabil liv slik at vurdering av skade mot egen person bør inngå i den ukentlige pasient-evalueringen. (Burns /Firn kap.12)

Kunnskapsbasert praksis (EP 1 -8)

Blant de ACT-elementene som er evaluert og funnet virksomme er

- integrert behandling av rus og psykisk lidelse
- supported employment, det vil si arbeid med støtte
- psykoedukasjon for å blant annet styrke pasientens mestringsstrategier (recovery)
- samarbeid med de nærmeste støttespillerne rundt brukeren (kjæreste, familie) om å forstå sykdommen
- kunnskapsbasert psykoterapi
- trygg bolig som nødvendig forutsetning for god behandling

Før vi går inn på de enkelte elementene vil vi peke noen erfaringer fra norske ACT-team så langt. Hvis mange av brukerne som er inkludert i teamet har omfattende rusproblemer kan det være utfordrende å tilby helhetlige og kunnskapsbaserte tjenester i tråd med modellen. Dette fordi en må bruke mye tid krisearbeid og akutte tiltak.

Bolig først

I kommunenes boligsosiale arbeid har vi de seneste årene beveget oss fra en tenkning preget av at «brukerne må kvalifisere seg til bolig» til en tenkning preget av «hva slags oppfølging trengs for å kunne bli boende?» Denne tenkningen er nedfelt i lover og forskrifter, ved at manglende boevne ikke lenger kan ekskludere personer som søkere til kommunale boliger. Prosjekt Bostedsløse (2001- 2004) bidro til en slik holdningsendring; personer med rusmiddelmissbruk og psykisk lidelse har rett til bolig og rett til hjelp for å beholde den (Dyb 2005). I rapporten «På randen av å bo» sies det slik: «I stedet for å sette opp hvilke kriterier en person må innfri for å gjøre seg kvalifisert til et bestemt botilbud, må tiltaksapparatet klargjøre hva slags bosituasjon som kan være egnet for den enkelte ut fra hans eller hennes problemer og ressurser.» (Taksdal m.fl 2006:148). Å tenke bolig som basis for eventuell behandling har blitt ytterligere forsterket gjennom Housing First - tenkningen og Husbankens satsing på slike prosjekter (Ulfrstad 2011). En slik holdningsendring har banet vei for mange gode bolig og bo-oppfølgingsmodeller i norske kommuner. Disse gir et godt utgangspunkt for videre behandling og rehabilitering. Ingen kan nektes inn- tak i ACT fordi han eller hun mangler bolig, men mangel på trygg bolig vanskeliggjør effektiv behandling. Dersom en nyhenvist pasient mangler trygg og varig bolig, blir et samarbeid om å framskaffe et godt boligtilbud som kan sikre at brukeren bor stabilt, nødvendigvis det første ACT-teamet må ta tak i. Til tross for mange gode botiltak har vi fortsatt vansker med å få den «tyngste» pasientgruppen med rus og psykiske vansker til å bli boende i boligene som tilbys. Antall bostedsløse er nå omtrent like stor som i 2008 og en vesentlig undergruppe er enslige menn med enten rusproblemer, psykiske problemer eller begge deler (Dyb, 2013). Det er en viktig oppgave for ACT-teamene å gå sammen med bo-oppfølgere i kommunene, utveksle erfaringer, lære av hverandre og finne gode måter en kan supplere hverandres tjenester på.

Rus- og psykisk lidelse

I den integrerte behandlingen av rus- og psykisk lidelse inngår blant annet omfattende kartlegging av rusproblemer, og hvordan bruk av rusmidler og psykiske problemer gjensidig påvirker hverandre. Teamet bør observere hvordan symptombelastning, rusinntak og evne til å



Maurice ble tatt inn i ACT etter å ha bodd i en bolig med døgnbemannet personalbase i vel en måned. Han hadde begynt å bli fortrolig med personalet og var usikker på hva han skulle med ACT. Han kunne jo snakke med personalet der. Primærkontakt i ACT snakket både litt med Maurice og personalet i boligen og fortalte hva ACT tilbyr. De ble enige om at Maurice og den personen han hadde mest kontakt med i boligen, skulle bruke tid på å snakke sammen om behandling og behandlingsbehov. Så ville primærkontakt og rus-spesialist i ACT møtes med Maurice i boligen for å begynne å utforme en mulig behandlingsplan. Maurice syntes dette var bra, han var lei av at hjelperne maste om rusinga hans og ville at noen også skulle se alt det andre han slet med. Etter at det ble klart at Maurice slet med omfattende kognitive vansker og fikk et rehabiliteringsopplegg og en IP som han opplevde som nyttig, ruste han seg mindre og falt mer til ro i boligen. ACT fikk mer rollen som veiledere overfor bo-oppfølgerne og vurderte at en mer intensiv behandlingskontakt kunne bero. I interne diskusjoner i ACT-teamet ble det sagt at Maurice kanskje var eksempel på en bruker hvor en nå kunne ha tanker om avslutning og gradvis tilbakeføring til bo-oppfølgere og en behandler på DPS.

ivareta egen situasjon kan variere over tid. Dette kan så danne grunnlag for tilbakemelding og dialog med pasient: «Vi har sett at når du bruker mye amfetamin, blir du svært redd og er lite hjemme – hva tenker du om det?» I integrert behandling vektlegges en fasespesifikk tilnærming med intervensjoner som tilpasses hvor brukeren er sin egen endringsprosess. Å utfordre brukeren på hva han skal gjøre for å slutte med bruk av rusmidler kan være prematurt dersom brukeren aldri har tenkt den tanken. Da er det viktigere å engasjere brukeren for å komme i behandling og å stille undrende spørsmål gjennom motiverende intervju («hva tenker du om det å bruke stoff?»). Dvs. utforske ambivalens, spørre brukeren om erfaringer med rusfrie perioder og hva han eller hun har gjort tidligere for å redusere eller kutte ut rusen. Det siste er trolig viktigst. En samtale som bare fokuserer på ambivalens kan lett bli meningsløs dersom en ikke greier å bevege seg mot hva en faktisk

har erfart og gjort, men uten å moralisere. ”Å samle på rusfrie” erfaringer og å lære av disse er viktig når en skal øve seg på å mestre avhengighet av rusmidler. Dersom bruker har tatt et aktivt valg, kan bruk av kognitiv terapi, familieintervensjoner og praktisk bistand være gode metoder for å bidra til opprettholde og styrke valget. Likedan for å forebygge tilbakefall og å lære hvordan en skal takle en «sprekk». Når det gjelder behandlingsmetoder overfor pasienter med komorbide lidelser peker forskning (Kelly m.fl. 2012, Barrowclough m.fl. 2010, Horsfall m.fl. 2009) i retning av at det å kombinere flere metoder klart er å foretrekke framfor én spesifikk metode. Da snakker vi om å integrere aktivt oppsøkende arbeid, case-management, motiverende intervju, familiestøtte eller familiebehandling, kognitiv atferdsterapi og annen læringsbasert behandling (contingency management). Videre har Leponex (clozapine) vist seg effektiv når det gjelder kombinasjonene schizofreni og alkohol, cannabis og kokain-misbruk. Imidlertid krever bruk av Leponex tett oppfølging med blodprøver samt nært og forpliktende samarbeid mellom lege og ACT-team og ikke minst psykiateren i teamet. Dersom bruker er svært ustabil kan dette bli vanskelig i praksis.

Russpesialisten har en viktig rolle både med hensyn til kartlegging og i gjennomføring av ulike behandlings tiltak. For øvrig viser vi til Kim Muesers bok «Integrert behandling av rus og psykisk lidelse» og IDDT-modellen (Integrated Dual-Diagnosis Treatment). Modellen er utviklet av Dartmouth Psychiatric Research Center, New Hampshire ved bl.a. Robert E. Drake og Kim T. Mueser. Nasjonal kompetansetjeneste ROP planlegger å lage en norsk versjon. I Norge var ROP-Tøyen (Rus og psykiatri-teamet ved Tøyen DPS, Lovisenberg diakonale sykehus) på mange måter banebrytende når det gjelder oppsøkende behandling av pasienter med begge lidelser. En god beskrivelse av arbeidet finnes i en norsk artikkel av Lohne og Buseth (2006).

Arbeid

Supported employment -tenkningen (SE) eller arbeid med støtte, vektlegger brukernes eget ønske om å komme i arbeid. Hovedprinsippet er at brukerne skal inn på det ordinære arbeidsmarkedet og en har gått bort i fra en modell med arbeidstreningsgrupper og skjermede arbeidsplasser. Det er flere tilnærminger innen supported employment-feltet. En av modellene

er *Individual placement and support* (IPS), eller individuell jobbstøtte. Modellen er kunnskapsbasert og har solid støtte fra forskning. Viktige elementer i modellen er at jobbsøking starter raskt, at oppfølgingen er ubegrenset i tid og tilpasset både arbeidstaker og arbeidsgiver. Modellen er beskrevet i NAPHA-rapport 2/2013 og en viktig referanse er Miles Rinaldi (2008). Arbeidsspesialisten i teamet skal forsøke å finne gode arbeidsplasser, støtte bruker aktivt i prosessen både med å finne arbeid og når arbeidsforholdet er etablert, bistå arbeidsgiver og evaluere fortløpende. Arbeidsoppfølgingen skal være integrert med den kliniske virksomheten. Ifølge Kim Mueser bør schizofrene som ønsker å arbeide, gis all mulig støtte så raskt som mulig. For de som ikke ønsker lønnsarbeid, kan en heller konsentrere seg om andre aktiviteter enn å «mase» på pasienten om å komme i lønnet arbeid. Det er viktig at hele teamet engasjerer seg i arbeid med støtte og at arbeids-spesialisten jobber aktivt med å finne nye arbeidsplasser. For mange brukere vil det trolig være uaktuelt med heltidsarbeid. I stedet for da å tenke 100 % ufør bør heller tenke kreativt når det gjelder deltidsarbeid. En av ekspertene innen feltene IPS og recovery, Rachel Perkins, sier at bare det å kunne gå i arbeid noen timer i uka gjør ekstremt mye for brukerens selvoppfatning, verdighet og mulighet for å kunne delta i samfunnslivet.

Å komme seg

ACT vektlegger ulike metoder og former for psyko-educasjon som bidrar til å styrke pasientens mestringssevne og mestringsstrategier det vil si styrking av tilfrisknings- eller bedringsprosessen (recovery). Dette innebærer blant annet kunnskap om stress-sårbarhetsmodellen, det å samhandle med og få støtte fra lokalmiljøet, effektiv bruk av medisiner, symptom-mestring og kunnskap om å bruke frivillige støttegrupper og brukersentra. Kort sagt: Det som skal til for ha glede og nytte av lokalmiljøet.

Tilfriskning brukes i denne sammenheng om den prosessen som skal til for mestre og å tilpasse seg de forhold som er rundt personen, og den vektlegger prosess og brukers subjektive oppfattelse av å ha det bra (bedringsperspektivet). Dette i motsetning til den medisinske definisjonen som vektlegger symptomlette eller fravær av sykdom. For en mer grundig innføring i recoverytenkningen vises til Mike Slades bok ”*Personal*

Recovery and Mental illness”. Videre ble en hel utgave av *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* viet temaet recovery med nordisk blikk i 2011. Ifølge tidsskriftet har det å framheve bedringsperspektivet og det at brukere har stått fram med sine erfaringer i vesentlig grad bidratt til å redusere stigmatiseringen av psykiske lidelser.



Jan Fredriks situasjon er blitt mer stabil. Innleggelsene har blitt færre og etter langvarige diskusjoner med psykiater i teamet aksepterer han medisiner. Bruk av rusmidler har gått fra kontstant til periodevis og utryggheten fra oppstartsfasen av behandlingen er borte. I samarbeid mellom team, foreldre, NAV og kommunens eienomsavdeling har han ått boligtilskudd, startlån og bostøttefinansiert leilighet. Etter avtale om forvaltning trekkes leie og avdrag fra trygden.

Selv om Jan Fredrik har fått tilstått bostøtte og uføretrygd, er både team og foreldre opptatt av at må ha noe å gjøre. Å sitte i leiligheten hele dagen forsterker bruk av rusmidler. Far håper at gutten kan begynne på skole og komme i arbeid. Teamet tenker at dette er litt urealistisk. Jan Fredrik har fullført grunnskole, men avbrøt grunnkurs elektro da han skulle i lære. Han er mest opptatt av å spille og lage musikk. Etter å ha diskutert og sett på ulike muligheter fikk teamet «napp» i kommunens kulturhus. Vaktmesteren trengte hjelp i forbindelse med rigging av lys- og lydutstyr og det ble avtalt at Jan Fredrik kunne hjelpe til et par ganger i uka. Selv var han skeptisk, men ble med da det ble avtalt at han ikke trengte å begynne før etter 12 på dagen og at han skulle gå alene sammen med vaktmester. ACT gjorde avtale om god tilgjengelighet de dagene Jan Fredrik var på jobb. En viktig belønning for han var at han kunne høre på og snakke litt med musikere som øvde i kulturhuset.

Jan Fredriks mor var fornøyd med at han kom seg litt ut, far hadde nok ønsket noe mer regelmessighet og struktur på opplegget. Det alle så var at Jan Fredrik ikke ruste seg de dagene han var på jobb. (Ifølge Rachel Perkins er det viktig også definere slike tiltak som nevnt her som jobb, det fremmer recovery!)

Å samarbeide med de nærmeste støttespillerne rundt brukeren (kjæreste, familie) har som formål at de skal forstå brukers sykdom og lære mestringsstrategier for å avhjelpe problemer som sykdommen skaper, samt å styrke støttesystemene rundt pasienten. Psykoedukativt familiearbeid med utgangspunkt i stress-sårbarhetsmodellen, kan være én innfallsvinkel, en annen er å tegne nettverkskart og arbeide systematisk med brukers nettverk og de muligheter og ressurser som ligger i nettverket. Videre er det gjort gode erfaringer med gruppebaserte treningsprogram som primært er rettet mot det å samhandle med andre. ”Et bedre liv -programmet” (Gråwe m.fl. 2009) tar opp tema som kommunikasjon, selvheldelse og det å motstå ruspress. Programmene er basert på gruppearbeid, men for noen pasienter kan det være for utfordrende å samhandle i en gruppe. Dersom ACT-teamene ikke lykkes i å samle personer som kan ha nytte av å arbeide i gruppe, kan en start være individuell tilpasning av noen elementer i programmet.

Illness Management and Recovery (IMR) er et kunnskapsbasert behandlingsprogram rettet mot recovery og livsmestring for brukere med alvorlige psykiske lidelser. Programmet skal bl.a. gi brukerne mer kunnskap om psykiske lidelser, tilbakefall og mestring av symptomer. Å gi håp og å støtte bruker i nå egne mål er en enda viktigere del av programmet. Ofte har lignende program i hovedsak vektlagt symptomestring. Det er greit i seg selv, men viktigere er å bistå og hjelpe brukerne i det å mestre ulike sosiale sammenhenger, styrke familierelasjoner der hvor det er mulig, altså «training in community living». I forbindelse med Romeriksprosjektet har FoU-avdelingen ved Akershus universitetssykehus satt i gang et prosjekt hvor en ønsker å implementere IMR. En amerikansk innføring i IMP finnes på SAMHSA, <http://www.samhsa.gov>¹

Recovery eller tilfriskning kan lett bli et honørbegrep uten konkret innhold. Vi tenker at et sted å begynne er å formidle resultatene av kartleggingen i et språk bruker (og pårørende) forstår og å utarbeide behandlingsplaner i nært samarbeid med bruker. Van Veldhuizen skriver om «shared decision making». I behandlingsplanen bør det komme tydelig fram hva bruker ønsker slik at en hele tiden kan relatere til disse ønskene både ved tilbakefall og i kriser. Da blir det lettere å diskutere krisetiltak og andre intervensjoner i et omforent perspektiv.

¹<http://store.samhsa.gov/product/Illness-Management-and-Recovery-Evidence-Based-Practices-EBP-KIT/SMA09-4463>

Psykoterapi

Kunnskapsbasert psykoterapi kan bidra til at brukerne får hjelp til å håndtere symptomer og mellommenneskelige konflikter, får bedre forståelse for og innsikt i de problemene en sliter med og kan være et ledd i bearbeiding av traumer og tidligere konflikter. Pasienter som følges opp av ACT vil ofte slite med omfattende og alvorlige problemer og valg av metode må tilpasses både behandlingsfase og –prosess og tydeliggjøres i behandlingsplanen. Selv om kognitiv atferdsterapi er velegnet for rusbehandling og behandling av symptomlidelser (psykotiske symptomer, angst og depresjon) dekker ikke metoden alle forhold. I ”Reaching out” (Cupitt, ed. 2010) diskuteres ulike terapeutiske tilnæringer i en ACT-ramme. I boka «*Assertive Outreach in Mental Healthcare*» gir Griffiths m.fl. en god innføring i kognitiv atferdsterapi, velegnet for psykoser, men avslutter slik: «However, we should recognise that CBT does not suit everybody. Choice is not only an important aspect of engendering a recovery paradigm (CSIP Choice 6 Access Programme, 2006), but service user choice has also been recommended when offering psychological interventions (NICE, 2002; 2009). CBT should, therefore, be a part of a range of treatments and interventions that assertive outreach teams are able to provide”

I en artikkel i *Psychosis*, vol 3, no1, Februar 2011 diskuterer Garrett og Turkington hvordan en kan kombinere kognitiv atferdsterapi med psykodynamisk psykoterapi i behandling av psykoser. Med utgangspunkt i en kontinuitetsmodell (normalisere psykotiske symptomer), stress-sårbarhetsmodellen og kognitiv atferdsterapi lærer pasienten å håndtere psykotiske symptomer og å plassere disse i pasientens følelsesliv i stedet for at de oppleves som noe utenfor pasienten. Ved bruk av disse teknikkene kan en så fortsette med en psykodynamisk tilnærming hvor en prøver å forstå, reformulere og integrere pasientens følelser og opplevelser. Forfatterne mener at selv om tidsbegrenset kognitiv terapi kan være bra, så vil disse pasienten også trenge langvarig psykoteraeutisk oppfølging og ivaretagelse for å kunne forstå og dermed bearbeide det de har slitt med. En psykodynamisk tilnærming vil kunne gi behandler den rammen som trengs for å kunne ivareta dette, men det forutsetter den atferdsterapeutiske tilnærmingen først. Uansett metode blir det å vektlegge en god relasjon og en praktisk tilnærming, avgjørende for et godt psykoterapitilbud.

Når det gjelder anbefalingene om kunnskapsbasert psykoterapi kan en lett tenke at dette kun er noe psykiologen eller psykiateren i teamet skal drive med. Når Cupitt (2010) beskriver kognitiv atferdsterapi tar hun utgangspunkt i hele teamet og tenker at metoden kan brukes i mange sammenhenger. Griffiths (2011) mener hele personalgruppen bør kunne kjenne til de mest grunnleggende elementene slik at alle er fortrolige med bruken. I Norge har flere sengeposter tatt i bruk kognitiv miljøterapi, men ikke i oppsøkende virksomhet (NAPHA 2013, rapport nr. 3). For ACT-teamene kan det være nyttig å gå inn for å lære noen terapeutiske metoder som hele teamet kan bruke. Det vil styrke den faglige bevisstheten og behandlingstenkingen. Kognitiv atferdsterapi er som nevnt ikke svaret på alle behandlingmessige utfordringer, men det å kunne en metode godt gjør at en både ser muligheter og begrensninger og på det grunnlaget tilegne seg nye psykoteraeutiske metoder. Et annet alternativ er f.eks. å lære å bruke IMR systematisk (jfr. «å komme seg»). I modellen inngår både bruk av kognitive teknikker og andre læringsbaserte behandlingsmetoder. (Mueser m. fl. 2002)

I tillegg til de nevnte referansene ovenfor viser vi til Kingdon og Turkintons bok ”Kognitiv atferdsterapi ved Schizofreni” og spesialnummer om psykoser fra *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* (mai 2007). Det siste har blant annet artikler om familieintervensjoner, intervensjoner i forhold til arbeid og om integrert behandling. Videre viser vi til kunnskapsgrunnlaget for de svenske retningslinjene for «Psykosociale insatser ved schizofreni og schizofrenilignende tilstand» (Socialstyrelsen 2010), går systematisk gjennom alle aktuelle ikke-medisinske intervensjoner og vi viser også til anbefalingene fra NICE (2000).

Individuelt tilpasset behandling (PP 1 – 4)

Nye punkter i fidelitetskalaen understreker at behandling og behandlingsplaner skal ta utgangspunkt i pasientens ressurser, ønsker og mål. Dette kan høres enkelt og selvfølgelig ut, men er ofte vanskelig å praktisere. Brukere av ACT-tjenestene er ikke de som står på barrikadene for å fremme egne behov og interesser. Noen sier «vet ikke» på spørsmål om hva han eller hun ønsker, noen opplever både behandlingsplaner og individuelle planer som kompliserte og vanskelige og melder seg ut av

samtalen. Noen forstår lite av møter hvor mange hjelpere snakker mye. Risikoen for at gode hjelpere blir for raske til å handle på vegne av brukerne er stor, og det er lett å overstyre og passivisere brukere ytterligere. Vi står overfor flere etiske dilemmaer når vi både skal sikre at brukerne får god oppfølging, og å gi dem mulighet for å påvirke prosessen. I noen tilfeller kan det grense til omsorgssvikt å bruke mye tid på å spørre hva bruker ønsker eller vente på at bruker kommer med i planarbeidet. Enkelte kan slite med varig kognitiv svikt (jfr. s. 29) som begrenser evnen til å planlegge eller tenke langsiktig, og noen kan være så forkomne eller nedkjørte at de framfor alt trenger omsorg og struktur før vi etablerer dialog rundt brukers egne tanker om sin situasjon. For andre brukere ville en slik framgangsmåte oppleves som et gedigent overgrep.

Uansett er det under hele prosessen nødvendig å bruke tid på å kartlegge pasientenes ressurser og ønsker, og ha disse som utgangspunkt i arbeidet med behandlingsplan og behandlingsmål (PP1). For å styrke brukermedvirkning og å motvirke at planmøter blir noe som foregår ”over hodet på bruker”, bør en ha grundige diskusjoner med bruker før møtet og gjerne invitere brukers pårørende eller nære venner og støttespillere inn i planprosessen. Teamet bør ha prosedyrer på hva som er viktig å ta opp med pårørende. Ofte er det slik at henvendelser fra pårørende ender opp med en litt uklar diskusjon om taushetsplikt. Taushetsplikten skal være til pasientens beste, ikke noe som behandlere skal gjemme seg bak (jfr. side 26 om Jan Fredrik). Vår erfaring er at dersom en tidlig i kontakten spør bruker om hva som er greit og eventuelt ikke greit å snakke med familien om, kan taushetsplikten takles på en ryddig måte. I boka «*Assertive Outreach in Mental Healthcare*» diskuterer Wharne og medarbeidere på en utmerket måte utfordringer rundt det å trekke inn familie, venner og omsorgsgivere i oppfølgingen. Fagpersoner er opptatt av profesjonell standard – familien spør om «hvem som bryr seg».

Bruker må hele veien få støtte i å fremme egne behov og oppmuntres til å lede planmøtet. Det er også viktig å bruke alle ressursene i teamet til utarbeidelse av en behandlingsplan og ha et system for oppfølging av planen. Både arbeidsspesialist, russpesialist og brukerspesialist kan ha viktige innspill å komme med. Så kan f.eks brukers primærkontakt og teamets psykolog sy sammen innspillene. For at ikke planen skal bære preg av våre ambisjoner på vegne av bruker

og for ikke å påføre bruker nye nederlag, bør den være kortfattet, begrenset og realistisk. Noen setninger om hva bruker ønsker, noen setninger om status her og nå og noen setninger om hva psykologen (eller den som har ansvaret for planen) tenker er viktig å konsentrere seg om det første halvåret. En plan på 1 side er lett-fattelig, lett å overføre på tavla og lett å revidere. Det enkleste er det beste – dette bør også gjelde for IP! Så kan planen en videreføres neste halvår eller justeres før den årlige revisjonen.

Noen ord om behandlingsplaner og språk: I FACT-fidelity står det at rehabiliteringsplanen skal være skrevet på et lett forståelig språk. Det bør gjelde alle planer. I våre bestrebelser etter å arbeide recovery-orientert bør vi også se på hvordan vi formulerer oss. I denne håndboka har vi bevisst endret ord som pleie og omsorg (i originaldokumentene care) til oppfølging. Vi tenker at



ACT forsøkte iherdig å komme i dialog med Siri angående behandlingsplan, men det var vanskelig å engasjere henne. Kafébesøkene gikk greit og så lenge det handlet om konkret praktisk bistand var Siri med. Dersom diskusjonene dreide seg mot mer vanskelige ting ville hun ha tanten med på samtale. Dette ble selvfølgelig akseptert, og teamet tenkte at kanskje den viktigste oppgaven i første omgang var å styrke tantens mulighet til å følge opp Siri, eventuelt avlaste henne og vurdere om Siris kjæreste og bestemor kunne fungere som gode støttespillere for tante. Utover disse tre hadde Siri liten kontakt med andre. Da Siris tante plutselig ble innlagt på sykehus, ble situasjonen endret. Tante hadde vært Siris ACT. Nå var hun ikke lengre i stand til å ivareta alle ”ACT-funksjonene” og teamet fikk hendene fulle. Den store utfordringen nå ble hvordan en både skulle anerkjenne tantes innsats samtidig som en tok over oppgaver som trolig hadde vært viktige for at hun skulle føle seg verdsatt. Tanten var glad for at noen brydde seg om Siri, men følte seg samtidig deprimert og tilsidesatt. Teamet tenkte at langsiktige behandlingsplanen måtte handle om hvordan ACT ikke skulle bli en ny «tante» men lære Siri å ta hånd om egen situasjon og kanskje bli mer jevnbyrdig med tanten. Den konkrete utformingen handlet om hvilke oppgaver Siri kunne gjøre

alene, eventuelt sammen med bestemor eller kjæreste; hvilke oppgaver Siri og ACT skulle gjøre sammen og hvilke ACT måtte bistå med.

Etter en tid ønsker Siri at kjæresten skal flytte inn hos henne. Teamet ser mange og store utfordringer knyttet til dette. Kjæresten sliter med egne problemer og Siri har selv alvorlig psykisk lidelse. Dersom teamet klart går imot samboerplanene kan en risikere at Siri og kjæresten stenger teamet ute og at Siri etter hvert blir vært dårlig. Eller motsatt: ved å støtte samboerplanene, får en da to ACT-brukere i stedet for 1? Hvordan etablere dialog rundt dette, stille viktige spørsmål og samtidig klare å ivareta Siris åpenbare behov for behandling uten at hun opplever at teamet avviser hennes egne ønsker og planer.

Primærkontakten sa noe sånt som «Dette er spennende plan, nå må vi diskutere hvordan vi kan konkretisere utfordringer rundt det å være samboer i behandlingsplanen». Etter en del fram og tilbake tenkte Siri at det kanskje var best at hun og kjæresten bodde hver for seg en stund til, men at de besøkte hverandre ofte.

nevnt dypt involvert i pasientens dagligliv og daglige gjøremål og faren for overstyring (paternalisme) vil være til stede. I fidelityskalaen får en praksis om bærer preg av at teamet styrer brukerne, gjør ting for brukerne og underminerer deres selvstendighet, lav skåre. Dessverre er dette ofte erfaringer som personer med langvarig kontakt med psykiske helsetjenester bærer med seg. De har møtt mange avvisninger, skuffelser og utilstrekkelige behandlingsforsøk og vil ofte være skeptiske til enda et nytt tiltak. «Hvilke forventninger har du til behandling?», bør være et standardspørsmål. Det er viktig å oppmuntre brukers egne valg og ønsker, både kortsiktige og langsiktige. Selv om valgene kanskje ikke alltid er like veloverveide, er det valgene både vi og brukerne lærer av. I møtet med bruker er det valgene som er spennende å diskutere. Ikke det som vi på forhånd har bestemt skal være riktig.

pleie bedre passer i en somatisk sammenheng – ACT bør være opptatt av å lære å mestre. I neste runde får vi vurdere begreper som égenomsorg, tilsyn og kontroll.

I fidelityskalaen har vi brukt begrepet individbasert ehandlingsplan. Dette er plan for behandling som tar utgangspunkt i brukers ønsker og må ikke forveksles med den lovbaserte individuelle plan (IP). Denne er vanligvis mer omfattende enn en behandlingsplan. Selv om IP og behandlingsplan i ACT-sammenheng kan være nokså identiske bør en likevel ikke blande de to sammen. ACT-brukere skal selvfølgelig også ha en IP, gjerne med hovedkontakt som koordinator. Den individbaserte behandlingsplanen blir da en viktig del av den individuelle planen.

Teamets tjenester skal som tidligere nevnt ha en bred tilnærming og rette seg mot mange ulike områder i pasientens liv. Teamets tjenester og intervensjoner skal likevel ha brukers egne ønsker og planer som utgangspunkt og behandlingsplanen skal bidra til å styrke brukers selvbestemmelse og uavhengighet. ACT-teamet er som

FACT – fleksibel ACT

Bakgrunn for modellen

Som i flere andre europeiske land startet myndigheten i Nederland på en gradvis nedbygging av de store psykiatriske sykehusene på 1980-tallet. I stedet utviklet de et fleksibelt psykisk helsevern basert på samarbeid mellom sengeposter, dagavdelinger, poliklinikker, case-management-oppfølging og døgnåpne krisetjenester. Lovgivingen ble endret og det ble etablert enheter som besto av små sengeposter med bl.a. brukerstyrte senger. Ikke ulikt våre DPS. Imidlertid inngikk verken psykiater, psykolog eller rus-spesialist i case management teamene og den enkelte case manager fikk etter hvert svært mange pasienter.

Nedbyggingen av de psykiatriske sykehusene gikk imidlertid sakte, i 2005 var sengebruken pr. 100.000 innbygger 135, i 2008 114. I følge WHO var tilsvarende tall for Norge i 2008 119, rundt halvparten i Danmark og Sverige. Slike sammenligninger er litt upresise, en teller ikke alltid det samme, men det gir uansett en indikasjon på bruk av døgnplasser. Det kan se ut som om bruk av døgnplasser både i Norge og Nederland er relativt høyt sammenlignet med Sverige og Danmark.

Oppfølgingen utenfor sykehusene var ikke god nok i Nederland. Case managere ble ofte utbrente, pasienter med rus og psykisk lidelse ble i liten grad fanget opp, mange ble hjemløse eller havnet i fengsel. Behovet for endringer tvang seg fram og på begynnelsen av 2000-taller ble det etablert ACT-team for å fange opp de mest ustabile pasientene. Samtidig ble det utarbeidet retningslinjer for behandling og oppfølging av pasienter med schizofreni. Disse la føringer for innholdet i ACT og etter hvert FACT-teamene. Det sammen gjorde resurs- og recovery-orientert tenkning i behandling (Strengths Model) og mange års erfaring med case management.

Imidlertid ble det åpenbart at ACT-modellen var lite egnet for områder med lav befolkningstetthet. Det var ikke mange nok pasienter med alvorlig psykisk lidelse og ustabilitet til at bruk av ACT-modellen i distriktene kunne forsvares. Derfor utviklet psykiateren J. R. van Veldhuizen og psykologen M. Bähler FACT-modellen, og det første teamet ble etablert i 2003 i Alkmaar i Nord-Holland.

I dag er utviklet en omfattende fidelity-skala for FACT-teamene og det er etablert et sertifiseringscenter for medarbeidere i ACT og FACT-team (www.ccaf.nl). I følge nettsiden til CCAF er det 150 FACT-team og 35 ACT-team i Nederland. De siste er lokalisert i de store byene. I følge van Veldhuizen vil det bli langt flere team de nærmeste årene. I tillegg har en begynt å utvikle egne ACT-team for arbeid med straffedømte som også har alvorlig psykisk lidelse (Forensic-ACT) og en arbeider også med å inkludere brukere med personlighetsforstyrrelser i modellen.

FACT-modellen er i hovedsak utviklet gjennom praktisk erfaring med ACT og case management. I modellen har en så bl.a. gjennom retningslinjer inkludert kunnskapsbaserte behandlingsmetoder og recovery-tenkning. Det å forankre oppfølging og behandling i brukers nærmiljø og familienettverk er sentralt i FACT

Den følgende beskrivelsen er et kortfattet sammendrag med basis i van Veldhuizens beskrivelse og vår oversettelse av FACT-fidelityskala. I dag kan det se ut som om FACT er blitt en av de mest sentrale bærebjelkene i oppfølgingen av personer med alvorlig psykisk lidelse i Nederland. I Norge er imidlertid kommunalt psykisk helsearbeid mye mer omfattende enn i Nederland og det er viktig å ha det for seg dersom vi tenker FACT-modellen bruk hos oss. Kommunene er viktige tjenesteytere innen rus- og psykisk helsefeltet og det vil være

vanskelig å tenke seg etablering av FACT-team i Norge uten solid forankring i kommunen. Samhandlingsreformen innebærer både økt kommunalt ansvar for behandling, rehabilitering og oppfølging av denne brukergruppen og økt faglig kompetanse innen kommunehelsetjenesten.

Hovedprinsippene i FACT

- Modellen omfatter alle brukerne med alvorlig psykisk lidelse (SMI) i opptaksområdet. Alvorlig psykisk lidelse omfatter tilstander som medfører alvorlige begrensninger mht fungering i samfunnet. Begrensningene er både forårsaket av og en følge av sykdommen. Tilstandene krever både vedvarende behandling og oppfølging.
- Problemene knyttet til lidelsen er langvarige og gjennomgripende, og det kreves koordinert oppfølging for å kunne implementere en behandlingsplan.
- Outreach, dvs oppsøke pasienten der han eller hun bor eller befinner seg er standard prosedyre for all klientkontakt. «Gå dit brukerne er»
- Av hele SMI-populasjonen vil ca. 20 prosent til en hver tid kreve oppfølging på ACT-nivå («tavle-pasienter») Det er utarbeidet klare kriterier og prosedyrer når en bruker skal få slik oppfølging og når bruker skal tas av tavla (jfr. fidelitetskalaen punktene 20 -22)
- De øvrige 80 prosent får recovery-orientert individuell case-management som innebærer besøk 2 - 4 ganger pr. måned og bruk av teamets psykiater eller psykolog ved behov. Behandlingsplan revideres minst én gang pr. år og er formulert slik at både bruker og familien forstår den. Planen inkluderer en kriseplan som inneholder prosedyrer for hva en skal gjøre dersom oppfølgingen må intensiveres (jfr. punktet over). (Byggestein
- Behandling og oppfølging inkluderer evidensbaserte behandlingsmetoder, inkludert integrert behandling av rus og psykisk lidelse og arbeid med støtte. Videre inngår hjelp mht daglig fungering, kontakt med familie og støttepersoner i nærmiljøet, kartlegging av risikosituasjoner og utarbeiding av kriseplaner. I det siste inngår brukerstyrte senger. Videre vekt-

legges brukers egne erfaringer, kunnskap og valg. Et hovedanliggende i oppfølgingen er å fremme sosial inklusjon. Bruk av og samarbeid med eksisterende sosialt nettverk og frivillige organisasjoner og tiltak blir viktig. Denne oppfølgingen er i manualen beskrevet som the seven C's.

- Behandling og oppfølging forutsetter og krever innsats fra et flerfaglig sammensatt team hvor stor fleksibilitet og god koordinering kreves. Teamet skal levere de fleste tjenester og arbeider ikke etter en formidler eller mekler-modell. Når en pasient trenger intensiv oppfølging er flere av teammedlemmene involvert og teamet må kunne flekse mellom intensiv oppfølging og case-management oppfølging.
- FACT kan ta initiativ til lavterskel kontakt for å knytte nye brukere til psykisk helsevern, skape tillit og vurdere behandlingsbehov. En av målsettingene å unngå innleggelser i døgnavdeling. Dersom innleggelse er nødvendig er alltid teamet involvert både i forkant, under innleggelsen og etterpå. En innleggelse vurderes alltid som en episode i et poliklinisk behandlingsforløp og teamet er med på å bestemme tidspunkt for utskrivning fra sengepost.
- FACT har klare rutiner for å monitorere og evaluere behandling og oppfølging. Videre er det utarbeidet en fidelitetskala som beskriver modellen i detalj. For å sikre mest mulig like tjenester, har en etablert et sertifiseringssenter for teamene. FACT-fidelitetskala beskriver teamstruktur; teamprosess (bl.a. «tavle-metoden»); diagnostikk, behandling og intervensjoner; organisering av tjenestene; lokalbaserte tjenester; monitorering og profesjonalisering.

Målgruppa for FACT slik den beskrives i manualen

Slik målgruppa beskrives i den nederlandske manualen vil pasientene i FACT omfatte brukere som hos oss fordeles mellom kommunens helse- og omsorgstjeneste, DPS-poliklinikker, ruspoliklinikker, spesialteam og akuttavdelinger. De diagnosegruppene eller tilstandene som nevnes er psykoser, bipolar affektive lidelser og depresjoner, personlighetsforstyrrelser, organiske tilstander, autisme, ADHD, utviklingsforstyrrelser, ruslidelser og kombinasjoner av nevnte tilstander.

Mens målgruppa er beskrevet i fidelityskalaen for ACT (TMACT, OS6) finnes det ingen tilsvarende i FACT-fidelityskalaen. I punkt 38 i fidelityskalaen står det at teamet jobber i en organisasjon der man har veldefinerte inntakskriterier mht. målgruppe. Utover det er ikke inntakskriteriene definert, men det er mulig dette er mer presist beskrevet i den nederlandske håndboka. Personer som har besøkt ulike FACT team forteller at praksisen mht. hvem som inkluderes i de ulike teamene kan variere. En tolkning kan være at ulike lokale forhold spiller inn når det gjelder målgruppe. Imidlertid er det viktig å påpeke at FACT vektlegger funksjonsnedsettelse, enten som følge av sykdom eller forårsaket av sykdom som et vesentlig inklusjonskriterium. Personer med avgrensede symptomidelser og med et kortvarig sykdomsbilde faller utenfor FACT. Det er brukere med omfattende behandlingsbehov og som trenger langvarige og koordinerte tjenester for å kunne fungere i lokalsamfunnet som er hovedmålgruppen.

Tilbudet til de brukerne som har størst behov for hjelp på ulike nivå

I tenkningen bak FACT-modellen ligger antagelsen om at det ikke er helt klare skiller mellom pasienter som trenger intensiv oppfølging og pasienter som trenger mindre intensiv oppfølging. Det at noen fungerer svært dårlig kan også handle om svakheter ved systemene rundt pasientene. I sin artikkel fra 2007 skriver van Veldhuizen:

We also questioned whether there really was an absolute distinction between the 20% and the 80% group. Are they separate groups, or do patients sometimes belong to one group and sometimes to the other, depending on the thresholds of the system? We suspected that there was a great deal of exchange between the groups”

Alle pasienter med alvorlig psykisk lidelse og omfattende funksjonssvikt trenger den flerfaglige oppfølgingen og den evidensbaserte behandlingen et ACT-team representerer mener van Veldhuizen. Av og til vil imidlertid behandlings- og rehabiliteringsprosessen stoppe opp på grunn av akutte psykoser eller kriser og pasienten vil trenge intensiv oppfølging. Likevel er det viktig å opprettholde kontinuiteten i behandlingen og van Veldhuizen konkluderte slik:

We concluded that the difference between the two groups pertained only to the intensity of care and treatment

at a particular point in time and did not have consequences for the composition and attitude of the teams.

Derfor: fra tid til annen vil de fleste av FACT brukerne ha behov for intensiv ACT-oppfølging. Over en treårsperiode har 80 % av pasientene hatt slik oppfølging.

FACT-tavla

I modellen inngår en svært detaljert beskrivelse av kriteriene både for å få tett oppfølging og når det ikke lenger er behov for den tette kontakten. 20 prosent-gruppa er FACT-teamets ACT-pasienter, de blir ført opp på en digital tavle og er gjenstand for kontinuerlig drøfting i teamet så lenge de står på tavla. Tavleperioden beskrives i punktene 13 til 23 på fidelityskalaen. Den digitale FACT-tavla er ikke ulik den som er beskrevet under ACT-delen i heftet, men vil naturligvis være preget av at oppfølgingen oftest er tidsbegrenset.



FACT-tavla inneholder navn og fødselsdato på bruker; dato for plassering på tavla og dato for evaluering; diagnose inkl. rus; eventuell tvang; hvorfor bruker er plassert på tavla; brukers nåværende ønsker og mål, ressurser; intervensjoner fra FACT; brukers nettverk; hvem som er case-manager; besøksfrekvens, spesielle forhold som medisinering o.l.; eventuelt andre detaljer som kontakt med fastlege.

Fordelen med digital, Excel-basert tavle er at den også kan inneholde mange andre relevante opplysninger lagret under andre faner enn fanen som viser hvem som nå følges opp intensivt.

Dersom det nå etableres flere FACT-team i Norge bør muligheten for å utvikle norske digitale ACT/FACT-tavler vurderes.

Oppfølgingen i «tavleperioden» er lik den oppfølgingen vi har beskrevet under ACT-modellen, dvs oppfølging fra flere teammedlemmer, hyppigere kontakt med psykiater, hyppigere hjemmebesøk, intensivering av behandlings- og støttetiltak osv.

Brukere blir opp-priorotert til FACT-tavla når de er i akutte kriser eller må følges opp etter innleggelse. Nye brukere og brukere underlagt tvang blir alltid ført opp på tavla. Videre vil forverring av symptombildet, forkommenhet, behandlingsvegning eller ordensforstyrrelse være relevante kriterier for å komme på tavla. Manualen gir en detaljert beskrivelse av kriteriene.

Alle medlemmene i FACT-teamet kan skrive inn brukere på tavla. Etter plassering skal kriseplanen iverksettes og psykiater skal vurdere medisiner og foreta risikovurdering innen 24 timer. Krisetjenester skal varsles.

Når bruker ikke lenger oppfylder kriteriene for å komme på tavla tas bruker av og får vanlig case-

management oppfølging. Avgjørelsen om en bruker skal av tavla tas av teamet på et av de daglige tverrfaglige teammøtene. Det kreves enighet om dette og aksept fra teamets psykiater. Ingen tas av tavla hvis psykiater ikke er med på møtet. Etterpå evalueres den intensive behandlingsperioden sammen med bruker og pårørende. Etter evalueringen justeres behandlings- og kriseplan.

Utredning og behandling

Kartlegging av brukerne omfatter både somatiske og psykiske lidelser, bruk av rusmidler, nåværende symptombilde, arbeidshistorikk, nåværende sosialt nettverk og evaluering av risikofaktorer. Det brukes

*The seven C's:		Krav til oppfølging og behandling for personer med alvorlig psykisk lidelse utenfor døgntilrettelagt behandling
1.	Cure	<ul style="list-style-type: none"> • Kunnskapsbasert behandling eller hjelp til å mestre lidelsen i tråd med de tverrfaglige retningslinjer som er utformet i ulike land • Medisinsk og sykepleiefaglig-behandling • Psykologisk behandling (kognitiv atferdsterapi, metakognitiv terapi, EMDR² mm) • Rusbehandling, IDDT³ • Somatisk screening/behandling (Metabolisk screening)
2.	Care	<ul style="list-style-type: none"> • Daglig støtte og veiledning • Sykepleiefaglig veiledning, assistanse til dagliglivets gjøremål, forebygge forkommenhet, ha oppmerksomhet på hygiene • Rehabilitering • Ha øye for bedringsprosesser (recovery) • Kontinuitet i hjelpen, forebygge drop-out
3.	Crisis Intervention	<ul style="list-style-type: none"> • Intensiv hjelp og støtte hjemme ved hjelp av delt caseload • 7 x 24 timers tilgjengelighet • Kriseintervensjon, risikovurdering • Akuttinnleggelse, kortvarig, brukerstyrte senger ('Bed on Request') • Inkludere familien/ støtteapparatet
4.	Client Knowhow	<ul style="list-style-type: none"> • Bruke pasientens erfaringskompetanse • Sikre delt beslutningsgrunnlag (Shared Decision Making - SDM) • Recovery-orientering • Empowerment (Strengths Model) • Benytte brukerspesialisten
5.	Community-support	<ul style="list-style-type: none"> • Familiekontakt • Lokalbasert støtte • Støtte til bolig, arbeid, velferdstjenester • IPS: individuell støtte og veiledning i å finne og beholde jobb • Inkludering • Forebygge ordensforstyrrelser

² Eye Movement Desensitization and Reprocessing

³ IDDT= Integrated Dual Diagnosis Treatment

6.	Control	<ul style="list-style-type: none"> • Risikovurdering og sikkerhetsrutiner for pasient og miljø • Initiere og utføre tvungen psykisk helsevern når det er indikert etter risikovurdering (som bestemt i lov om psykisk helsevern)
7.	Check	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluering av effekten av behandling • Rutinemessig monitorering og kartlegging • Evaluering av valgt behandlingsstrategi • Sertifisering

standardiserte verktøy og nye brukere kartlegges av flere profesjoner i oppstartsperioden av behandlingen. Kartleggingen gjentas og evalueres årlig.

Innholdet i behandlingen beskrives ut fra de 7-C-ene.

Van Veldhuizen skriver at de syv C-ene stiller store krav til FACT. Alt skal ikke gjøres på én gang, men modellen forutsetter at alle brukerne skal få tilbud om alle sju delene og at dette sikres gjennom behandlingsplanen. Videre diskuterer forfatteren hvordan målene i de sju C-ene bør tilpasses eventuell tvang og motstridende ønsker f.eks. fra bruker og miljøet. Å håndtere dette krever at teamet utnytter flerfagligheten i teamet og muligheten til å vinkle et problem fra ulike ståsteder.

Forfatteren framhever recoveryprinsippene og ressursmodellen (Strengths Model of Case management) i sin beskrivelse og også i vurderingen av tvang. Bruk av lokalbaserte tjenester og samarbeid med tjenesteytere som ikke inngår i FACT beskrives i punktene 49–53 i fidelity-skalaen. Et svært sentralt element i FACT-oppfølgingen omhandler det å gjøre brukerne i stand til å nyttiggjøre seg sitt sosiale nettverk og å gi nettverket bistand når det gjelder å møte brukerne på en god måte. FACT sin tilnærming både til nettverksarbeid og til det å involvere brukers pårørende, er en videreutvikling av modellen. Å ha som rutine at pårørende er med på evaluering av tavleperioden kan være et forbilde i all behandling.

Behandlingen i FACT beskrives ut fra en timeglassmodell hvor håndtering av ustabilitet (kriser, akutte psykoser), behandling (medikamentell og psykologisk) og bedringsprosesser (recovery) er de tre hovedelementene. Fasene kan alternere og teammedlemmene har ulike oppgaver og roller alt etter hvor bruker er sin egen behandlingsprosess. Van Veldhuizen understreker at behandling ikke kan sees på som en lineær prosess hvor den ene fasen avløser den andre. I et behandlingsforløp vil det ofte være perioder med kriser, psykotiske tilbakefall

osv. som krever tett oppfølging. I en rehabiliteringsprosess er det helt nødvendig, også i perioder med kriser, å ha de langsiktige målene for øye. Det sentrale i FACT-modellen er å styrke brukers samhandling med og fungering i lokalmiljøet. En større grad av stabilitet kan bare oppnås gjennom systematisk å utnytte brukers ressurser og styrke det sosiale nettverket. På den måten kan tilbakefall til «FACT-tavla» forebygges. I et slikt perspektiv blir individuell jobbstøtte (IPS) en viktig del av behandlingen.

Oppfølgingen og behandlingen etter at bruker har blitt tatt av tavla handler om regelmessig kontakt med case-manager og psykiater. Bruk av andre behandlingstilnærminger som integrert behandling av dobbeltdiagnoser, traumebehandling og kognitiv atferdsterapi skjer i perioder eller etter behov. Den viktigste innsatsen handler om integrering i lokalmiljøet.

Alle kunnskapsbaserte behandlingsmetoder er forankret i nederlandske retningslinjer.

Organisering av tjenestene, teamstruktur og bemanning

FACT har en intensjon om å kartlegge alle aktuelle brukere mht nytte av tjenestene. Teamene opererer med venteliste, men den bør ikke overskride én måned.

FACT har god tilgjengelighet på dagtid, men har ikke 24/7 minst 2 år avtale med aktuelle akutt-tjenester. Teamet tar initiativ når det gjelder innleggelse, har adgang til brukerstyrte senger, besøker brukerne ofte når de er innlagt og er med i planleggingen av utskrivelse fra døgnavdeling.

I og med at FACT også innebærer case management oppfølging avslutter teamet få brukere. De som avsluttes har som regel vært stabile på alle områder i og

overføres da til primærlege. Det skal foreligge avtale om oppfølging fra andre deler av tjenesteapparatet og avslutningen skjer med bakgrunn i avtale mellom team og bruker. I manualen vektlegges brukers eget ønske når det gjelder utskriving: å leve et vanlig liv uten behandling og oppfølging fra spesialisthelsetjenesten. van Veldhuizen lister også opp noen andre kriterier for utskriving (tommelfingerregler): lavfrekvent kontakt (10 -12 besøk i året), ingen kompleks medikamentell behandling, en eller annen form for arbeid på dagtid, egen bolig, ordnet økonomi og god støtte rundt seg (etter FACTs vurdering). Videre er det viktig at bruker kan akseptere og be om hjelp hvis nødvendig og at fastlege (GP) systematisk følger opp.

Forfatteren er opptatt av at kriteriene følges strengt. Han mener at amerikanske ACT-team ofte har skrevet brukerne ut for raskt med medfølgende drop-out og tilbakefall. Videre har fastlegene i Nederland begrenset mulighet for oppfølging, særlig av brukers fungering i lokalmiljøet. Det at FACT kan følge opp med lavfrekvent kontakt forebygger reinnleggelse. For fastlegen er det viktig med «returgaranti», at FACT stiller opp ved tilbakefall.

FACT har et forholdstall brukere /ansatte på 15:1 i følge fidelityskalaen. Da er ikke psykiater og merkantilt personale medregnet. Et team med 10–12 heltidsansatte er tenkt å dekke et befolkningsgrunnlag på 40-50 000 og en pasientportefølje på 200 brukere. I den vedlagte manualen bruker forfatteren forholdstallet 1: 20. Det er åpenbart diskusjon rundt dette i Nederland og det synes som om noen av forholdstallene som er oppgitt tar utgangspunkt i tavlepasientene mens andre tar utgangspunkt i den totale pasientmengden. En revisjon av FACT-fidelity vil trolig bringe mer klarhet.

I følge fidelityskalaen (punktene 1-12) skal teamet ha en fulltidsansatt psykiater og minst en psykolog pr 200 brukere. Videre skal teamet ha minst fire sykepleiere i full stilling, seks årsverk for case-managere, brukerspesialist og en sosionom eller en med kunnskap om juridiske forhold. Minst to av teammedlemmene skal ha erfaring med rusbehandling, en skal være i spesialist i modellen Individuell Jobbstøtte (IPS) og en skal ha fokus på rehabilitering. van Veldhuizen understreker at teamet skal ha et vidt spekter med ekspertise. Sammenlignet med Norge har sykepleiere i Nederland en bredere utforming av yrkesrollen, bl.a. sosialfaglig kompetanse. Derfor har FACT få ansatte med sosialfaglig bakgrunn. I mot-

setning til tradisjonelle ACT-team har psykologen fått en mer framtrædende rolle i FACT, slik som i de norske ACT-teamene. Likevel skiller ikke den flerfaglige sammensetningen av et FACT-team seg vesentlig fra sammensetningen av et ACT-team. Den viktigste forskjellen når det gjelder bemanning er at teammedlemmene har større case-load.

FACT-fidelity inneholder ingen inngående beskrivelser av rollen til den enkelte fagutøver, men blir utdypet i manualen. Arbeidet til brukerspesialist framheves og psykiater og psykolog har en sentral rolle i FACT. Spesialiseringen innen sykepleierutdanningen i Nederland er annerledes enn i Norge og overlapper noen oppgaver vi ville gitt til sosionom.

Fidelityskalaen legger klare føringer for opplæring i kunnskapsbaserte metoder, for refleksjon og utvikling av teamfilosofi og team-ånd. Videre er det utviklet metoder for rutinemessig monitorering og forbedring av virksomheten. Satsingen på opplæring og sertifisering av team innebærer et klart ønske og en tydelig intensjon om stadig å styrke kvaliteten på tjenestene FACT-teamene leverer.

Likheter og ulikheter mellom modellene

Både ACT og FACT retter seg mot brukere med alvorlig psykisk lidelse. Begge modellene er opptatt av å nå brukere med funksjonssvikt, dvs. brukere som strever med å samhandle med andre og som faller ut av behandlingstilbud og som har problemer med å håndtere ulike sosiale arenaer. Ut fra det siste er vektleggingen av oppsøkende behandling, behandling på brukers arena en må-aktivitet i begge modellene.

Den store forskjellen mellom modellene er FACTs veksling mellom intensiv oppfølging og case management. ACT har blitt kritisert for å fotfølge brukere unødig mye. I FACT unngår en dette og sikrer likevel en nødvendig kontinuitet i oppfølgingen. Dessuten legges det opp til en bedre utnyttelse av ressursene i og med at målsettingen er å følge opp alle brukerne med alvorlig psykisk lidelse i et opptaksområde. Det beskrives ikke hvordan en disponerer ressursene i FACT dersom det i perioder blir svært mange som må ha intensiv behandling/ oppfølging (på tavla). Vil det gå ut over de brukerne som får case management oppfølging eller tenker en at en bør ha flere teams om kan avlaste hverandre. I de store byene er det fortsatt ACT-team i Nederland. Betyr det at FACT må suppleres med ACT i områder med mange brukere som krever mye oppfølging, f.eks i form av rus og psykisk lidelse? Når en har etablert Forensic ACT-team er det kanskje fordi FACT-modellen uansett må suppleres med spesialtiltak.

Når vi denne håndboka har brukt mer plass på å beskrive ACT er det ut fra en oppfatning om at FACT har tatt utgangspunkt i ACT- modellen og videreutviklet den. Dersom vi i Norge ønsker å bruke FACT for å gi god oppfølging til personer med alvorlig psykisk lidelse og som faller utenfor det ordinære tjenestetilbudet, jfr. Helse- direktoratets forutsetninger (s. 11), mener vi det er et nødvendig utgangspunkt å kjenne ACT-modellen godt.

Dersom FACT tenkes brukt overfor alle brukere med alvorlig psykisk lidelse og på sikt erstatte noe av det kommune og DPS gjør i dag, blir selvfølgelig både målgruppediskusjon og innretning av tjenestene noe annerledes enn om FACT er tenkt å utfylle svakheter ved det ordinære tjenestetilbudet. En sammenligning mellom ACT og FACT mht. målgruppe og forholdstall pasient – behandler vil halte dersom en samtidig ikke tar med hvordan de to modellene er tenkt brukt.

Både FACT og ACT tar utgangspunkt teambasert behandling, brukerne skal kjenne flest mulig av teammedlemmene og teamet skal sørge for de fleste av tjenesten. Ved case management oppfølging i FACT brukes teamets psykiater eller psykolog ved behov. I begge modellene har tilfrisknings- og ressurstenkningen (recovery) etter hvert fått en sentral plass. Det legges vekt på å ta med bruker i utarbeidelse av behandlings- og kriseplaner. FACT-fidelityskalaen har flere punkter som omhandler det å engasjere brukers lokalmiljø. Kontakt med pårørende er mer tydeliggjort i FACT sin fidelityskala enn i TMACT.

Det er spennende at både van Veldhuizen og ACT-miljøer i USA diskuterer utskrivning fra en tjeneste som i utgangspunktet var «nesten er evigvarende». Noen forhold er alle opptatt av:

- For rask utskrivning kan føre til snarlige tilbakefall, og ACT/FACT bør ha klare avtaler om hurtig inntak igjen
- Viktigheten av å styrke brukernes bedringsprosess. Artikkelen til Cuddeback (2013) reiser spørsmål om en er mer opptatt av hvilket omsorgsnivå brukerne skal ha enn hvordan man styrker egenmestring.

- Lage noen klare kriterier for overføring /utskrivning. Disse kan være knyttet til f.eks. bolig, medisiner og arbeid.

I begge modellene inngår brukerspesialist eller medarbeider med pasienterfaring som sentrale i personalgruppa. Særlig i prosessene rundt utformingen av behandlings- og støttetiltak er brukerspesialist viktig. Når det gjelder øvrig bemanning og organisering av tjenestene er den viktigste forskjellen at FACT-ansatte har større caseload og at tavlemetoden bare gjelder for nye brukere, brukere som er under tvang, som har vedvarende og omfattende problemer eller er i krise. Faggruppene skiller seg ikke så mye fra hverandre i modellene, men i FACT-team inngår psykolog som en del av teamet. Slik er det også i Norge, men bare unntaksvis i USA og Storbritannia. Slik omtale og behandling av rusproblemer er beskrevet i van Veldhuizens manual kan det se ut som om rusbehandling i FACT fortsatt har en vei å gå.

ITMACT er rollen til merkantilt ansatt tydelig beskrevet og i ACT-teamene har den merkantilt ansatte en sentral rolle. Verken i van Veldhuizens manual eller i FACT-fidelityskala er denne funksjonen beskrevet, men muligens i FACT-håndboka.

I og med at FACT er tenkt som det viktigste tilbudet til brukere med alvorlig psykisk lidelse i Nederland vil det bli vanskelig å operere med en så vidt begrenset målgruppe som ACT. van Veldhuizen inkluderer mange diagnosegrupper i sin beskrivelse. Dette kan ikke automatisk overføres til Norge da vår målsetting med ACT og FACT-team som nevnt er annerledes enn i Nederland. Likevel er det interessant at en både innenfor «ACT-bevegelsen» og innenfor FACT har begynt å diskutere og å prøve ut modellen overfor brukere som ikke har psykoselidelser som primærlidelse.

Ved innleggelse skal ansatte i teamene følge bruker gjennom hele prosessen. Ettersom FACT er tenkt som hovedtilbudet til brukere med alvorlig psykisk lidelse vil styringen over bruk av sengeplasser være annerledes enn i et system hvor et oppsøkende behandlingsteam kun skal være en del av et større tilbud. Hos oss er fortsatt brukerstyrte senger mer et unntak enn regelen.

Veien videre, noen utfordringer

Målgruppe

Å sammenligne de to modellene med tanke på hva som kan passe i Norge yter ikke helt rettferdighet til noen av modellene. Som nevnt over, er intensjonene med ACT i Norge og FACT i Nederland forskjellige. I Norge er tjenestene som FACT og ACT yter delt mellom to forvaltningsnivåer, riktignok med klare intensjoner om mer tett og forpliktende samarbeid.

ACT- satsingen i Norge og opprettelsen av FACT-team forutsetter at begge forvaltningsnivå samarbeider om teamene og avser ressurser. Midtveisevalueringen viser at ACT-teamene fanger målgruppen teamene var planlagt for, og mange har fått en mer ordnet sosial situasjon. Resultatene peker i retning av færre tilfeldige innleggelses. Det å hindre at mange forblir svingdørspasienter er klart regningssvarende og forsværer ressursbruken til behandlingsteamene.

ACT er en kunnskapsbasert modell utviklet for psykosepasienter med omfattende hjelpebehov og sammensatte problemer. FACT har samme utgangspunkt, men modellen har ikke vært gjenstand for så omfattende evaluering som ACT. I ACT-delen av håndboka har vi referert til diskusjoner rundt det å inkludere nye brukergrupper i en modell som tar utgangspunkt i psykosebehandling. Denne diskusjonen vil også gjelde for FACT. I Norge er det tydelig at mange kommuner ønsker seg team som kan fange opp en bredere målgruppe. Penger som spares i spesialisthelsetjensten havner ikke nødvendigvis i kommunen. Vi tenker at ved etablering av nye team er viktig å lære seg den opprinnelige modellen godt, erfare hvordan det er å arbeide etter den og så begynne å vurdere eventuelle utvidelser og tillempinger av modellen. Det er lurt å

starte med grunnmuren når en bygger hus. Samtidig er det viktig at både gamle og nye team har en tett dialog med alle kommunale tjenester og blir enige om fornuftige arbeidsdelinger slik at kommunene opplever at teamene utgjør en forskjell i tjenestetilbudet.

Når evalueringen av ACT er avsluttet og vi har fått noen erfaringer (helst evaluering) med FACT har vi et bedre grunnlag for eventuelt å tillemppe en norsk ACT/FACT- modell til eventuelt andre pasientgrupper enn psykosepasienter. Utprøving av ACT og FACT overfor en bredere målgruppe kan være fornuftig i team som kan den opprinnelige modellen godt og som har ressurser til å utvikle tilleggskompetanse (f.eks.dialektisk atferdsterapi) – ikke i team som nettopp har satt seg inn i modellen. Da er faren for dårlig behandling av alle brukerne stor. Det blir lett full fart i alle retninger – uten kompass.

Geografi og målgruppe

En utfordring i Norge er å bruke ACT/FACT-tenkningen i områder hvor befolkningsgrunnlaget er for lite til å etablere bærekraftige team. Team med f.eks. fire medlemmer blir veldig sårbare mht. utskiftinger og fravær hos ansatte. ACT og FACT forutsetter at en bruker alle elementene i modellen og det å være tro mot modellen er en av forklaring på modellens gode resultater. Begge modellene tar utgangspunkt i brukerens behov for tjenester, men problemomfang og lokale forhold vil avgjøre hvordan dette arbeidet skal organiseres. Med nåværende kommunestruktur vil det for mange kommuner være tilstrekkelig med en eller noen ansatte som kan bruke ACT-metodikk overfor enkelte av brukerne og case management overfor andre. I og med spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt må DPS også kunne gi

adekvat veiledning når det gjelder disse tilnærmingene. I noen større kommuner kan en tenke psykisk helse-team som behersker ACT-tilnærmingen, supplert med spesialister fra DPS etter behov. Så vil det være store kommuner hvor en kan tenke FACT eller muligens ACT-team sammensatt av fagpersoner både fra kommune og DPS. Gitt det siste kommer en neppe forbi målgruppediskusjonen hvis brukergruppen som trenger en aktivt oppsøkende tilnærming er svært heterogen. I så fall må et eventuelt team bli bærebjelken i psykisk helsearbeid i det området og engasjere erfarne klinikerne som både kan bidra til å videreutvikle metoderepertoaret og primært arbeide der brukere befinner seg.

I England har bl.a. Tom Burns forsket mye på hva som er de virksomme elementene i oppsøkende arbeid. England har både ACT-team og Mental Health team som arbeider oppsøkende. Med reduksjon av sengeplasser som mål har det i noen undersøkelser vært vanskelig å måle om den ene tilnærmingen er mer effektiv enn den andre. I en oppsummering av hva som er viktige elementer i aktivt oppsøkende arbeid oppsummerer Molodynski og Burns følgende (i Williams m.fl. 2011):

- lav caseload, dvs inntil 1 :20 - jevnlig hjemmebesøk - en høy andel av kontakten skal være hjemmebesøk - ivaretagelse av både helse- og sosiale forhold - psykiater integrert i teamet og flerfaglige team.

I og med at vår midtveisrapport dokumenterer nedgang i bruk av sengeplasser etter inntak i ACT sammenlignet med situasjonen før inntak, kan det være at Burns funn mer gjenspeiler særegne forhold i England.

Uansett vil bidraget fra Molodynski og Burns og evalueringen av ACT-teamene kunne si noe om hvilke elementer som ihvertfall må være til stede ved bruk av ACT-metodikk i områder hvor det er uaktuelt å etablere egne team. Et spennende prosjekt kunne være å evaluere effekten av at en psykiater eller klinisk psykolog (med direkte mulighet til å kunne legge inn ved behov) arbeider integrert i et kommunalt oppsøkende flerfaglig team.

Behandling og tilfriskningsprosess.

I det refererte bidraget fra Molodynski og Burns viser de også til en kvalitativ studie (Priebe et al 2005) som sier at det er teammedlemmenes engasjement og vekt

på sosiale forhold som brukerne setter mest pris på ved ACT. Samtidig er det ønsket om å være en autonom person og mangel på engasjement fra terapeut som gjør at en ofte trekker seg vekk fra de vanlige tjenestene. I en lederartikkel i *The British Journal of Psychiatry* (2013) skriver Priebe, Burns og Graig at ”*Psychiatry may have been at its most attractive as profession and most productive at times when the social perspective was fully embraced as central to it*”. Mentale lidelser uttrykkes gjennom sosial samhandling. For brukere og pårørende er det helt sentralt at ansatte i ACT og FACT er opptatt av hvordan brukere har det, de daglige utfordringer brukere møter og hvilke ressurser brukere har. Alle behandlingsmetodene må dreie seg om å hjelpe brukerne til å bedre samhandlingen med andre og å ta i bruk ressurser og muligheter som finnes. FACT har bedre fungering i lokalsamfunnet som uttalt mål og mye av den nye ACT-litteraturen handler om brukerefering og brukereengasjement.

Hvordan skal kunnskapsbasert behandling tilpasses denne tenkningen? Ifølge fidelitetsmålingene fra midtveisevalueringen skårer teamene så langt høyest på målgruppe, flerfaglighet og organisering av tilbudet, lavere på individuelt tilpassede behandlingsplaner og kunnskapsbasert praksis. Det siste kan forklares med at teamene har fungert en relativt kort periode, at mange brukere sliter med omfattende rusproblemer og at mye av innsatsen har dreid seg om å få brukerne i tale og å etablere den relasjonen som er nødvendig for å yte god behandling. En måling etter 3-4 år i drift vil trolig gi et noe annet bilde. Likevel er det viktig at behandlere blir bedre til å diskutere langsiktige mål med brukerne, få disse inn i en behandlingsplan og å ha dem i mente når krisene oppstår (jfr. timeglassmodellen). For ikke å bli oppslukt av kriser er det viktig å lære seg konkrete og anvendelige behandlingstilnærminger og ha en vedvarende diskusjon i teamet om hvordan disse kan brukes når det stormer. Teamene i Norge har flere brukere med rusproblemer enn i sammenlignbare land og vil av den grunn ofte måtte sammen med brukerne gjennom små og store kriser. Likevel er det viktig at ACT-teamene og framtidige FACT-team ikke ender opp som kriseteam, men som team hvor en langsiktig recoveryorientert behandling står sentralt.

Fidelity og modell

I diskusjonen om hva som er viktige elementer i ACT /FACT, er det viktige å undertreke fidelitytenkningen. Fidelityskalaene er utarbeidet med bakgrunn i forskning og omfattende oppsummert praksis. De sier noe om både innhold i og kvaliteten på tjenestene. Skalaene kan bidra til at tjenestene kan bli like over hele landet og gir også brukere og pårørende informasjon om hvilke tjenester de kan forvente. Både modell- og fidelitytenkning utfordrer fagpersoner og ledelse, men gir samtidig gode verktøy for tilbakemeling og forbedring. Å systematisere tjenestetilbudet og å vektlegge en konsekvent teammodell vil alltid være en hjelp, gi trygge fagutøvere og forebygge utbrenthet.

Oppsummert

Få av ACT-brukerne er ukjente for hjelpeapparatet. De har imidlertid falt utenfor på grunn av mangel på samhandling eller kontraproduktiv samhandling mellom systemene. For denne gruppa tilbyr ACT og FACT tjenester og behandling som både er ekstremt tilgjengelige, fleksible og individualiserte. I et godt fungerende team sammensatt av recoveryorienterte og dedikerte personer vil en slik tilnærming kunne bli til en spydspiss innen psykisk helsearbeid i Norge. Så kan utfordringen vår bli å lære andre deler av psykisk helsearbeid og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Norge at å bruke fidelityskalaer og å arbeide på brukers arena er en utmerket metode overfor svært mange brukere med omfattende og sammensatte problemer.

Referanser og kjernelitteratur

Referanser

Vil også til www.psykiskhelsearbeid.no og www.napha.no hvor det presenteres mye stoff om ACT og FACT.

Allness DJ, Knoedler WH (2003a). *The PACT model of community-based treatment for persons with severe and persistent mental illnesses: A manual for PACT start-up*. 2003 Edition. Arlington, VA, USA: NAMI.

Allness DJ, Knoedler WH (2003b). *National Program Standards for ACT Teams*. SAMHSA.

Ambulante team i rusomsorg og psykisk helsevern, Rapport nr. 6-2004 fra Stiftelsen GRUK (Gruppe for kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenesten).

Bond, G., R. et al. (1990). Assertive community treatment for frequent users of psychiatric hospitals in a large city: A controlled study. *American Journal of Community Psychology*, 18, 865-891.

Burns T., Fioretti A., Holloway F., Malm U., Rössler W. (2001). Case management and assertive community treatment in Europe. *Psychiatric Services* 52 (5): 631-636).

Burns, T. og Firn, M. (2005). *Samhällsbaserad psykiatrisk vård*. Studentlitteratur, Lund

Burns T., Catty J., Dash N. et al (2007). Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: systematic review and meta-regression. *British Medical Journal* , 335, 336-43.

Burns, T. (2008). Case management and assertive community treatment. What is the difference? *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 17, 2, 2008

Burroughs, T. and Somerville, J. (2013) Utilization of Evidenced Bases Dialectical Behavioral Therapy in Assertive Community Treatment: Examining Feasibility and Challenges. *Community Mental Health Journal*, 49; 25-32

Catty, J. Burns, T. et al (2002). Home treatment for mental health problems: a systematic review. *Psychological Medicine*, 2002, 32, 383-401

Cleary M., Hunt G.E., Matheson S.L., Siegfried N., Walter G. (2008). Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2008*, Issue 1. Art.No.: CD001088. DOI: 10.1002/14651858.CD001088.pub2.

Corrigan, P. Mueser, K. Bond, G. Drake, R. and Solomon, P. (2008). *Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation*. The Guilford Press, New York.

Cuddeback, G.S. et al. (2013). Consumers` Perception of Transition from Assertive Community Treatment to Less Intensive Services, *Journal of Psychosocial Nursing*, Vol 51. No. 8

Cuddeback, G.S. et. al (2013). Fidelity to Recovery-oriented ACT Practices and Consumer Outcomes, *Psychiatric Services*, Vol. 64, No. 4

Cuddeback, G. S. et al. (2009). Challenge to Developing Forensic assertive Community Treatment, *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 12:225-246

Cupitt, C. (2010) (ed), *Reaching Out, The psychology of assertive outreach*, Routledge, London and New York.

- Domino, M.E. et. al (2013). The Effectiveness of Recovery-Oriented ACT in Reducing Hospital Use: Do Effects Vary Over Time? *Psychiatric Services*, Vol. 64, No. 4
- Donahue, S.A. et, al (2012). Development and Use of a Transition Readiness Scale to Help manage ACT Team Capacity, *Psychiatric Services*, Vol. 63 No.3
- Dyb, E. (2005). Prosjekt bostedsløse - Evaluering av et fireårig nasjonalt prosjekt. Byggforsk skriftserie 7-2005. Norges byggforskningsinstitutt, Oslo
- Dyb, E. m.fl. (2008). På vei til egen bolig, Evaluering av nasjonal strategi for å forebygge og bekjempe bostedsløshet 2005 - 2007. NIBR-rapport 2008:15, Norsk institutt for by- og regionsforskning, Oslo.
- Dyb, E. og Johannessen, K. H. (2013). Bostedsløse i Norge 2012 – en kartlegging, NIBR-rapport 2013:5, Norsk institutt for by- og regionsforskning, Oslo
- Evjen, R. m.fl. (2007). *Dobbelt Opp, Om psykiske lidelser og rusmisbruk*, Oslo: Universitetsforlaget 2.utg.
- Evidence-Based Assertive Community Treatment.* Elektronisk manual utgitt av SAMHSA (www.mental-health.samhsa.gov/cmhs/CommunitySupport/toolkits)
- Firn, M. et al. (2012). A dismantling study of assertive outreach services: comparing activity and outcomes following replacement with the FACT model, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 48: 997-1003
- Garrett, M. and Turkington, D. (2011). CBT for psychosis in a psychoanalytic frame. *Psychosis*, Vol. 3, No.1
- Gråwe, R. W., Espeland, B. og Holter, M. (2009). *Mestring av rus- og psykiske problemer. Et gruppebasert lærings- og mestingsprogram.* Manual og arbeidsbok. Tapir akademiske forlag.
- Hagen, R., Berge, T. og Gråwe, R. (2007) (red). Towards a New Understanding of psychoses. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, spesialutgave, mai 2007, vol. 44.
- Helsedirektoratet (2008). Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og behov for særlig tilrettelagte tilbud. Rapport IS-1554.
- Helsedirektoratet (2009), Regelverk for etablering og drift av tverrfaglig aktivt oppsøkende behandlingsteam etter ACT-modell (ACT-team)
- Helsedirektoratet (2012) Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykiske lidelser, IS-1948
- Helsedirektoratet (2013) Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser, IS-1957
- Heskestad, S. og Tytlandsvik, M. (2008). Brukerstyrte kriseinnleggelses ved alvorlig psykisk lidelse, *Tidsskrift for den norske legeforening*, 128: 32-35
- Horvitz-Lennon, M. et al.(2009, «The Role of Assertive Community Treatment in the Treatment of People With Borderline Personality Disorder», *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 12:261-277
- Johnson S. (2008). So what shall we do about assertive community treatment? *Epidemiologia E Psychiatria Sociale*, 17 (2). DOI 10.1705/357.4250.
- Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 2011, 17: 13-97. Artikler om bl.a TMACT, rus, arbeid og Forensic ACT.
- Killaspy, H., Bebbington, P., Blizzard, R., et al (2006). The REACT study: Randomised Evaluation of Assertive Community Treatment in North London. *British medical journal* 332, 815-18.
- Killaspy H., Kingett S., Bebbington P., Blizard R., Johnson S., Nolan F., Pilling S., King M. (2009). Three year outcomes of participants in the REACT (Randomised Evaluation of Assertive Community Treatment in North London) study. Draft.
- Kingdon, D.G. og Turkington, D. (2007). *Kognitiv terapi ved schizofreni.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Lie, T. (2007). Evaluering av oppsøkende behandlingsteam i Stavanger, organisering og samarbeidspartnere. Rapport IRIS 2007/025
- Lie, T. (2010) Oppsøkende behandlingsteam i Stavanger, pasientene. Rapport IRIS 2010/008

- Links, P. (1998). Developing effective services for patients with personality disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 251-259.
- Lohne, P. (2010). Den andres territorium, *Dialog* nr. 1, mars 2010, Stiftelsen SEPREP, Oslo.
- Lohne, P. og Buseth, T. (2006): Alvorlig psykisk lidelse og rusavhengighet. Integrert behandling i oppsøkende polikliniske team. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 2006, 43, 563-573
- Macpherson R. and Gregory N. (ed.). *Assertive Outreach Handbook*, (www.nfao, aug.2010). Elektronisk versjon utgitt av National Forum for Assertive Outreach og Rethink.
- Mandelid, Leif Jonny (2010). Kan aktivt oppsøkende behandlingsteam øke bredden i lokalbasert psykisk helsearbeid? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* Vol. 7, nr, 4.
- Marshall M., Lockwood A. (1998). Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1998, Issue 2. Art. No.: CD001089. DOI: 10.1002/14651858.CD001089.
- Marshall M., Lockwood A. (2010). Assertive community treatment for people with severe mental disorders / Review). *The Cochrane Collaboration*.
- McFarlane, W.R. (2002). *Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorders*, New York, NY: Guilford Press.
- McHugo, G.J., et al. (1999). Fidelity to assertive community treatment and client outcomes in the New Hampshire dual disorders study. *Psychiatric Services* 50.6 (1999): 818-24.
- Michelsen, K. og Engman, R. (red) (2006). Etablering av et ACT-team i Moss, Rygge, Råde og Våler, Prosjektbeskrivelse juni 2006.
- Monroe-DeVita M., Moser, L. M. og Teague, G. B. (2010). The tool for measurement of assertive community treatment (TMACT). Unpublished measure.
- Morrissey, J.P. et al (2013): Assessing the Effectiveness of Recovery-oriented ACT in Reducing State Psychiatric Hospital Use, *Psychiatric Services*, Vol. 64, No.4
- Mueser, K. T, et al.(2002), «Illness Management and Recovery: A Review of the Research», *Psychiatric Services*, vol.53, No 10
- Mueser, K. T. m.fl. (2006). *Integrert behandling av rusproblemer og psykiske lidelser*, Oslo: Universitetsforlaget.
- Myrvold, T. M. m.fl. (2009). Evalueringen av storby-satsingen i psykisk helse, NIBR-rapport 2009:24, Norsk institutt for by- og regionsforskning, Oslo.
- NAPHA 2013, rapport nr. 1, Brukerkunnskap
- NAPHA 2013, rapport nr. 2, Arbeid og psykisk helse
- NAPHA 2013, rapport nr. 3, Kognitiv miljøterapi
- NICE (2002) *Schizophrenia: core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care, Clinical Guideline 1*, London: National Institute for Clinical Excellence
- NOU 2010:3 *Drap i Norge i perioden 2004 -2009*. Norges offentlige utredninger
- Ose, S.O., Slettebak, R. (2013) Unødvendige innleggelse, utskrivningsklare pasienter og samarbeid rundt enkeltpasienter – omfang og kjennetegn ved pasientene. Forskningsrapport, SINTEF A25247, Trondheim
- Priebe, S., Burns, T. and Craig, T.K.J. (2013). The future of academic psychiatry may be social, *The British Journal of Psychiatry*, 202, 319-320
- Rinaldi, M. et al.(2008) «Individual placement and support: from research to practice» *Advances in Psychiatric Treatment*, vol 13, 50-60
- Rosén A., Mueser K.T., Teesson M. (2007). Assertive community treatment – Issues from scientific and clinical literature with implications for practice. *J Rehabilitation Research and Development* 44 (6). DOI: 10.1682/JRRD.2006.09.0110.
- Ruud, T og Landheim, A. (2012) Evaluering av 12 ACT-team, Midtveisrapport, Akershus universitetssykehus og Sykehuset Innlandet

Ryan, P. and Morgan, S. (2004). *Assertive Outreach, A Strengths Approach to Policy and Practice*. Edinburgh: Churchill Livingstone

Salyers, M. and Tsemberis, S. (2007). ACT and Recovery: Integrating Evidence-Based Practice and Recovery Orientation on Assertive Community Treatment Teams, *Community mental Health Journal*, Vol. 43, No. 6

SAMHSA (<http://store.samhsa.gov/product/Illness-Management-and-Recovery-Evidence-Based-Practices-EBP-KIT/SMA09-4463>)

Slade, M. (2009). *Personal Recovery and Mental Illness*, Cambridge University Press

Sommer, M.E., (2010) Virksomme faktorer ved Assertive Community Treatment – slik brukerne erfarer det. Masteroppgave ved Høgskolen i Buskerud, avdeling for helsefag

Sommer, M. m.fl. (2013). Medvandrere og hverdagshjelpere – Fagpersoners erfaringer med å bidra til styrking av brukeres medborgerskap, *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, vol 10, nr.1

Sosial- og helsedepartementet (1997-98). St prp 63, Om opptrappingsplanen for psykisk helse 1999 - 2006.

Socialstyrelsen (2010). *Psykosociale innsatser ved Schizofreni eller schizofrenilignende tilstand. Vetenskapelig underlag for nasjonale retningslinjer 2010*, preliminær versjon.

Stein, L. I. and Santos, A.B. (1998). *Assertive Community Treatment of Persons with Severe Mental Illness*. W.W. Norton & Company Inc, New York

Stortingsmelding nr. 25 (1996 – 97). Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.

Sytema, S., Wunderink, L., Bloemers, W. et al (2007). Assertive community treatment in the Netherlands: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116, 105-112

Taksdal, A., Breivik J. K., Ludvigsen K. og Ravneberg, B. (2006). På randen av å bo. Erfart kunnskap om livet

og flyttingene mellom psykiatri, rusomsorg, gater, hospitser og egne boliger. Rökkansenterets rapportserie nr 1 2006

Teage G.B., Bond G.R., Drake R.E. (1998). Program fidelity in assertive community treatment: Development and use of a measure. *Am J Orthopsychiatry* 68(2):216-232.

Tidsskrift for Psykisk helsearbeid, vol. 8, nr. 4/2011; Recovery – med nordisk blikk

Ueland, T. og Øie, M. G.(2006). Kognitiv svikt ved psykoser, PsykOpp, Stavanger, 2006. (Nytt opplag ventet mot slutten av 2010)

van Veldhuizen, J. R. (2007). Fact: A Dutch Version of ACT. *Community Mental Health Journal*, Vol. 43, No.4, August 2007

van Veldhuizen, J.R. (2013): *Flexible Assertive Community Treatment - FACT. Visjon, modell og organisering av FACT-modellen*. Norsk oversettelse, Nasjonal kompetansetjeneste ROP

Williams, C., Firn, M., Wharne, S., Macpherson, R. (2011) (ed) *Assertive Outreach in Mental Healthcare: Current Perspectives*. Wiley-Blackwell, Chichester, UK

Øverås, S. og Fyhn, A. B. (2006). Fra døråpner til alibi, Evaluering av et femårig klinisk behandlingstiltak for personer med alvorlig psykisk lidelse og rusmisbruk ved Tøyen DPS, Fafo-rapport 521. Oslo: Forskningsstiftelsen Fafo

ACT kjernelitteratur

Følgende bøker og artikler kan være til nytte for de som skal starte og arbeide med ACT. De fem første bør være et «must» for teamene, de øvrige er viktige kliniske bidrag innenfor noen av hovedområdene i arbeidet

Om å arbeide klinisk i ACT-sammenheng:

Williams, C., Firn, M., Wharnr, S., Macpherson, R. (ed) *Assertive Outreach in Mental Healthcare: Current Perspectives*.

Macpherson R. and Gregory N. (ed.), *Assertive Outreach Handbook*, (www.nfao, aug.2010). Elektronisk versjon utgitt av National Forum for Assertive Outreach og Rethink.

Burns, T. og Firn, M. (2005). *Samballsbaserad psykiatrisk vård*.

Cupitt, C. (2010) (ed). *Reaching Out, The psychology of assertive outreach*.

Ryan, P. and Morgan, S. (2004). *Assertive Outreach, A Strengths Approach to Policy and Practice*.

Behandling av psykoser og schizofreni:

Kingdon, D.G. og Turkington, D. (2007). *Kognitiv terapi ved schizofreni*

Integrert behandling av rus og psykisk lidelse:

Mueser, K. T. m.fl. (2006). *Integrert behandling av rusproblemer og psykiske lidelser*

Lohne, P. og Buseth, T. (2006): Alvorlig psykisk lidelse og rusavhengighet. Integrert behandling i oppsøkende polikliniske team.

Helsedirektoratet (2012) Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykiske lidelser (ROP-retningslinjene)

Innføring i ACT-modellen:

Allness D.J., Knoedler W.H. (2003a). *The PACT model of community-based treatment for persons with severe and persistent mental illnesses: A manual for PACT start-up*. 2003.

Recovery:

Gråwe, R. W., Espeland, B. og Holter, M. (2009). *Mestring av rus- og psykiske problemer. Et gruppebasert lærings- og mestringsprogram*

Slade, M. (2009). *Personal Recovery and Mental Illness*

Kognitiv svikt:

Ueland, T. og Øie, M. G. (2006). *Kognitiv svikt ved psykoser*

Familiearbeid:

McFarlane, W.R. (2002). *Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorders*

Rehabilitering og supported employment:

Corrigan, P., Mueser, K., Bond, G., Drake, R. and Solomond, P. (2008). *Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation*. The Guilford Press, New York.

Rinaldi, M. et al. (2008). Individual placement and support: from research to practice, *Advances in Psychiatric Treatment*, vol 13, 50-60

Tool for Measurement of Assertive Community Treatment (TMACT)

Norsk pilotversjon

Ansvarlige for oversettelsen er:

Hanne Clausen, lege og ph.d stipendiat, FoU-avdelingen, Psykisk helsevern, Akershus universitetssykehus

Sigrun Odden, sosiolog og forsker, Nasjonal kompetanse-tjeneste ROP

Amund Aakerholt, psykologspesialist og faglig rådgiver, Nasjonal kompetansetjeneste ROP

TMACT er utarbeidet av Monroe- De Vita, Moser og Teague (2010). Den er oversatt til norsk etter avtale med forfatterne og brukes i den pågående evalueringen av ACT-teamene. Skalaen inneholder også skåringskriterier rangert fra 1 til 5 hvor 5 innebærer full implementering av skalaen. Her er bare kriteriene for høyeste skåre tatt med. Det er utarbeidet omfattende manual for skåring og det kreves omfattende opplæring for å kunne bruke skalaen i evaluerings- og forskningsøyemed. Skalaen er foreløpig og uoffisiell. Ønskes den brukt i evalueringsøyemed, ber vi om at evalueringsgruppen v/Torleif Ruud eller Anne Landheim kontaktes.

Tabell 1: TMACT -skåringskala

OS DRIFT OG STRUKTUR

<p>OS1 LAVT FORHOLDSTALL BRUKERE / ANSATTE (CASELOAD) Teamet har lavt forholdstall brukere/ ansatte som ikke overstiger 10:1. Dette inkluderer alle kliniske stillinger UNNTATT psykiater. Andre administrative stillinger som merkantilt ansatt eller prosjektmedarbeidere regnes heller ikke med her.</p>	<p>For å skåre 5, kreves 10 brukere eller færre per teammedlem.</p>
<p>OS2 TEAM-TILNÆRMING ACT-ansatte arbeider som et tverrfaglig team, ikke som enkeltstående behandlere. Teammedlemmene kjenner og arbeider med alle brukerne. Alle i teamet deler ansvaret for hver bruker og det enkelte teammedlem bidrar med sin ekspertise der det er behov.</p>	<p>For å skåre 5, kreves at minst 90 prosent av brukerne har direkte kontakt med minst tre teammedlemmer i løpet av fire uker.</p>
<p>OS3 DAGLIG TEAMMØTE (Hyppighet og deltagelse) Teamet møtes daglig for å gjennomgå og planlegge kontakter med hver bruker. Vanligvis deltar alle teammedlemmene som har tjeneste den dagen.</p>	<p>For å skåre 5, kreves at teamet møtes fem dager i uken for å gjennomgå og planlegge kontakter med hver bruker.</p>

<p>OS4 INNHOLD I TEAMMØTENE (Kvalitet)</p> <p>Teamet bruker det daglige møtet til å:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Foreta en kort, klinisk relevant gjennomgang av alle brukerne og kontakter siste 24 timer. 2) Registrere status for alle brukere. <p>Lage en plan for dagens kontakter basert på:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3) Ukeplaner for brukere . 4) Nye eller nyoppståtte behov. 5) Behov for oppsøkende kontakt for å forebygge kriser. 6) Tilbakemelding på planlagte oppgaver og gjennomføring en av disse. 	<p>For å skåre 5 må daglig teammøte dekke alle seks funksjoner helt.</p>
<p>OS5 BEMANNING AV TEAMET</p> <p>Teamet har tilstrekkelig antall ansatte til å sørge for kontinuerlig og tverrfaglig dekning av oppgavene.</p>	<p>For å skåre 5, kreves minst 7.0 årsverk klinisk personale i et team med 50 brukere.</p>
<p>OS6 MÅLGRUPPE</p> <p>ACT- teamenes målgruppe er voksne med alvorlig psykisk lidelse og omfattende behandlingsbehov. Teamene har mulighet til å fatte beslutning om hvem som skal behandles av teamet.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Teamet har spesifikke inntakskriterier, som inkluderer schizofreni, bipolar lidelse og andre psykotiske lidelser i kombinasjon med betydelige funksjonsvekkelser og kontinuerlige, omfattende behandlingsbehov. Pasienter med ruslidelse, psykisk utviklingshemming, hjerneskade eller akse II-lidelser som <u>ene - eller primærdiagnose</u> inkluderes ikke. 2) Teamet har inntaksmyndighet og utskrivingsmyndighet for pasienter i teamet. 	<p>For å skåre 5, må teamet oppfylle begge kriteriene helt.</p>
<p>OS7 AKTIV REKRUTTERING</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Teamet (eller andre instanser innen organisasjonen) rekrutterer aktivt nye brukere som kan ha nytte av ACT-oppfølging. Dette inkluderer oppsøkende virksomhet til henvisende instanser der teamet regelmessig kan kartlegge og rekruttere nye brukere. 2) Teamets brukere rekrutteres fra ordinære henvisende instanser og fra andre instanser som fengsler, herberger og utekontakter samt mer behandlingsintensive tjenester innen egen organisasjon. 3) Teamene arbeider for å ta inn nye pasienter når de har ledig kapasitet, og/eller forholdstallet mellom personale og bruker i etablerte team er godt under 1:10. 	<p>For å skåre 5, må teamet oppfylle alle tre kriteriene helt.</p>
<p>OS8 GRADVIS INNTAK</p> <p>For å opprettholde et stabilt behandlingsmiljø tar teamet inn få nye brukere pr måned.</p>	<p>For å skåre 5, må høyeste månedlig inntak være fire eller færre brukere per måned.</p>
<p>OS9 OVERGANG TIL MINDRE INTENSIVE TJENESTER</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Teamet kartlegger regelmessig om brukerne fortsatt har behov for oppfølging av ACT-teamet. 2) Teamet har klare kriterier for når en bruker kan overføres til et mindre intensivt behandlingstilbud. 3) Overgangen iverksettes gradvis og etter brukerens individuelle behov, med garanti om fortsatt behandling og oppfølging. 4) Ved behov følger teamet med på hvordan det går med pasienten etter utskrivelse. 5) Det er mulighet for å bli tatt inn i teamet igjen ved behov. 	<p>For å skåre 5, må teamet oppfylle alle fem kriterier helt.</p>
<p>OS10 TILSTREBER LAV DROP-OUT</p> <p>Teamet opprettholder behandlingskontakten med en høy andel av brukerne (forutsatt at de inkluderer personer i målgruppen). De bruker adekvate metoder for å skape engasjement og motivasjon hos brukerne til å motta tjenester, og teamet tilbyr tjenester iht. brukernes individuelle behov. Henvisning til en mer behandlingsintensiv enhet (f.eks. døgnenhet) vurderes vanligvis som et negativt resultat.</p>	<p>For å skåre 5, må teamet opprettholde kontakten med 95 prosent eller flere av brukerne i en periode på 12 måneder.</p>
<p>OS11 GRAD AV INVOLVERING FØR OG UNDER OPPHOLD I DØGNAVDELING</p> <p>Teamet er aktivt involvert ved innleggelse i og utskrivinger fra døgnenheter. Dette inkluderer deltakelse i beslutning om innleggelse, f.eks. å følge kriseplanen slik at man kan vurdere andre behandlingsstrategier før man iverksetter en innleggelse, kartlegge behov for innleggelse og hjelpe til ved både frivillig og tvungen innleggelse, kontakt med bruker under sykehusoppholdet, samarbeid med sykehuspersonalet under oppholdet og koordinering ved utskrivelse, samt medisiner og tilrettelegging av forhold i lokalsamfunnet (f.eks bolig og andre tjenester).</p>	<p>For å skåre 5, kreves at teamet er involvert i 90 prosent eller flere av innleggelsene / utskrivingene.</p>

OS12 MERKANTIL ANSATT ØREMERKET ACT

Teamet har 1,0 årsverk til ansatt som har som oppgave å tilrettelegge den daglige virksomheten både for team og brukere. Primærfunksjonene omfatter:

- 1) Gi direkttestøtte til personale, bl.a. ajourføre og koordinere teamets timeplaner og bistå personalet både på kontoret og når de er ute.
- 2) Være bindeledd mellom brukere og personale, for eksempel bistå besøkende og motta telefoner fra brukere/pårørende og andre i brukernes nettverk.
- 3) Delta aktivt på de daglige teammøtene.

For å skåre 5, kreves 1,0 årsverk for merkantil ansatt hvor alle funksjoner utføres helt.

CT KJERNEBEMANNING**CT1 LEDER AV TEAMET**

Teamet har 1,0 årsverk for teamleder som har fullt klinisk ansvar, administrativt ansvar og veiledningsansvar for teamet. Teamleder har ikke ansvar for andre enheter. Teamleders må minst ha mastergrad som er relevant for arbeid innen psykisk helsevern og autorisasjon iht fagbakgrunn. Teamlederen har ikke mer enn én rolle i teamet.

For å skåre 5, kreves 1,0 årsverk for teamleder som oppfyller minimumskvalifikasjonene og har fullt ansvar for teamet.

CT2 TEAMLEDER ER PRAKTISERENDE KLINIKER

I tillegg til den administrative ledelsen av teamet har teamleder følgende funksjoner:

- 1) Jobber som kliniker i teamet og har direkte kontakt med brukere.
- 2) Gir kontinuerlig klinisk veiledning til andre teammedlemmer.

For å skåre 5, må teamleder ha minst 8 timer direkte kontakt med brukere per uke og gi ukentlig veiledning til to teammedlemmer.

CT3 PSYKIATER I TEAMET

Team i størrelsesorden 100 brukere har minst 0,8 årsverk for psykiater. Psykiater har direkte kontakt med brukerne. Minimumskvalifikasjonene er:

- 1) Autorisasjon som lege.
- 2) Spesialist i psykiatri.
- 3) Relevant yrkeserfaring fra arbeid med mennesker som har alvorlig psykisk lidelse.

For å skåre 5, må et team med 100 brukere ha minst 0,8 årsverk til psykiater som oppfyller minimumskvalifikasjonene.

CT4 PSYKIATERS ROLLE I BEHANDLINGEN

I tillegg til å ivareta psykofarmakologisk behandling har psykiateren følgende oppgaver i behandlingen:

- 1) Møter vanligvis hver bruker minst én gang pr mnd. for å vurdere og behandle symptomer på psykisk lidelse i tillegg til å vurdere effekten av medisiner og eventuelle bivirkninger.
- 2) Gir kortvarig behandling.
- 3) Gir pasienter informasjon om psykisk lidelse og behandling av denne i tillegg til å gi informasjon om og veiledning i bruk av legemidler og sørge for at avgjørelser vedrørende medisiner tas i samarbeid med brukeren.
- 4) Har oversikt over brukernes somatiske status og -medikamenter.
- 5) Kommuniserer direkte med psykiater på sengepost for å sikre kontinuitet i behandlingen dersom en bruker blir innlagt.
- 6) Foretar hjemmebesøk eller besøk der pasienten oppholder seg.

For å skåre 5, må psykiater utføre alle 6 behandlingsfunksjoner.

CT5 PSYKIATERS ROLLE I TEAMET

Psykiater ivaretar følgende funksjoner i teamet:

- 1) Deltar i møte i samarbeid med teamleder, det overordnede kliniske ansvaret og oversikt over den behandlingen som teammedlemmene tilbyr brukerne.
- 2) Gir undervisning/veiledning i virkninger/bivirkninger av psykiske og somatiske legemidler til teammedlemmer som ikke har helsefaglig bakgrunn.
- 3) Deltar på de fleste behandlingsmøter.
- 4) Deltar på daglige teammøter proporsjonalt med stillingsprosent i teamet.
- 5) Samarbeider aktivt med sykepleierne.
- 6) Har bakvakt for teamet utenfor åpningstid og i helger.

For å skåre 5, må psykiater dekke alle 6 funksjonene i teamet.

CT6 SYKEPLEIERE I TEAMET

Team med 100 brukere har minst 2,85 årsverk for offentlig godkjente sykepleiere eller tilsvarende. Minst én sykepleier må ha minimum 1 års erfaring fra arbeid med voksne med alvorlig psykisk lidelse.

For å skåre 5, kreves minst 2,85 årsverk for (offentlig godkjent) sykepleiere i et team med 100 brukere.

CT7 SYKEPLEIERS ROLLE

Teamsykepleierne har følgende hovedoppgaver (i samarbeid med psykiater):

- 1) Har ansvaret for medisinsystemet og administrere og dokumentere medikamentell behandling.
- 2) Screner brukere for medisinske problemer/ bivirkninger.
- 3) Koordinerer tjenester og kommunisere med annet helsepersonell.
- 4) Gi undervisning og drive helsefremmende og forebyggende tiltak (f.eks. vurdere risikoferd og forsøke å fremme atferdsendring).
- 5) Gi andre teammedlemmer veiledning/opplæring i å vurdere psykiatriske symptomer og bivirkninger av legemidler.
- 6) Utvikle strategier for å sikre at medisiner i størst mulig grad inntas som foreskrevet i samarbeid med brukerne (f.eks. hvordan medisiner håndteres og drøfte ulike situasjoner rundt medikamentell håndteres).

For å skåre 5, må teamsykepleiere utføre alle 6 funksjoner i teamet.

ST SPESIALISTBEMANNING**ST1 RUSFAGLIG SPESIALIST I TEAMET**

Teamet har minst 1,0 årsverk for teammedlem definert som rusfaglig spesialist. Spesialisten har minimum bachelorgrad og oppfyller lokale kriterier for utdanning til stillingen. Det er ønskelig at russpesialisten har erfaring med integrert behandling av rus og psykisk lidelse (dobbeltdiagnose).

For å skåre 5, kreves minst 1,0 årsverk for rusfaglig spesialist og minst 80 prosent av bruker-kontaktene må være spesialist-aktiviteter (i motsetning til generalistaktiviteter).

ST2 ROLLEN TIL RUSFAGLIG SPESIALIST I BEHANDLINGEN

Rusfaglig spesialist gir integrert, fasespesifikk behandling til brukere som har ruslidelse eller rusproblemer.

Hovedelementene i denne omfatter:

- 1) Systematisk og omfattende kartlegging for å vurdere interaksjon mellom bruk av rusmidler og psykisk lidelse.
- 2) Å kartlegge, følge med på og dokumentere hvilken fase av endringsprosessen brukerne er i og aktuelt behandlingsstadium.
- 3) Å være aktivt oppsøkende og bruke motiverende samtaler som metode.
- 4) Å bruke kognitiv atferdsterapi som tilnærming og arbeide med å forebygge tilbakefall.
- 5) Intervensjoner og behandling tilpasses de faser i endringsprosessen som bruker befinner seg i.

For å skåre 5, må rusfaglig spesialist oppfylle alle 5 funksjoner helt.

ST3 ROLLEN TIL RUSFAGLIG SPESIALIST INNAD I TEAMET

Rusfaglig spesialist har en nøkkelrolle i teamet for planlegging av behandling og tjenester til brukere med ruslidelser. Spesialisten utfører følgende funksjoner innad i teamet:

- 1) Demonstrerer og veileder i ulike fremgangsmetoder og former for intervensjoner iht integrert dobbeltdiagnose behandling (IDDT). Gjelder også mer ad hoc veiledning i enkelttilfeller der brukere har behov for slike tjenester.
- 2) Lærer opp/trener og underviser andre i teamet for å utvikle deres ferdigheter i kartlegging og behandling av dobbeltdiagnose.
- 3) Deltar i alle daglige teammøter.
- 4) Deltar i alle behandlingsmøter for brukere med dobbeltdiagnose.

For å skåre 5, må rusfaglig spesialist dekke alle 4 funksjonene innad i teamet.

ST4 ARBEIDSSPESIALIST I TEAMET

Teamet har minst 1,0 årsverk for teammedlem definert som arbeidsspesialist. Spesialisten har minst ett års relevant erfaring med arbeidstjenester (f.eks. jobbutvikling, jobbcoaching eller arbeid med støtte (supported employment)).
Ideelt sett er arbeidsspesialisten del av et større miljø innad i organisasjonen (f.eks. DPS eller kommunen/bydelen/NAV) som jobber iht modellen Supported Employment.

For å skåre 5, kreves minst 1,0 årsverk til arbeidsspesialist med minimumskvalifikasjoner at minst 80 prosent av kontaktene med brukerne må inneholde spesialistrelaterte aktiviteter.

ST5 ROLLEN TIL ARBEIDSSPESIALIST I ARBEID UTE

Spesialisten gir tjenester med utgangspunkt i modellen «Arbeid med støtte» (Supported Employment).

Hovedoppgavene omfatter:

- 1) Engasjement
- 2) Kartlegging av yrkesmuligheter
- 3) Det å finne jobber
- 4) Arbeidsutplassering (inkl. omskolering, videreutdanning)
- 5) Oppfølging og støtte på arbeidsplass (coaching). Dette inkluderer også støtte og tilstedeværelse under utdanning.
- 6) Veiledning i å søke ulike økonomiske ytelser og støtteordninger.

For å skåre 5, må arbeidsspesialisten dekke alle 6 funksjonene helt.

ST6 ARBEIDSSPESIALISTENS ROLLE INNAD I TEAMET

Arbeidsspesialisten har en nøkkelrolle i teamet for planlegging av behandling og tjenester til brukere som ønsker yrkesdeltakelse eller som er i arbeid. Spesialisten utfører følgende funksjoner:

- 1) Demonstrerer og veileder andre teammedlemmer i ulike former for intervensjoner iht modellen «Arbeid med støtte». Gjelder også mer ad hoc veiledning i enkelttilfeller der brukere har behov for slike tjenester.
- 2) Lærer opp/trener og underviser andre teammedlemmer i å utvikle og ta i bruk arbeid med støtte som metode eller tilnærming overfor teamets brukere.
- 3) Deltar i alle daglige teammøter.
- 4) Deltar i alle behandlingsmøter for brukere der arbeid er en målsetting eller et tema.

For å skåre 5, må arbeidsspesialisten dekke alle 4 funksjoner i teamet.

ST7 BRUKERSPESIALIST I TEAMET

Teamet har minst 1,0 årsverk for teammedlem som oppfyller lokale krav til godkjenning som brukerspesialist. Hvis det ikke finnes slike lokale standarder, omfatter minimumskvalifikasjonene følgende:

- 1) Personen identifiserer seg selv som en som har vært eller er i behandling for alvorlig psykisk lidelse innen psykisk helsevern.
- 2) Er i en rehabiliteringsprosess.
- 3) Har gjennomført opplæring innen mestring av psykisk lidelse og intervensjoner som styrker bedring og rehabilitering.

For å skåre 5, kreves minst 1,0 årsverk for brukerspesialist som oppfyller minimumskvalifikasjonene og minst 80 prosent av kontakten med brukere må inneholde spesialistrelaterte tjenester.

ST8 BRUKERSPESIALISTENS ROLLE I TEAMET

Brukerspesialisten utfører følgende funksjoner:

- 1) Coaching og veiledning av brukere for å fremme mestring og styrke selvtillit (f.eks. forberedelse til det å delta på eller være med å lede egne behandlingsmøter)
- 2) Tilbud om formelle og uformelle mestrings- og bedringsstrategier (recovery) til brukerne, individuelt og/eller grupper.
- 3) Full deltakelse i alle teamaktiviteter (f.eks. behandlingsplanlegging, skrive notater i journal)
- 4) Uformell opplæring og/eller ad hoc veiledning til andre teammedlemmer i recovery-strategier (minimum en gang i måneden i løpet av de siste 6 mnd)
- 5) Gir formell opplæring/undervisning til andre teammedlemmer i prinsipper og strategier for mestring og bedring (recovery).

For å skåre 5, må brukerspesialisten utføre alle 5 funksjoner i teamet helt.

CP KJERNEAKTIVITETER**CP1 LOKALBASERTE TJENESTER**

Teamet kartlegger brukernes situasjon, og arbeider for å styrke de ferdigheter som kreves for å kunne bo og leve i lokalsamfunnet. Dette arbeidet foregår ute og ikke på for på kontoret. Teamet har fokus på å tilby tjenester i lokalmiljøet til brukere som de eksisterende tjenestene, av ulike grunner, ikke har klart å nå gjennom kontorbasert behandling.

For å skåre 5, kreves det at minst 75 prosent av alle direkte kontakter med brukere foregår i lokalmiljøet.

CP2 Å SKAPE ENGASJEMENT

Teamet bruker mange ulike metoder for å oppsøke brukere som er vanskelige å engasjere, blant annet:

- 1) Å tilby samarbeid med brukerne rundt praktiske tjenester og tiltak. Dette kan bidra til å engasjere brukere og til å bygge indre motivasjon til å motta andre tjenester fra teamet.
- 2) Ved behov; gripe inn eller styrende intervensjoner som anses nødvendige for at brukeren eller andre ikke skal komme til skade. Når teamet bruker styrende intervensjoner så har det fokus på å gjenopprette brukerens autonomi/selvbestemmelse så raskt som mulig/så raskt det er forsvarlig.
- 3) Teamet vurderer nøye brukernes behov for aktivt oppsøkende tjenester for å skape engasjement hos den enkelte bruker. I tillegg vurderer teamet nøye effekten av tiltakene/metodene som brukes og endrer tilnærming når dette anses som nødvendig.

For å skåre 5, kreves det at teamet har kompetanse når det gjelder strategier for oppsøkende virksomhet og oppfyller alle 3 funksjonene helt.

CP3 TJENESTENES INTENSITET

Teamet avsetter tid etter pasientens behov.

For å skåre 5, kreves et gjennomsnitt på 2 timer/uke eller mer med direkte brukerkontakt.

CP4 KONTAKTHYPPIGHET

Teamet tilpasser antall kontakter etter brukernes behov.

For å skåre 5, kreves et gjennomsnitt på 3 eller flere direkte kontakter med hver bruker per uke.

<p>CP5 OMFANGET AV KONTAKT MED BRUKERNES SOSIALE NETTVERK</p> <p>Teamet har kontakt med og gir veiledning til personer i brukerens sosiale nettverk (f.eks. familie, venner, utleiere eller arbeidsgivere). Nettverket kan være et eksisterende nettverk fra tidligere og/eller være et resultat av målbevisst jobbing fra teamets side der det har vært fokusert på å hjelpe brukerne til å få kontakt med (nytt/e) nettverk.</p>	<p>For å skåre 5, kreves det at teamet har kontakt med det sosiale nettverket minimum en gang i måneden for minst 90 prosent av brukerne.</p>
<p>CP6 ANSVAR FOR KRISETJENESTER</p> <p>Teamet har døgkontinuerlig ansvar for å bistå brukerne direkte dersom psykiske kriser oppstår i tillegg til at det har følgende oppgaver:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Teamet er tilgjengelig for brukerne 24/7. 2) Teamet mottar selv alle henvendelser. Dersom henvendelser utenfor kontortid besvares av tredjepart, er det lav terskel for å kontakte teamet). 3) Teamet har tilgang til brukernes kriseplaner som inneholder praktiske intervensjoner basert på brukerens individuelle behov slik at de kan hjelpe brukerne på en best mulig måte dersom en krise oppstår. 4) Teamet har mulighet og vilje til å stille opp utenfor kontortid, dersom en krise oppstår. 	<p>For å skåre 5, kreves at teamet møter alle 4 kriterier helt.</p>
<p>CP7 FULLT ANSVAR FOR PSYKIATRISKE TJENESTER</p> <p>Teamet har ansvar for å tilby brukerne psykiatriske tjenester, slik at brukerne har lite behov for å få slike tjenester fra andre instanser. Psykiater har det største ansvaret for disse tjenestene, men teamet har også en rolle i administrasjon og monitorering av medikamentell behandling. Dette er spesielt viktig dersom brukerne får medikamenter utdelt av andre tjenester (f.eks. i bemannet bolig eller hjemmetjenesten).</p> <p>CP8 FULLT ANSVAR FOR REHABILITERINGSTJENESTER</p> <p>Teamet har ansvar for å tilby rehabiliteringstjenester til brukerne slik at de har lite behov for å få disse tjenestene fra andre instanser. Rehabiliteringstjenester kan være trening på sosial kompetanse og kommunikasjon og/eller praktisk ferdighetstrening (f.eks. utføre daglige aktiviteter, planlegge/legge til rette for egen trygghet, bruk av (offentlig) transportmidler og økonomisk forvaltning). Brukernes individuelle behov for slike tjenester bør kartlegges først og så følges opp gjennom målrettet ferdighetstrening. I tillegg til å øve på slike ferdigheter i dagliglivet kan treningen bestå av demonstrasjon av ulike ferdigheter, rollespill og feedback fra teammedlem til bruker.</p>	<p>For å skåre 5, kreves det at 90 prosent eller flere av brukerne med behov for psykiatriske tjenester mottar dem fra teamet.</p> <p>For å skåre 5, kreves det at 90 prosent eller flere av brukerne med behov for rehabiliteringstjenester mottar dem fra teamet.</p>
<p>EP KUNNSKAPSBASERTE AKTIVITETER</p>	
<p>EP1 FULLT ANSVAR FOR DOBBELTDIAGNOSEBEHANDLING</p> <p>Teamet har ansvar for å tilby brukerne dobbeltdiagnosebehandling slik at de har lite behov for å få slike tjenester fra andre instanser. Kjernetjenester inkluderer systematisk og integrert kartlegging og intervensjoner skreddersydd ut fra hvilken fase i endringsprosessen brukerne er i (for eksempel oppsøkende, motiverende intervju for brukere som er i tidlig endringsfase og kognitiv behandling og arbeid med å forebygge tilbakefall for de som er i sein endringsfase).</p>	<p>For å få skåre 5, må 90 prosent eller flere av brukerne med behov for behandling av dobbeltdiagnose motta den fra teamet.</p>
<p>EP2 FULLT ANSVAR FOR ARBEIDSTJENESTER</p> <p>Teamet har ansvar for å tilby brukerne arbeidstjenester, slik at det er lite behov for å få slike tjenester fra andre instanser. Hovedoppgaver er bl.a. å skape engasjement, kartlegge yrkesmuligheter, finne jobber, arbeidstutplassering (inkluderer utdanning), oppfølging og støtte på arbeidsplass (inkluderer støtte under utdanning).</p>	<p>For å skåre 5, må 90 prosent eller flere av brukerne med behov for arbeidstjenester motta slike tjenester fra teamet.</p>
<p>EP3 FULLT ANSVAR FOR Å STYRKE BRUKERNES EVNE TIL Å UTVIKLE OG IVARETA EGENOMSORG OG ØKE DERES MESTRING</p> <p>Teamet har ansvar for å tilby brukerne tjenester som styrker mestring (recovery), slik at det er lite behov for å få slike tjenester fra andre instanser. Dette innebærer en formalisert og/eller manualbasert tilnærming for å utvikle brukernes evner til recovery. Eksempler på slike tjenester er "Et selvstendig liv" og «På vei til et bedre liv».</p>	<p>For å skåre 5, må 90 prosent eller flere av brukerne med behov for manualbaserte/formelle tjenester for å ivareta egenomsorg og mestring motta slike tjenester fra teamet.</p>
<p>EP4 MODELL FOR INTEGRERT BEHANDLING AV DOBBELTDIAGNOSE (IDDT):</p> <p>Hele teamet jobber iht en fasespesifikk og ikke-konfronterende behandlingsmodell.</p> <p>Hele teamet:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Observerer og vurderer hvordan ruslidelse og psykisk lidelse interagerer. 2) Forventer ikke totalavhold, støtter forsøk på skadereduksjon. 3) Forstår og benytter stadiene i endringsprosessen i behandlingen. 4) Er dyktige på å bruke motiverende intervju. 5) Benytter prinsipper for kognitiv atferdsterapi. 	<p>For å skåre 5, må teamet basere seg helt på IDDT-behandlingsprinsipper og oppfylle alle 5 kriteriene helt.</p>

<p>EP5 ARBEID MED STØTTE (Supported Employment model, SE)</p> <p>Hele teamet:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Benytter denne modellen og holder oppe visjonen om at tilknytning til det ordinære arbeidsmarkedet skal være et mål for alle brukerne. 2) Det som berettiger arbeid med støtte er brukers uttalte ønske om arbeid. 3) Kartlegging i arbeidssituasjonen er mer relevant enn omfattende kartlegging forut for arbeid. 4) Arbeidsplassering skreddersys den enkelte brukers behov og preferanser. 5) Aktiv støtte og jobbcoaching utføres når bruker ønsker det, og ser at det er behov for det. 	<p>For å få skåre 5, må teamet bygge fullstendig på SE-modellen og oppfylle alle 5 kriteriene helt.</p>
<p>EP6 ENGASJERE OG VEILEDE BRUKERNES SOSIALE NETTVERK</p> <p>Hele teamet samarbeider med brukernes sosiale nettverk. Som et ledd i den aktive involveringen av nettverket gir teamet:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Informasjon om brukernes sykdom til nære og kjære pårørende. 2) Undervisning i strategier for problemløsning ifm vanskeligheter som følge av sykdommen. 3) Gir opplysninger og tips som gjør at brukers nettverk kan komme i kontakt med støttegrupper. 	<p>For å få skåre 5, må teamet samarbeide med brukernes sosiale nettverk og engasjere dem ved å bruke alle 3 strategiene.</p>
<p>EP7 KUNNSKAPSBASERT PSYKOTERAPI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Teamet gir psykoterapi som individuell- og/ eller gruppebehandling iht brukers mål og individuelle behandlingsplan. 2) Teamet bruker kunnskapsbaserte metoder for mestring av spesifikke symptomer og atferdsregulering. 3) Teamet gir kunnskapsbasert psykoterapi til en stor andel av de brukerne som er i behov av det. Ideelt sett blir psykoterapi gitt av en kvalifisert terapeut. <p>EP8 MODELL FOR BOLIGSTØTTE</p> <p>Teamet jobber etter en modell for boligstøtte som innebærer:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Å hjelpe brukere med å finne bolig der brukeren selv ønsker å bo, dvs. valg mellom alternativer som også inkluderer en bolig i et vanlig nabolag (ikke bare i områder preget av boliger for personer med spesielle behov). 2) Å vise respekt for brukerens privatliv i boligen. 3) Å hjelpe brukerne å finne økonomisk rimelige, trygge og varige boliger. 4) Å sikre leierettigheter over tid, uavhengig av oppfølging og behandling i ACT-teamet eller annen behandling. 	<p>For å oppnå skåre 5, kreves det at teamet oppfyller kriteriene helt og at minst 40 prosent av brukerne har mottatt psykoterapeutisk behandling i løpet av de siste 12 måneder.</p> <p>For å oppnå skåre 5, må alle 4 punktene være helt oppfylt.</p>
<p>PP INDIVIDUET TILPASSET BEHANDLINGSPLANER</p>	
<p>PP1 BRUKERS MULIGHETER TAS HENSYN TIL I BEHANDLINGSPLANEN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Teamet har fokus på brukernes styrker og ressurser. 2) Brukernes styrker og ressurser tas hensyn til i utviklingen av behandlingsplanen. 	<p>For å oppnå skåre 5, må teamet systematisk kartlegge brukernes styrker og ressurser og i minst 65 prosent av behandlingsplanene kommer det tydelig fram at brukernes styrker og ressurser er tatt hensyn til når det gjelder planlegging og oppfølging av behandling.</p>
<p>PP2 INDIVIDBASERT PLANLEGGING</p> <p>Teamet utarbeider individbasert behandlingsplan i samsvar med ACT-modellen. Det innebærer at teamet:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Utvikler utkast til behandlingsplan basert på innledende utredning og samtale med brukeren (i forkant av behandlingsmøtet). 2) Holder regelmessige behandlingsmøter. 3) Sørger for at nøkkelpersonell, brukeren og andre han/hun ønsker (f.eks. familie) deltar, og at antallet deltakere er tilpasset brukerens ønsker. 4) Sørger for at brukerens mål og ønsker styrer møtet. 5) Gir brukeren veiledning og støtte til å fremme egne interesser og behov og kompetanse i å lede møtet. 	<p>For å oppnå skåre 5, kreves det at teamet oppfyller alle 5 punktene i individbasert behandlingsplanlegging helt.</p>

PP3 INTERVENSJONER RETTET MOT ULIKE MÅL

Teamet gjennomfører systematiske og spesifikke intervensjoner rettet mot ulike livsområder (f.eks. fysisk helse, arbeid/ utdanning, boligsituasjon) i tillegg til medisiner, symptombehandling og innleggelse.

- 1) Teamet spesifiserer de ulike intervensjonene i behandlingsplanene og disse tiltakene retter seg mot flere ulike livsområder.
- 2) De planlagte intervensjonene utføres i praksis og resulterer i et bredt spekter av tjenester som er tilpasset brukers individuelle behov.

For å oppnå skåre 5, kreves det at teamet spesifiserer intervensjoner som er rettet mot et bredt spekter av livsmål i den individbaserte behandlingsplanen og disse intervensjonene gjennomføres og resulterer i et bredt spekter av tjenester for et bredt spekter av livsområder. (Både pkt. 1 og 2 dekkes helt.)

PP4 BRUKERNES SELVBESTEMMELSE OG UAVHENGIGHET

ACT-teamet fremmer brukernes uavhengighet og selvbestemmelse ved å:

- 1) hjelpe brukerne til å utvikle større bevissthet om meningsfulle og mulige valg.
- 2) Om mulig respektere daglige valg.
- 3) Undervise brukerne i de ferdighetene de trenger for å fungere selvstendig. Teamet anerkjenner brukernes varierende behov og funksjonsnivå. Grad av tilsyn og oppfølging samsvarer både med brukers behov, og brukers mål og ønske om å styrke og utvikle selvbestemmelse.

For å oppnå 5, kreves det at teamet er en sterk forkjemper for brukers selvbestemmelse og uavhengighet. Alle 3 praksiser benyttes av hele personalet overfor alle brukerne.

FACT fidelity scale

The CCAF is intellectual owner of the FACT fidelity scale. The scale is developed by: Michiel Bähler, Remmers van Veldhuizen, Maaïke van Vugt, Philippe Delespaul, Hans Kroon, John Lardinois, Niels Mulder. Mike Firn helped with the translation in English

If you want more information or have suggestions about the FACTscale, please mail: info@ccaf.nl.

Opphavsrettighetene til FACT –fidelitetskala ligger hos det nederlandske sertifiseringsenteret for ACT og

FACT (www.ccaf.nl). Den er oversatt til norsk av Hanne Clausen (A-hus) og Amund Aakerholt (Kompetanse-tjenesten ROP) i forbindelse med denne håndboken. Oversettelsen er basert på den engelske versjonen fra 2010 og er foreløpig og uoffisiell. Oppbygningen av skalaen har tatt utgangspunkt i den amerikanske DACTS og med skåring fra 1 til 5. Vi gjengir bare den høyeste skåren.

Bruk i forsknings- og evalueringsøyemed, og bruk ut over denne håndboken må avtales med CCAF.

TEAMSTRUKTUR	5
1. LAV CASELOAD: Bruker: klinisk personale, ratio 15:1 (psykiater og merkantilt ansatt regnes ikke med).	15:1 eller lavere.
2. BEMANNING: Teamet har full bemanning (få eller ingen ledige stillinger).	Teamet har i løpet av det siste året (eller siden oppstart) hatt 95 prosent eller høyere bemanning.
3. TEAMTILKNYTNING: Teammedlemmene har hovedansettelse i teamet (antall årsverk/teammedlemmer) (inkl. psykiater, ekskl. merkantilt ansatt).	Gjennomsnittlig 0,80 eller høyere.
4. PSYKIATER: Teamet har minst en fulltidsansatt psykiater pr. 200 brukere.	Et team med 200 brukere har 0,8 årsverk for fulltidsansatt psykiater.
5. PSYKOLOG: Teamet har ansatt minst en psykolog pr 200 brukere.	Pr 200 brukere har teamet minst en psykolog i full stilling.
6. BRUKERSPESIALIST: Teamet har ansatt minst en brukerspesialist (0,6 årsverk pr 200 brukere).	Minst 0,6 årsverk pr 200 brukere.
7. SOSIONOM ELLER EN MED KUNNSKAP OM SOSIALFAGLIGE OG JURIDISKE FORHOLD Teamet har minst en ansatt på 200 brukere.	Minst en ansatt på 200 brukere.
8. SYKEPLEIERE/SPECIALSYKEPLEIERE INNEN PSYKISK HELSE OG RUS I et team med 200 brukere er det ansatt minst 4 sykepleiere i fulltidsstillinger (4x1,0 årsverk) (1 år opplæring/erfaring hvorav minst 2 har ønsket spesialkompetanse innen psykisk helse).	Minst 4 sykepleiere i fulltidsstillinger i et team med 200 brukere hvorav minst 2 har omfattende erfaring innen psykisk helse.

9. CASE MANAGER: Et team med 200 brukere har minst 6 årsverk for case managere	Teamet har minst 6,0 årsverk pr 200 brukere
10. RUSFAGLIG SPESIALIST I et team med 200 brukere har teamet minst 2 teammedlemmer med erfaring fra rusbehandling (minst 1 års opplæring eller erfaring)	Minst 2,0 årsverk for ansatte med 1 års opplæring i eller erfaring fra rusbehandling
11. ARBEIDSSPESIALIST: Et team med 200 brukere har minst 1 teammedlem som er spesialisert i arbeidsrehabilitering og arbeidsstøtte (1 års opplæring/erfaring)	1,0 årsverk eller mer til teammedlem med minimum 1 års opplæring i eller erfaring fra arbeid med rehabilitering og støtte
12. SPESIALIST I REHABILITERING: Teamet har minst to teammedlemmer som (også) jobber med rehabilitering og som tilpasser ulike rehabiliteringsmetoder til forskjellige livs-områder og som innehar en tydelig og stimulerende veilederrolle overfor andre teammedlemmer	Teamet har minst 2,0 årsverk for teammedlem som har fokus på rehabilitering og som tilpasser ulike rehabiliteringsmetoder til ulike livs-områder

TEAMPROSESS

5

13. TEAMTILNÆRMING: Alle brukere i et FACT-team møter flere enn 4 teammedlemmer pr år (inkl. psykiater).	90 prosent eller flere av brukerne har én-til-én kontakt med flere enn 4 teammedlemmer pr år.
14. TEAMTILNÆRMING VED ØKT HJELPEBEHOV: Teamet fungerer som en gruppe, ikke som individuelle tjenesteytere. Teammedlemmene kjenner og jobber med alle brukerne som står på tavlen.	90 prosent eller flere av brukerne har direkte kontakt med minst 3 teammedlemmer i løpet av 2 uker.
15. FACT- (ELLER TAVLE-)GJENNOMGANG: Teamet møtes daglig i løpet av arbeidsuken for å gjennomgå og planlegge tjenestetilbudet til alle brukerne som står på tavlen.	Teamet møtes 5 ganger pr uke for å gjennomgå det intensiverte tjenestetilbudet til hver enkelt bruker som står på tavlen.
16. OPPMØTE TVERRFAGLIG FACT-GJENNOMGANG: Ved gjennomgang av brukerne som står oppført på tavlen deltar i prinsippet alle teammedlemmer som er på jobb.	Oppmøtet ved FACT-gjennomgangen er minst 90 prosent, inkludert psykiater.
17. BEHANDLINGSPLAN(ANSATTE): Behandlingsplanen blir tatt av et tverrfaglig team (minst fire ulike profesjoner representert) sammen med bruker eller etter avtale med bruker hvis han/hun ikke er til stede.	90 prosent av alle behandlingsplaner blir tatt av et tverrfaglig team sammen med bruker eller etter avtale med bruker hvis han/hun ikke er til stede.
18. BEHANDLINGSPLAN (BRUKER): Behandlingsmøter gjennomføres sammen med brukeren, unntatt hvis det er tungtveiende grunner for ikke å gjøre dette (kontraindisert).	90 prosent av behandlingsmøtene gjennomføres sammen med brukeren (hvis ikke kontraindisert).
19. TEAMLEDER: <ul style="list-style-type: none"> • Jobber regelmessig klinisk (>30 %) som teammedlem. • Arbeider aktivt for at FACT-modellen følges. • Er alltid til stede ved FACT-gjennomgang. • Er til stede når behandlingsplaner diskuteres/lages. 	Teamleder oppfyller alle 4 kriteriene.

<p>20. KRITERIER FOR Å OPPGRADERE EN BRUKER TIL FACT-TAVLEN: Teamet har veldefinerte kriterier for når brukere skal oppgraderes til tavlen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Økte symptomer/krise 2. Ordensforstyrrelser 3. Alvorlig omsorgssvikt når det gjelder egen helse 4. Trekker seg unna avtaler 5. Brukere som er vanskelige å nå 6. Brukere som legges inn jevnlig 7. Etter innleggelse 8. Intensivering av behandling 9. (f.eks. oppstart nye medisiner) 10. Livshendelser 11. Nye brukere 	<p>Teamet bruker alle de definerte kriteriene i det daglige arbeidet.</p>
<p>21. PROSEDYRE FOR NÅR BRUKER SKAL PÅ FACT-TAVLEN: Teamet har en veldefinert prosedyre for når brukere med akutt behov for flere tjenester skal skrives opp på tavlen. Prosedyren skal inneholde følgende:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Alle teammedlemmer kan skrive opp brukere på tavlen 2. Tiltak fra kriseplanen iverksettes 3. Bruker, familie og sosialt nettverk blir informert 4. Psykiater vurderer medisiner og fare/risiko innen 2 dager 5. Døgnåpne tjenester eller sykehus (24x7) varsles 	<p>Teamet har en nedskrevet prosedyre der alle 5 kriterier er nedfelt og de benyttes også i arbeidet/praksis.</p>
<p>22. PROSEDYRE FOR NÅR BRUKER SKAL AV FACT-TAVLEN: Teamet har en veldefinert prosedyre for når brukere kan tas av tavlen. Prosedyren inneholder følgende elementer:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Denne avgjørelsen tas av teamet på et tverrfaglig teammøte 2. Bruker blir informert 3. Teamet evaluerer perioden på tavlen med fokus på effektivitet og tilfredshet 4. Den evalueres også sammen med bruker og pårørende 5. Kriseplan tilpasses ved behov 6. Behandlingsplan tilpasses 	<p>Teamet har en veldefinert prosedyre som inneholder minst 5 av kriteriene og prosedyren benyttes i det kliniske arbeidet.</p>
<p>23. KONTAKTFREKVENS TAVLE: Brukere som står oppført på tavlen får hyppige besøk.</p>	<p>Gjennomsnittlig 4 eller flere direkte kontakter/uke med hver bruker.</p>
<p>24. KONTAKTFREKVENS IKKE-TAVLE: Brukere som ikke står på tavlen får regelmessig besøk av teamet</p>	<p>1 direkte kontakt pr. uke.</p>
<p>DIAGNOSTIKK, BEHANDLING OG INTERVENSJONER 5</p>	
<p>25. TVERRFAGLIGE, PRAKTISKE BEHANDLINGSTJENESTER: Teamet tilbyr oppsøkende og praktisk individuell oppfølging rettet mot følgende områder:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fritidsaktiviteter, ADL (ferdighetstrening), støtte i bolig 2. Hjelp i forhold til andre instanser 3. Kontakt med familie 4. Nabolag osv. 5. Økonomi og trygd 6. Medisinering 	<p>Teamet tilbyr oppsøkende og praktisk individuell oppfølging rettet mot alle de 6 ulike områdene.</p>
<p>26. NYE BRUKERE Nye pasienter står på tavlen i 3 uker slik at de kan møte flere teammedlemmer med ulike fagbakgrunn og for at teamet skal danne seg et bilde av situasjonen.</p>	<p>Strukturert kontakt med rapporter fra > 4 teammedlemmer med ulike fagbakgrunn.</p>

<p>27. INDIVIDUELL BEHANDLINGSPLAN: Alle brukere har en behandlingsplan som er mindre enn 1 år gammel.</p>	<p>95 prosent eller flere av brukerne har en behandlingsplan som er mindre enn 1 år gammel.</p>
<p>28. INDIVIDUELL KRISEPLAN: Alle brukere har en kriseplan som er tilgjengelig for akuttjenestene (døgnåpene tilbud).</p>	<p>Flere enn 80 prosent av brukerne har en kriseplan som er tilpasset etter at ACT-teamet er koblet inn.</p>
<p>29. INDIVIDUELL REHABILITERINGSPLAN: Alle behandlingsplanene inneholder individuelle mål for rehabilitering innen ulike livsområder. Det skal være skrevet med et lett forståelig språk og ha fokus på individuelle behov, brukernes egne ønsker og styrker/ressurser.</p>	<p>Flere enn 80 prosent av brukerne har en behandlingsplan som inneholder individuelle mål for rehabilitering innen ulike livsområder</p>
<p>30. KOPI AV BEHANDLINGSPLANEN: Alle brukerne har en kopi av sin behandlingsplan (med mindre de eksplisitt ikke ønsker å ha en slik kopi).</p>	<p>Flere enn 80 prosent av brukerne har en kopi av sin behandlingsplan</p>
<p>31. MEDISINERING:</p>	<p>Det jobbes iht til protokoller, og informasjon gis systematisk.</p>
<p>32. PSYKOEDUKASJON:</p>	<p>Psykoedukasjon gis iht retningslinjene</p>
<p>33. KOGNITIV ATFERDSTERAPI:</p>	<p>Teamet gir kognitiv atferdsterapi iht retningslinjene og flere enn 15 prosent av brukerne har benyttet seg av dette</p>
<p>34. PSYKOEDUKASJON RETTET MOT BRUKERS FAMILIE</p>	<p>Det blir dokumentert at det jobbes iht til modellen/tool kit Familie psykoedukasjon (FPE) og mer enn 20 prosent av familiene benytter seg av dette tilbudet</p>
<p>35. ARBEID MED STØTTE (SUPPORTED EMPLOYMENT , IPS) Teamet har hele tiden oppmerksomheten rettet mot arbeid.</p>	<p>Denne intervensjonen tilbys iht. modellen «Individual Placement and Support (IPS)». 15 prosent av brukerne benytter seg av dette tilbudet</p>
<p>36. DOBBELDIAGNOSEMODELL (IDDT): Teamet jobber iht. en trinnvis behandlingsmodell. I de forskjellige fasene av behandlingen tilbys ulike intervensjoner. Modellen er ikke-konfronterende, den følger atferdsprinsipper, tar høyde for interaksjoner mellom psykisk lidelse og rusavhengighet og forventer gradvis avholdenhet.</p>	<p>Teamet jobber iht. DD-behandlingsprinsipper og det er teammedlemmer som gir behandlingen</p>
<p>37. INDIVIDUELL SOMATISK OPPFØLGING: Teamet tilbyr screening av somatisk helse og sørger for at brukerne følger opp avtaler og behandling for slike sykdommer.</p>	<p>Teamet tilbyr systematisk screening av somatisk helse og følger brukerne til behandling dersom det er nødvendig</p>
<p>ORGANISERING AV TJENESTENE</p>	<p>5</p>
<p>38. HÅNTERING AV INKLUSJONSKRITERIER: Teamet jobber i en organisasjon der man har veldefinerte inntakskriterier mht. målgruppen. Disse kriteriene følges også i praksis. Ingen/kun et fåtall av brukere oppfyller ikke teamets inntakskriterier.</p>	<p>< 5 prosent av brukerne i teamet oppfyller ikke inntakskriteriene</p>
<p>39. VENTELISTE: Ventetiden for inntak i teamet for brukere som oppfyller inntakskriteriene har i løpet av det siste året ikke vært lengre enn 1 mnd.</p>	<p>< 1 mnd.</p>

<p>40. INNTAK I FACT Hvor mange brukere er inkludert I FACT sammenliknet med antall potensielle brukere i opptaksområdet? Ta liknende tjenester innen samme opptaksområdet med i beregningen, det viktige er at ingen brukere med behov for disse tjenestene faller mellom stolene/står uten tilbud.</p>	<p>> mellom 86 og 95 prosent av potensielle brukere får FACT-tjenester.</p>
<p>41. 24-TIMERS TILGJENGELIGHET OG KRISETJENESTER (AKUTTLIBUD/-TJENESTER):</p> <ul style="list-style-type: none"> • I kontortiden er teamet tilgjengelig innen 2 timer dersom det oppstår en krise. • Dersom krisen oppstår utenfor kontortiden finnes det gode avtaler med akuttjenestene. • Brukerne av teamet (FACT) kan ta kontakt med en tjenesteyter som kjenner deres situasjon 24 timer i døgnet dersom de har spørsmål. • Kriseplan er tilgjengelig for krise-/akuttjenestene. 	<p>Teamet oppfyller alle de fire kriteriene.</p>
<p>42. ANSVAR FOR INNLEGGELSER: Teamet tar initiativ til innleggelse.</p>	<p>95 prosent eller flere av innleggelsene skjer etter initiativ fra teamet.</p>
<p>43. BRUKERSTYRTE SENGER Teamet har enkel adgang til brukerstyrte senger til sine brukere.</p> <p>44. UNDER INNLEGGELSER: Dersom brukere er innlagt i døgnenheter er teamet hyppig på besøk.</p>	<p>Teamet kan alltid benytte brukerstyrte senger.</p> <p>Teammedlemmer besøker systematisk brukere som er innlagt i døgnavdelinger en gang hver uke. Av og til blir de med bruker hjem på permisjon.</p>
<p>45. ANSVAR FOR PLANLEGGING AV UTSKRIVELSE: Teamet samarbeider med døgnavdelingen(-e) og er involvert i møter der utskrivelsen planlegges.</p>	<p>Teamet er involvert i alle møter der utskrivelsen planlegges for alle innlagte brukere og «beholder regien» for utskrivelsen. 85 prosent eller flere av utskrivelsene skjer i samarbeid med teamet.</p>
<p>46. OPPFØLGING ETTER UTSKRIVELSE FRA FACT: Teamet avslutter vanligvis få brukere. Avslutning skjer gradvis etter at team og bruker har blitt enige og teamet har ordnet med klare avtaler og god oppfølging fra fastlege. Overføringer som ikke går etter planen evalueres.</p>	<p>For 95 prosent (eller flere) av brukerne som ble avsluttet i løpet av det siste året har de videre avtalene om oppfølging vært tilstrekkelige og avslutningen var bundet i en felles avgjørelse mellom teamet og brukeren.</p>
<p>47. INGEN DROP-OUT: Teamet holder kontakt med brukerne og skriver ingen ut av teamet uten henvisning.</p>	<p>Færre enn 5 prosent av teamets brukere forsvinner fra teamet eller blir skrevet ut uten henvisning i løpet av 12 måneder.</p>
<p>LOKALBASERTE TJENESTER:</p>	<p>5</p>
<p>48. OPPSØKENDE: Teamet har fokus på utvikling av ferdigheter for å kunne fungere i lokalsamfunnet. Mer enn 80 prosent av kontaktene skjer utenfor kontorene (ikke inkl. psykiater/psykolog).</p>	<p>80 prosent eller flere av det totale antall én-til-én kontakter skjer utenfor kontorene.</p>
<p>49. SAMARBEID MED EKSTERNE TJENESTER: Teamet har samarbeidet med 1) hjemmetjenesten, 2) lokalt politi, 3) boligkontor 4) velferdsorganisasjoner 5) frivillige organisasjoner/kirker osv. i lokalmiljøet.</p>	<p>Teamet har samarbeidet med minst 4 andre tjenesteytere/organisasjoner i løpet av de siste 6 månedene.</p>
<p>50. METODER FOR AKTIVT OPPSØKENDE ARBEID Teamet bruker mange ulike strategier for å holde kontakt med brukerne og sikre tilknytning til teamet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Attraktive og motiverende, som spontane møter, levere mat/kaffe/klær osv. økonomisk veiledning. • Er aktivt oppsøkende ute i brukernes lokalmiljø. • Ved behov; juridiske virkemidler (f.eks. tvungen psykisk helsevern eller tvungen forvaltning). 	<p>Teamet benytter konsekvent gjennomtenkte strategier fra motiverende og oppsøkende helsehjelp og juridiske virkemidler.</p>

<p>51. SAMARBEID MED SOSIALT NETTVERK NÅR BRUKERE HAR BEHOV FOR INTENSIVT TJENESTETILBUD: Teamet tilbyr støtte og opplæring/veiledning til personer i det sosiale nettverket med eller uten brukeren til stede (f.eks. til familiemedlemmer, huseier, arbeidsgiver).</p>	<p>Teamet har i løpet av den siste måneden hatt kontakt med personer i det sosiale nettverket til 80 prosent eller flere av brukerne på tavlen.</p>
<p>52. SAMARBEID MED SOSIALT NETTVERK NÅR BRUKER HAR BEHOV FOR MINDRE INTENSIVT TJENESTETILBUD: Teamet tilbyr støtte og opplæring/veiledning til personer i det sosiale nettverket med eller uten brukeren til stede (f.eks. til familiemedlemmer, huseier, arbeidsgiver).</p>	<p>I løpet av de siste 6 mnd. har teamet hatt kontakt med personer i det sosiale nettverket til 80 prosent eller flere av brukerne.</p>
<p>MONITORERING: 5</p>	
<p>53. ROUTINE OUTCOME MONITORING (ROM) – INNHOLD: Teamet bruker standardiserte og validerte instrumenter for å kartlegge brukernes psykiske og sosiale fungering i tillegg til et standardisert måleinstrument for hjelpebehov (needs of care) og et for livskvalitet. Kartleggingen gjøres minst en gang pr år.</p>	<p>>80 prosent av brukerne gjennomgår minst en gang pr år standardisert kartlegging av høy kvalitet, det er god informasjon om alle de fire kriteriene og resultatene blir gjennomgått minst en gang hvert år.</p>
<p>54. ROUTINE OUTCOME MONITORING (ROM) - BRUK: Teamet bruker ROM både i den individuelle oppfølgingen av brukerne, som en del av behandlingsplanen og i forhold til teamresultater som en del av PDCA-syklusen (Plan Do Check Act syklus – organisasjonsprinsipp for prosessstyring).</p>	<p>Teamet bruker systematisk ROM i forbindelse med evaluering av teamet og som e del av den individuelle oppfølgingen av brukerne.</p>
<p>55. FORBEDRINGSSYKLUS FACT: Prosjektleder/teamleder monitorerer FACT-prosessen og bruker informasjonen til å forbedre programmet. Monitoreringen av prosessen skjer i henhold til en standard tilnærming, f.eks. ved bruk av fidelity-skala eller en omfattende samling av andre indikatorer. PDCA-syklusen brukes til dette.</p>	<p>Standardisert og grundig. Prosessen blir monitorert hver 6. mnd. og blir brukt til å forbedre programmet. PDCA-syklusen er gjenkjennelig i prosessen.</p>
<p>PROFESJONALISERING: 5</p>	
<p>56. REFLEKSJON RUNDT EGEN PRAKSIS: Alle teammedlemmene har minst 5x2 timer/år (gruppe-)veiledning eller gruppesammenkomster (andre fra samme fagfelt).</p>	<p>Over 80 prosent av teammedlemmene får (gruppe-)veiledning eller har faglige møter (med andre fra samme fagfelt) minst 5x2 timer/år.</p>
<p>57. OPPLÆRING; FACT OG KUNNSKAPSBASERTE METODER: Alle teammedlemmene får hvert år undervisning/videreutdanning i FACT og kunnskapsbaserte metoder (minimum 4 halve dager).</p>	<p>Over 80 prosent av teammedlemmene får undervisning/videre-utdanning i FACT og kunnskapsbaserte metoder hvert år.</p>
<p>58. OPPLÆRING I MESTRINGSORIENTERT OPPFØLGING/RECOVERY 80 % av teammedlemmene har fått opplæring i recovery i løpet av de siste 2 årene.</p>	<p>80 prosent eller flere av teammedlemmene har fått opplæring i mestringsrelaterte tjenester i løpet av de siste 2 årene.</p>
<p>59. FOKUS PÅ RECOVERYBASERTE TJENESTER: Teamet har fokus på recovery. Dette bekreftes ved gjennomgang av tavlen, de planlagte møtene med brukerne, tjenestene som gis og i behandlingsplanene.</p>	
<p>60. TEAMÅND:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atmosfæren i teamet (utmerket, vennlig, hjertelig) • Samhørighet (støttende, engasjerte og involverte) • Felles forståelse (enighet i arbeidsmetodene og målsetningene for teamet) • Kreativitet (teamet bruser av idéer og handlekraft) • Utbrenthet (< 20 prosent av teammedlemmene viser tegn til utbrenthet) 	<p>Teamet oppfyller alle 5 kriteriene. Man får inntrykk av at teamet er entusiastisk, motivert, handlekraftig og er preget av harmoni og pågangsmot.</p>



ROP



Sykehuset Innlandet HF



Helsedirektoratet