

# Utprøving av ACT-team i Norge

## Hva viser resultatene?





# Forord

KoRus-Øst/Nasjonal kompetansetjeneste ROP fikk i oppdrag av Helsedirektoratet å evaluere utprøvingen av 12 norske ACT-team. Evalueringen har blitt gjort i samarbeid med FOU-avdelingen i divisjon psykisk helsevern ved Akershus universitetssykehus. Evalueringen er finansiert av Helsedirektoratet.

Helsemyndighetenes utprøving av ACT-team bygger på en modell som det er lang erfaring med i mange land. Modellen er godt dokumentert internasjonalt og har vist seg å gi gode tjenester for de brukerne som trenger det mest.

Forskjeller mellom helsetjenester og samfunnsforhold i ulike land gjør at slike modeller kan kreve lokale tilpasninger. Om en skal innføre ACT-modellen i stor skala i Norge, er det derfor viktig å få et best mulig kunnskapsgrunnlag for en slik beslutning og om eventuelle behov for tilpasninger av modellen for norske forhold. Den forskningsbaserte evalueringen av ACT-team skal bidra til et best mulig kunnskapsgrunnlag for slike beslutninger på ulike nivå.

Den forskningsbaserte evalueringen har også bidratt underveis i utprøvingen av ACT-team. Vi har gitt tilbakemeldinger til det enkelte team ut fra systematisering av opplysninger de selv har bidratt med. I tillegg ble det skrevet en midtveisrapport fra evalueringen som oppsummerte resultater etter ett års drift i det enkelte team.

3. desember 2014

## **FOR FORSKERGRUPPA**

*Torleif Ruud*

*prosjektleder*

*Akershus universitetssykehus*

*FOU-avdeling psykisk helsevern*

Vi i forskergruppa takker ACT-teamene for alle opplysninger de har bidratt med, og vi takker alle brukerne som har gitt samtykke til at opplysninger kan brukes i den forskningsbaserte evalueringen. Det er vårt håp at denne rapporten kan være til nytte i de vurderinger som gjøres både lokalt og nasjonalt om videreføring og videreutvikling av tjenestene for målgruppa.

Det har vært ansatt to stipendiater ved Nasjonal kompetansetjeneste ROP, og to ved A-hus tilknyttet evalueringen. Disse er eksternt finansiert. Nasjonal kompetansetjeneste ROP har i all hovedsak hatt ansvaret for datainnsamlingen, kontakt med teamene, registrering og delvis analyse av de ulike delundersøkelsene. Det har vært et forskerteam på seks personer som har gjennomført fidelityvurderingene: Hanne Clausen, Kristin Heiervang, Torleif Ruud, Hanne Kilen Stuen, Sigrun Odden, Anne Landheim. Ahus har hatt ansvaret for brukertilfredshetsundersøkelsen og pårørendeundersøkelsen.

Kapittel 1 og 2 er skrevet av Anne Landheim og Torleif Ruud, kapittel 3 av Hanne Kilen Stuen, kapittel 4 av Sigrun Odden og Kristin Heiervang, kapittel 5 av Torleif Ruud, kapittel 6 av Anne Landheim, Sigrun Odden og Hanne Clausen, kapittel 7 av Anne Landheim og Torleif Ruud, kapittel 8 av Hanne Clausen, kapittel 9 av Kristin Heiervang og Ann-Mari Lofthus, kapittel 10 av Pravin Israel og Bente Weimand, kapittel 11 av Sigrun Odden, kapittel 12 av Sigrun Odden, Reidunn Evjen og Anne Landheim og kapittel 13 av Anne Landheim, Sigrun Odden, Hanne Clausen og Torleif Ruud.

*Anne Landheim*

*prosjektansvarlig*

*Sykehuset Innlandet*

*Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig  
rusmisbruk og psykisk lidelse*

# Innhold

## Kapitler

<b>Forord</b> .....	<b>3</b>
<b>Sammendrag</b> .....	<b>6</b>
<b>1. Forsøk med ACT-modellen</b> .....	<b>13</b>
1.1 Innledning .....	<b>13</b>
1.2 Bakgrunn .....	<b>13</b>
<b>2. Om evalueringen</b> .....	<b>15</b>
2.1 Formål og problemstillinger i evalueringen ..	<b>15</b>
2.2 Metode og datainnsamling .....	<b>16</b>
2.2.1 Om pasientutredningen ved inntak og etter 24 måneder .....	<b>17</b>
2.2.2 Innleggelse i psykisk helsevern ved bruk av registerdata .....	<b>20</b>
2.2.3 Modelltrofasthet mot ACT-modellen målt ved TMACT .....	<b>20</b>
2.2.4 Innhold i behandlingen registrert med «ukeskjema» .....	<b>21</b>
2.2.5 Undersøkelse om brukererfaringer og brukertilfredshet .....	<b>22</b>
2.2.5.1 Utforming av delstudien .....	<b>23</b>
2.2.5.2 Utvalget som er intervjuet .....	<b>23</b>
2.2.5.3 Utvikling av spørreskjemaet .....	<b>23</b>
2.2.5.4 Datainnsamling .....	<b>23</b>
2.2.6 Pårørendes erfaringer med ACT-team	<b>23</b>
2.2.7 Fokusgruppeintervju med teamansatte	<b>24</b>
2.2.8 Intervju med samarbeidspartnere .....	<b>25</b>
<b>Del B: Om ACT-teamene</b> .....	<b>27</b>
<b>3. Organisering av ACT-teamene</b> .....	<b>27</b>
3.1 Oppstart, organisering og opptaks- område i det enkelte team .....	<b>27</b>
3.2 Bemanning i teamene .....	<b>28</b>
3.3 Oppsummering .....	<b>31</b>
<b>4. Modelltrofasthet i ACT-teamene</b> .....	<b>33</b>
4.1 Måleinstrumentet TMACT .....	<b>33</b>
4.2 Drift og struktur .....	<b>34</b>

### 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

4.3 Kjernebemanning . . . . .	35
4.4 Spesialistbemanning . . . . .	37
4.5 Kjerneaktiviteter . . . . .	38
4.6 Kunnskapsbaserte aktiviteter . . . . .	40
4.7 Individuelt tilpassede behandlingsplaner . . . . .	42
4.8 Oppsummering . . . . .	43
<b>5. Hvilke tjenester gir ACT-teamene?</b> . . . . .	<b>45</b>
5.1 Innhold i behandlingen registrert med «ukeskjema» . . . . .	45
5.2 Grad av oppsøkende arbeid . . . . .	45
5.3 Hyppighet og omfang av kontakt . . . . .	46
5.4 Innhold i kontakter med brukerne . . . . .	47
5.5 Teamenes samhandling med andre . . . . .	49
5.6 Oppsummering . . . . .	50
<b>DEL C: Om brukerne.</b> . . . . .	<b>53</b>
<b>6. Rekruttering av brukere og målgruppe</b> . . . . .	<b>53</b>
6.1 Rekruttering til ACT-teamene det første driftsåret . . . . .	53
6.2 Brukere som er rekruttert til teamene, og som har avsluttet kontakt i løpet av tre år . . . . .	53
6.3 Har ACT-teamene nådd målgruppa? . . . . .	56
6.4 Oppsummering . . . . .	56
<b>7. Hvordan går det med brukerne 24 måneder etter inntak?</b> . . . . .	<b>59</b>
7.1 Hovedbeskjeftigelse, hovedinntekt og bosituasjon ved inntak og 24 måneder etter inntak . . . . .	59
7.2 Symptombelastning og funksjonsnivå målt med GAF ved inntak og etter 24 måneder . . . . .	60
7.3 Praktisk og sosial fungering målt med PSF ved inntak og etter 24 måneder . . . . .	61
7.4 Psykiatriske symptomer målt med BPRS . . . . .	62
7.5 Rusproblemer ved inntak og etter 24 måneder i teamet . . . . .	64
7.6 Andel med tvangsvedtak ved inntak og etter 24 måneder . . . . .	64
7.7 Livskvalitet ved inntak og etter 24 måneder (MANSA) . . . . .	65
7.8 Hvilken betydning har ulike forhold for variasjon i forløpet? . . . . .	66
7.9 Oppsummering . . . . .	66
<b>8. Er det reduksjon i sykehusinnleggelser etter inntak i ACT-teamene?</b> . . . . .	<b>69</b>
8.1 Brukere innlagt i psykisk helsevern før og etter inntak i ACT . . . . .	69
8.2 Antall innleggelser i psykisk helsevern før og etter inntak i ACT . . . . .	69
8.3 Oppholdsdøgn i psykisk helsevern før og etter inntak i ACT . . . . .	70
8.4 Tvangsinnleggelser i psykisk helsevern før og etter inntak i ACT . . . . .	71
8.5 Hyppige og/eller langvarige innleggelser i psykisk helsevern før inntak i ACT . . . . .	71

8.6 Oppsummering . . . . .	73
<b>DEL D: Erfaringer med ACT-modellen</b> . . . . .	<b>75</b>
<b>9. Brukernes erfaringer med ACT-teamene</b> . . . . .	<b>75</b>
9.1 Brukertilfredshet . . . . .	75
9.2 Erfaringer med teamene og ACT-modellen . . . . .	75
9.3 Relasjon til nærmeste behandler . . . . .	76
9.4 Opplevelse av tilfriskning (recovery) . . . . .	76
9.5 Oppsummering . . . . .	76
<b>10. Pårørendes erfaringer med ACT-teamene</b> . . . . .	<b>79</b>
10.1 Bakgrunn . . . . .	79
10.2 Problemstillinger . . . . .	79
10.3 Kjennetegn ved deltakerne . . . . .	79
10.4 Resultater . . . . .	79
10.5 Oppsummering . . . . .	80
<b>11. Ansattes erfaringer med ACT-modellen.</b> . . . . .	<b>81</b>
11.1 Oppstarterfaringer . . . . .	81
11.2 ACT-modellen og brukerne . . . . .	82
11.3 Erfaringer med å jobbe i et ACT-team . . . . .	84
11.4 Synspunkter på modelltrofasthet og fidelity-skalaen . . . . .	84
11.5 Eksternt samarbeid . . . . .	86
11.6 Tanker om framtida til ACT-teamene . . . . .	88
11.7 Oppsummering . . . . .	90
<b>12. Samarbeidspartnerens erfaringer med ACT-teamene</b> . . . . .	<b>91</b>
12.1 Forventninger . . . . .	91
12.2 ACT-teamenes funksjon og plass i tjenesteapparatet . . . . .	92
12.3 ACT-teamenes rolle og funksjon for brukerne . . . . .	93
12.4 ACT-team og målgruppe . . . . .	95
12.5 ACT-team og brukere med tvungent psykisk helsevern med og uten døgnopphold . . . . .	96
12.6 Synspunkter på framtidig organisering av tjenestene for målgruppa . . . . .	96
12.7 Oppsummering . . . . .	97
<b>DEL E. Avslutning.</b> . . . . .	<b>92</b>
<b>13. Diskusjon og konklusjon</b> . . . . .	<b>99</b>
13.1 I hvilken grad følger teamene ACT-modellen? . . . . .	99
13.2 Inkluderer ACT-teamene målgruppa? . . . . .	101
13.3 Hvordan er pasientforløpet ved behandling fra ACT-team? . . . . .	102
13.4 Er det en reduksjon i døgnopphold etter inntak i ACT-teamene? . . . . .	103
13.5 Hva er erfaringene med gjennomføring av ACT-modellen? . . . . .	103
13.6 Konklusjoner . . . . .	104
<b>Referanser</b> . . . . .	<b>107</b>

# Sammendrag

## Bakgrunn

Evalueringen av Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999–2008) viste at det var en gruppe personer som ikke klarte å nyttiggjøre seg eksisterende behandlings- og oppfølgingstilbud. Spesielt utsatt var personer med alvorlig psykisk lidelse, ofte i kombinasjon med andre tilleggsproblemer som for eksempel rusmiddelmissbruk. Det ble påpekt at det var manglende helhet og kontinuitet i tjenestene, og at det var manglende samhandling mellom den kommunale helse- og sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten. Et av tiltakene som ble foreslått overfor denne pasientgruppa, var utprøvingen av aktivt oppsøkende behandlingsteam (ACT-team). ACT-modellen syntes å være den best evaluerte modellen internasjonalt, og med de beste resultatene for målgruppa. En anslø at det var 4000 personer i Norge i målgruppa for ACT-team (IS-1554). Fra 2007 og fram til 2012 er det etablert 14 ACT-team i Norge. Det første teamet startet opp i mosseregionen høsten 2007. De andre 13 ACT-teamene startet opp med tilskuddsmidler fra Helsedirektoratet fra desember 2009 og fram til 2012.

Selv om ACT-modellen er etterprøvd gjennom en rekke randomiserte kontrollerte studier internasjonalt i nærmere 40 år, vet vi lite om nytten av ACT i Skandinavia og i Norge. Her i landet har vi en deling av tjenestene på to forvaltningsnivå med ulike finansieringsveier for spesialisthelsetjenestene (psykisk helsevern, tverrfaglig spesialistert rusbehandling) og primærhelsetjenesten (fastleger, kommunalt psykisk helsearbeid, kommunale rustjenester), samt statlige lokale tjenester med delansvar (NAV) for viktige tjenester for målgruppen. Denne delingen utgjør en utfordring for koordinering og en fare for fragmentering av tilbudet, og det er derfor av stor interesse å finne ut om ACT-team kan gi et bedre tilbud til grupper som har et stort behov for sammenfattede tjenester og som samtidig er vanskelige å nå. Det

er derfor viktig at en utprøving av ACT-team i Norge også vurderes så grundig som mulig ved en forskningsbasert evaluering. Helsedirektoratet har lagt til rette for opplæring for etablerere og ledere i kommuner/helseforetak, og ansatte og ledere i ACT-team. Det er også utarbeidet en ACT-håndbok.

## Evalueringen av ACT-teamene

KoRus-Øst/Nasjonalt kompetansetjeneste ROP fikk i oppdrag av Helsedirektoratet å evaluere utprøvingen av 12 norske ACT-team. Evalueringen har blitt gjort i samarbeid med FOU-avdelingen i divisjon psykisk helsevern ved Akershus universitetssykehus. Evalueringoppdraget startet høsten 2009 og varer fram til 2014. Evalueringen er finansiert av Helsedirektoratet.

Formålet med den forskningsbaserte evalueringen er å undersøke i hvilken grad ACT-teamene arbeider i henhold til ACT-modellen, og om brukerne får et bedret forløp (bedre psykisk helse, mindre rusproblem, bedre fungering, færre innleggelse, bedre kontakt med helse-tjenestene, bedre livskvalitet) ved oppfølging i samsvar med ACT-modellen. Videre ønsker man å undersøke hvilke erfaringer brukere, pårørende, teamansatte og samarbeidspartnere har med modellen.

## Om ACT-teamene

ACT-teamene er geografisk plassert fra Tromsø i nord til Jæren og Kristiansand i sør. Det er etablert syv ACT-team i opptaksområdet til Helse Sør-Øst RHF, fire team i Helse Midt-Norge RHF, to team i Helse Vest RHF og ett team i Helse Nord RHF. Samtlige ACT-team er etablert som et forpliktende samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten (DPS) og en eller flere kommuner/bydelers. De fleste teamene har valgt en modell

der ACT-teamet er organisatorisk forankret i DPS, og der alle teammedlemmene er ansatt ved DPS. Teamene i Oslo, Trondheim og Tromsø har valgt en delt arbeidsgiver-modell med ansatte fra begge nivåer. Det er relativt store forskjeller mellom teamene når det gjelder størrelsen på opptaksområdet. De største opptaksområdene har i overkant av 100 000 innbyggere, mens de minste har omtrent 40 000 innbyggere. ACT-teamene er tverrfaglig sammensatt, og de fleste ansatte har helse- og sosialfaglig utdanning med lang yrkeserfaring.

### Modelltrofasthet i teamene

I hvilken grad ACT-modellen er implementert av ACT-teamene, er målt med det amerikanske måleinstrumentet Tool for Measurement of Assertive Community Treatment (TMACT), som består av seks hovedområder og 47 elementer. Etter 30 måneders drift har ACT-teamene implementert hovedområdet Drift og struktur i høy grad. Det vil si at teamene har høy modelltrofasthet på elementene som kartlegger organisasjon og struktur i et ACT-team. Området Kjernebemanning, som kartlegger teamleders, psykiaters og sykepleiers roller og stillingsandeler i teamet, oppnår også høy modelltrofasthet etter 30 måneders drift. Spesialistbemanning, som kartlegger russpesialistens, arbeidsspesialistens og brukerspesialistens roller og stillingsandeler i et ACT-team, får lav skår og er i liten grad implementert av de norske ACT-teamene. Hoved-områdene Kjerneaktiviteter og Kunnskapsbaserte aktiviteter har moderat modelltrofasthet etter 30 måneders drift. Viktige kjerneelementer som ansvar for psykiatriske tjenester, rehabiliteringstjenester og det å jobbe lokalt/oppsøkende har høy modelltrofasthet, mens kontakthypighet, ansvar for kisetjenester og kontakt med brukernes nettverk er elementer som har lav modelltrofasthet. Blant kunnskapsbaserte aktiviteter er dobbeldiagnosebehandling implementert i moderat grad, mens arbeid med støtte / supported employment / individual placement and support har lav modelltrofasthet. Det siste hovedområdet i TMACT-modellen, Individuelt tilpassede behandlingsplaner, kartlegger teamenes praksis for å styrke brukernes recovery ved å fremme selvbestemmelse. Dette området har moderat modelltrofasthet i de norske ACT-teamene.

Oppsummert kan vi si at de norske teamene har moderat modelltrofasthet ut fra sine totalskårer med måleinstrumentet TMACT. Det er noe variasjon mellom teamene; ett team har lav implementering av modellen ut fra

totalskår, mens to team har høy implementering. Samlet sett var det en klar forbedring av teamenes modelltrofasthet fra første måling 12 måneder etter oppstart til andre måling 30 måneder etter oppstart.

### Hvilke tjenester gir ACT-teamene?

Teamene har jobbet oppsøkende slik ACT-modellen legger vekt på. Kravene i modellen er at minst 70-80 prosent av kontaktene skal være utenfor egne lokaler. I de norske teamene var omtrent 90 prosent av ansikt til ansikt kontaktene hjemme hos bruker eller ute i lokalsamfunnet. Hyppigheten av kontakt ansikt til ansikt har vært i gjennomsnitt omtrent to ganger per bruker per uke, og omfanget av tid med hver bruker har vært i gjennomsnitt nesten to timer per uke. Dette er lavere enn kravene i TMACT for å få høy skår for hyppighet og intensitet i kontakten. Det er noen forskjeller mellom team i intensitet og omfang av registrert kontakt per uke.

Det hyppigste innholdet i kontaktene var støttesamtaler, dernest administrering av medikamenter og planlegging av behandling eller tiltak. Disse aktivitetene utgjorde til sammen nær halvparten av kontaktene med brukerne. Det som fulgte etter disse i omfang, var ulike typer praktisk hjelp med husarbeid og bolig, samt aktiviteter som innebar sosial kontakt eller trening i sosiale eller praktiske ferdigheter. Neste gruppe aktiviteter i hyppighet var samhandling med andre tjenester i form av møter, følge brukeren til fastlege eller andre tjenester, eller mer spesifikke samtaleformer som psykoterapi og familiesamtaler. Det var relativt få kontakter der hovedinnholdet var rusbehandling. Ved 17 prosent av kontaktene var det andre tjenester som deltok. De som teamene hyppigst hadde slik samhandling med, var personale ved døgnavdelinger ved DPS/sykehus, Nav, psykiatri/rustjenester i kommune/bydel og fastleger.

### Rekruttering til ACT-teamene og målgruppe

I løpet av en treårsperiode er omtrent 600 brukere inkludert i 12 ACT-team. De minste teamene har i løpet av perioden hatt i overkant av 30 brukere, mens de største teamene er oppe i 100. Opptaksområdet for det enkelte team varierer fra 40 000 til 117 000, og totalt for alle tolv teamene er opptaksområdene i underkant av 800 000. Ved oppstart for utprøving av ACT ble det anslått at det var vel 4000 personer i Norge i målgruppa for ACT-team (IS-1554). Det vil si omtrent én promille

av den voksne befolkningen. Med i underkant av 600 inkluderte brukere har teamene i sitt opptaksområde dekket i underkant av én promille. Ut fra teamenes opptaksområder og anslåtte tall for målgruppa for ACT-team i Norge, vil vi si at teamene har rekruttert det antall brukere som kan forventes.

I underkant av 200 brukere er skrevet ut av ACT-teamene i løpet av en treårsperiode. Totalt sett er det 30 prosent av brukerne som har avsluttet kontakten med teamene, enten fordi teamet ikke lykkes i å etablere kontakt eller fordi brukeren ikke lenger ønsket å få behandling og oppfølging fra teamet. Dette er ikke mer enn forventet i en periode på tre år.

Teamene inkluderer i all hovedsak personer med alvorlig psykisk lidelse. Nær 90 prosent av brukerne har schizofreni/schizotyp/paranoid lidelse eller bipolar lidelse. Om lag 60 prosent av brukerne har i tillegg problemfylt bruk av ett eller flere rusmidler. Resultatene fra skårene på Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) viser at 82 prosent av brukerne har minst ett symptom i moderat alvorlig til svært alvorlig grad. Målgruppa for ACT skal ha betydelig funksjons-nedsettelse og ha behov for langvarige og sammensatte tjenester. Resultatene fra kartleggings-instrumentene for funksjon viser at dette stemmer med de brukerne som er inkludert i teamene. Gjennomsnittlig skåring på Global Assessment of Functioning (GAF) er 39, noe som indikerer stor funksjonssvikt innen flere områder. Når det gjelder bruk av tjenester i kommunen og spesialisthelsetjenesten i løpet av de siste 12 månedene før inntak i ACT-teamet, oppgir teamene at cirka en femtedel av brukerne har vært i kontakt med akutteam og/eller psykoseteam. En fjerdedel har vært i kontakt med hjemmetjenesten i kommunen, mens cirka halvparten har hatt kontakt med psykisk helse-tjeneste. Omlag 81 prosent av brukerne har også vært innlagt i psykisk helsevern det siste året før inntak i ACT-teamene. På bakgrunn av dette har at ACT-teamene inkludert de brukerne modellen legger opp til.

### **Hvordan går det med brukerne 24 måneder etter inntak i ACT-teamene?**

Formålet med ACT-modellen er at brukerne skal oppnå bedring over tid når det gjelder funksjonsnivå, bruk av rusmidler, symptombelastning, livssituasjon, bosituasjon og ikke minst livskvalitet. Vi finner bedring for brukerne på flere områder i løpet av en toårsperiode. Boforholdene har blitt signifikant bedre ved at det er færre brukere som er uten fast bopel. Det er flere med stabil inntekt i form av uføretrygd og flere i arbeidsret-

tete tiltak/utdanning, men det er fortsatt få brukere som er i ordinært arbeid. Vi finner en signifikant bedring når det gjelder symptombelastning målt både med GAF og BPRS. Det er en signifikant nedgang i andelen brukere med alvorlige til svært alvorlige depressive symptomer og selvmordsrisiko. Når det gjelder funksjonsnivå, er dette fortsatt lavt målt med GAF, men vi finner en signifikant bedring. Vi finner ingen signifikant endring i skårene på praktisk og sosial fungering målt med PSF, med unntak av det å handle og lage sin egen mat. Det er en tendens til nedgang i andelen personer som er under tvungent psykisk helsevern utenfor døgn, mens andelen under tvungen økonomisk forvaltning har økt i toårsperioden. Vi finner også en tendens til bedring i total livskvalitet. Brukerne er mer fornøyd med bolig og boligforhold to år etter inntak i ACT-teamet. Det er viktig å påpeke at to år er kort tid, særlig for en pasientgruppe som i utgangspunktet har alvorlige psykiske lidelser og omfattende hjelpebehov. Det er derfor et spørsmål om hvor mye bedring og endring en kan forvente.

### **Innleggelses i psykisk helsevern før og etter inklusjon i ACT-team**

Antallet innleggelses og antallet personer som har vært innlagt er omtrent det samme før og etter inklusjon i ACT-teamene. Derimot finner vi at antallet oppholdsdøgn er sterkt redusert etter inntak i ACT-teamene sammenlignet med toårsperioden før inklusjon. Dette dreier seg om 8 500 færre døgn. I løpet av 24-månedersperioden før inntak i ACT-teamene var omtrent 11 500 oppholdsdøgn på tvang, mens det ble redusert til 5 200 oppholdsdøgn etter inntak. Antallet oppholdsdøgn for personer med mange innleggelses før inntak i ACT-team ble redusert med over 10 000 oppholdsdøgn i 24-månedersperioden etter inntak i ACT. Andel oppholdsdøgn på tvang er redusert med over 70 prosent for personer som hadde mange innleggelses før inntak i ACT-teamene. Disse tallene gjelder for de 142 brukerne som har deltatt i evalueringen.

### **Brukernes erfaringer med ACT-teamene**

Denne delstudien ble gjort ved at 76 brukere av ACT-team ble intervjuet av personer som selv har erfaring med psykisk helsevern. Brukernes erfaringer med ACT var positive. Helsen opplevdes som bedre etter å ha fått kontakt med ACT-teamet, og ACT opplevdes som bedre enn tidligere behandling. ACT-brukerne sa de var mer tilfredse med ACT enn med ordinære tjenester.



De opplevde ikke hjelpen som påtrengende og ønsket seg heller mer kontakt enn mindre. Relasjonen til nærmeste behandler ble oppgitt å være svært god, ikke minst med tanke på den type problematikk brukergruppa strever med. Brukerne rapporterte høy tilfredshet med de spesifikke arbeidsmetodene i ACT, som å møtes hjemme/ute i stedet for i helsetjenesten, å forholde seg til flere i teamet og ikke én behandler, og å motta alle eller de fleste tjenestene fra ett team i stedet for å måtte søke hjelp hos flere ulike instanser. De var altså i hovedsak godt fornøyde med de sidene ved ACT-modellen som er annerledes enn i ordinære helsetjenester.

### **Pårørendes erfaringer med ACT-teamene**

Pårørende til ACT-brukere var i det store og hele fornøyde med ACT-teamenes innsats både for brukeren og overfor dem selv. De pårørende var fornøyde med omfanget av hjelp, med at teamet oppsøker brukeren hjemme eller der han/hun er, og med at det er flere i temaet som følger opp brukeren. Dette kan tyde på at ACT-teamene oppleves som en type avlastning for pårørende, men også at det representerer en positiv kontinuitet. De pårørendes opplevelser av ACT-teamene er mye mer positive enn de negative erfaringene som beskrives i flere internasjonale studier om pårørende til mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Et unntak er at en stor del pårørende ikke opplevde at kontakten med ACT-team var bedre enn andre tjenester når det gjaldt det å føle seg ekskludert og maktesløs.

### **Erfaringer fra teamansatte**

Teamansatte har stor tro på ACT-modellen. De ser at det går bedre med mange av brukerne og framhever at de ser økt stabilitet, økt livskvalitet, bedre mestring og trygghet i brukernes hverdag. For å lykkes i arbeidet med brukerne legger ansatte vekt på tett og langsiktig oppfølging i det oppsøkende arbeidet, med allsidighet og fleksibilitet som viktig praksis. Dette innebærer også hjelp til å løse praktiske problemer. Teamene har hatt sterkt fokus på relasjonsbygging for å komme i posisjon for behandling, og de har opprettholdt kontakt med brukere som ellers ville ha trukket seg unna tjenesteapparatet.

TMACT-skalaen og målingene av modelltrofasthet har fungert bevisstgjørende og motiverende for de ansatte i ACT-teamene, selv om mange gir uttrykk for at det er et sprik mellom modell og virkelighet. Det er elementer

i TMACT-skalaen som det er lave ambisjoner om å leve opp til. Dette gjelder blant annet kravet om ordinært arbeid til brukerne, rollene som er tillagt spesialistbemanningen i teamene og omfanget av kontakthypighet og intensitet. Flertallet av teamansatte synes å mene at ACT-modellen bør inkludere samarbeid med andre tjenester for å tilpasses norske forhold. Det er imidlertid forskjellige syn på omfanget av samarbeidet, og hva de bør samarbeide om. Flere opplever at det har vært en positiv utvikling i ACT-teamenes relasjon til andre tjenester i kommunene og spesialisthelsetjenesten, men det har tatt tid å finne sin plass i tjenestesystemet.

ACT-modellen oppfattes som en framtidsrettet måte å jobbe på, og det er et utbredt ønske fra teamansatte om å fortsette å jobbe etter modellen. Ønsker for framtida er å kunne jobbe mer målrettet, systematisk og langsiktig med den enkelte bruker, å bli bedre på metoder og å lykkes med enda bedre brukervedvirkning. Teamansatte opplever stor usikkerhet for framtida når det gjelder videre drift av teamet. Alternative modeller til ACT-modellen med større caseload og bredere målgruppe vurderes ut fra nedlegging av ACT-teamet som alternativ, ikke ut fra hvordan man mener det bør jobbes med brukerne som er ACT-teamenes målgruppe.

### **Erfaringer fra samarbeidspartnere**

Samarbeidspartnere gir uttrykk for at ACT-teamene opererer som brobyggere og koordinatore mellom enheter i kommunene og mellom de kommunale tjenestene og spesialisthelsetjenestene. Informantene fra de ulike tjenestene har en rekke eksempler på godt fungerende samarbeid med ACT-teamene, og det gis uttrykk for at ACT-teamene avlaste de andre tjenestene. At ACT-teamet organisatorisk befinner seg både i kommune- og spesialisthelsetjeneste samtidig, har positiv betydning for de andre tjenestene og er avgjørende for at pasientoppfølging og behandling fungerer mer smidig enn før. Det framheves at samhandling mellom flere aktører samtidig kan være mer effektivt enn den tradisjonelle parallelle måten de ulike tjenestene forholder seg til brukerne på.

For kommunene fungerer ACT-teamene som «inngangsport til spesialisthelsetjenestene». ACT-teamene bistår kommunene i faglige drøftinger, veiledning og planarbeid. Det er varierende praksis i kommunene for hvorvidt kommunene fortsetter å levere kommunale tjenester som psykisk helsearbeid, praktisk bistand i bolig eller hjemmesykepleie/ medisinerings, etter at ACT-teamene kom inn. De fleste som uttaler seg, sier

at modellen de har valgt, fungerer tilfredsstillende lokalt, men noen er mer kritiske og sier det er utfordrende organisatorisk å innpasse ACT-teamet i de øvrige kommunale tjenestene. Noen tar opp rollefordelingen mellom ACT-teamene og de kommunale tjenestene som en utfordring. Det sies at det kan være uheldig at ACT-teamet «gjør alle funksjoner», fordi det motvirker at andre tjenester som er bygd opp, blir brukt. På en annen side kan det være u hensiktsmessig med parallelle tjenester og dobbeltarbeid, og det kan skape uklarheter og noen ganger misforståelser når det gjelder hvem som skal gjøre hva.

Samarbeidspartnerne er svært godt fornøyd med ACT-teamenes oppfølging av brukerne. De framhever at ACT-teamene evner å nå fram til og holde på en pasientgruppe som de ordinære tjenestene ofte ikke nådde tidligere. Det legges vekt på at teamene har pasienter som er svært ressurskrevende og mottar omfattende tjenester sammenlignet med andre grupper. Noen informanter, særlig fra spesialisthelsetjenesten, understreker at denne «eksklusiviteten» er nødvendig for å følge opp pasientgruppa. Flere informanter fra spesialisthelsetjenesten legger vekt på at ACT-teamenes oppfølging av brukerne før og etter innleggelser har hatt stor betydning for pasientenes følelse av trygghet. Tidligere var det vanlig at de ikke dukket opp til poliklinisk behandling, og «forsvant ut» uten oppfølging, mens med oppfølging fra ACT-teamet er dette tydelig forbedret.

Kontinuitet, tilgjengelighet, relasjon og tillit presenteres som faktorer som særpreger ACT-teamenes oppfølging av brukerne, og som vanskelig lar seg gjennomføre i de ordinære tjenestene. ACT-teamenes særegne arbeidsmåte og særegne rammebetingelser framheves som viktig for positive endringer i ACT-brukeres livssituasjon.

Flere informanter fra kommunene ønsker at ACT-teamene i større grad kunne være et tilbud for pasienter med særlig komplekse vansker, som de i kommunen ikke selv klarer å hjelpe, eksempelvis personer med alvorlige personlighetsforstyrrelser, ofte i kombinasjon med rusproblematikk og særlig krevende atferd. Mange reiser spørsmål ved om det også er andre pasientgrupper som kunne hatt nytte av å bli møtt med ACT-metodikk.

## → Konklusjoner

- de norske ACT-teamene har lyktes i å rekruttere målgruppen slik den er definert av Helsedirektoratet og i ACT-modellen. De inkluderer i all hovedsak personer med alvorlig psykisk lidelse, rusmiddel-misbruk og med stor funksjonssvikt innen flere områder.
- teamene har rekruttert det antallet brukere som var forventet i opptaksområdene. Det vil si omtrent én promille av befolkningsgrunnet (600 av 800 000).
- drift og struktur og kjerneaktiviteter er høyt implementert i henhold til ACT-modellen.
- teamene har i stor grad fullt ansvar for psykiatriske tjenester, rehabiliteringstjenester, det å jobbe lokalbasert/oppsøkende og at teamene benytter ulike metoder for å komme i kontakt med brukerne.
- teamene utfører helhetlige tjenester enten alene eller i samarbeid med andre tjenester.
- kommunen gjennomfører fortsatt noen oppgaver teamene kunne ivarett.
- brukerne har oppnådd bedring på ulike områder i livet to år etter inklusjon i ACT-teamene.
- antallet oppholdsdøgn er halvert fra 17 172 til 8 729 i toårsperioden etter inklusjon i ACT-teamene, sammenlignet med to år før inklusjon.
- det er færre innleggelse under tvang etter inntak i ACT-team. I løpet av 24-månedersperioden før inntak i ACT var omtrent 11 500 oppholdsdøgn på tvang, mens det var 5 200 oppholdsdøgn etter inntak.
- brukerne rapporterte høy tilfredshet med de spesifikke arbeidsmetodene i ACT.
- de pårørende var fornøyd med omfanget og typen av hjelp fra teamene.
- teamansatte har stor tro på ACT-modellen, og mener at en bør fortsette å arbeide etter modellen.
- samarbeidspartnerne framhever at ACT-teamene fungerer som brobyggere og koordinatore mellom enheter i kommunene og mellom de kommunale tjenestene og spesialisthelsetjenestene.
- både brukere, pårørende, teamansatte og samarbeidspartnere opplever at ACT-teamene har nådd ei målgruppe som andre tjenester ikke når.
- samtlige datakilder i evalueringen bekrefter at ACT-teamene har vært et nyttig og godt tilbud for målgruppa.

## → Anbefalinger

- ACT er et godt tilbud og bør benyttes for personer med alvorlige psykiske lidelser, enten med eller uten rusmiddel-misbruk, og som ikke har klart å nyttiggjøre seg ordinære tjenester.
- ACT-modellen bør etableres i andre kommuner/bydeler i Norge som har stort nok opptaksområde. I kommuner med opptaksområde mindre enn 50 000 kan etablering av ACT-team skje gjennom interkommunalt samarbeid for den definerte målgruppa.
- i opptaksområder med liten befolkning og store avstander kan elementer av modellen benyttes og ivaretas i et koordinert samarbeid mellom ulike tjenester.
- elementer fra ACT-modellen kan benyttes for andre målgrupper med sammensatte problemer som ikke får tilstrekkelige tjenester.
- FACT-team kan prøves ut for en utvidet målgruppe. Det er særlig viktig at en sørger for at den mest alvorlige gruppa ivaretas, og at utprøvingen evalueres.
- det er mye å lære av måten ACT-modellen er implementert på i Norge. Håndbok, opplæring og følgeforskning har vært viktige implementeringstiltak som anbefales videre for implementering av andre evidensbaserte modeller.



# Kapittel 1: Forsøk med ACT-modellen

### 1.1 Innledning

Nasjonal kompetansetjeneste ROP/KoRus-Øst ved Sykehuset Innlandet har fått i oppdrag av Helsedirektoratet å evaluere utprøvingen av 12 norske ACT-team. Evalueringen har blitt gjort i samarbeid med FOU-avdelingen i divisjon for psykisk helsevern ved Akershus universitetssykehus. Evalueringsoppdraget startet høsten 2009 og varer fram til 2014. Evalueringen er finansiert av Helsedirektoratet.

### 1.2 Bakgrunn

I rapporten «Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og behov for særlig tilrettelagte tilbud» (IS-1554) foreslo Helsedirektoratet som ett av flere tiltak, at det skulle settes av statlige stimuleringsstilskudd til etablering og drift av ACT-team i ulike regioner i Norge. Helsedirektoratet lyste vinteren 2009 ut midler for 3–5 år til områder der kommuner og DPS sammen skulle prøve ut tverrfaglige og aktivt oppsøkende behandlingsteam (ACT-team) for personer med alvorlige psykiske lidelser og behov for særlig tilrettelagte tilbud (IS-1554). I statsbudsjettet for 2009 og påfølgende år er det blitt stilt midler til disposisjon for etablering og drift av ACT-team, og til utvikling av andre organisatoriske forpliktende samhandlingsmodeller mellom kommuner og helseforetak innen psykisk helse-feltet (jf. kunngjøring og regelverk på Helsedirektoratets nettsider).

Bakgrunnen for den store satsningen på ACT-team og andre typer samhandlingsmodeller i Norge, var at en i forbindelse med evalueringen av Opptappingsplanen for psykisk helse (1999–2008) så at det var en del personer som ikke klarte å nyttiggjøre seg eksisterende behandlings- og oppfølgingstilbud. Spesielt utsatt var personer med alvorlig psykisk lidelse, ofte i kombinasjon med andre tilleggsproblemer som for eksempel rusmiddelmissbruk. Det ble påpekt at det var manglende

helhet og kontinuitet i tjenestene, og at det var manglende samhandling mellom den kommunale helse- og sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten. ACT-modellen syntes å være den best evaluerte modellen internasjonalt og den modellen som hadde de beste resultatene for målgruppa. En anslo at det var cirka 4000 personer i Norge i målgruppa for ACT-team (IS-1554).

Fra 2007 til 2012 ble det etablert 14 ACT-team i Norge. Det første teamet startet opp som et nasjonalt pilotprosjekt i mosseregionen høsten 2007. De andre 13 ACT-teamene startet opp med tilskuddsmidler fra Helsedirektoratet fra 2009 til 2012. En forutsetning for tildelingen av midler til opprettelse av ACT-team var at det skulle etableres en forpliktende og ledelsesforankret avtale om samarbeid mellom DPS (helseforetak) og aktuelle kommuner/bydeler om både faglig og økonomisk innsats. ACT krever kompetanse både fra kommune- og spesialisthelsetjenesten.

**Målgruppa** for ACT-teamene er definert på følgende måte fra Helsedirektoratet:

Personer med alvorlige psykiske lidelser alene eller i kombinasjon med rusmiddelmissbruk, kognitiv svikt og/eller betydelig funksjonsnedsettelse med sammenfattede og langvarige hjelpebehov fra kommune- og spesialisthelsetjeneste, og som ikke er i stand til å nyttiggjøre seg det ordinære hjelpeapparatet i tilstrekkelig grad, og som har behov for særlig tilrettelagte tilbud.

Spesifisering av krav til målgruppene (inkludjonskriterier) til ACT-behandling:

- langvarige og ustabile sykdomsforløp
- langvarig psykotisk sykdom / schizoaffektive lidelser
- alvorlige bipolare lidelser

- rusmiddelmissbruk/ruslidelser og tentativ alvorlig psykisk lidelse
- alvorlig psykisk lidelse og lett psykisk utviklingshemming

#### **Kjennetegn ved målgruppa:**

- liten evne til å samarbeide om foreskrevet behandling
- gjentatte kriser og innleggelses i akuttpsykiatrien
- store begrensninger i sosial fungering (tilbaketrunkethet, utagering, paranoid beredskap)
- store negative konsekvenser ved tilbakefall
- manglende sosial støtte
- liten effekt av tidligere behandling

Målgruppa er i tillegg spesielt sårbar for mangel på kontinuitet og samhandling i tjenestene.

**Formålet med ACT-team** er å gi sammenhengende og helhetlige tjenester fra kommune- og spesialisthelsetjeneste til en pasientgruppe som ikke makter å oppsøke hjelpeapparatet, eller som ikke selv ser behov for det. Hovedmålene er å sikre pasientene en kontinuerlig kontakt med hjelpeapparatet, å redusere innleggelses og å forbedre pasientenes livskvalitet og fungering.

**Kjennetegn ved ACT-modellen:** Det er utarbeidet klare retningslinjer og prinsipper for sammensetning og arbeidsmåte i et ACT-team. Det er også utarbeidet en egen håndbok i Norge som beskriver innholdet i ACT-modellen ([www.rop.no](http://www.rop.no)).

Et ACT-team skal være tverrfaglig sammensatt og bestå av helse- og sosialfaglig personell, inkludert lege/psykiater, psykolog, sykepleier/vernepleier og sosionom/ergoterapeut. Formålet er å gi brukeren tjenester på flere livsområder. Et ACT-team består av kjernebemanning og spesialistbemanning. Kjernebemanningen defineres som teamleder, lege/psykiater og sykepleier/vernepleier. Spesialistbemanningen består av bruker-spesialist, arbeidsspesialist og russpesialist. Et ACT-team skal være godt bemannet med egen teamleder og merkantil ansatt, og en beregner maksimum 10 brukere per behandler. Teamet skal drive aktivt oppsøkende

arbeid, og virksomheten skal i all hovedsak foregå utenfor kontoret, der brukeren bor eller oppholder seg. Teamet skal ha kompetanse i å gi ulike typer tjenester som brukeren har behov for, blant annet medikament-forskriving, kognitiv terapi, rehabiliteringstjenester, integrert behandling av ruslidelse og psykisk lidelse, og tjenester rettet mot arbeid, familie, fritid og ikke minst bolig.

**Modellen for Assertive Community Treatment (ACT)** ble utviklet i USA i 1970-årene og er dokumentert som en nyttig og kostnadseffektiv metode for å organisere oppsøkende tjenester for de mest alvorlig psykisk syke slik at man kan støtte et liv utenfor psykiatriske institusjoner (Stein og Test 1980, Allness og Knoedler 2003). En systematisk kunnskapsoppsummering fra Cochrane konkluderer med at ACT i forhold til standard psykisk helsevern reduserer hyppigheten og lengden på sykehusinnleggelses, sikrer boligforhold og sysselsetting bedre, og gir høyere pasienttilfredshet (Marshall og Lockwood 1998, 2010). Forfatterne anbefalte at ACT bør rettes mot personer med stort forbruk av døgnopphold for å redusere bruk av døgnplasser, og mot personer som har sterkt behov for tjenester, men som er vanskelige å engasjere ved hjelp av psykisk helsevern. Senere har modellen blitt utvidet til pasienter med alvorlige psykiske lidelser og samtidig rusmiddelmissbruk (McHugo m.fl. 1999, Cleary m.fl. 2008).

Studier av ACT og tilgrensende modeller for intensiv case management i Europa (særlig Storbritannia og Nederland) har ikke vist de samme resultatene som i USA og Australia (Killaspy m.fl. 2006, 2009, Burns m.fl. 2007, Sytema m.fl. 2007). Det er usikkerhet om hvordan en skal forstå dette og om det skyldes ulike pasientutvalg, ulik grad av troskap mot ACT-modellen, eller om psykiske helsetjenester i disse europeiske landene allerede i stor grad er bygd ut med ambulante og delvis oppsøkende psykoseteam (community mental health teams), slik at endringen ved innføring av ACT-team blir mye mindre (Burns m.fl. 2001, Rosen m.fl. 2007, Johnson 2008).

Selv om ACT-modellen er etterprøvd gjennom en rekke randomiserte kontrollerte studier internasjonalt i nærmere 40 år, vet vi lite om nytten av ACT i Skandinavia og i Norge. Det er derfor viktig at en utprøving av ACT-team i Norge vurderes så grundig som mulig ved en forskningsbasert evaluering.

# Kapittel 2:

## Om evalueringen

Bakgrunnen for evalueringsoppdraget var satsningen på utprøving av ACT-modellen i Norge og behovet for en evaluering som kunne belyse nytten av ACT-modellen i et skandinavisk land med andre rammebetingelser og et annet tjenesteapparat enn resten av Europa og USA. Det var ønskelig med en omfattende evaluering som vurderte nytten av ACT-team både for brukerne, de pårørende og tjenesteapparatet for øvrig. Evalueringen omfatter 12 av 14 ACT-team, der det første teamet (etter pilotteamet i Moss) startet opp i desember 2009 og det siste i mars 2011. De to siste teamene (ACT-Nordmøre og ACT-Romsdal), startet opp etter mars 2011 og ble derfor av praktiske grunner ikke inkludert i evalueringen. Evalueringsperioden er fra desember 2009 til 2014.

### 2.1 Formål og problemstillinger i evalueringen

Formålet med den forskningsbaserte evalueringen er å undersøke i hvilken grad ACT-teamene arbeider i henhold til ACT-modellen, og om brukerne får et bedret forløp (bedre psykisk helse, mindre rusproblem, bedre fungering, færre innleggelse, bedre kontakt med helse-tjenestene, bedre livskvalitet) ved oppfølging i samsvar med ACT-modellen. Videre er det ønskelig å undersøke hvilke erfaringer brukere, pårørende, teamansatte og samarbeidspartnere har med modellen.

Siden utprøvingen er en stor satsing, har Helsedirektoratet sett behovet for en forskningsbasert evaluering på nasjonalt nivå. Ut fra Helsedirektoratets beskrivelse av mål, målgruppe og kriterier for måloppnåelse og ut fra bakgrunnen for ACT-modellen (ovenfor) vil evalueringen søke å besvare følgende hovedspørsmål med presiseringer:

#### 1. Er målgruppa nådd?

- Hva kjennetegner brukerne som nås av ACT-teamene (diagnoser, psykiske problem, rusproblem, praktisk/ sosial fungering, behandlingshistorie, udekkede behov, livskvalitet)?
- Hvordan samsvarer dette med Helsedirektoratets beskrivelse av målgruppa og med brukere ved ACT-team ut fra internasjonale studier av ACT?
- Kjenner ACT-teamene eller helsetjenesten i kommunene til personer som antas å være i målgruppa, men som ACT-team ikke lykkes i å etablere samarbeid med? I hvilken grad kjenner en til om disse personene i så fall har kontakt med andre tjenester?

#### 2. Hva kjennetegner tjenestene som gis av ACT-teamene?

- Hvilke tjenester (omfang og innhold) mottar ACT-teamenes brukere fra teamene og fra andre tjenester, og hvor stor variasjon er det i dette mellom ACT-team?
- I hvilken grad følger teamene ACT-modellen, og hvor stor variasjon er det mellom team?
- Hvordan er ACT-teamene organisert (opptaksområde, forankring, lokalisering, teamsammensetning, intern oppgavefordeling, samarbeid med andre tjenester), og hvor stor variasjon er det mellom team når det gjelder organisering?

### 3. Hvordan er pasientforløpet ved behandling fra ACT-team?

- a) Får pasientene et bedret forløp (psykisk helse, rusproblem, kriminalitet, somatisk helse og tannhelse, praktisk og sosial fungering, livskvalitet) ved oppfølging fra ACT-team?
- b) Får brukerne en reduksjon av døgnopphold i psykisk helsevern sammenlignet med året før inklusjon i ACT-team, og får de mer kontinuitet i kontakten med helsetjenestene?
- c) I hvilken grad kan variasjon i pasientforløpet forklares ut fra pasientvariabler, mottatte tjenester, grad av implementering av ACT-modellen og lokale forhold i opptaksområdet?

### 4. Er det en endring i bruk av tvang før og etter inntak i ACT-team?

- a) Hvor stor andel av innleggelsene er henholdsvis tvang eller frivillige?
- b) Er det en endring i antall tvangsinnleggelse fra inklusjon i ACT-team og påfølgende to år sammenlignet med to år før inklusjon?
- c) Hvor stor andel av brukerne har vedtak om TUD ved inntak og etter 24 måneder?

### 5. Hva er erfaringene med gjennomføring av ACT-modellen?

- a) Hvilke erfaringer har ACT-teamene med oppstart, og hva er fremmende og hemmende for en god oppstartsprosess? Hvilke erfaringer har teamene med opplæring, veiledning, teambygging, ledelse og pasientinntak.
- b) Hvilke erfaringer har teamenes ledere og medlemmer med gjennomføring av ACT-modellen, eget arbeid, internt samarbeid, samarbeid med andre tjenester, og med hvordan modellen er egnet i Norge? Hvilke synspunkter har de på kriteriene for troenskap mot ACT-modellen?

- c) Hvilke erfaringer (kontakt, kjennskap, samarbeid) har sentrale samarbeidspartnere med ACT-team? I hvilken grad har ACT-teamene ført til endringer i andre tjenester? Ser de på ACT-team som en egnet modell for den definerte målgruppa?
- d) Hvordan er brukernes erfaringer og tilfredshet med ACT-team, og er det mye variasjon i dette mellom team?
- e) Hvordan opplever brukerne sin egen bedringsprosess?
- f) Hvordan er pårørendes erfaringer og tilfredshet med ACT-team?

## 2.2 Metode og datainnsamling

For å belyse de ulike problemstillingene i evalueringen har vi samlet inn data fra brukere, pårørende, ansatte i ACT-team, samarbeidspartnere og offentlige registre. Datamaterialet er i all hovedsak kvantitativt, med unntak av intervju med teamansatte og intervju med samarbeidspartnere til ACT-teamene. De ulike undersøkelser belyser forskjellige problemstillinger og danner samlet sett grunnlaget for en omfattende evaluering av de 12 ACT-teamene.

Utformingen av den forskningsbaserte evalueringen måtte ta utgangspunkt i hvordan utprøvingen av ACT-modellen var lagt opp. Plassering og utforming av ACT-team ble til ut fra føringene i utlysningen av midler fra Helsedirektoratet og ut fra hvordan DPS og kommuner/bydeler valgte å organisere sitt samarbeid om å etablere ACT-team. Utprøvingen startet altså ikke som et forskningsprosjekt, men som en utlysning om øremerkede tilskuddsmidler til utprøving av en behandlings- og oppfølgingsmodell. Dette ga ikke rom for noen randomisert kontrollert studie der den enkelte bruker ble tilfeldig fordelt mellom ACT-teamet og ordinære tjenester. ACT-teamene ble bemannet for å nå alle i målgruppen i opptaksområdet. Det var derfor av praktiske eller etiske grunner ikke aktuelt å utforme en evaluering der noen i målgruppen ikke skulle få dette tilbudet.

Den forskningsbaserte evalueringen ble derfor utformet som en prospektiv observasjonsstudie der vi har fulgt ACT-teamene og de brukerne som gir samtykke til å delta i evalueringen i en periode på to år. Samtlige brukere som ble inkludert i teamenes første år skulle



inkluderes i evalueringen. Deler av evalueringen er gjort som retrospektive tverrsnittsstudier der vi har spurt ulike informanter i siste fase av utprøvingen om deres erfaringer med ACT-modellen.

### **Evalueringen består totalt av følgende undersøkelser/datakilder:**

1. Kartlegging av kjennetegn hos brukerne ved inntak i teamet og to år etter inntak ved bruk av Pasientutredningspakken.
2. Innleggelse i psykisk helsevern siste to år før inntak i ACT-team og påfølgende to år undersøkes ved bruk av data fra lokale journalsystemer og Norsk pasientregister.
3. Vurdering av teamenes modelltrofasthet ved bruk av TMACT. Gjennomføres to ganger i evalueringsperioden, første gang ca 12 måneder etter inntak av første bruker og andre gang ca. 30 måneder etter inntak av første bruker.
4. Registrering av teamenes kontakt, både innhold og omfang ved bruk av ukeskjema. Registreringen gjøres kontinuerlig til siste inkluderte bruker har vært i teamet i to år.
5. Undersøkelse av brukeres tilfredshet og erfaringer med ACT-team.
6. Undersøkelse av pårørendes tilfredshet og erfaringer med ACT-team.
7. Intervju med teamansatte og teamleder etter ca. tre års drift.
8. Intervju med samarbeidspartnere.

### **2.2.1 Om pasientutredningen ved inntak og etter 24 måneder**

For å belyse hva som kjennetegner brukerne som nås av ACT-teamene, og hvordan dette samsvarer med Helse- direktoratets beskrivelse av målgruppa, skulle teamene utrede samtlige brukere som ble inkludert det første driftsåret. Det ble utarbeidet en pasientutredningspakke med ulike kartleggingsverktøy som teamene ble anbefalt å bruke. Utredningen skulle være en del av teamenes vanlige kliniske virksomhet og utgangspunkt

for videre behandling og oppfølging. Brukerne skulle gi samtykke til at opplysninger fra utredningen kunne brukes i evalueringen. Det ble utarbeidet en samtykkeerklæring som brukerne skulle fylle ut. Denne er godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK).

I forkant av datainnsamlingen fikk teamene opplæring i pasientutredningspakken fra lederne av evalueringsprosjektet. I tillegg ble det utarbeidet en veiledning for hvordan datainnsamlingen skulle foregå.

Pasientutredningen skulle gjennomføres så raskt som mulig etter at en ny bruker ble inkludert av teamet, og det var brukerens situasjon og helsetilstand siste fire uker før inntak i teamet som skulle registreres, med unntak av der det var presisert at det skulle baseres på et annet

tidsrom (f.eks. siste 12 måneder før inntak). Det var hovedsakelig den behandleren som kjente brukeren best, som skulle fylle ut skjemaene i pasientutredningspakken, enten sammen med bruker eller basert på tilgjengelige opplysninger om brukeren.

Den samme utredningspakken ble benyttet 24 måneder etter at brukeren ble inkludert i teamet. Brukeren ble da kartlagt på nytt med de samme kartleggingsverktøyene og spørsmålene som ved inntak. I tillegg til spørsmålene ved inntak er det også spurt om viktige livshendelser 24 måneder etter inntak.

Kopi av utfylte pasientutredninger for brukere som hadde gitt samtykke til å delta i evalueringen, ble sendt til evalueringsprosjektet, og data ble så fortløpende elektronisk registrert i egen database på en forskningsserver i Sykehuset Innlandet HF.

#### **2.2.1.1 Populasjon, utvalg og svarprosent**

Samtlige brukere som ble inkludert i de 12 ACT-teamene i løpet av teamenes første driftsår, skulle utredes ved bruk av kartleggingsverktøy i pasientutredningspakken. Totalt sett ble 381 brukere inkludert av teamene det første driftsåret. Av disse var det 44 personer som teamene enten ikke greide å etablere kontakt med, eller som ble skrevet ut fordi de ikke tilhørte målgruppa. Disse var derfor ikke aktuelle for deltakelse i evalueringsprosjektet. Totalt sett var det derfor 337 brukere som ble invitert til å delta i evalueringen.

Tabell 2.1 Populasjon, utvalg og svarprosent for pasientutredningen ved inntak og etter 24 måneder.

Team	Populasjon	Antall samtykker	Ved inntak: Antall innleverte pasientutredninger (svarprosent)	24 md. etter inntak: Antall innleverte pasientutredninger (svarprosent)
1	40	25	18 (45 %)	14 (35 %)
2	54	22	19 (35 %)	16 (30 %)
3	13	12	19 (92 %)	7 (54 %)
4	39	23	22 (56 %)	17 (44 %)
5	20	19	19 (95 %)	13 (65 %)
6	18	11	11 (61 %)	8 (44 %)
7	23	16	16 (70 %)	16 (70 %)
8	22	15	15 (68 %)	13 (59 %)
9	33	14	10 (30 %)	6 (18 %)
10	21	9	9 (43 %)	7 (33 %)
11	27	21	21 (78 %)	14 (52 %)
12	27	16	15 (56 %)	11 (41 %)
	<b>337</b>	<b>203</b>	<b>187 (55 %)</b>	<b>142 (42 %)</b>

Tabellen over viser antallet utfylte pasientutredningspakker i de ulike teamene.

Av 337 brukere er det 203 som har gitt samtykke til at opplysninger fra pasientutredningen kan benyttes i evalueringen, dvs. 60 prosent av brukerne. Av disse har teamene fylt ut pasientutredningspakker for 187 brukere ved inntak i teamet, noe som utgjør en svarprosent på 55 (187/337). Det er stor variasjon mellom teamene når det gjelder svarprosent: Ett team er oppe i 92 prosent, mens et annet team er nede i 30 prosent. Variasjonen skyldes i all hovedsak andelen brukere som har gitt samtykke til at opplysninger om dem kan benyttes i evalueringen.

Ved oppfølging 24 måneder etter inklusjon i ACT-team har vi kartlagt 142 av 187 brukere. Frafallet fra de som hadde gitt samtykke etter inntak, er på 45 personer. Dette skyldes at noen har trukket sitt samtykke, noen er døde, flere har avsluttet kontakten med teamet og noen har av ulike grunner ikke blitt utredet av teamet 24 måneder etter inntak.

### 2.2.1.2 Hvor representativt er utvalget ved inntak og etter 24 måneder?

For å vurdere om de opplysningene som er samlet inn for 187 brukere, er representative for alle som har mottatt tjenester fra ACT-teamet første året, har vi gjennomført en såkalt frafallsanalyse. Vi har sammenlignet

sentrale kjennetegn hos brukere som ikke har fylt ut pasientutredningspakken (N=151) med kjennetegn hos de som har fylt ut skjemaene i utredningspakken, dvs. vårt utvalg (N=187). Samtlige team registrerte følgende kjennetegn ved frafallsgruppa: kjønn, alder, psykiatrisk hoveddiagnose, tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, rusproblemer ut fra behandlers vurdering og GAF-skår.

Utvalget skiller seg ikke vesentlig fra frafallsgruppa når det gjelder kjønn, alder og psykiatrisk hoveddiagnose, verken ved inntak eller 24 måneder etter inntak. Det er imidlertid flere i frafallsgruppa enn i utvalget (både ved inntak og etter 24 måneder) som er under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD), og som har et rusproblem. Brukere i frafallsgruppa har også signifikant lavere GAF-skår når det gjelder funksjon og symptom ved 24-måneders oppfølging. Vi har med andre ord en underrepresentasjon av de «dårligste» i vårt utvalg. Frekvensen av TUD er derfor trolig høyere og GAF-skårene lavere for alle brukerne samlet enn det som rapporteres for utvalget som er med i evalueringen.

### 2.2.1.3 Om kartleggingsverktøyene

Kartleggingsverktøyene i pasientutredningspakken er verktøy som ACT-teamene ble anbefalt å bruke i sitt kliniske arbeid med utredning av brukere og monitoring av behandlingen til brukerne. Pasientutredningspakken med informasjon og veiledning er utarbeidet av

Torleif Ruud og Anne Landheim. Det er valgt ut kartleggingsverktøy som skal være klinisk nyttige, og som samtidig skal gi relevante data til den forskningsbaserte evalueringen. Flere av instrumentene (f.eks. BPRS) er også brukt i tidligere ACT-studier, slik at det er mulig

å sammenligne med slike studier. Kartleggingsverktøyene skulle fylles ut for den enkelte bruker ved inntak i teamet og 24 måneder etter inntak. Tabellen nedenfor gir en oversikt over kartleggingsverktøyene i pasientutredningspakken.

Tabell 2.3 Oversikt over kartleggingsverktøy i pasientutredningen for bruk ved inntak og 24 måneder etter inntak.

Verktøy	Områder	Fylles ut av
<b>Skjema for livssituasjon og helse</b>	Sosiodemografiske kjennetegn, beskjeftigelse, hovedinntekskilde, bosituasjon, psykiatrisk diagnose, rusproblemer, tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, sosialt nettverk, somatiske helseplager og bruk av psykofarmaka	Behandler fyller ut skjemaet på bakgrunn av opplysninger fra brukeren eller sammen med brukeren
<b>BPRS</b> (Brief Psychiatric Rating Scale)	Type og alvorlighetsgrad av psykiatriske symptomer	Behandler, med skårer og vurdering
<b>GAF</b> (splittet versjon) GAF-S og GAF-F)	Symptombelastning og funksjonsnivå	Behandler, med skårer og vurdering
<b>PSF</b>	Praktisk og sosial fungering	Behandler, med skårer og vurdering
<b>AUDIT DUDIT</b>	Bruk av rusmidler det siste året	Intervju med bruker/pasient
<b>Alkohol-E DUDIT-E</b>	Motivasjon for å endre bruk av rusmidler	Intervju med bruker/pasient Kun kartlagt ved inntak
<b>HEAS</b> (Homeless Engagement and Acceptance Scale)	Pasientens engasjement og akseptering av kontakt	Behandler, med skårer og vurdering
<b>MANSA</b> (Manchester Short Assessment of Quality of Life)	Livskvalitet innenfor ulike områder	Intervju med bruker
<b>Mueser</b>	Bruk av rusmidler siste 6 måneder	Behandler Kun kartlagt ved 24 md.
<b>Eget skjema</b>	Livshendelser siste 12 måneder	Intervju Kun kartlagt ved 24 md.

Diagnoser etter ICD-10 er anbefalt stilt ved bruk av strukturerte intervjuer som MINI-Plus eller SCID-I, som gjennomføres av ACT-teamene ved inntak av brukere, dersom det ikke foreligger diagnoser fra relativt nylig gjennomført tilsvarende diagnostisering innen psykisk helsevern.

#### 2.2.1.4 Oppsummering om pasientutredningen

Vi hadde i utgangspunktet planlagt at samtlige brukere som var inkludert i de 12 ACT-teamene skulle utredes med alle kartleggingsverktøyene i pasientutredningspakken. Utredningen skulle administreres og gjennomføres av det enkelte team. Det ble gitt opplæring til alle ansatte i samtlige team i forkant av utredningsarbeidet.

I tillegg fikk teamene en skriftlig veiledning for hvordan utredningen skulle gjennomføres. Det at vi endte opp med utfylte utredningspakker for 55 prosent av de inkluderte brukerne, var mindre enn vi hadde forventet. Den lave svarprosenten skyldes hovedsakelig manglende samtykke fra brukere. Vårt inntrykk er nok også at enkelte teammedlemmer opplevde at det var en omfattende utredningspakke som det var vanskelig å få gjennomført i en hektisk klinisk hverdag. Teamene har derfor i hovedsak brukt utredningspakken for brukere som gav samtykke til å delta i evalueringen, og mindre systematisk for brukere som ikke gav samtykke. Teamene har lagt inn betydelig innsats for å gjennomføre utredningen, og de har bidratt til at 186 brukere er utredet. Frafallsanalysen (2.2.1.2) viser at det er flere brukere inkludert i ACT-teamene som er under tvun-

gent psykisk helsevern uten døgnopphold, og flere med rusproblemer enn det resultatene i utvalget viser. Ved kartlegging av brukerne etter 24 måneder var det et frafall på 45 personer. Dette skyldes i all hovedsak at de har avsluttet kontakten med teamet, er døde eller at de har trukket sitt samtykke. Skjevheten i dette utvalget var omtrent det samme som ved T0.

## 2.2.2 Innleggelser i psykisk helsevern ved bruk av registerdata

Vi har med brukernes samtykke innhentet data om deres innleggelser og bruk av døgnopphold i psykisk helsevern i perioden 24 måneder før inntak ved ACT-teamet og under 24 måneders oppfølging ved ACT-teamet. Disse opplysningene er innhentet fra Norsk pasientregister (NPR) våren 2014 for de 142 brukerne som har samtykket til å delta i evalueringen. Når det gjelder påliteligheten i dataene fra Norsk pasientregister er disse avhengig av at det har blitt rapportert riktig i de lokale journalsystemene. Vi kan ikke utelukke at det er en underrapportering av innleggelser i vårt materiale. I tillegg er det manglende registrering av vedtak ved innleggelse, enten disse er frivillige eller under tvang. Dette kan også føre til en underrapportering av antallet innleggelser og oppholds døgn, både frivillige og på tvang. I tråd med Samdatarapportene har vi valgt å la vedtak om tvang være ut oppholdet dersom opphevelsen av vedtaket ikke er spesifisert.

Dette kan imidlertid føre til en overrapportering, men er gjeldende praksis. Hvis et opphold avsluttes på samme dato som en ny innleggelse starter, har vi også i tråd med gjeldende praksis valgt å tolke dette som en overføring, og ikke en ny innleggelse.

## 2.2.3 Modelltrofasthet mot ACT-modellen målt ved TMACT

Måling av modelltrofasthet (fidelity) brukes for å undersøke i hvilken grad en behandlingsmodell er implementert. Dette forutsetter en spesifisert behandlingsmodell som er dokumentert som virksom ved kontrollerte studier. Skåringsskalaer for modelltrofasthet bygger på behandlingsmodellen og er utformet for å måle viktige aspekter ved modellen. Dersom behandlingsmodellen gjennomføres (implementeres) i samsvar med modellen, regner en med at den vil ha samme effekt som i de kontrollerte studiene som er gjort (Bond m.fl. 2009). ACT er en av de best dokumenterte behandlingsmodellene

for personer med schizofreni. Målingene av modelltrofasthet ved bruk av TMACT bygger altså på en modell som er undersøkt ved mange kontrollerte studier. Dersom vi finner høy modelltrofasthet, regner vi altså med at teamene har samme praksis og virkning som de teamene som har vært undersøkt ved kontrollerte studier.

Hensikten med å arbeide etter en spesifisert modell, er altså ikke bare å arbeide mer systematisk, men å bruke intervensjoner som er vist å være virksomme. Ved at teamene måles på modelltrofasthet blir deres praksis synlig og mulig å vurdere. Når de får tilbakemelding på egen praksis og modelltrofasthet innen en rekke elementer, vil de bli bevisstgjort og utfordret på hvordan de arbeider, og hvordan de videre kan utvikle teamets tilbud. På denne måten kan måling av modelltrofasthet bidra til bedre kvalitet på tjenestetilbudet.

### 2.2.3.1 Datainnsamling

«Fidelity»-målingene er gjennomført av forskergruppa på seks personer, som i grupper på to og to har hatt ansvar for «fidelity»-målinger i fire ACT-team hver. Vurdering av modelltrofasthet er gjennomført to ganger. Første gangen var ca. 12 måneder etter at teamet startet opp, og andre gangen ca. 30 måneder etter oppstart.

TMACT er et omfattende instrument med detaljerte retningslinjer og regler for gjennomføringen av målingene. Arbeidet er gjennomført i henhold til beskrivelsene i TMACTs manualer (Monroe-DeVita, Moser og Teague 2012). De delene av manualene som skulle brukes ved selve datainnsamlingen, ble oversatt til norsk. Evalueringsteamet fikk opplæring i bruk av TMACT fra de amerikanske utviklerne av instrumentet, Maria Monroe-DeVita og Gregory Teague. For å avklare spørsmål, få en felles forståelse av instrumentet og kvalitetssikre påliteligheten av skårene har evalueringsteamet hatt en rekke felles arbeidsmøter.

Datainnsamlingen har blitt gjennomført ved at to personer fra forskergruppa har vært på besøk i ACT-teamet i tre dager. En stor andel av de ansatte i teamet intervjues, møter og brukerbesøk observeres, og et tilfeldig utvalg av journaler gjennomgås. I forkant av besøket i teamet må teamet fylle ut flere skjemaer med opplysninger om teamet og ansatte i teamet, og om brukerne og tjenestene som brukerne får.

TMACT-målingene baserer seg på følgende datakilder:

- teamoversikt (Informasjon om ACT-teamet og ansatte)
- oversikt over brukerne (bruker- og tjenesteopplysninger)
- oversikt over de ti siste innleggelses/utskrivninger
- journaler (siste fire uker for ti tilfeldig utvalgte brukere)
- observasjon av teammøte og behandlingsmøte
- observasjon av hjemmebesøk til brukere
- teamlederintervju
- psykiaterintervju
- klinikerintervju (psykologintervju)
- sykepleierintervju
- russespesialistintervju
- arbeidsspesialistintervju
- brukerspesialistintervju
- brukerintervju

I tillegg er ukeskjemaer fra teamene (kapittel 8) benyttet for vurdering av noen av elementene i hovedområdet Kjerneaktiviteter. Uformelle samtaler og observasjon i løpet av besøkene i teamene bidrar også til forståelsen av teamets aktivitet. Teamansatte bisto med datainnsamlingen ved blant annet intervjuer, brukerbesøk og tilrettelegging av journalutskriftene.

Datainnsamlingen ble gjort av de to forskerne som var til stede i teamet, og som til dels var sammen og til dels hver for seg om innsamlingen fra de ulike datakildene. Hver forsker gjorde sine egne skåring før de diskuterte seg fram til en felles skåring. De foreløpige vurderingene ble presentert for teamets ansatte på et avslutningsmøte ved besøket. Etter besøket ble det utarbeidet en skriftlig tilbakemelding til teamet, som omfattet en redegjørelse av skårene for hvert av elementene

i TMACT samt en kort skriftlig vurdering. I etterkant var det en dialog med teamet om skåringene før tilbakemeldingen til teamet ble ferdigstilt. Etter gjennomføring av «fidelity»-målinger i alle 12 ACT-teamene, har evalueringsteamet hatt en gjennomgang av skåringene for å sikre at de er utført på samme måte i alle team.

### 2.2.3.2 Vurderinger og diskusjon

TMACT-målingene har vært arbeidskrevende både for evalueringsteamet og for ACT-teamene, men målingene har gitt omfattende informasjon om teamene og teamenes arbeid. Teamene har gitt uttrykk for at tilbakemeldingene gir et riktig bilde av teamet, og mange sier at de har opplevd det som nyttig. ACT-teamene har brukt TMACT-målingene i vurderingene av eget arbeid, og det er eksempler på at det har ført til endringer av arbeidspraksis i teamene.

Det ble besluttet å bruke det amerikanske måleinstrumentet uten å gjøre noen tilpasninger til norske forhold. Fordelen ved å bruke instrumentet som det er, er at det kan belyse forskjellene mellom ACT i Norge og USA og etter hvert andre land som bruker TMACT. Samtidig er det mange forskjeller mellom norske og amerikanske systemer som påvirker forhold som ligger til grunn for skåringene. Det er derfor viktig for evalueringen å fange opp hvilke erfaringer de norske teamene gjør med ACT-modellen for å kunne vurdere hvor relevant og nyttig ulike deler av modellen er for norske forhold. I arbeidet med vurdering av modelltrofasthet er det derfor understreket at det ikke nødvendigvis er et mål å skåre høyest mulig på alle deler av TMACT-skalaen.

### 2.2.4 Innhold i behandlingen registrert med «ukeskjema»

Dokumentasjon av behandlingen for den enkelte bruker har vært gjort ved at hvert medlem i teamet har registrert sine kontakter med brukerne i løpet av hver uke (i ukeskjemaet) med koder for hvor kontakten skjer og innholdet i kontakten.

#### 2.2.4.1 Utformingen av ukeskjemaet og opplegg for registrering

Ukeskjemaet ble utformet slik at det skulle være raskt og enkelt å fylle ut for teammedlemmene. De har fylt ut en linje for hver kontakt de har hatt med hver bruker. Dette er gjort fortløpende, på slutten av dagen eller

neste morgen mens en hadde ferskt i minne de kontakter en hadde hatt. For hver kontakt ble det registrert dato, klokkeslett for start og slutt, hvor kontakten skjedde, annet teammedlem som var med, hvilken bruker en hadde kontakt med, opptil tre koder for aktivitet eller innhold i kontakten, koder for eventuelle andre som deltok, og eventuelt reisetid. Kodene ble diskutert med de teamene som startet opp først og justert ut fra forslag fra dem. Utfylte skjema har blitt kvalitetssikret av merkantil medarbeider i ACT-teamet og sendt til evalueringsprosjektet for elektronisk registrering.

#### 2.2.4.2 Plan for bruk av data fra ukeskjemaet

Registreringene i ukeskjemaet skulle brukes både til å måle teamets aktivitet og kontakt med brukerne, og til å beskrive og måle den kontakten og behandlingen den enkelte bruker får.

Teamenes praksis skulle belyses ut fra grad av oppsøkende arbeid (kontakter ute, på kontor, per telefon), hyppighet av kontakt (antall kontakter per bruker per uke), intensitet i kontakten (samlet tid kontakt ansikt til ansikt per bruker per uke), fordeling på ulike typer aktivitet i kontakten, samhandling med andre ved registrering av andre som deltar, varighet av kontakter, kontakter fordelt på tid på døgnet, andel kontakter der to teammedlemmer har deltatt, og eventuelt omfang av reisetid i forbindelse med kontakt med brukerne.

Behandlingen som den enkelte bruker har fått i løpet av de 24 månedene, skulle belyses ut fra grad av oppsøkende arbeid (kontakter ute, på kontor, per telefon), hyppighet av kontakt (antall kontakter per uke), intensitet i kontakten (samlet tid kontakt ansikt til ansikt per uke), samlet kontakt i løpet av 24 måneder (timer) og innholdet i kontakten. Noen av disse målene skulle tas med i analyse av individuelle forløp for å se om de kunne forklare noe av variasjonen i forløp.

#### 2.2.4.3 Vurdering av kvaliteten på data fra ukeskjemaene

Selv om ukeskjemaet er utformet slik at det er raskt å registrere den enkelte kontakt, har løpende registrering vært en utfordring i en travel hverdag. Vi kan derfor ikke forvente en fullstendig registrering av alle kontakter som har vært. Våren 2014 fikk teamlederne oversikt over alle registrerte kontakter fra sitt team, og de ble bedt om å gi sin vurdering av hvor stor andel av de fak-

tiske kontaktene som de mener er registrert. De som har besvart dette, anslår at 70–85 % av kontaktene er registrert, med variasjon på tvers av tidsrom og teammedlemmer.

Ved gjennomgang av den omfattende datafila over kontakter har vi også sett at det er variasjon i hvordan kontakter er registrert, og at veiledningen for dette har vært noe ulikt fulgt. Det er i varierende grad dobbeltregistrering av kontakter der to teammedlemmer har vært med, og det ser ut til å være variasjon når det gjelder å registrere kontakter med kombinasjon av flere typer aktiviteter. Dette påvirker antall kontakter som er registrert. I arbeidet med å overføre kontakter fra papirskjema til en elektronisk database kan det også ha skjedd misforståelser og feiltastinger som vi ikke kan oppdage, og en del tall og koder har vært utydelige og kan ha blitt feilregistrert.

Ut fra en samlet vurdering av kvaliteten på data om registrerte kontakter mener vi at vi kan bruke disse til å beskrive hvordan ACT-teamenes praksis har vært samlet sett, som f.eks. andel oppsøkende arbeid, hyppighet i kontakt, gjennomsnittlig tid per uke i kontakt med brukere, profil på innholdet (aktivitetene) i kontaktene og omfanget av samhandling med andre tjenester. Dette vil rapporteres i kapitlet om den behandling teamene har gitt.

Vi hadde også intensjon om å bruke data om de registrerte kontaktene i analyser av forskjeller mellom team, og i analyser av i hvilken grad variasjon i individuelle forløp kan forklares ut fra opplysninger om brukerne og det tilbudet den enkelte har fått. Men vi vurderer at ulike feilkilder kan være ulikt fordelt og er derfor usikker på om vi kan sammenligne brukere på en pålitelig måte. Vi kan i så fall risikere å få fram forskjeller eller mangel på forskjeller som skyldes variasjon i registreringer i stedet for faktiske forhold. I denne rapporten har vi derfor avstått fra å presentere analyser basert på forskjeller mellom brukere.

#### 2.2.5 Undersøkelse om brukererfaringer og brukertilfredshet

Delstudien om brukeres erfaringer med ACT er gjort av FOU-avdeling psykisk helsevern ved Akershus universitetssykehus i samarbeid med Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse (Erfaringskompetanse). Delstudien er finansiert av Helsedirektoratet som en del av

den forskningsbaserte evalueringen av ACT-team i Norge. En egen rapport fra denne delstudien publiseres på hjemmesidene for begge organisasjonene og for Helsedirektoratet. Delstudien er godkjent av Regional etisk komité som en utvidelse av prosjektet om forskningsbasert evaluering av ACT, og den er vurdert og anbefalt av Personvernombudet ved Akershus universitetssykehus.

#### **2.2.5.1 Utforming av delstudien**

Denne delstudien er utformet som en tverrsnittsundersøkelse av brukere av ACT ved at de har fylt ut et spørreskjema etter at de har hatt kontakt med ACT-teamet i 18 måneder eller mer.

#### **2.2.5.2 Utvalget som er intervjuet**

Brukerne som hadde gitt skriftlig informert samtykke til å delta i evalueringen av ACT-teamene, samtykket også i at de kunne bli spurt om å bli intervjuet om sine erfaringer med ACT-teamet. De 76 brukerne som ble intervjuet, utgjør 41 prosent av de som har gitt samtykke til å delta i evalueringen, og 23 % av det samlede antallet på 337 brukere som ble rekruttert av de 12 ACT-teamene i deres første år, og som kunne ha blitt med på evalueringen. Utvalget på 76 er representativt for de 187 som har gitt samtykke, men de har i likhet med resten av de 187 mindre bruk av rusmidler, er mindre under tvang og har et litt høyere funksjonsnivå målt med GAF, sammenlignet med de som ikke gav samtykke til evalueringen.

#### **2.2.5.3 Utvikling av spørreskjemaet**

Hovedtema for intervjuet er valgt ut fra litteraturgjennomgangen og drøftinger av de spørsmål Erfaringskompetanse vet at brukere ofte er opptatt av: erfaringer og tilfredshet med tilbudet fra ACT-teamet, den viktigste relasjonen, og erfaringer med egen tilfriskning (recovery, å få et bedre liv trass i sykdom). Hoveddelen er et strukturert intervju med etablerte måleinstrumenter. Ett av disse er modifisert og utvidet med nye spørsmål.

Brukertilfredshet og brukernes erfaringer med ACT-teamet dekkes henholdsvis ved Client

Satisfaction Questionnaire (Larson m.fl. 1979) og en utvidet versjon av et spørreskjema om brukererfaringer som opprinnelig ble utviklet i Sverige (Hansson 1989) og så modifisert for å måle tilfredshet med ACT-team

(Gerber m.fl. 1999). Dette er brukt i REACT-studien om ACT i Storbritannia (Killaspy m.fl. 2006, 2009), som er den nyeste og mest relevante studien å sammenligne norske erfaringer med. Vi har endret på noen spørsmål som var tungt formulert, og lagt til noen spørsmål om spesifikke elementer i den reviderte ACT-modellen som er kommet etter at dette måleinstrumentet ble laget.

Brukernes opplevelse av deres viktigste relasjon med noen i ACT-teamet dekkes ved Scale for Assessment of the Therapeutic Relationship in community mental health care (STAR, McGuire-Snieckus m.fl. 2007). Det gir tre subskalaer (positivt samarbeid, positiv omsorg fra behandler og fravær av negativ omsorg og negativ tilbakemelding fra behandler). Brukernes opplevelse av sin bedringsprosess dekkes ved Questionnaire about the Process of Recovery (QPR, Neil m.fl. 2009), som brukere har vært med å utvikle og som har gode psykometriske egenskaper (Slade m.fl. 2011).

#### **2.2.5.4 Datainnsamling**

Intervjuene med de 76 brukerne ble gjennomført fra august 2012 til desember 2013. Det ble rekruttert 14 intervjuere med egenerfaring fra psykisk helsevern gjennom en utlysning på Erfaringskompetanses hjemmesider. Under en samling i april 2014 ble spørreskjemaet validert, og de fikk opplæring i å gjennomføre intervjuet. Ni av disse 14 gjennomførte datainnsamlingen.

Intervjuerne leste opp spørsmål for spørsmål, og skrev ned det brukerne svarte. Hvis brukerne ønsket det, skrev de selv, men det var de færreste. Spørreskjemaet besto av 79 skalerte og fem åpne spørsmål. Brukerne hadde fått utdelt spørreskjemaene på forhånd, slik at de var kjent med problemstillingene det skulle spørres om. Intervjuene varte i gjennomsnitt en time.

Datainnsamlingen ble basert på de erfaringene som er opparbeidet gjennom mer enn 15 år med «bruker spør bruker» som ledd i evaluering av helsetjenester (Steinsbekk, Westerlund, Bjørgen og Rise, 2013).

### **2.2.6 Pårørendes erfaringer med ACT-team**

Delstudien om pårørendes erfaringer er gjort av FOU-avdeling psykisk helsevern ved Akershus universitetssykehus i samarbeid med Landsforeningen for Pårørende innen Psykisk helse (LPP). LPP rekrutterte åtte

medforskere fra sin organisasjon i områder av landet hvor ACT teamene var lokalisert. Disse har gjennomført datasamlingen ved å intervjuer pårørende til brukere av ACT. Medforskerne fikk en to dagers opplæring i datainnsamling og bruk av spørreskjemaet.

En egen rapport fra denne delstudien publiseres på hjemmesidene for begge organisasjonene i løpet av høsten 2014. Det vises til den når det gjelder en mer detaljert beskrivelse av delstudien og resultatene. Her tas det bare med en oppsummering av resultatene.

### 2.2.6.1 Metode

Delstudien er en tverrsnittsstudie med bruk av spørreskjema som grunnlag for intervju.

### 2.2.6.2 Utvikling av spørreskjemaet

Sammensetningen av spørreskjemaet ble gjort ut fra delstudiens forskningsspørsmål. Deler av skjemaet var hentet fra delstudien om brukernes erfaringer, men modifisert for pårørende. Felles spørsmål muliggjør sammenligninger av brukernes og pårørendes erfaringer med ACT. Medforskerne bidro med pilottesting og forslag til tilføyelser og endringer i to omganger før endelig versjon av spørreskjemaet forelå.

Spørreskjemaet inneholdt bakgrunnsspørsmål om pårørende og deres relasjon til brukeren, og deres erfaringer med psykiske helsetjenester. Pårørendes oppfatning av brukerens erfaringer med ACT-teamet ble dekket ved modifiserte spørsmål fra Client Satisfaction Questionnaire (CSQ) (Larson m.fl. 1979). Pårørendes opplevelse av brukerens bedringsprosess ble dekket ved modifiserte spørsmål fra Questionnaire about the Process of Recovery (QPR) (Neil m.fl. 2009). I tillegg kom spørsmål om brukerens og pårørendes innflytelse på behandling og oppfølging av brukeren. Videre var det spørsmål om pårørendes opplevelse av å bli møtt av ACT-team for egen del (Family Involvement and Alienation Questionnaire (FIA-Q) (Ewertzon m.fl. 2008) og sammenlignet med andre psykiske helsetjenester (utarbeidet for denne delstudien med utgangspunkt i FIA-Q).

### 2.2.6.3 Utvalg og rekruttering

85 av brukerne som deltar i ACT-evalueringen, ga samtykke til at en pårørende kunne kontaktes og spørres om å delta i delstudien om pårørendes erfaringer med

ACT. Disse pårørende ble kontaktet ut fra informasjon fra ACT-teamene om hvem de var. Til sammen 43 av disse pårørende ga skriftlig informert samtykke til deltagelse, og det endelige utvalget på 36 deltakere i denne delstudien er rekruttert fra disse pårørende.

### 2.2.6.4 Datainnsamling

Datainnsamlingen ble gjennomført i perioden mars–august 2014. Intervjuene ble gjennomført ved at medforskeren stilte den pårørende spørsmålene i spørreskjemaet, og krysset av for valgt svaralternativ.

### 2.2.7 Fokusgruppeintervju med teamansatte

For å kartlegge ansattes erfaringer med ACT-modellen ble det gjennomført kvalitative intervjuer i alle 12 ACT-team. Det ble gjennomført som fokusgruppeintervjuer i hvert team i perioden fra mars til november 2013. Alle teamansatte som var på jobb intervjudagen, deltok i fokusgruppene, som hadde en varighet på halvannen til to timer. I tillegg ble det gjennomført individuelle intervjuer med teamlederne med en varighet på cirka en time.

Intervjuene ble gjennomført samtidig som teamet fikk tilbakemelding fra sin siste «fidelity»-måling av samme personer som hadde gjennomført målingene i teamene, og som fungerte som moderator for fokusgruppene. En person fra evalueringsgruppa fulgte samtlige intervjuer og hadde oppgaven med å sammenfatte og analysere materialet fra intervjuene.

Fokusgruppeintervjuene hadde disse hovedtemaene:

- synspunkter på teamets «fidelity»-målinger
- erfaringer med ACT-modellen
- oppstartserfaringer
- eksternt samarbeid
- framtidsperspektiver for teamet

Intervjuene fungerte som en samtale mellom de ansatte i teamet ut fra noen overordnede spørsmål som ble stilt av moderator. Moderator sørget for at alle hovedtemaene ble dekket, men hadde ingen detaljert styring



av intervjuene. Intervjuformen var åpen, og de ansatte ble oppfordret til å fritt formulere sine synspunkter og erfaringer.

De ansatte i ACT-teamene kjenner hverandre godt og er vant til interne diskusjoner i teamet, og moderator var også kjent for teamet. Inntrykket fra intervjuene er at det kom fram ærlige synspunkter i en mangfoldig og variert diskusjon, og at fokusgruppene ga et godt bilde av teamansattes erfaringer. I et fokusgruppeintervju med mange deltakere er det likevel alltid en fare for at noen ikke gir uttrykk for sine meninger, eller at enkeltpersoner preger diskusjonen.

Det ble tatt lydopptak av intervjuene, som ble skrevet ned i referatform og bearbeidet og analysert i tråd med prinsippene for kvalitativ innholdsanalyse. Utvalget av hva som presenteres fra et så omfattende materiale, er vanskelig, men er gjort ut fra vurderinger av hva som er mest relevant for å svare på problemstillingene.

De sammenfattede resultatene fra analysen presenteres i kapittel 12. Sitater fra intervjuene som er brukt i presentasjonen, er normalisert språklig på grunn av anonymiseringshensyn og også noe språklig bearbeidet, med fjerning av småord og muntlige trekk, for å øke lesevennligheten.

### 2.2.8 Intervju med samarbeidspartnere

En del av evalueringsoppdraget var å undersøke hvilke erfaringer sentrale samarbeidspartnere hadde med ACT-teamene. Fire ACT-team ble valgt ut for gjennomføring av et todelt evalueringsseminar på 2 timer og 45 minutter med teamets sentrale samarbeidspartnere. For å ivareta spredning ut fra geografisk plassering og organisatorisk tilhørighet og erfaring ble det valgt ut to team i større byer, ett team som forholder seg til flere landkommuner, og ett team som er nedlagt.

Utvalget av informanter ble gjort ved at ACT-teamene ble spurt om hvem de har samarbeidet mest med. Hvert av teamene oversendte navnelister over sine mest sentrale samarbeidspartnere. Samarbeidspartnerne representerte kommunalt psykisk helsearbeid, fastleger, Nav kommune/stat, rusteam, hjemmesykepleie, pårørendeorganisasjoner, lavterskeltilbud og ulike avdelinger i psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten. Informanter fra åtte kommuner og fire helseforetak deltok.

Invitasjon til evalueringsseminarene ble sendt per e-post til hver enkelt samarbeidspartner. Intervjuene ble gjennomført i april og mai 2014. Intervjuene startet med at samarbeidspartnerne presenterte sitt samarbeid med ACT-teamet og hvordan de opplevde dette samarbeidet. Deretter ble disse temaene tatt opp i et fokusgruppeintervju. Det ble i alt gjennomført fire fokusgruppeintervjuer. Dernest ble det gjort fire individuelle intervjuer, ett telefonintervju samt at det kom inn to skriftlige svar fra deltakere som var forhindret fra å møte til fokusgruppene.

Noen sentrale temaer fra intervjuene:

- informasjon og forventninger til ACT-teamet i forkant før oppstart
- erfaring fra samarbeid med ACT (gode og mindre gode erfaringer)
- innvirkning på brukernes situasjon
- innvirkning for ordinære tjenester og resultater
- synspunkter på framtidig organisering av tjenester for disse brukerne

Intervjuene ble tatt opp på lydbånd. De ble transkribert, kategorisert ut fra de sentrale temaene som er nevnt ovenfor, og analysert. Resultatene fra intervjuene representerer fire ACT-team. Det kom fram variasjon i svarene etter hvilken instans informantene representerte. Alt i alt kom det fram mange felles synspunkter fra de ulike samarbeidspartnerne. Intervjuene fanger imidlertid ikke opp spesifikke lokale forhold og utfordringer utover de fire ACT-teamene som deltok i undersøkelsen.



## DEL B: OM ACT-TEAMENE

# Kapittel 3: Organisering av ACT-teamene

I dette kapitlet vil vi presentere en oversikt over de 12 ACT-teamene som er inkludert i evalueringen. Vi gir en oversikt over når teamene startet opp, hvordan teamene er organisert, opptaksområde, hvordan teamene er sammensatt og teammedlemmenes faglige bakgrunn. Denne informasjonen er i all hovedsak basert på opplysninger fra teamene som ble gitt i forbindelse med modelltrofasthetsmålingene som ble gjennomført 12 og 30 måneder etter teamenes oppstart.

### 3.1 Oppstart, organisering og opptaksområde i det enkelte team

Tabellen under gir en oversikt over hvordan de 12 norske ACT-teamene er organisert, når de ulike teamene startet opp, og teamenes opptaksområde.

Tabell 3.1 Oppstart, organisering og opptaksområde i det enkelte team

Team	Oppstart (første inntak)	DPS eller delt ansvar Antall kommuner	Opptaksområde
Moss ACT	Oppstart 2007, Inkludert i evalueringen fom. 2009	Organisatorisk forankret under Østfold DPS Nord, Sykehuset Østfold HF, som har arbeidsgiveransvar. <b>Samarbeidsavtale</b> mellom Østfold sykehus og kommunene Moss, Våler, Råde og Rygge	Moss DPS 4 kommuner 52 000 innbyggere
Grünerløkka ACT	Desember 2009	Organisatorisk forankret under Tøyen DPS og bydel Grünerløkka. <b>Delt arbeidsgiveransvar</b> mellom Tøyen DPS, Lovisenberg Diakonale sykehus og Bydel Grünerløkka. Driftsansvar: bydel Grünerløkka.	Tøyen DPS Bydel Grünerløkka 44 000 innbyggere
Tiller ACT	Desember 2009	Organisatorisk forankret under Tiller DPS. <b>Delt arbeidsgiveransvar</b> mellom Tiller DPS, St. Olavs hospital, Rusbehandling Midt-Norge og kommunene Trondheim, Melhus og Klæbu.	Tiller DPS 71 000 innbyggere Kommunene: Trondheim – 57 000 Klæbu – 4000 Melhus – 10 500
Kristiansand ACT	Desember 2009	Organisatorisk forankret under DPS Solvang, Sørlandet sykehus HF, som har arbeidsgiveransvar. <b>Samarbeidsavtale</b> mellom DPS Solvang, Sørlandet sykehus HF og Kristiansand kommune.	Solvang DPS Kristiansand kommune 80 000 innbyggere
Jæren ACT	Februar 2010	Organisatorisk forankret under Jæren DPS, som har arbeidsgiveransvar. Samarbeidsavtale mellom Jæren DPS, Klepp kommune, Time kommune, Hå kommune og Gjesdal kommune. Organisatorisk forankret under Jæren DPS, som har arbeidsgiveransvar. <b>Samarbeidsavtale</b> mellom Jæren DPS, Klepp kommune, Time kommune, Hå kommune og Gjesdal kommune.	Jæren DPS Kommunene: Klepp, Time, Hå og Gjesdal. 58 000 innbyggere.

Sunnmøre ACT	Mars 2010	Organisatorisk forankret under Ålesund DPS, Helse Sunnmøre HF, som har arbeidsgiveransvar. <b>Samarbeidsavtale</b> mellom Helse Sunnmøre HF, Rusbehandling Midt Norge HF, Norddal, Ålesund, Sula, Giske og Haram.	Ålesund DPS Kommunene: Norddal, Ålesund, Sula, Giske, Haram 53 000 innbyggere
Skien ACT	Mai 2010  Teamet ble nedlagt i 2013	Organisatorisk forankret under Skien DPS, Sykehuset Telemark HF, som har arbeidsgiveransvar. <b>Samarbeidsavtale</b> mellom Skien DPS og Skien kommune.	Skien DPS  Skien kommune 51 000 innbyggere
Kongsberg ACT	August 2010	Organisatorisk forankret under Kongsberg DPS, Vestre Viken HF, som har arbeidsgiveransvar. <b>Samarbeidsavtale</b> mellom Kongsberg DPS, Kongsberg kommune og Øvre Eiker kommune.	Kongsberg DPS  2 kommuner 40 000 innbyggere
Tromsø ACT	August 2010	Tromsø kommune har driftsansvaret, og arbeidsgiveransvaret er delt mellom Tromsø kommune og UNN HF.	Psykiatrisk senter for Tromsø og omegn, UNN  Tromsø kommune 66 513 innbyggere
Kronstad ACT	Oktober 2010	Organisatorisk forankret under Kronstad DPS, Helse Bergen, som har arbeidsgiveransvar. <b>Samarbeidsavtale</b> mellom Kronstad DPS og bydelene Bergenhus, Årstad, Ytrebygda.	Kronstad DPS  Årstad, Bergenhus og Ytrebygda 98 000 innbyggere
Aust-Agder ACT	Oktober 2010  Teamet ble nedlagt i 2013	Organisatorisk forankret under Aust-Agder DPS, Sørlandet sykehus HF, som har arbeidsgiveransvar. <b>Samarbeidsavtale</b> mellom DPS Aust Agder og Arendal kommune og Grimstad kommune.	Aust-Agder DPS  2 kommuner 60 000 innbyggere
Follo ACT	Mars 2011	Organisatorisk forankret under Follo DPS, Oslo universitetssykehus, Aker, Klinikk for psykisk helse, som har arbeidsgiveransvar. Samarbeidsavtale mellom Follo DPS, Frogn kommune, Ås kommune, Oppegård kommune, Nesodden kommune, Vestby kommune og Ski kommune.	Follo DPS 6 kommuner 117 000 innbyggere

Moss ACT var det første teamet som startet med inntak av brukere høsten 2007. Fra og med januar 2011 ble forsøket omgjort til permanent virksomhet. De resterende elleve ACT-teamene i evalueringen har startet opp i løpet av en treårsperiode fra desember 2009 til mars 2011. De 12 teamene er geografisk plassert fra Tromsø i nord til Jæren og Kristiansand i sør. Det er etablert syv ACT-team i opptaksområdet til Helse Sør-Øst RHF, to team i Helse Midt-Norge RHF, to team i Helse Vest RHF og ett team i Helse Nord RHF. To andre ACT-team er ikke inkludert i evalueringen (Nordmøre ACT, Romsdal ACT). Det er mange av helseforetakene som ikke har etablert ACT-team. Det er også grunn til å nevne at i de store byene (Oslo, Trondheim og Bergen) gir ACT-teamene tilbud til avgrensede områder/bydeler. Grünerløkka ACT har Oslo Indre Øst som sitt opptaksområde, mens Kronstad ACT inkluderer brukere fra tre bydeler. Tiller ACT leverer tjenester til tre kommuner, deriblant halve Trondheim kommune.

Samtlige ACT-team er etablert som et forpliktende og likeverdig samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten (DPS) og førstelinjen (en eller flere kommuner/bydeler).

De fleste teamene har valgt en modell der ACT-teamet er organisatorisk forankret i DPS, og der alle teammedlemmene er ansatt ved DPS. Grünerløkka ACT, Tiller ACT og Tromsø ACT har valgt en delt modell der både bydel/kommune og DPS har arbeidsgiveransvar, noe som blant annet innebærer at teammedlemmene har ulike arbeidsvilkår og må benytte ulike journalsystemer.

De største opptaksområdene har i overkant av 100 000 innbyggere, mens de minste har omtrent 40 000 innbyggere. ACT-teamene er tverrfaglig sammensatt, og de fleste har helse- og sosialfaglig utdanning med lang yrkeserfaring.

### 3.2 Bemanning i teamene

Tabellen nedenfor viser antall ansatte, utdanningsbakgrunn og hvorvidt det enkelte team har spesialistfunksjoner. Opplysningene om de teamansatte er hentet fra skjemaet som teamene sendte inn i forkant av første og andre «fidelity»-vurdering, som ble gjennomført 12 måneder og 30 måneder etter oppstart. Ansatte som har sluttet, vært sykemeldt eller vært i permisjon over 3 måneder, er ikke tatt med i denne oversikten.

Tabell 3.2 Utdanningsbakgrunn og yrkeserfaring i det enkelte team etter 12 og 30 måneder

Team	Bemanning etter 12 måneder	Bemanning etter 30 måneder
Moss ACT	<p><b>Antall ansatte: 10. Årsverk: 9,3</b></p> <p>Teamleder (vernepleier), 1 merkantilt ansatt psykiater (0,3), 2 psykologer, 1 sykepleier, 3 vernepleiere, (inkl. brukerspesialist), 1 sosionom</p> <p>Har russpesialist og arbeidsspesialist</p>	<p><b>Antall ansatte: 14. Årsverk: 10,6</b></p> <p>Teamleder (vernepleier), 2 merkantilt ansatt 2 psykiatere (1,5), 2 psykologer, 3 sykepleiere, 3 vernepleiere, 1 sosionom</p> <p>Har russpesialist og arbeidsspesialist.</p>
Grünerløkka ACT	<p><b>Antall ansatte: 8. Årsverk: 7,5</b></p> <p>Teamleder (sykepleier), 0 merkantilt ansatt, 1 psykiater (0,5), 1 psykolog, 2 sykepleiere, 1 vernepleier 2 sosionom (1 m/NLP-utdanning)</p> <p>Har russpesialist og arbeidsspesialist.</p>	<p><b>Antall ansatte: 9. Årsverk: 8,5</b></p> <p>Teamleder (sykepleier), 1 merkantilt ansatt, 1 psykiater (0,5), 1 psykolog, 2 sykepleiere, 1 vernepleier, 1 sosionom, 1 ergoterapeut</p> <p>Har russpesialist og arbeidsspesialist.</p>
Tiller ACT	<p><b>Antall ansatte: 11. Årsverk: 10,2</b></p> <p>Teamleder (sykepleier), 1 merkantilt ansatt, 1 psykiater (1,0), 1 psykolog, 3 sykepleiere, 1 vernepleier, 2 sosionomer, 1 brukerspesialist (0,2)</p> <p>Har russpesialist, arbeidsspesialist og brukerspesialist.</p>	<p><b>Antall ansatte: 13. Årsverk: 11,9</b></p> <p>Teamleder (sykepleier) 2 merkantilt ansatte (1,4), 1 psykiater (1,0), 1 psykolog 3 sykepleiere, 1 vernepleier, 2 sosionomer, 1 hjelpepleier 1 brukerspesialist (0,5)</p> <p>Har russpesialist, arbeidsspesialist og brukerspesialist.</p>
Kristiansand ACT	<p><b>Antall ansatte: 11. Årsverk: 10,1</b></p> <p>Teamleder (sykepleier), 1 merkantilt ansatt, psykiater (0,4), 1 psykolog, 2 sykepleiere 2 vernepleiere (1,9), 2 sosionomer (1,8), 1 teolog</p> <p>Har russpesialist og arbeidsspesialist.</p>	<p><b>Antall ansatte: 11. Årsverk 10,5</b></p> <p>Teamleder (sykepleier), 1 merkantilt ansatt, 1 psykiater (0,6), 1 psykolog 4 sykepleiere 1 vernepleiere (0,9), 2 sosionomer, 1 teolog</p> <p>Har russpesialist og arbeidsspesialist.</p>
Jæren ACT	<p><b>Antall ansatte: 9. Årsverk: 6</b></p> <p>Enhetsleder (0,5) (sykepleier), teamleder (sykepleier), 1 merkantilt ansatt (0,3), 1 psykiater (0,3), 1 psykolog 2 sykepleiere, 1 vernepleier, 1 sosionom</p> <p>Har ikke spesialistfunksjoner.</p>	<p><b>Antall ansatte: 7. Årsverk: 4,85</b></p> <p>Enhetsleder (0,5) (sykepleier), teamleder (sykepleier), 1 merkantilt ansatt (0,5), 1 psykiater (0,25), 1 psykolog 1 sykepleier, 1 vernepleier</p> <p>Har ikke spesialistfunksjoner.</p>
Sunnmøre (Ålesund) ACT	<p><b>Antall ansatte: 7 Årsverk: 7</b></p> <p>Teamleder (sykepleier), 1 merkantilt ansatt, 1 psykiater (1,0), 1 sykepleier, 1 sosionom, 1 ergoterapeut, 1 bachelor i kultur og samfunn</p> <p>Har russpesialist og arbeidsspesialist.</p>	<p><b>Antall ansatte: 8 Årsverk: 8</b></p> <p>Teamleder (sykepleier), 1 merkantilt ansatt, 1 psykiater (1,0), 2 sykepleiere, 1 sosionom, 1 ergoterapeut, 1 bachelor i kultur og samfunn</p> <p>Har russpesialist.</p>



Team	Bemanning etter 12 måneder	Bemanning etter 30 måneder
Skien ACT	<p><b>Antall ansatte: 6 Årsverk: 4,6</b></p> <p>Teamleder (vernepleier), 1 merkantilt ansatt (0,5) 1 psykiater (0,10), 2 vernepleiere, 1 sosionom, 1 ergoterapeut</p> <p>Har russspesialist og arbeidsspesialist.</p>	<p><b>Antall ansatte: 9 Årsverk: 6.35</b></p> <p>Teamleder (75) (sykepleier), 1 merkantilt ansatt (0,6), 1 psykiater (0,20), 1 legestudent 1 sykepleier, 2 vernepleiere (hvorav 1 er brukerspesialist), 1 sosionom, 1 ergoterapeut</p> <p>Har russspesialist og arbeidsspesialist.</p>
Kongsberg ACT	<p><b>Antall ansatte: 6 Årsverk: 3,3</b></p> <p>Teamleder (sykepleier) (0,50), 1 merkantilt ansatt (0,80), 1 psykiater (0,20), 1 psykolog (0,20), 1 sykepleier (0,60), 1 sosionom</p> <p>Har arbeidsspesialist.</p>	<p><b>Antall ansatte: 7 Årsverk: 4.8</b></p> <p>Teamleder (sykepleier), 1 merkantilt ansatt (0,80), 1 psykiater (0,20), 1 psykolog (0,20), 1 sykepleier, 1 vernepleier (0,60), 1 sosionom</p> <p>Har russspesialist og arbeidsspesialist.</p>
Tromsø ACT	<p><b>Antall ansatte: 8 Årsverk: 7,4</b></p> <p>0 teamledere, 1 merkantilt ansatt (førskolelærer) 1 psykiater (0,40), 1 psykolog 1 sykepleier, 1 vernepleier 1 førskolelærer, 1 miljøarbeider 1 radiograf</p> <p>Har arbeidsspesialist og russspesialist.</p>	<p><b>Antall ansatte: 8 Årsverk: 7.4</b></p> <p>1 teamleder / merkantilt ansatt (førskolelærer), 1 psykiater (0,40), 1 psykolog, 1 sykepleier, 1 vernepleier, 1 førskolelærer, 1 sosionom, 1 radiograf</p> <p>Har arbeidsspesialist og russspesialist.</p>
Kronstad ACT	<p><b>Antall ansatte: 6 Årsverk: 3.3</b></p> <p>Teamleder (sykepleier), 0 merkantilt ansatt, psykiater (0,3), 1 psykolog 1 sykepleier, 1 vernepleier, 1 sosionom</p> <p>Har russspesialist.</p>	<p><b>Antall ansatte: 7 Årsverk: 6.2</b></p> <p>Teamleder (sykepleier), 0 merkantilt ansatt 1 psykiater (0,20), 1 psykolog, 1 sykepleier, 1 vernepleier, 1 sosionom, 1 ergoterapeut</p> <p>Har russspesialist og arbeidsspesialist.</p>
Aust-Agder ACT	<p><b>Antall ansatte: 6 Årsverk: 6,2</b></p> <p>Teamleder (sykepleier) Merkantilt ansatt 1 psykiatere (0,20), 1 psykolog 3 sykepleiere (inkl leder), 1 sosionom, 1 pedagog.</p> <p>Teamleder er russspesialist.</p>	<p><b>Antall ansatte: 6 Årsverk: 6.10</b></p> <p>Teamleder (sykepleier), 1 merkantilt ansatt 1 psykiater (0,10) 1 psykolog 3 sykepleiere (inkl leder), 1 sosionom, 1 pedagog.</p> <p>Har russspesialist og arbeidsspesialist.</p>
Follo ACT	<p><b>Antall ansatte: 8 Årsverk: 8</b></p> <p>Teamleder (sykepleier), 1 merkantilt ansatt 1 psykiater (1,0), 1 psykolog, 3 sykepleiere, 1 sosionom</p> <p>Har russspesialist og arbeidsspesialist.</p>	<p><b>Antall ansatte: 9 Årsverk 8.6</b></p> <p>Teamleder (sykepleier), 1 merkantilt ansatt 1 psykiater (0,6), 1 psykolog, 4 sykepleiere, 1 sosionom</p> <p>Har russspesialist og arbeidsspesialist.</p>

Det stilles krav om at ACT-teamene skal være tverrfaglig sammensatt, og at det skal være både teamleder og merkantilt ansatte i 100 prosent stilling. I tillegg skal det være psykiater, psykolog, sykepleier/vernepleier, sosionom og annet helse- og sosialfaglig personell. TMACT anbefaler at det skal være ansatt psykiater i minst 0,4 stilling i team med 50 brukere. I tillegg til psykiater skal teamene også ansette psykolog, noe som ikke er et krav i TMACT. I teamet skal det også være ansatte dedikert til spesialistfunksjoner som russpesialist, arbeidsspesialist og brukerspesialist. Som oversikten viser, har de fleste teamene arbeidsspesialist og russpesialist, mens kun noen få team har ansatt brukerspesialist. Fram til nå har det ikke vært vanlig å ansette brukerspesialister (erfaringskonsulenter) i kliniske stillinger verken i kommunene eller i spesialisthelsetjenesten, slik ACT modellen legger opp til. Brukerspesialistene har ofte blitt brukt for å etablere kontakt og komme i dialog med brukere som er vanskelige å engasjere i behandling. De har deltatt på teammøter, men har ikke hatt tilgang til teamets journalsystem.

Antall årsverk varierer mellom teamene. Etter 12 måneder hadde det minste teamet 3,3 årsverk og det største teamet 10,2 årsverk. Etter 30 måneders drift hadde det minste teamet 4,8 årsverk og det største teamet 11,9 årsverk. Det hadde vært relativt liten utskiftning av teammedlemmer i løpet av første driftsår. Totalt var det da ti teammedlemmer som hadde sluttet. Etter 30 måneders drift var det totalt 28 teammedlemmer som hadde sluttet i teamene. I enkelte team hadde 2–3 teammedlemmer sagt opp, noe som gjør teamet sårbart. Ved andre «fidelity»-måling etter 30 måneders drift var det besluttet at to team skulle nedlegges i løpet av kort tid, og i ett av teamene hadde sju ansatte allerede sluttet.

Utenom psykiater og psykolog har de fleste teammedlemmene 3-årig helse- og sosialfaglig høgskoleutdanning. Mange av teammedlemmene har relevant

videreutdanning. Det er også ansatt førskolelærere, en adjunkt, en teolog og en radiograf. Kravet om tverrfaglighet oppfylles i alle teamene, og det store flertallet av ansatte har helse- og sosialfaglig bakgrunn. Flertallet av de ansatte har også lang yrkeserfaring, i gjennomsnitt 10 års arbeidserfaring med personer med alvorlig psykisk lidelse. De fleste teamene har arbeidsspesialist og russpesialist. Tre av teamene hadde brukerspesialist ett år etter oppstart. Flere av teamene har psykiater i bare 20–40 prosent stilling, og flere har hatt utskiftning av psykiater i løpet av første driftsår. Enkelte team har i perioder måttet klare seg uten fast psykiater, og en løsning har vært bruk av innleid psykiater eller at psykiater fra DPS har hatt behandlingsansvar for teamets brukere.

### 3.3 Oppsummering

I perioden fra 2007 til 2012 er det etablert 14 ACT-team i Norge. Teamene er geografisk plassert fra Tromsø i nord til Jæren og Kristiansand i sør. Det er etablert syv ACT-team i opptaksområdet til Helse Sør-Øst RHF, fire team i Helse Midt-Norge RHF, to team i Helse Vest RHF og ett team i Helse Nord RHF.

Samtlige ACT-teamene er etablert som forpliktende og likeverdige samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten (DPS) og førstelinjen (en eller flere kommuner/bydeler). De fleste teamene har valgt en modell der ACT-teamet er organisatorisk forankret i DPS, og der alle teammedlemmene er ansatt ved DPS.

Det er relativt store forskjeller mellom teamene når det gjelder størrelsen på opptaksområdet. De største opptaksområdene har i overkant av 100 000 innbyggere, mens de minste har omtrent 40 000 innbyggere. ACT-teamene er tverrfaglig sammensatt, og de aller fleste ansatte har helse- og sosialfaglig utdanning med lang yrkeserfaring.





# Kapittel 4:

## Modelltrofasthet i ACT-teamene

Hvert team har blitt målt for trofasthet mot ACT-modellen to ganger i løpet av evalueringsperioden, første gang cirka 12 måneder etter oppstart og andre cirka 30 måneder etter oppstart. Dette kapitlet viser resultater fra målinger av modelltrofasthet.

Hensikten med å gjennomføre målinger av modelltrofasthet er å undersøke i hvilken grad ACT-modellen er implementert. Når en behandlingsmodell som er dokumentert som virksom ved kontrollerte studier, implementeres i samsvar med modellen, regner en med at den vil ha samme effekt som i de kontrollerte studiene som er gjort (Bond et al 2009). Målinger av modelltrofasthet ved bruk av TMACT bygger på en modell som er undersøkt ved mange kontrollerte studier. Dersom vi finner høy modelltrofasthet, regner vi altså med at teamene har samme praksis og virkning som de teamene som har vært undersøkt ved kontrollerte studier.

Måling av modelltrofasthet gir økt transparens når det gjelder tilbudet som gis, og en kan forvente at det bidrar til økt fokus på kvalitet i teamene. At det gjennomføres målinger av modelltrofasthet i teamene framheves som et viktig element for å utvikle ACT-team med høy modelltrofasthet (Bjorklund et. al. 2009). Vi viser til det innledende avsnittet i kapitel 2.2.3 når det gjelder forklaring av hva modelltrofasthet er, og hvordan det er gjennomført. Skalaene i måleinstrumentet som brukes (TMACT) er med som vedlegg i Håndbok for ACT ([www.rop.no](http://www.rop.no)).

### 4.1 Måleinstrumentet TMACT

Måleinstrumentet Tool for Measurement of Assertive Community Treatment (TMACT) er brukt for å måle teamenes implementering av ACT-modellen (Monroe -DeVita, Moser og Teague 2012). TMACT er en videreutvikling av Dartmouth Assertive Community Treatment Scale (DACTS) (Teague, Bond og Drake 1998). TMACT dekker de samme områdene som DACTS, men legger større vekt på kunnskapsbaserte behandlingsformer og bedringsprosesser (recovery). Brukerperspektivet er også mer framtreddende i TMACT.

TMACT har seks hovedområder med til sammen 47 elementer som skåres fra 1 til 5, der 1 er laveste nivå for modelltrofasthet, og 5 står for eksemplarisk modelltrofasthet. Det vil si at jo høyere skår et team oppnår, desto mer arbeider de i tråd med modellen. Skåringene mellom 1 og 5 tolkes slik:

- 4,4–5,0: eksemplarisk modelltrofasthet
- 3,8–4,3: høy modelltrofasthet
- 3,2–3,7: moderat modelltrofasthet
- 2,5–3,1: lav modelltrofasthet
- Under 2,5: ikke ACT

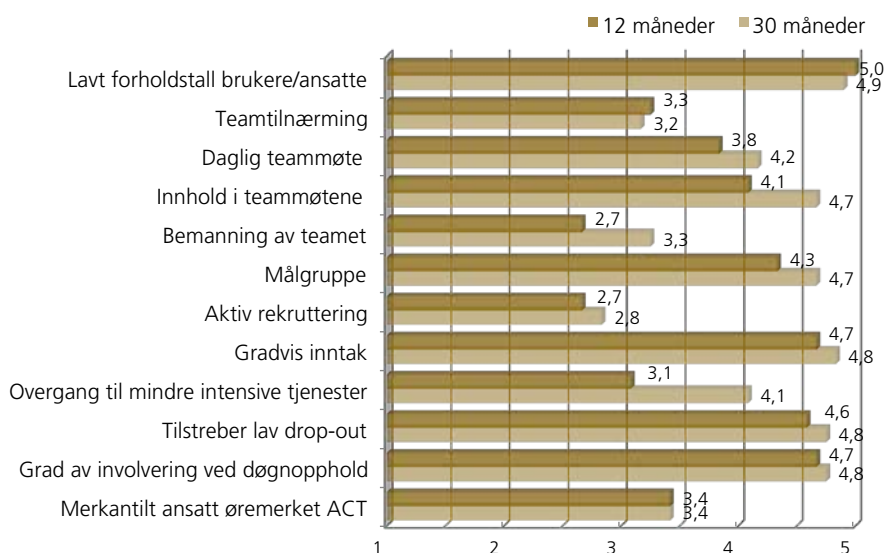
Tabell 4.1 TMACTs seks hovedområder

Drift og struktur (OS)	12 elementer som kartlegger organisasjon og struktur i et ACT-team
Kjernebemanning (CT)	7 elementer som kartlegger teamleders, psykiaters og sykepleiers roller og stillingsandel i teamet
Spesialistbemanning (ST)	8 elementer som kartlegger spesialistenes roller og deres stillingsandel i teamene
Kjerneaktiviteter (CP)	8 elementer som kartlegger ACTs kjernetjenester: psykiatri- og rehabiliteringstjenester, frekvens og intensitet av disse tjenestene
Kunnskapsbaserte aktiviteter (EP)	8 elementer som kartlegger spesialiserte og kunnskapsbaserte tjenester
Individuelt tilpassede behandlingsplaner (PP)	4 elementer som kartlegger teamets praksis for å styrke brukernes recovery ved å fremme selvbestemmelse

## 4.2 Drift og struktur

Drift og struktur er det første hovedområdet av TMACT. Det består av tolv elementer som kartlegger vesentlige sider ved organisering av et ACT-team. Figur 4.1 viser teamenes gjennomsnittsskårer for dette området.

Fig 4.1 Drift og struktur. Gjennomsnittsskårer for 12 ACT-team etter 12 md. og etter 30 md.



*Bemanning av teamet og antall brukere per behandler* TMACT krever maksimalt ti brukere per behandler for å få høyeste skår. Elementet *Lavt forholdstall brukere/ansatte* hadde eksemplarisk modelltrofasthet i de norske teamene ved begge målingene. I første måling varierte antall brukere per behandler mellom to og seks, i andre måling varierte antall brukere per behandler mellom fire og elleve. For å sikre et helhetlig tjenestetilbud og bredde i kompetansen har TMACT krav om at et team med for eksempel 50 brukere skal ha sju behandlere for å oppnå høyeste skår. *Bemanning av teamet* hadde lav modelltrofasthet i første måling og moderat modelltrofasthet i andre måling, med en økning i gjennomsnittsskår fra 2,7

til 3,3. Noen av teamene har få ansatte og skårer derfor lavt på dette elementet. Teamene med størst antall brukere har derimot tilstrekkelig antall ansatte til å oppnå høy modelltrofasthet.

*Teamtilnærming, teammøter og merkantilt ansatt* *Teamtilnærming* har krav om at 90 prosent av brukerne skal ha direkte kontakt med minst tre behandlere i løpet av en fireukersperiode for å oppnå høyeste skår. Dette viser seg å være vanskelig å oppnå selv om teamene bestreber seg på å variere kontakten med brukerne mellom de ulike behandlerne. Dette elementet hadde moderat modelltrofasthet ved begge målingene. Team-

møte fem dager i uka med deltakelse av alle ansatte, ut fra deres stillingsandel, er et krav for å oppnå høy modelltrofasthet. Innhold i teammøtene krever gjennomgang av alle brukere og kontakter de siste 24 timer og planlegging av neste døgnkontakter. Gjennomsnittsskåren for *Daglig teammøte* (frekvens og deltakelse) økte fra 3,8 til 4,2, noe som tilsvarer høy modelltrofasthet. *Innhold i teammøtene* økte fra 4,1 til 4,7, som også tilsvarer eksemplarisk modelltrofasthet. *Merkantilt ansatt øremerket ACT* står på skalaen Drift og struktur fordi denne stillingen har stor betydning for koordineringen av et ACT-team. Elementet hadde gjennomsnittsskår 3,4 i begge målingene. Den moderate modelltrofastheten skyldes at mange mindre team har deltidsstillinger for merkantilt ansatt.

*Rekruttering av brukere og overgang til andre tjenester* Teamenes brukere tilfredsstillende i stor grad definert målgruppe for ACT. Gjennomsnittsskår for *Målgruppe* økte fra 4,3 til 4,7, fra høy til eksemplarisk modelltrofasthet. For å oppnå stabilitet i teamet har modellen krav om maksimalt inntak på fire brukere i måneden. *Gradvis inntak* av brukere hadde gjennomsnittsskårer som tilsvarer eksemplarisk modelltrofasthet i begge målingene. *Tilstreber lav drop-out* hadde også eksemplarisk modelltrofasthet med gjennomsnittsskårer på 4,6 og 4,8. Det tilsier at teamene følger opp inkluderte brukere. *Overgang til mindre intensive tjenester* hadde i første måling gjennomsnittsskår på 3,1 og lav modelltrofasthet. Dette hadde fått økt oppmerksomhet i andre måling med gjennomsnittsskår 4,1 (høy modelltrofasthet). Teamene rapporterte om høy grad av *involvering ved innleggelse i døgnenhet*. Gjennomsnittsskårene viste eksemplarisk modelltrofasthet for dette elementet. *Aktiv rekruttering* fikk gjennomsnittsskår 2,7 og 2,8 (lav modelltrofasthet). TMACT har krav om at 75 prosent av brukerne skal komme fra steder utenfor ordinære henvisningsinstanser eller fra mer intensive tjenester i egen enhet (for eksempel døgnavdelinger eller bemannede boliger).

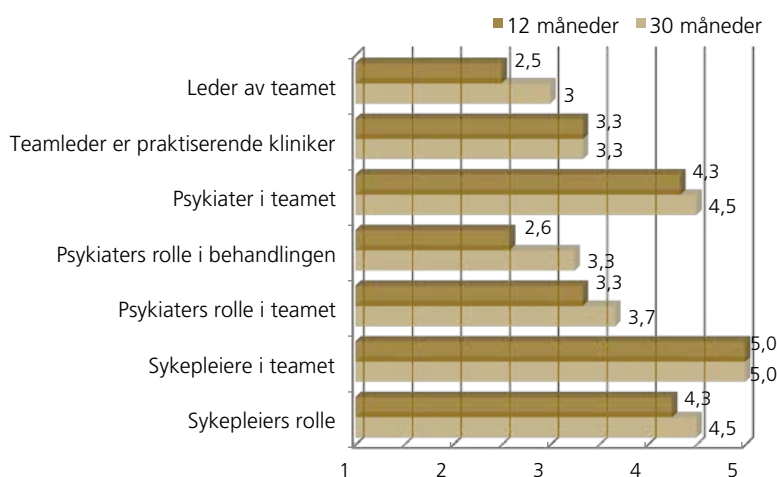
Oppsummert for siste måling hadde *Drift og struktur* følgende elementer med eksemplarisk modelltrofasthet: *Lavt forholdstall brukere/ansatte*, *Gradvis inntak*, *Tilstreber lav drop-out*, *Innhold i teammøtene* og *Involvering før og under opphold i døgnavdeling*. *Daglig teammøte*, *Målgruppe* og *Overgang til mindre intensive tjenester* hadde høy modelltrofasthet. *Teamtilnærming*, *Merkantilt ansatt øremerket ACT* og *Bemanning av teamet* hadde moderat modelltrofasthet. *Aktiv rekruttering* var eneste element med lav modelltrofasthet. Fire elementer hadde klar framgang fra første til andre måling: *Overgang til mindre intensive tjenester*, *Bemanning av teamet*, *Innhold i teammøtene* og *Daglig teammøte*.

Teamene har høy implementering av *Drift og struktur* med gjennomsnittsskår på 3,9 etter 12 måneder og 4,1 etter 30 måneder. De enkelte teamenes gjennomsnittsskår for dette området varierte mellom 3,0 og 4,7 i første måling og mellom 3,3 og 4,8 i andre måling. Tre av teamene hadde eksemplarisk modelltrofasthet, åtte team hadde høy modelltrofasthet, ett team hadde moderat modelltrofasthet og ingen team hadde lav modelltrofasthet for dette området i den siste målingen.

### 4.3 Kjernebemanning

TMACTs andre hovedområde *Kjernebemanning* tar for seg teamleder, psykiater og sykepleier, og kartlegger deres stillingsandel, rolle og funksjon i teamet. Figur 4.2 viser gjennomsnittsskårene for dette området.

Fig 4.2 Kjernebemanning. Gjennomsnittsskårer for 12 ACT-team etter 12 md. og 30 md.



### Teamledere

TMACT har krav om teamleder i full stilling som er dedikert teamet med klinisk og administrativt ansvar for teamet. For å få høy skår kreves det også mastergrad innenfor relevant fagområde. Den typiske norske teamleder har tre års utdanning som sykepleier/vernepleier og ett eller to års videreutdanning i psykisk helsearbeid eller helseadministrasjon og ledelse. *Leder av teamet* hadde lav modelltrofasthet i de norske teamene, med gjennomsnittsskår 2,5 i første måling, og 3,0 i andre måling. Økt skår i andre måling skyldes særlig at flere hadde full stilling som teamleder. Elementet *Teamleder er praktiserende kliniker* hadde moderat modelltrofasthet med gjennomsnittsskår 3,3 i begge målingene. Teamlederne har mye brukerkontakt som behandlere i teamet, men få oppfyller kravet om veiledning til personalet fullt ut.

### Psykiatere

De fleste teamene har psykiater i tilstrekkelig stor stillingsandel ut fra kravene i TMACT, varierende fra under en dag i uka til full stilling. *Psykiater i teamet* hadde høy modelltrofasthet med gjennomsnittsskår på 4,3 i første måling og eksemplarisk modelltrofasthet med gjennomsnittsskår på 4,5 i andre måling. TMACTs retningslinjer angir mange funksjoner for psykiater. Psykiaterne utfører funksjonene modellen krever, men omfanget varierer med stillingsandel. Det er et krav i TMACT at psykiateren skal gi minst månedlig vurdering av brukernes symptomer og respons på medisiner. Å møte alle brukerne en gang i måneden, er et krav som ikke er lett å oppfylle når

en jobber en eller to dager i uka, selv med 20 brukere i teamet. Det er også et problem for deltidspsykiatere å delta på alle behandlingsmøter. Ingen norske team har psykiater som har bakvakt for teamet på kveld og i helger slik TMACT krever. *Psykiaters rolle i behandlingen* hadde gjennomsnittsskår på 2,6 og lav modelltrofasthet i første måling. I andre måling var gjennomsnittsskåren 3,3, moderat modelltrofasthet. *Psykiaters rolle i teamet* hadde moderat modelltrofasthet i begge målingene med økning i gjennomsnittsskår fra 3,3 til 3,7.

### Sykepleiere/vernepleiere

Alle team har mer enn én sykepleier/vernepleier som oppfyller kvalifikasjonskravene. *Sykepleiere i teamet* hadde gjennomsnittsskår 5, eksemplarisk modelltrofasthet i begge målingene. Sykepleier/vernepleier har en nøkkelrolle i teamene med direkte brukerkontakt, medisinsk behandling, screening av helseproblemer, helsefremmende tiltak og opplæring. En kritisk funksjon for sykepleierrollen i teamet er administrering og dokumentasjon av behandling med psykofarmaka. *Sykepleiers rolle i teamet* hadde gjennomsnittsskår på 4,3 i første måling, høy modelltrofasthet, og 4,5, eksemplarisk modelltrofasthet, i andre måling.

Oppsummert hadde området *Kjernebemanning* i andre måling følgende elementer med eksemplarisk modelltrofasthet: *Sykepleiere i teamet*, *Sykepleiers rolle* og *Psykiater i teamet*. *Psykiaters rolle i teamet*, *Psykiaters rolle i behandlingen* og *Teamleder er praktiserende*

*kliniker* hadde moderat modelltrofasthet. Leder av teamet hadde lav modelltrofasthet. To elementer hadde framgang fra første til andre måling: *Psykiaters rolle i behandlingen* og *Leder av teamet*.

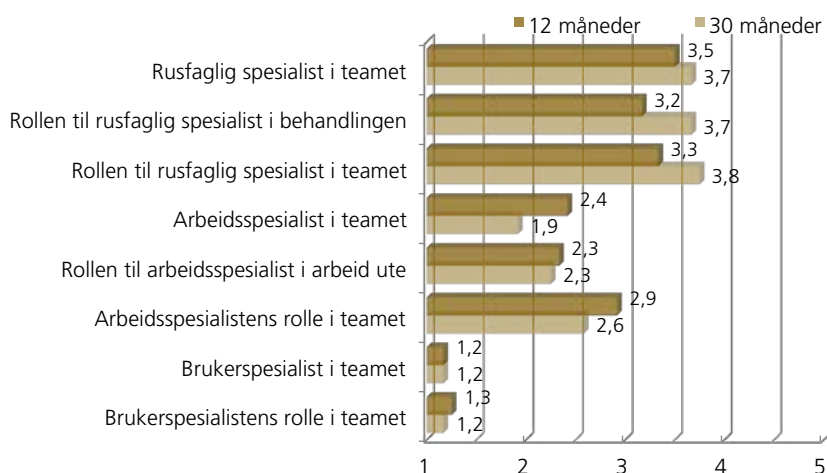
Teamene har høy implementering av dette området med gjennomsnittsskår 3,9 etter 30 måneder. De enkelte teamenes gjennomsnittsskårer for *Kjernebemanning* varierte mellom 2,4 og 4,4 i første måling og mellom 3,3 og 4,4 i andre måling. Etter 30 måneder hadde tre av

teamene eksemplarisk modelltrofasthet, fem team høy modelltrofasthet, fire team moderat modelltrofasthet og ingen team hadde lav modelltrofasthet.

#### 4.4 Spesialistbemanning

ACT-teamenes spesialistbemanning består av rusfaglig spesialist, arbeidsspesialist og brukerspesialist. Dette hovedområdet tar for seg stillingsandelene, rollene og funksjonene til spesialistene i teamet.

Figur 4.3 Spesialistbemanning. Gjennomsnittsskårer for 12 team etter 12 md. og 30 md.



#### Rusfaglige spesialister

De fleste teamene har rusfaglig spesialist som møter kvalifikasjonskravene i TMACT. For å få full skår kreves det at rusfaglig spesialist har 100 prosent stilling, og at 80 prosent av brukerkontaktene er spesialistaktiviteter. Det er stor variasjon mellom teamene når det gjelder hvor mye de rusfaglige spesialistene jobber med spesialistaktiviteter. TMACT-elementet *Rusfaglig spesialist i teamet* hadde moderat modelltrofasthet i begge målingene.

De rusfaglige spesialistene jobber i varierende grad i overensstemmelse med kravene i fasespesifikk integrert behandling. Noen av elementene i denne modellen utføres i stor grad, andre i mindre grad. *Rollen til rusfaglig spesialist i behandling* hadde moderat modelltrofasthet i begge målingene. *Rollen til rusfaglig spesialist i teamet* hadde moderat modelltrofasthet i første måling og høy modelltrofasthet i andre måling. Spesialistene jobber vanligvis full stilling i teamet, de deltar på daglige teammøter og på behandlingsmøter, men de gir i liten grad

veiledning og opplæring av andre teamansatte i integrert behandling av brukere med rusproblemer.

#### Arbeidsspesialister

De fleste teamene har arbeidsspesialist. Det varierer i hvor stor grad de møter kvalifikasjonskravet om tidligere relevant erfaring med arbeidstjenester. *Arbeidsspesialist i teamet* fikk gjennomsnittsskår 2,4 i første måling og 1,9 i andre måling. *Rollen til arbeidsspesialist i arbeid ute* fikk gjennomsnittsskår 2,3 i begge målingene. Skåringer under 2,5, betyr at elementene ikke er implementert. *Rollen til arbeidsspesialist i teamet* hadde lav modelltrofasthet med gjennomsnittsskår på 2,9 i første måling og 2,6 i andre måling. Teamene har i liten grad implementert modellen «Supported employment»/IPS som TMACT legger opp til. Kjernen i denne modellen går ut på at teamet skal hjelpe brukere som ønsker det å komme i ordinært arbeid. Til forskjell fra tradisjonelle arbeidstiltak vurderer ikke modellen hvor egnet en person

er for arbeidslivet, men legger vekt på at opplæring kan komme underveis i arbeidsforholdet, og at teamet skal bidra med oppfølging og samarbeide med arbeidsgiverne. Arbeidsspesialistene jobber i liten grad i tråd med denne modellen, men de jobber med å motivere brukere for jobb, skole eller andre meningsfulle aktiviteter. De veileder også brukerne i å søke økonomiske ytelser og bistå dem i relasjoner til Nav. Arbeidsspesialistene har ofte sosialfaglig utdanning med god kjennskap til og gode relasjoner til Nav. Arbeidsspesialistene har ofte sosialfaglig utdanning og har god kjennskap til og gode relasjoner til Nav.

#### Brukerspesialister

Kravet om brukerspesialist i teamet får lave skårer, kun få team har eller har hatt brukerspesialist. *Brukerspesialist i teamet og Rollen til brukerspesialist i behandling* er de to elementene som har laveste skår av alle TMACT-elementene, med gjennomsnittsskårer på 1,3 og 1,2 i begge målingene, som betyr at elementene ikke er implementert.

Oppsummert for siste måling hadde *Rollen til rusfaglig spesialist i teamet* høy modelltrofasthet. *Rusfaglig spesialist*

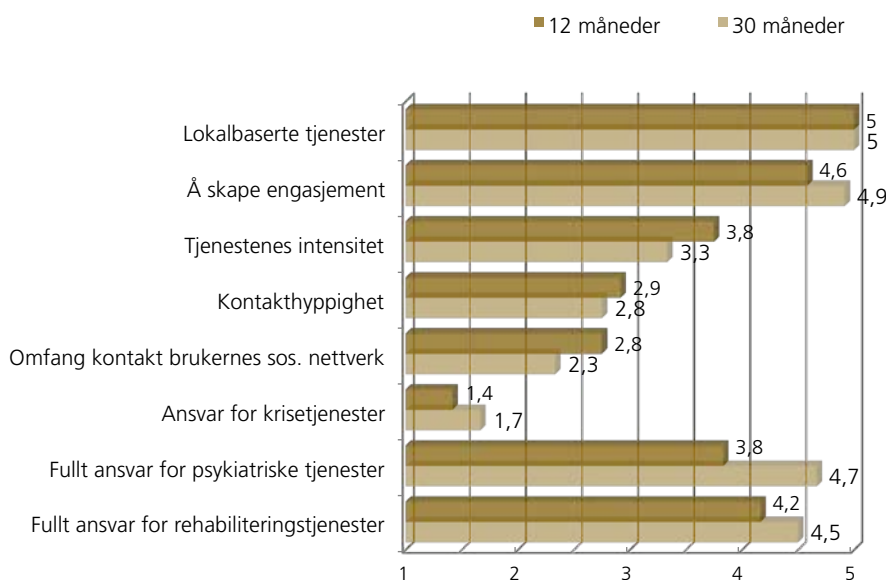
*i teamet og Rollen til rusfaglig spesialist i behandling* hadde moderat modelltrofasthet. *Arbeidsspesialistens rolle i teamet* hadde lav modelltrofasthet. Elementene *Arbeidsspesialist i teamet*, *Rollen til arbeidsspesialist i arbeid ute*, *Brukerspesialist i teamet* og *Rollen til brukerspesialist i behandling* er ikke implementert.

Teamene har lav implementering av *Spesialistbemanning* med gjennomsnittsskår 2,5 både etter 12 måneder og etter 30 måneder. Teamenes gjennomsnittsskår for dette området varierte mellom 1,3 og 3,4 i første måling og mellom 1,0 og 3,3 i andre måling. Etter 30 måneder hadde to av teamene moderat modelltrofasthet, tre hadde lav modelltrofasthet og seks team lå under 2,5 og hadde ikke implementert området *Spesialistbemanning* i TMACT-skalaen.

#### 4.5 Kjerneaktiviteter

Kjerneaktiviteter er fjerde hovedområde av TMACT, det består av åtte elementer som kartlegger de mest sentrale aktivitetene til et ACT-team. Figur 4.4 viser gjennomsnittsskårene for denne skalaen.

Figur 4.4 Kjerneaktiviteter. Gjennomsnittsskårer for 12 team etter 12 md. og 30 md.



De to første kravene som stilles til tjenestene innenfor skalaen kjerneaktiviteter, er *Lokalbaserte tjenester og Ulike metoder for å skape engasjement*. For å oppnå høy skår er det et krav at teamet jobber oppsøkende med et variert sett av metoder for å oppnå kontakt og at minimum 75 prosent av dette arbeidet foregår ute. Alle tolv team jobber oppsøkende og møter brukere i deres hjem eller nærmiljø. Teammedlemmene arbeider nesten utelukkende utenfor kontoret, noe som gir høyeste mulige skår for alle team på dette punktet på begge tidspunkt, skåren 5. Teamene bruker også varierte strategier for å engasjere og komme i kontakt med brukerne og skårer eksemplarisk høyt også på dette elementet, 4,6 ved første og 4,9 ved siste måling. De norske teamene har eksemplarisk høy modelltrofasthet for elementene *Lokalbaserte tjenester og Varierte metoder for å skape engasjement*.

#### *Tjenestenes intensitet og kontakthypighet*

TMACT krever minimum to timer ansikt til ansikt kontakt per bruker i uka for å oppnå høyeste skår på intensitet. Det kreves et gjennomsnitt på minst tre ansikt-til-ansikt-kontakter i uka per bruker for å oppnå høyeste skår på kontakthypighet. Norske team, sett under ett, har litt mindre enn to timer kontakt per bruker i uka og skårer 3,8 på intensitet ved første måling. Det tilsvarer høy modelltrofasthet for *Tjenestenes intensitet*. Ved andre måling er skåren redusert til 3,3 og moderat modelltrofasthet. Teamene møter ikke hver bruker så ofte som tre ganger i uka i snitt. Skåren på *Kontakthypighet* er 2,9 ved første og 2,8 ved annen gangs måling. Det tilsvarer lav modelltrofasthet for dette elementet.

#### *Omfanget av kontakt med pasientens nettverk*

Teamet skal ha kontakt med og gi veiledning til brukerens sosiale nettverk. Med det sosiale nettverket menes venner, familie og andre personer som er sentrale og viktige i brukerens liv (utleier, arbeidsgiver o. l.). Nettverket kan være et eksisterende nettverk fra tidligere eller være et resultat av målbevisst jobbing fra teamets side for å hjelpe brukeren til å etablere et nytt. Brukeren definerer selv sitt naturlige nettverk i samarbeid med teamet. Teamet har et ansvar for å etablere og holde kontakt med viktige personer i dette nettverket. Modellen krever at teamet har månedlig kontakt med en eller flere i nettverket til 90 prosent av brukerne for

å oppnå høyeste skår. I Norge arbeider teamene med brukernes nettverk og familie, men ikke så systematisk og hyppig som modellen krever. De norske teamene har i gjennomsnitt månedlig kontakt med nettverket til rundt halvparten av brukerne. Gjennomsnittsskåren på dette elementet er 2,8. Det synker til 2,3 ved annen gangs måling. Det innebærer at elementet har lav modelltrofasthet i norske ACT-team.

#### *Ansvar for krisetjenester*

ACT-modellen legger opp til at teamet skal ha ansvar for brukerne 24 timer i døgnet, syv dager i uka. Ordinær åpningstid for norske ACT-team er fra 8.00 til 15.30, mandag til fredag. De fleste teamene har ikke utvidet åpningstid. Ett team har utvidet åpningstid på kveldstid, noen team har individuelle avtaler med brukere om at de kan ta kontakt utenom åpningstid og noen team har telefonkontakt utenom ordinær åpningstid. Teamene har ikke ansvar for direkte håndtering av kriser utenfor åpningstid. Flere team gjør likevel individuelle avtaler og kan håndtere kriser som oppstår i arbeidstiden og som varer utover teamets ordinære åpningstid. Hovedregelen er imidlertid at teamene ikke har noe formelt ansvar for brukerne utenom teamets ordinære åpningstid. Norske teams begrensede åpningstid er et brudd med ACT-modellen og medfører at teamene ikke kan ta fullt ansvar for krisetjenester. Elementet *Ansvar for krisetjenester* oppnår skåren 1,4 og øker til 1,7 ved annen gangs måling. Noe som skyldes økt bruk av kriseplaner. Dette elementet er likevel ikke implementert i henhold til ACT-modellen.

#### *Fullt ansvar for psykiatriske tjenester*

Teamet har ansvar for å tilby brukerne psykiatriske tjenester. Psykiater har hovedansvaret for de psykiatriske tjenestene, men teamets rolle i medisinerings og monitorering vurderes også i dette elementet. For å oppnå høyeste skår skal 90 prosent av brukere med behov for psykiatriske tjenester motta dem fra teamet. De norske teamene yter psykiatriske tjenester til et stort flertall av brukerne, og disse tjenestene utgjør en stor andel av det arbeidet teamene gjør. Det er likevel en del variasjon mellom teamene, og skårene spenner fra 2 til 5. Sett under ett får norske team skåren 3,8 som tilsvarer høy modelltrofasthet for dette elementet. Ved annen gangs måling har skåren steget til 4,7 som tilsvarer eksemplarisk modelltrofasthet.

### Fullt ansvar for rehabiliteringstjenester

Rehabiliteringstjenester inkluderer trening i sosiale ferdigheter og kommunikasjonsferdigheter og trening i funksjonelle ferdigheter for å gjøre brukerne mer uavhengige og selvstendige. De fleste norske team har fullt ansvar for rehabiliteringstjenester for rundt 80–90 prosent av brukerne som trenger disse tjenestene og skårer samlet sett 4,2. Dette elementet har høy modelltrofasthet i norske team. Ved andre måling har skåren steget til 4,5, noe som tilsvarer eksemplarisk modelltrofasthet.

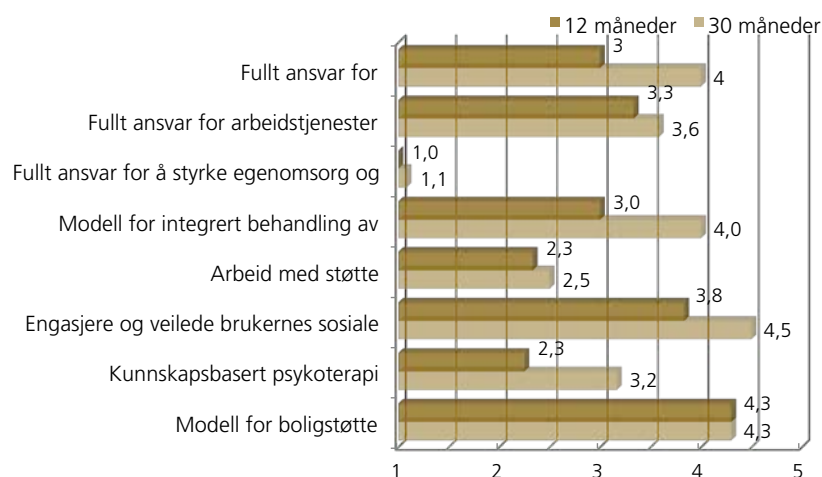
Oppsummering av hovedområdet *Kjerneaktiviteter* viser at *Lokalbaserte tjenester og Metoder for å skape engasjement* har eksemplarisk modelltrofasthet og at *Fullt ansvar for psykiatriske tjenester og Fullt ansvar for rehabiliteringstjenester* har høy modelltrofasthet. *Tjenestenes intensitet* har moderat modelltrofasthet.

De resterende tre elementene har lav eller manglende modelltrofasthet. Gjennomsnittsskåren for alle kjerneaktivitetene sammenlagt er 3,6 ved første måling og andre måling. Dette innebærer at kjerneaktivitetene samlet sett har moderat modelltrofasthet. Gjennomsnittsskåren for de enkelte team varierer mellom 2,8 (lav modelltrofasthet) og 4,1 (høy modelltrofasthet).

## 4.6 Kunnskapsbaserte aktiviteter

Kunnskapsbaserte aktiviteter er femte hovedområde av TMACT. Det består av åtte elementer som kartlegger de mest sentrale kunnskapsbaserte aktivitetene til et ACT-team. Figur 4.5 viser gjennomsnittsskårene for denne skalaen.

Figur 4.5 Kunnskapsbaserte aktiviteter. Gjennomsnittsskårer 12 team etter 12 md. og 30 md.



### Fullt ansvar for dobbeltdiagnosebehandling og modell for integrert behandling av dobbeltdiagnose

Flere av teamene bruker enkelte deler av *Modell for integrert behandling av dobbeltdiagnose*, men modellen er ikke fullstendig implementert. I de norske teamene mottar rundt halvparten av de med behov dobbeltdiagnosebehandling ved første måling. Kravet for høyeste skår på dette punktet er at 90 prosent av brukerne med behov mottar denne tjenesten fra teamet. Gjennomsnittlig skår for norske team på elementet *Fullt ansvar for dobbeltdiagnosebehandling* er ved første måling 3 og tilsvarer lav modelltrofasthet. Ved andre måling øker skåren til 4, som tilsvarer høy modelltrofasthet.

### Fullt ansvar for å styrke brukernes evne til å utvikle og ivareta egenomsorg og øke deres mestring

Mestringsrelaterte tjenester inkluderer en kombinasjon av ulike psykososiale tilnærminger for å hjelpe brukerne til å utvikle og bruke ferdigheter de trenger i sin egen bedringsprosess. I TMACT er det et uttalt krav at det skal benyttes formaliserte programmer for livsmestring, som for eksempel «Et selvstendig liv», «På vei til et bedre liv», «Wellness and recovery action plan» (WRAP) eller «Individuell mestring og recovery» (IMR). For å oppnå høyeste skår må 90 prosent av brukerne med behov for disse tjenestene motta dem fra teamet. Mange brukere får denne typen tjenester fra de norske teamene, men uten at det brukes spesifikke programmer. Ingen av



de norske ACT-teamene benytter formaliserte programmer for livsmestring, og samtlige team får derfor laveste skår. Elementet får skåren 1,0 ved første og 1,1 ved andre måling, og er ikke implementert i henhold til ACT-modellen.

#### *Fullt ansvar for arbeidstjenester og bruk av modellen «arbeid med støtte»*

De fleste teamene har en spesialist på arbeid som motiverer brukerne til arbeid, utdanning eller meningsfylte aktiviteter. Ideelt sett skal 90 prosent av de med behov motta disse tjenestene fra teamet. Rundt 70 prosent av brukerne som trenger disse tjenestene, mottar dem fra de norske teamene ved første måling. På elementet *Fullt ansvar for arbeid* skårer teamene i gjennomsnitt 3,3. Skåren øker til 3,6 ved andre måling. Elementet har moderat modelltrofasthet. *Modellen «arbeid med støtte»* (supported employment) er foreløpig ikke i bruk, og skåren 2,3 og 2,5 på dette elementet tilsvarer manglende implementering og lav modelltrofasthet.

#### *Engasjere og veilede brukernes sosiale nettverk*

Hele teamet skal samarbeide med brukernes nettverk, gi informasjon om sykdom, undervise i problemløsning og sette pårørende i kontakt med støttegrupper. De norske teamene arbeider med brukerens nettverk, gir opplæring om sykdom, lærer bort problemløsende strategier og gir informasjon om støttegrupper. Skåren på dette elementet er 3,8 ved første måling, som tilsvarer høy modelltrofasthet. Ved andre gangs måling har skåren økt til 4,5 og eksemplarisk høy modelltrofasthet.

#### *Kunnskapsbasert psykoterapi*

Teamet skal tilby kunnskapsbasert psykoterapi individuelt eller i gruppe til sine brukere. For å oppnå høyeste skår skal 40 prosent av brukerne ha mottatt slik behandling de siste 12 måneder. Ved første måling får et fåtall av de norske brukerne psykoterapi individuelt eller i gruppe. Her er det imidlertid stor variasjon mellom teamene. I ett team får et flertall av brukerne kunnskapsbasert

psykoterapi (60 prosent), i andre team får ingen av brukerne psykoterapi. Skårene på dette elementet varierer mellom teamene fra 1 til 5. Samlet sett får få brukere psykoterapi av norske ACT-team, men når terapi tilbys, er den vanligvis kunnskapsbasert. Gjennomsnittsskåren på dette elementet er 2,3 ved første måling. Elementet *Kunnskapsbasert psykoterapi* er dermed ikke implementert i henhold til ACT-modellen. Ved andre måling får flere brukere kunnskapsbasert psykoterapi. Skåren øker til 3,2 og elementet har moderat modelltrofasthet.

#### *Bolig med støtte*

Mange brukere har tilfredsstillende boforhold. Det er likevel stor variasjon i kvaliteten på brukernes boliger. Enkelte brukere er uten fast bopel, andre har ustabile botilbud i hospits eller lignende. På dette området er teamene svært avhengige av lokale forhold og det boligmarked og de botilbud som eksisterer i den enkelte kommune, men teamene jobber mye med å forsøke å skaffe brukerne tilfredsstillende bolig og boforhold, og de får høy modelltrofasthet for elementet *Bolig med støtte*.

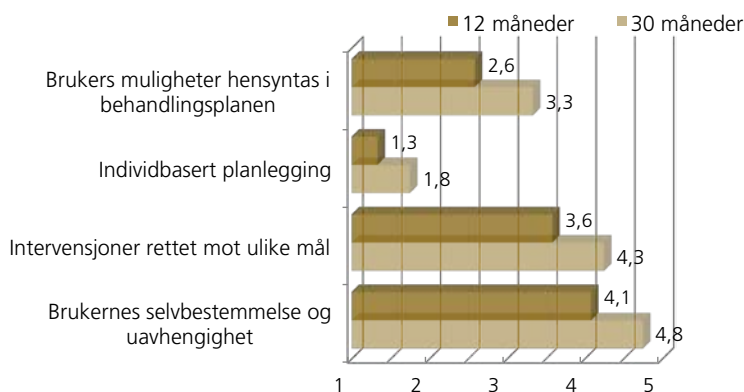
Oppsummering av *Kunnskapsbaserte aktiviteter* viser at dette hovedområdet har lav modelltrofasthet i teamene ved første gangs måling. *Fullt ansvar for egenomsorg og mestring* er ikke implementert i henhold til modellens krav om bruk av formaliserte programmer for dette. *Engasjere og veilede nettverk* har høy modelltrofasthet som øker til eksemplarisk ved andre gangs måling. *Fullt ansvar for arbeidstjenester* har moderat modelltrofasthet og de resterende elementene har lav modelltrofasthet. Den totale gjennomsnittsskåren er 2,9, noe som gir *kunnskapsbaserte aktiviteter* som hovedområde lav modelltrofasthet i norske ACT-team ved første måling. Dette er det hovedområdet hvor variasjonen mellom teamene er størst. Gjennomsnittsskåren for de enkelte team varierer ved første måling mellom 1,6 (ikke implementert) og 3,8 (høy modelltrofasthet). Etter 30 måneder har modelltrofastheten for *Kunnskapsbaserte aktiviteter* steget til 3,4, som tilsvarer moderat modelltrofasthet.

## 4.7 Individuelt tilpassede behandlingsplaner

Individuelt tilpassede behandlingsplaner er sjette og siste hovedområde av TMACT. Det består av fire elementer som kartlegger graden av individuelt tilpasset

behandling hos et ACT-team. Figur 4.6 viser gjennomsnittsskårene for denne skalaen.

Figur 4.6 Individuelt tilpassede behandlingsplaner. Gjennomsnittsskårer 12 team etter 12 md. og 30 md.



### *Brukers styrker og ressurser tas hensyn til i behandlingsplanen*

Styrker og ressurser er til en viss grad, men ikke systematisk, reflektert i mål og tiltak i behandlingsplanene. Vi ser at teamene i sitt kliniske og praktiske arbeid er opptatt av brukernes styrker og ressurser, men dette er i liten grad formulert i behandlingsplaner og annen dokumentasjon slik det er påkrevet etter modellen. Skåren er 2,6 ved første gangs måling og tilsvarende lav modelltrofasthet. Ved andre gangs måling har flere av brukerne fått utarbeidet behandlingsplaner, og skåren har økt til 3,3, som tilsvarende moderat modelltrofasthet.

### *Individbasert planlegging*

For å oppnå høyeste skår på dette elementet skal brukerne selv delta på behandlingsmøter, oppmuntres og støttes i å lede disse, og møtene skal være drevet av brukernes mål og preferanser. I de norske ACT-teamene deltar brukerne vanligvis ikke på behandlingsmøter, og de blir heller ikke oppmuntret og støttet i å lede møtene, slik modellen legger opp til. Møtene er derfor ikke drevet av brukernes mål og preferanser i henhold til modellen. Denne praksisen gir skåren 1,3 ved første og 1,8 ved andre gangs måling og medfører at elementet *individbasert planlegging* ikke er implementert i henhold til ACT-modellen.

### *Intervensjoner rettet mot ulike mål og livsområder*

Teamet skal gjennomføre systematiske og spesifikke intervensjoner rettet mot ulike livsområder (f.eks. fysisk helse, arbeid/utdanning, sosiale aktiviteter, bolig-situasjon) i tillegg til medisiner, symptombehandling og eventuelle innleggelse. I praksis planlegger og gjennomfører de norske teamene intervensjoner som gjenspeiler en bredde av livsområder, men disse er ved første gangs måling ikke tilstrekkelig reflektert i brukernes behandlingsplaner slik kravet er. Skåren på dette elementet er 3,6 ved første gangs måling og tilsvarende moderat modelltrofasthet. Ved andre gangs måling er intervensjonene godt dokumentert, og skåren har økt til 4,3 og høy modelltrofasthet.

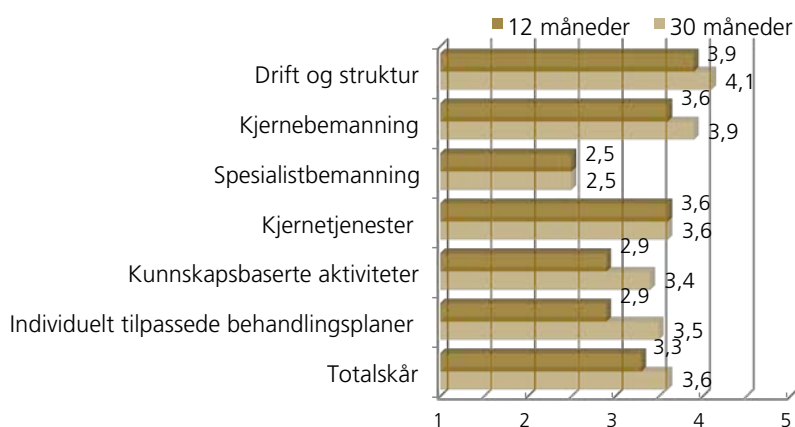
### *Brukernes selvbestemmelse og uavhengighet*

For å oppnå høyeste skår kreves det at teamet er en sterk forkjemper for brukernes selvbestemmelse og uavhengighet. De norske teamene fremmer selvstendighet og selvbestemmelse i høy grad, men med noe variasjon avhengig av personale og brukere, ved første gangs måling. Ved andre gangs måling er teamene enda tydeligere på dette punktet. Skåren på elementet øker fra 4,1 og høy modelltrofasthet til 4,8 og eksemplarisk modelltrofasthet.

Oppsummering av *Individuelt tilpassede behandlingsplaner* viser at dette hovedområdet har lav modelltrofasthet ved første gangs måling i de norske teamene. *Selvbestemmelse og uavhengighet* har høy modelltrofasthet og *Intervensjoner mot ulike mål* har moderat modelltrofasthet. De andre elementene har lav eller manglende implementering. Total gjennomsnittsskår for de fire elementene i individuelt tilpassede behandlingsplaner er 2,9 ved første gangs måling og tilsvarer lav

modelltrofasthet. Ved andre gangs måling har skåren steget til 3,5 som tilsvarer moderat modelltrofasthet. Gjennomsnittsskåren for de enkelte team varierer mellom 2,0 (ikke implementert) og 4,0 (høy modelltrofasthet).

Figur 4.7 TMACTs hovedområder. Gjennomsnittsskårer 12 team etter 12 md. og etter 30 md.



Som det framgår av figur 4.7, varierer det i hvilken grad de ulike hovedområdene av modellen er implementert. Ett år etter oppstart hadde ACT-teamene implementert kravene til *Drift og struktur* i høy grad, *Kjernebemannning* og *Kjernetjenester*, i moderat grad. Hovedområdene *Individuelt tilpassede behandlingsplaner*, *Kunnskapsbasert praksis* og *Spesialistbemannning* var mindre implementert. Innen disse områdene var det et klart potensial for forbedring. Etter to og et halvt års drift er alle hovedområder med unntak av *Spesialistbemannning*, moderat til høyt implementert i de norske ACT-teamene.

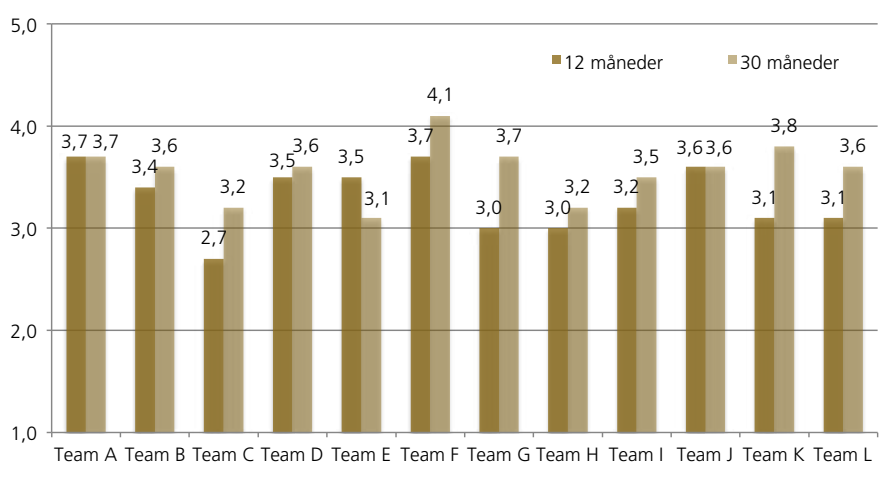
## 4.8 Oppsummering

Gjennomsnittsskårene for TMACTs seks hovedområder og totalskår er vist i figur 4.7.

Etter ett års drift hadde teamene 3,3 i gjennomsnitt når vi ser på alle elementene i TMACT sammenlagt. Ved andre gangs måling, to og et halvt år etter oppstart, hadde modelltrofastheten økt til 3,6 når en ser alle elementene sammenlagt. Begge skåringene tilsvarer moderat implementering av ACT-modellen.

Hvordan skåringene varierer mellom de ulike teamene er vist i figur 4.8.

Figur 4.8 Totalskår for TMACT for de ulike ACT-teamene, etter 12 måneder og 30 måneder



Teamenes totalskår varierte mellom 2,7 og 3,7 ved første gangs måling. Fem team hadde totalskår som tilsvarte lav implementering, seks team hadde totalskår som samsvarte med moderat implementering, og ett team hadde høy implementering av modellen. Ved annen gangs måling varierte teamenes totalskår mellom 3,1 og 4,1.

Kun ett team hadde lav modelltrofasthet, ni team hadde moderat modelltrofasthet og to team hadde høy modelltrofasthet. Det har altså skjedd en klar forbedring av teamenes modelltrofasthet fra første til andre måling. Ellers viser vi til drøftingen av disse resultatene i kapittel 13.

# Kapittel 5: Hvilke tjenester gir ACT-teamene?

## 5.1 Innhold i behandlingen registrert med «ukeskjema»

Innholdet i ACT-teamenes behandlingskontakt med brukerne er analysert ut fra løpende registreringer som teammedlemene gjorde av sine kontakter med brukerne i løpet av hver uke. Dette ukeskjemaet ble fylt ut med tidspunkt og varighet for kontakten, hvor kontakten var, og koder for innholdet i kontakten og hvilke andre tjenester som eventuelt deltok.

Materialet innsamlet ved ukeskjema er et stort materiale. Medlemmene i ACT-teamene har daglig brukt tid på registrering trass i den belastningen dette har vært. Det har også vært et omfattende arbeid å registrere alle disse kontaktene i den elektroniske databasen og å gå gjennom data for vurdering av kvalitet med tanke på hvilke analyser som kan gjøres. Se kap. 2.2.3 om disse vurderingene og konklusjonene av vurderingene.

Det var registrert til sammen nesten 107 000 kontakter. Dersom to teammedlemmer var sammen om en kontakt med en bruker, skulle bare den ene registrere kontakten

(med med kode for at den andre også var med). Men ut fra kontakten med teamene og analyse av datafila vet vi at det også har vært dobbeltregistreringer i en del slike tilfeller. Før analysen av materialet fjernet vi derfor det som vi antok var dobbeltregistreringer fordi to teammedlemmer hadde registrert hver sin kontakt med samme bruker for samme tidsrom. Dette var 3,4 prosent av registreringene.

Det resterende samlede materialet er brukt til å beskrive teamenes praksis. Det inkluderer også registrert kontakt med brukere som ikke er med i evalueringen. Dette er godkjent av REK fordi det for disse bare brukes som data om teamets praksis, og ikke som data om brukeren.

## 5.2 Grad av oppsøkende arbeid

Tabellene nedenfor viser hvor kontakten med brukerne var. For 3,9 prosent av kontaktene var det ikke registrert sted. Disse ble fjernet før vi utarbeidet tabellene.

Tabell 5.1 Hvor og hvordan kontakten med brukerne var

Hvor kontakten med brukeren var	Antall kontakter	Prosent
Hjemme hos bruker eller ute i samfunnet	63 249	64,1
I teamets kontorer/lokaler	7 723	7,8
Telefonkontakt	27 698	28,1
<b>Registrerte kontakter i alt</b>	<b>98 670</b>	<b>100,0</b>

Som tabellen ovenfor viser, var det en god del telefonkontakt med brukerne. Dette skjedde for å gjøre avtaler om besøk eller møter, for å minne om møter, om en avtale må endres, og i en rekke andre situasjoner. For enkelte brukere kan hovedkontakten i en periode ha vært per telefon fordi det var det eneste brukeren aksepterte. Telefonkontakt er altså en viktig kommunikasjonsform i arbeidet. Siden telefonkontakt har vært på mange ulike tider og steder og ofte har vært av kort varighet, har det

trolig vært en større underrapportering av telefonkontakt enn av kontakter som skjer ved møte ansikt til ansikt.

For å kunne analysere hvor stor andelen av kontakten som har vært ved oppsøkende arbeid, altså å møte brukeren ansikt til ansikt hjemme eller ute i samfunnet og ikke i teamets lokaler, har vi ikke tatt med telefonkontakt i tabeller og analyser i resten av dette kapitlet.

Tabell 5.2 Sted for kontakter ved møte

Kontakter ved møte (ansikt til ansikt)	Antall kontakter	Prosent
Hjemme hos bruker eller ute i samfunnet	63 249	89,1
I teamets kontorer/lokaler	7 723	10,9
<b>Antall kontakter ansikt til ansikt</b>	<b>70 972</b>	<b>100,0</b>

Denne fordelingen gir en overbevisende dokumentasjon av at teamene har jobbet oppsøkende slik ACT-modellen legger vekt på. Kravene i modellen er at minst 70–80 prosent av kontaktene skal være utenfor egne lokaler, og de norske teamene hadde altså i gjennomsnitt 89 prosent. Andel av registrerte kontakter utenfor egne lokaler varierte på tvers av team fra 82 til 97 prosent, og andelen av møter i egne lokaler varierte dermed fra 3 til 18 prosent. Selv de teamene som har brukt egne lokaler mest, har altså arbeidet oppsøkende i samsvar med ACT-modellen.

Det var noe forskjell mellom team i hyppighet og omfang av registrert kontakt. Antall møter per bruker per uke varierte fra 1,4 til 3,3 i gjennomsnitt. Omfang av kontakt per bruker per uke varierte fra 1 timer og 20 minutter til 3 timer i gjennomsnitt.

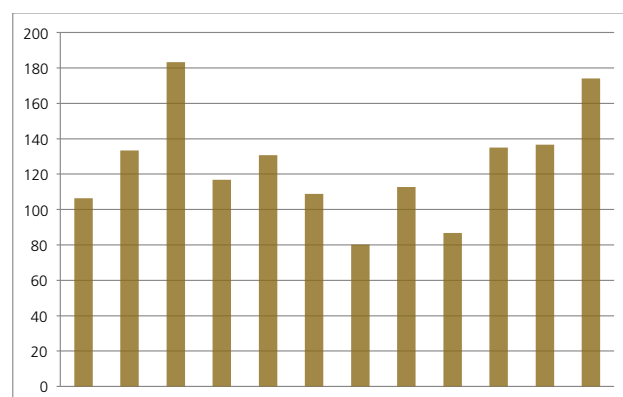
Det var også stor variasjon mellom de enkelte brukerne i antall kontakter per bruker per uke. Av det samlede antall bruker-uker var det én kontakt per bruker-uke i 36 prosent, to kontakter i 30 prosent, tre kontakter i 17 prosent og fire eller flere kontakter i 17 prosent.

### 5.3 Hyppighet og omfang av kontakt

Hyppighet av kontakter måles som antall kontakter i gjennomsnitt per bruker per uke. Omfang av kontakt måles som antall timer eller minutter i gjennomsnitt per bruker per uke. Som nevnt ovenfor gjelder dette kontakter ved møte ansikt til ansikt, og ikke telefonkontakt.

Analyse av registrerte kontakter ansikt til ansikt i løpet av de to årene for de 142 brukerne som er med i evalueringen av forløp, viser at antall kontakter per bruker per uke i gjennomsnitt var omtrent 2,3, og at omfanget av tid med hver bruker i gjennomsnitt var vel to timer per uke. Dette viser at teamene har gitt tett oppfølging og har hatt mye kontakt med brukerne, selv om det kreves enda høyere hyppighet og omfang for å få høy skåre på dette i TMACT.

Figur 5.1 Gjennomsnittlig antall minutter med hver bruker per uke for hvert team

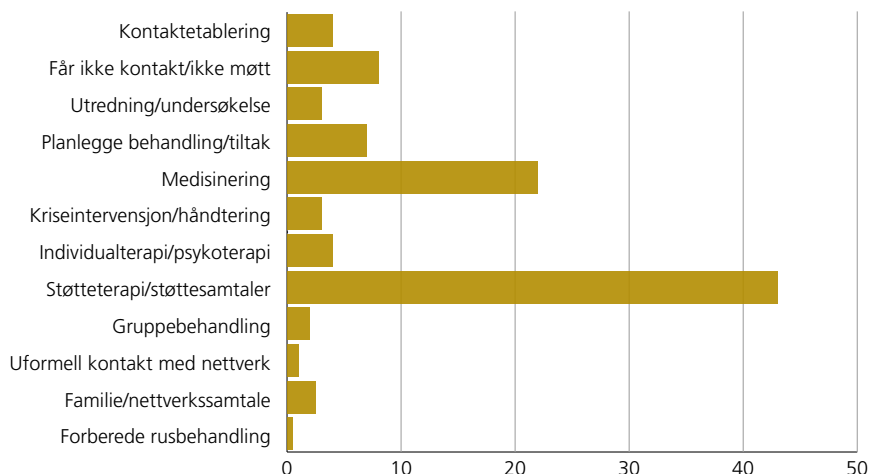


## 5.4 Innhold i kontakter med brukerne

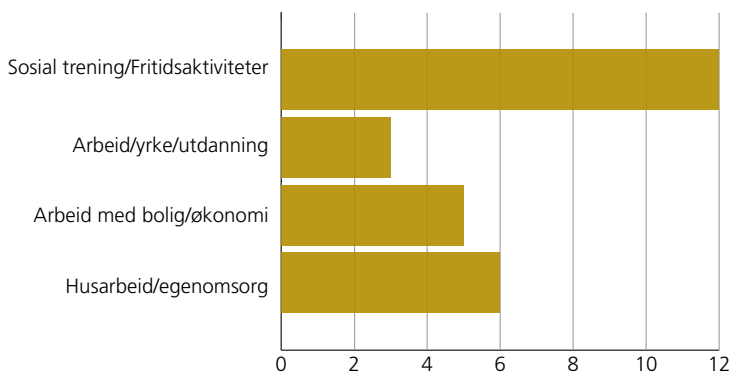
Figurene nedenfor viser andel av møter med ulike typer innhold (typer aktivitet) ut fra de kodene teammedlemmene har registrert. Dette beskriver ACT-teamenes samlede profil når det gjelder type behandlingstilbud og oppfølging slik de teamansatte selv har kodet det.

Det kunne registreres en kode for hovedinnhold og inntil to tilleggskoder for innhold. For 30 prosent av kontaktene var det registrert én tilleggskode, og for 3 prosent var det registrert to tilleggskoder. Vel fire tusen kontakter uten registrert kode for innhold er ikke tatt med.

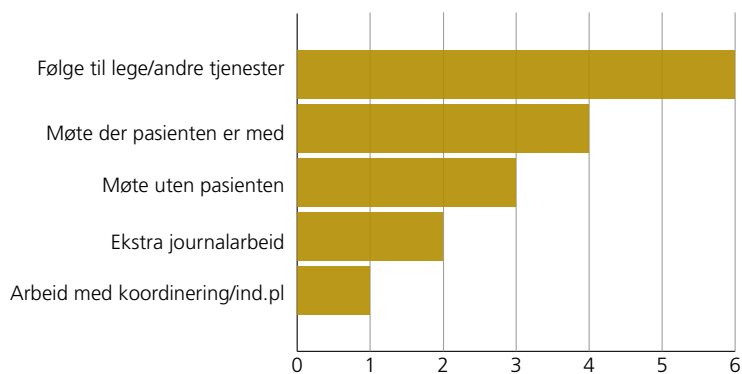
Figur 5.2 Andel (prosent) av ulike typer behandling



Figur 5.3 Andel (prosent) av ulike typer praktisk hjelp og trening



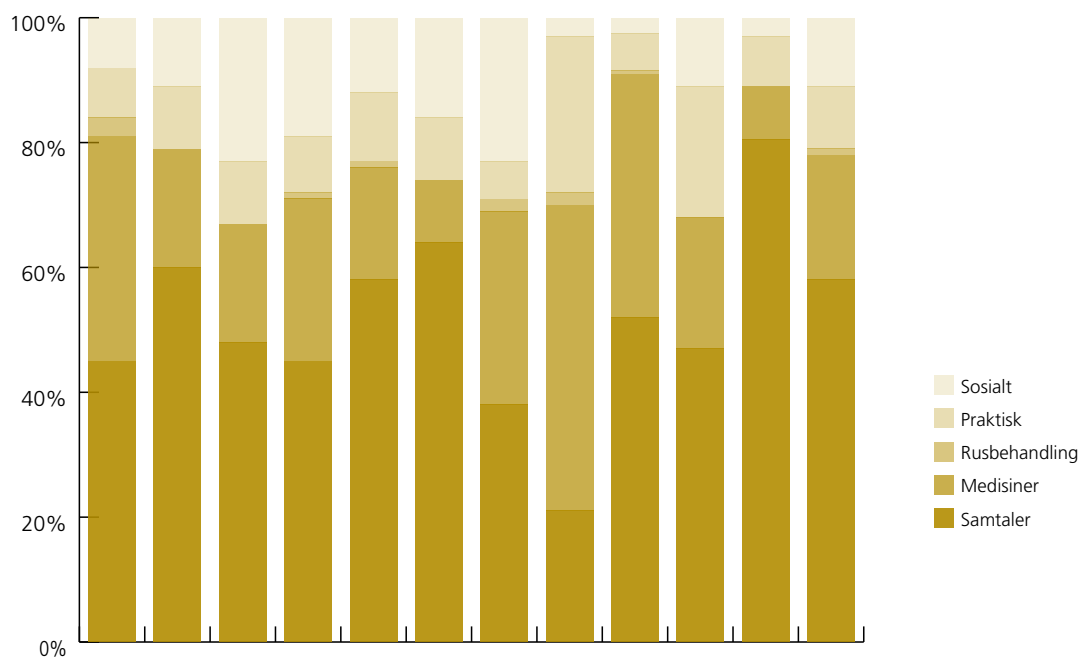
Figur 5.4 Andel (prosent) av aktiviteter for behandlingsplanlegging og koordinering



Det hyppigste innholdet i kontakten var støttetterapi/ støttesamtaler og administrering av medikamenter. Dernest følger sosialtrening/fritidsaktiviteter, planlegging av behandling eller tiltak, og ulike typer hjelp eller trening angående bolig, arbeid og andre praktiske ferdigheter. En god del kontakter gjaldt også følge til fastlege, samhandling med andre tjenester i form av møter, og mer spesifikke samtaleformer, som psykoterapi.

Det ble registrert relativt lite rusbehandling, men arbeid med rusproblemer er nok også ofte en del av støttesamtaler og i forbindelse med praktiske gjøremål. Det var også relativt få familie/nettverkssamtaler, men det kan også være en del kontakt med pårørende i det som er registrert som andre møter.

Figur 5.5 Sammenligning av teamenes behandlingsprofiler



Figuren ovenfor viser prosentvis fordeling for hvert team ut fra registrert hovedinnhold i kontakter med brukerne. Fordelingen gjelder følgende former for kontakt: Samtaler (støttesamtaler, individualterapi, kriseintervensjon, gruppebehandling), medisiner (forskriving og administrering av medisiner), rusbehandling (forberede, individuelt, i gruppe), praktisk hjelp eller trening (med arbeid, bolig, økonomi, husarbeid, egenomsorg) og sosialt (sosial trening, fritidsaktiviteter). Figuren viser at teamene har noe ulike profiler ut fra det som er registrert som innhold i møter (kontakter) med brukerne. For å kunne sammenligne profilene er det i figuren brukt prosentvis fordeling på de fem områdene, og ikke faktisk antall kontakter siden dette ville være avhengig av størrelsen på teamene. Teamene arbeider generelt mye med motivasjon og med å fremme brukernes

egenmestring, og dette inngår i mange av aktivitetene som er kodet.

Teamene har nok mer felles i sin behandlingsprofil, men ut fra registreringene ser det også ut til å være noe variasjon. Det tydeligste er variasjonen i omfang av administrering av medisiner, som trolig henger sammen med hvordan arbeidsdelingen er med kommunale tjenester om dette. Noe variasjon kan også ha sammenheng med forskjeller i bemanning. Den viktigste fellesnevneren er trolig at det meste av de ulike aktivitetene skjer som oppsøkende kontakt der brukeren er.



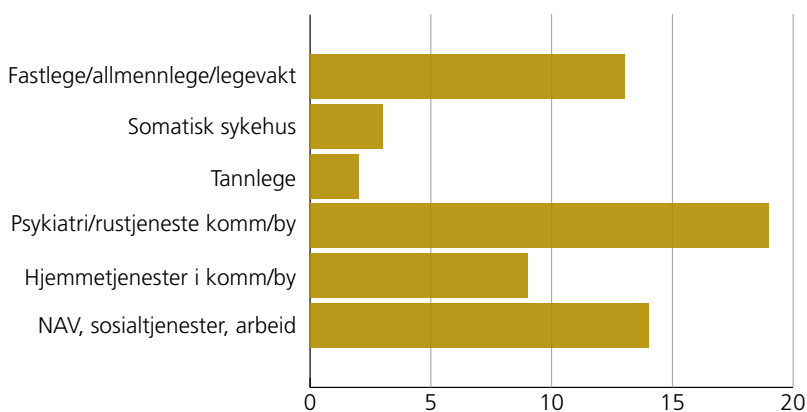
## 5.5 Teamenes samhandling med andre

I ukesskjemaet ble det også registrert om kontakten var sammen med noen fra andre tjenester.

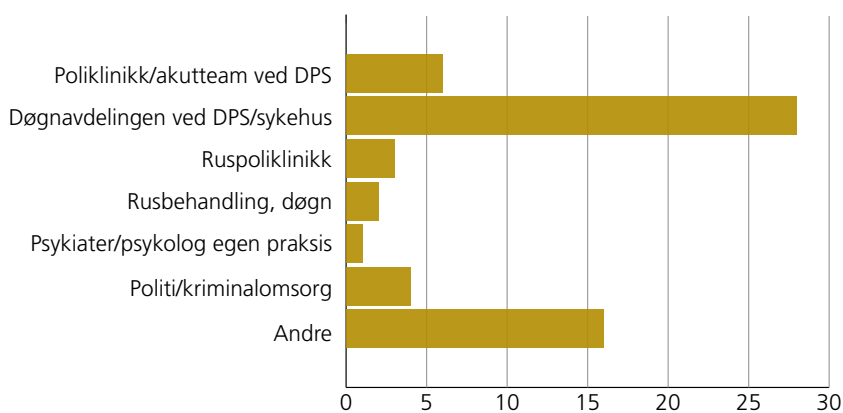
Ved 13 prosent av kontaktene var det andre som deltok, og ved 2 prosent av kontaktene var dette mer enn én instans. Det vil si at 87 prosent av kontaktene ble gjennomført av teamene alene.

Figurene nedenfor viser andel (prosent) av denne samhandlingen fordelt på de tjenester eller instanser som det var oppgitt koder for i ukesskjemaet. Samhandling skjer selvsagt også på andre måter som ikke fanges opp av denne registreringen.

Figur 5.6 Andel (prosent) av samhandlingen som var med primærhelsetjenesten og sykehus



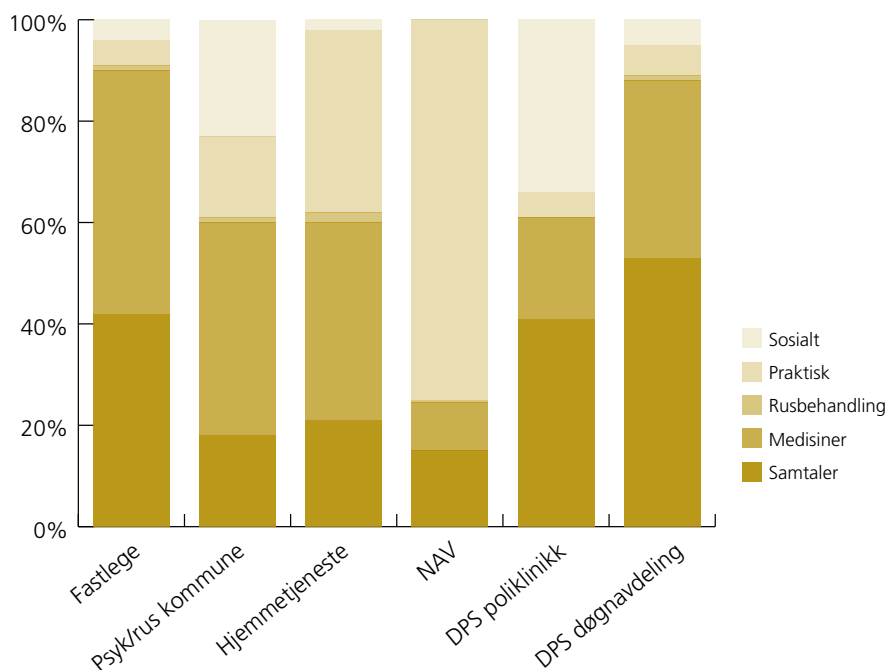
Figur 5.7 Andel (prosent) av samhandlingen som var med psykisk helsevern og noen andre instanser



De som teamene hyppigst hadde slik samhandling med, var personale ved døgnavdelinger ved DPS/sykehus, psykisk helsetjeneste/rustjeneste i kommune/bydel, Nav og fastleger.

Figur 5.8 viser innholdet i ACT-teamenes samhandling med de viktigste samarbeidspartnerne. Fordelingen på de områdene som er forklart under figur 5.5 ovenfor, er vist for de tjenestene teamene samhandler mest med.

Figur 5.8 Fordeling av innhold i møter (kontakter) der andre tjenester deltar



Det hyppigste innholdet i samhandlingen med de ulike delene av psykisk helsevern var planlegging av behandling og tiltak, og dernest møter der brukeren var med og møter uten brukeren. Samhandlingen skjedde trolig mest i forbindelse med overføring av behandling og kontakt, men noe kan også ha vært felles koordinerende møter underveis i et behandlingsforløp.

ACT-teamenes samhandling med kommunale og statlige tjenester var i stor grad planlegging av behandling og tiltak, samarbeid om medisiner, og møter der brukeren var med og møter uten brukeren. Omfanget av samhandling var større med kommunale og statlige tjenester enn med spesialisthelsetjenesten.

Selv om ACT-teamene i stor grad dekker brukernes behov for ulike typer behandling, oppfølging og hjelp, har teamene også en god del samhandling med andre tjenester. Dette inkluderer å bidra til at brukeren mottar nødvendig behandling eller hjelp (være med brukeren til

fastlegen og Nav), å bidra til at brukeren blir best mulig ivaretatt i vanskelige situasjoner (delta i prosessen ved en innleggelse) og å sikre gode overganger og koordinering mellom ulike behandlingstilbud (være med i planlegging og forberedelse av utskrivning fra døgnopphold og møter om medisiner).

## 5.6 Oppsummering

Registreringer av noen opplysninger om de fleste møter (kontakter) teamene har hatt med brukerne viser at ACT-teamene har arbeidet oppsøkende i samsvar med ACT-modellen. Omtrent 89 prosent av kontakten ansikt til ansikt var hjemme hos brukeren eller annet sted der brukeren var, og ikke i teamets kontorer eller lokaler. Dette er høyere enn kravet i ACT-modellen på at minst 70–80 prosent av kontaktene skal være utenfor egne lokaler. Selv de teamene som har brukt egne lokaler mest, har arbeidet oppsøkende i samsvar med ACT-modellen.

Hyppigheten av møter ansikt til ansikt var i gjennomsnitt vel to ganger per bruker per uke, og omfanget av tid med hver bruker er i gjennomsnitt vel to timer per uke. Dette er lavere enn kravene i TMACT for å få høy skåre for hyppighet og intensitet i kontakten. Det var noen forskjeller mellom team i intensitet og omfang av registrert kontakt per uke.

Det hyppigste innholdet i kontakten var støtteterapi/støttesamtaler og administrering av medikamenter. Dernest fulgte sosialtrening/fritidsaktiviteter, planlegging av behandling eller tiltak, og ulike typer hjelp eller trening angående bolig, arbeid og andre praktiske ferdigheter. En god del kontakter gjaldt også følge til fastlege, samhandling med andre tjenester i form av møter og mer spesifikke samtaleformer som psykoterapi. Det ble registrert relativt lite rusbehandling, men det har nok også vært arbeidet med dette i møter som er registrert med andre koder for innhold. Det ble også registrert relativt få familie-/nettverkssamtaler, men en del kontakt med pårørende har nok blitt registrert som «andre» som deltok i møter.

ACT-teamene hadde hyppigst samhandling med døgnavdelinger ved DPS/sykehus, psykisk helsetjeneste- og rustjenester i kommune/bydel, Nav og fastleger. Det hyppigste innholdet i samhandlingen både med kommunale tjenester og psykisk helsevern var planlegging av behandling og tiltak, samt møter med eller uten brukeren. Samarbeid om medisinerer var også en betydelig del av samhandlingen med kommunale tjenester. Omfanget av samhandling var større med kommunale tjenester og Nav enn med spesialisthelsetjenesten.

#### → ACT-teamenes praksis

- oppsøkende i henhold til modellen
- moderat intensitet i oppfølging
- mye bruk av støtteterapi/støttesamtaler
- sikring av medisinerer er viktig oppgave
- allsidig praktisk hjelp og ferdighetstrening
- samhandling med andre tjenester om tiltak



# Kapittel 6: Rekruttering av brukere og målgruppe

### 6.1 Rekruttering til ACT-teamene det første driftsåret

I sitt første driftsåret inkluderte ACT-teamene til sammen 381 brukere, og de avsluttet kontakten med 32 brukere. 152 brukere ble henvist, men ikke inkludert i teamene. Viktigste henvisende instanser for brukere som ble inkludert i teamene det første driftsåret, var psykiatriske døgnavdelinger samt fastlege. Henvisende instanser for brukere som ikke ble inkludert i teamene, var hovedsakelig psykisk helsetjeneste i kommunen, fastlege og psykiatrisk poliklinikk. Over halvparten av de som ikke ble inkludert i teamene, hadde en kjent ruslidelse, men de oppfylte ikke kriteriene for en alvorlig psykisk

lidelse. I tillegg var det omtrent 50 prosent av henvisningene der inntaksansvarlige mente at brukeren kunne nyttiggjøre seg andre typer tjenester fordi vedkommende hadde et funksjonsnivå som tilsa det.

### 6.2 Brukere som er rekruttert til teamene, og som har avsluttet kontakt i løpet av tre år

Tabell 6.1 viser hvor mange brukere som ble inkludert i ACT-teamene og avsluttet kontakt fra oppstart og påfølgende tre år.

Tabell 6.1. Andelen brukere inkludert i ACT-teamene i en treårsperiode. I antall.

Team	Totalt inkluderte etter 3 år	Antallet pasienter som har avsluttet kontakt i løpet av 3 år
1	95	28
2	101	27
3	34	13
4	89	25
5	48	20
6	29	29 Nedlagt
7	41	13
8	28	28 Nedlagt
9	58	23
10	63	27
11	39	39 Nedlagt
12	36	5
<b>Totalt</b>	<b>661</b>	<b>181</b>
<b>Totalt, inkludert nedlagte team</b>		<b>277</b>

I løpet av tre driftsår har teamene til sammen inkludert 661 brukere. Det er stor variasjon mellom teamene for hvor mange brukere som er inkludert. Det minste teamet har i løpet av en treårsperiode inkludert 28 brukere, mens de største teamene har oppunder 100 brukere.

Som vi ser av tabellen over, er det 181 brukere som har avsluttet sin kontakt med ACT-teamene i en treårsperiode. I tillegg er det 96 brukere som har vært i de tre ACT-teamene som ble nedlagt. Flere av disse har avsluttet kontakten med ACT-teamene før det ble bestemt at de skulle legges ned. Kontakten med de resterende ble avsluttet på grunn av nedleggelsen av teamet.

Teamene har fylt ut et skjema for hver bruker som de har avsluttet kontakt med. Det inneholder informasjon om årsak til utskrivningen, om den har vært planlagt og etter teamets ønske, og hvem som har hovedansvaret etter utskrivelse. Vi har fått inn 181 skjemaer om avslutning i ACT-teamene i løpet av de tre første driftsårene. Skjemaene er fra samtlige ACT-team, også fra de tre teamene som ble nedlagt. Det gjelder kun for de brukerne som hadde en «naturlig» avslutning, dvs. ikke brukere som avsluttet på grunn av nedleggelse.

Tabell 6.2 gir en oversikt over hovedårsaken til at kontakten med bruker ble avsluttet.

Tabell 6.2. Hovedårsak til avsluttet kontakt med teamet i løpet av tre år. I prosent. N=176.

	%
Utredning i ACT viste at pasienten ikke var i målgruppa	21
Teamet vurderte at pasienten ikke lenger trengte tjenester fra ACT-teamet	18
Teamet lyktes ikke i å etablere kontakt	15
Pasienten avsluttet etablert kontakt	14
Pasienten har flyttet fra opptaksområdet	19
Pasienten er overført til mer intensive tjenester eller fengsel	5
Død	7
<b>Total</b>	<b>101</b>

Hovedårsak til avslutning av kontakt med brukere er i 21 prosent av tilfellene at brukerne ble vurdert til ikke å være i målgruppa etter at utredning var gjennomført i teamet. ACT-teamene skal inkludere personer med en tentativ diagnose med symptomer på en psykoselidelse og utrede om brukeren er i målgruppa for ACT-team og har behov for denne typen tjenester. Opplysningene tyder på at teamene har oppfylt dette kravet.

I løpet av en treårsperiode ble 18 prosent av brukerne skrevet ut fordi de hadde oppnådd så stor bedring at de ikke lenger hadde behov for behandling og oppfølging fra ACT-teamene. Et viktig mål for ACT-teamene er å nå ut til personer som ikke har klart å nyttiggjøre seg ordinære tjenester, og som i utgangspunktet er vanskelige å nå med tjenestene. Vi ser at i 15 prosent av tilfellene

lyktes det ikke teamene å etablere kontakt, selv etter lengre tids forsøk (gjennomsnitt 239 dager). Når også brukerne avsluttet kontakten i 14 prosent av tilfellene, er det med andre ord 31 prosent av avslutningene hvor teamet ikke har greid å opprette kontakt eller beholde kontakten med brukerne. Disse brukerne har vært i teamet i gjennomsnitt ett år før de avsluttet kontakten. Fem prosent har avsluttet kontakt med teamene fordi de er overført til mer intensive tjenester (døgnbemannet omsorgsbolig, langtidsopphold på institusjon eller psykiatrisk avdeling) eller fengsel. I perioden på tre år var det 13 brukere som døde, fire i selvmord og ni av andre årsaker.

Tabell 6.3 viser hvem som har hovedansvaret for brukeren etter utskrivelse. Brukere som er døde i løpet av teamenes tre første år, er ikke inkludert.

Tabell 6.3. Hovedansvar for bruken etter avsluttet kontakt med teamet? N=168. I prosent

	%
Psykisk helsetjeneste i kommune/bydel	23
Fastlege/allmennlege/legevakt	25
Psykiatrisk avdeling sykehus / DPS	7
Psykiatrisk poliklinikk	9
Ingen	11
Nav/sosialtjenester/rustjeneste/rusteam	7
Rusbehandlingsinstitusjoner	2
Hjemmetjenester i kommune/bydel	3
Ambulant psykoseteam / rehabteam	5
Annet	8
<b>Totalt</b>	<b>100</b>

De viktigste instansene som skal ha hovedansvaret for bruker etter utskrivelse fra teamene, er psykisk helse-tjeneste i kommunen eller bydelen, fastlege eller legevakt. Det er 11 prosent av brukerne som ikke er henvist til noen instans. Dette gjelder hovedsakelig brukere som har flyttet fra opptaksområdet, og brukere som teamet ikke har klart å etablere kontakt med. Det er også tre personer som ikke lenger har behov for verken ACT eller andre tjenester. Det er verdt å merke seg at Nav/sosial-tjenesten/rustjenesten har hovedansvaret for syv prosent av brukerne. I kategorien Annet er det brukere som er i fengsel, på institusjon eller i døgnbemannet bolig.

### 6.3 Har ACT-teamene nådd målgruppa?

Et viktig mål for evalueringen er å undersøke om de norske ACT-teamene inkluderer personer i henhold til de kriteriene for målgruppe som Helsedirektoratet har definert. Disse kriteriene er tilsvarende de som beskrives i den amerikanske ACT-manualen, og som brukes i inter-nasjonale studier om ACT. Rekruttering av brukerne er grundig beskrevet i de foregående avsnittene, og resultatene fra kartleggingen av brukernes situasjon ved inntak har tidligere blitt presentert i Midtveisrapporten. Basert på denne kartleggingen finner vi at teamene i hovedsak inkluderer personer med alvorlig psykisk lidelse. Nesten alle brukerne har schizofreni / psykose-lidelse eller bipolar lidelse. Omlag to tredjedeler av brukerne har i tillegg problemfylt bruk av ett eller flere rusmidler. Gjennomsnittsskåren for AUDIT (screening alkoholmisbruk) og DUDIT (screening av misbruk av andre rusmidler og medikamenter) indikerer at over halvparten av brukerne har skadelig bruk eller avhengighet av ett eller flere rusmidler. Brukerne har alvorlige symptomer (GAF-S 41) og resultatene fra BPRS viser at 83 prosent av brukerne har minst et symptom i moderat alvorlig til svært alvorlig grad. De aller fleste brukerne som har deltatt i evalueringen av ACT har en betydelig funksjonsnedsettelse. Gjennomsnittlig GAF-F-skår er 40, noe som indikerer stor funksjonssvikt innen flere områder. Dette funnet bekreftes av resultatene fra PSF, skjemaet for praktisk og sosial fungering, som viser at brukerne kun delvis klarer å gjennomføre dagligdage praktiske og sosiale oppgaver.

Når det gjelder livskvalitet (MANSA), rapporterer brukerne at de er blandet fornøyd med livet. De er mest fornøyde med områdene de bor i, boligen og forholdet til familien og minst fornøyde med arbeidssituasjon (de fleste har ikke arbeid), utdanningen, egen økonomisk situasjon og seksualliv.

Teamene har ved inntak av den enkelte bruker vurdert i hvilken grad brukeren aksepterer kontakt med helse- og omsorgstjenestene og hvordan teamet opplever at brukeren engasjerer seg i behandlingen og oppfølgingen fra tjenestene. På gruppenivå vurderer de ansatte i teamene at brukerne til en viss grad er positivt innstilt ovenfor dem, og at brukerne godtar å møte dem som er ansatt i teamene, men at brukerne ikke selv tar kontakt. Teamene vurderer også at brukerne tar i mot hjelp men at det kan være vanskelig å bli enige om en felles plan. Når det gjelder kontakt med andre, finner teamene at brukerne unngår kontakt med andre, og at brukerne i varierende grad involverer seg i kontakten.

Basert på funnene fra utredningen lykkes ACT-teamene i å nå brukere i tråd med kriteriene for målgruppa definert av Helsedirektoratet. Funn fra andre kilder understøtter dette. Ser vi på data fra «fidelity»-målingene som ble gjort et år etter at teamet startet opp, finner vi at teamene i svært høy grad følger modellen på skalaen for målgruppe.

### 6.4 Oppsummering

I løpet av en treårsperiode er det inkludert omtrent 600 brukere til 12 ACT-team. De minste teamene har i løpet av perioden hatt i overkant av 30 brukere, mens de største teamene er oppe i 100. Opptaksområdet for det enkelte team varierer fra 40 000 til 117 000, og totalt for alle tolv teamene er opptaksområdene i underkant av 800 000. Ved oppstart for utprøving av ACT ble det anslått at det var vel 4000 personer i Norge i målgruppa for ACT-team (IS-1554). Det vil si

omtrent én promille av den voksne befolkningen. Med i underkant av 600 inkluderte brukere har teamene i sitt opptaksområde dekket i underkant av én promille. Ut fra teamenes opptaksområde og anslåtte tall for målgruppa for ACT-team i Norge, vil vi si at teamene har rekruttert det antall brukere som kan forventes. Det står også i IS-1554 at ACT-teamene skal være ett av flere tiltak for denne målgruppa, og det er siden 2009 gitt tilskudd til utprøving av andre organisatorisk forpliktende samhandlingsprosjekter innen psykisk helse- og rusfeltet.

Det er i underkant av 200 brukere som er skrevet ut av de norske ACT-teamene i løpet av en treårsperiode. Vel 20 prosent fordi de ikke tilhørte målgruppa. I underkant av 20 prosent er skrevet ut på grunn av oppnådd bedring. Totalt sett er det 30 prosent av



brukerne som har avsluttet kontakten med teamene, enten fordi teamet ikke lyktes i å etablere kontakt eller fordi brukeren ikke lenger ønsket å få behandling og oppfølging fra teamet. Det å beholde og engasjere brukerne er et sentralt mål for ACT-teamene. Hvis vi ser på resultatene fra «fidelity»-vurderingen, ser vi at teamene over tid jobber aktivt med å benytte ulike metoder for å oppnå og opprettholde kontakt med brukerne. Teamene skriver sjelden ut brukere før ulike metoder er forsøkt over lengre tid. Ifølge ACT-modellen skal et team som fullt ut har implementert modellen, beholde kontakten med 95 prosent eller flere av brukerne i løpet av en tolv månedersperiode. ACT-teamene har svært høy modelltrofasthet med gjennomsnittsskårer på 4,6 og 4,8 på dette området. Det tilsier at teamene følger opp inkluderte brukere slik modellen tilsier. Målgruppa har tidligere falt mellom alle stoler i behandlingsapparatet, og de har hatt vanskeligheter med å nyttiggjøre seg ordinære tjenester. Sett i lys av dette har ACT-teamene i stor grad klart å følge opp de brukerne som er inkludert i teamene.

Pasienter som skrives ut av ACT-teamene overføres i all hovedsak til andre tjenester som da får hovedansvaret for brukeren. De viktigste instansene er fastlege og psykisk helsetjeneste i kommunen. I de tilfellene der brukerne ikke ivaretas av andre instanser, gjelder dette brukere som teamene ikke har oppnådd kontakt med eller brukere som har flyttet til et annet opptaksområde.

Teamene inkluderer i all hovedsak personer med alvorlig psykisk lidelse. Nær 90 prosent av brukerne har schizofreni/schizotyp/paranoid lidelse eller bipolar lidelse. Om lag 60 prosent av brukerne har i tillegg problemfylt bruk av ett eller flere rusmidler. ACT-teamene har inkludert brukere slik modellen legger opp til. Det er personer som ikke har klart å nyttiggjøre seg eller fått dekket sine behov gjennom de eksisterende tjenestene det siste året før inntak i teamet.



# Kapittel 7:

## Hvordan går det med brukerne 24 måneder etter inntak?

Formålet med ACT-team er å gi sammenhengende og helhetlige tjenester fra kommune og spesialisthelsetjeneste til en pasientgruppe som ikke makter å oppsøke hjelpeapparatet, eller som ikke selv ser behov for det. Hovedmålene er å sikre pasientene en kontinuerlig kontakt med hjelpeapparatet, å redusere innleggelseser og å forbedre pasientenes livskvalitet og fungering.

Et sentralt spørsmål i evalueringen har vært om brukerne har fått en bedre situasjon ved oppfølging og behandling fra ACT-teamene i løpet av en toårsperiode. ACT-teamene har kartlagt brukerne med de samme verktøyene ved inntak og etter 24 måneder. For mer informasjon se metodekapitlet.

Vi vil i dette kapitlet presentere om brukerne har fått et bedret forløp når det gjelder hovedbeskjeftigelse,

hovedinntektskilde, bosituasjon, bruk av rusmidler, symptombelastning, funksjonsnivå, tvungent psykisk helsevern utenfor døgn og livskvalitet.

Det er 142 personer som er kartlagt både ved inntak og 24 måneder etter inntak, dvs noen færre enn ved inntak. Dette er grundigere beskrevet i kapittel 2.2.1.1. I de ulike tabellene er det ikke alltid 142 som har svart på alle spørsmålene. Derfor vil antallet variere.

### 7.1 Hovedbeskjeftigelse, hovedinntekt og bosituasjon ved inntak og 24 måneder etter inntak

I tabellene under vil vi presentere eventuelle endringer i hovedbeskjeftigelse, hovedinntekt og bosituasjon ved inntak og etter 24 måneder i teamene.

Tabell 7.1 Hovedbeskjeftigelse ved inntak og etter 24 måneder. I prosent. N=142.

	Inntak %	24 md. %	P-verdi
Uten arbeid	83	73	
I ordinært arbeid	4	4	
Vernet arbeid/arbeidsrettede tiltak/kvalifiseringstiltak/utdanning	7	12	
Annet*	6	11	
<b>Totalt</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>0,04</b>

\*Annet: fengsel, på sykehus eller i institusjon

Det er signifikant flere brukere som er i en eller annen form for aktivitet 24 måneder etter inntak i ACT-

teamet, sammenlignet med situasjonen ved inntak. Det er ingen økning i andelen som er i ordinært arbeid.

Tabell 7.2 Hovedinntektskilde ved inntak og etter 24 måneder. I prosent. N=137.

	Inntak %	24 md. %	P-verdi
Uføretrygd	68	78	
Sosialhjelp	6	1	
Arbeidsavklaringspenger	21	15	
Arbeidsinntekt	3	2	
Annet	3	4	
<b>Totalt</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>0,02</b>

Det er flere brukere som har uføretrygd to år etter inntak i teamene enn ved inntak. Den viktigste inntektskilden for brukere i ACT-teamene er uføretrygd. Det er færre

som har sosialhjelp eller arbeidsavklaringspenger som hovedinntektskilde ved oppfølgingstidspunktet.

Tabell 7.3 Bosituasjon ved inntak og etter 24 måneder. I prosent. N=136.

	Inntak %	24 md. %	P-verdi
Uten fast bolig/midletidig bolig	13	2	
Kommunal bolig	29	36	
Privat bolig	42	49	
Bemannet bolig	10	8	
Annet	5	5	
<b>Totalt</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>0,01</b>

Det er signifikant færre brukere uten fast bopel 24 måneder etter inntak i ACT-teamene sammenlignet med situasjonen ved inntak. Andelen i bemannet bolig er omtrent den samme ved de to tidspunktene. Oversikten viser imidlertid ikke kvaliteten på boligen og boforholdene til den enkelte bruker. Vi har derfor spurt behandlerne om kvaliteten på boligen og boforholdene ved inntak og 24 måneder etter inntak i ACT. Ved inntak vurderte behandlerne at 24 prosent av brukerne hadde en dårlig eller svært dårlig bosituasjon, mens ved kartlegging 24 måneder etter inntak oppgir de at 10 prosent hadde en dårlig eller svært dårlig bolig. Behandlerne vurderte at 71 prosent av pasientene hadde en bra eller svært bra bolig og boligsituasjon 24 måneder etter inntak i ACT-team, sammenlignet med 55 prosent ved inntak. I tillegg

oppga behandlerne at omtrent 20 prosent av pasientene hadde bolig som var verken dårlig eller bra ved begge tidspunktene.

## 7.2 Symptombelastning og funksjonsnivå målt med GAF ved inntak og etter 24 måneder

Brukernes psykiske symptombelastning og funksjonsnivå ved inntak i ACT-teamene og 24 måneder etter inntak er kartlagt med Global Assessment of Functioning (GAF). GAF har én skår for alvorlighetsgrad av symptomer og én for funksjonsnivå. Skalaen går fra 1 til 100 og jo lavere skår, desto høyere alvorlighetsgrad.

I tabellen nedenfor vises gjennomsnittlig GAF-F- og GAF-S-skår slik situasjonen var for brukerne uka før inntak i ACT-teamet og etter 24 måneder.

Tabell 7.4 GAF-skår ved inntak og etter 24 måneder. Gjennomsnitt. N=137.

GAF-skala splittet versjon	Inntak	24 md.	P-verdi
GAF – symptom	41	45	<0,01
GAF – funksjon	40	43	<0,01

Det er en signifikant økning i GAF-skårene, både når det gjelder symptom og funksjon 24 måneder etter inntak sammenlignet med skårene ved inntak. Dette indikerer en bedring både når det gjelder symptombelastning og funksjon. Det er imidlertid viktig å understreke at skårene fortsatt er på et lavt nivå. De viser at det er snakk om en pasientgruppe med alvorlige symptomer og med funksjonssvikt innen flere områder.

### 7.3 Praktisk og sosial fungering målt med PSF ved inntak og etter 24 måneder

I tillegg til GAF har teamene kartlagt praktisk og sosial fungering ved hjelp av verktøyet Praktisk og sosial fungering (PSF). PSF består av fem subskalaer for praktisk fungering og fem subskalaer for sosial fungering. Det er behandler som skal vurdere brukeren ut fra de ti subskalaene. Skårene for hver subskala varierer fra 0 til 10, mens de to delområdene praktisk og sosial fungering er mellom 0 og 50. Høyere skåre indikerer høyere fungering.

Tabell 7.5 Skjema for praktisk og sosial fungering (PSF) ved inntak og etter 24 måneder. Gjennomsnitt.

	Inntak	24 md.	P-verdi
<b>Skår praktisk fungering (N=139)</b>	<b>29,0</b>	<b>30,0</b>	<b>0,18</b>
Egen helse (N=139)	4,1	4,2	0,67
Personlig hygiene (N=139)	7,2	7,2	0,97
Matlaging (N=139)	5,7	6,5	<0,01
Egne eiendeler (N=139)	6,6	6,6	0,91
Økonomistyring (N=138)	5,4	5,4	0,77
<b>Skår sosial fungering (N=139)</b>	<b>25,0</b>	<b>25,0</b>	<b>0,32</b>
Bruk av transport (N=139)	5,1	5,3	0,43
Kontakt med andre (N=139)	5,7	5,9	0,28
Atferd ved samtaler (N=139)	6,4	6,6	0,52
Arbeidsevne (N=137)	4,4	4,4	0,93
Fritidsaktiviteter (N=139)	2,9	3,1	0,38

Det er ingen signifikante endringer fra inntak og 24 måneder etter når det gjelder de fleste delskårer eller totalskår på praktisk og sosial fungering. Det er en signifikant bedring fra inntak til 24 måneder etter inntak når det gjelder matlaging og det å handle matvarer. Den laveste skåren under subskalaen praktisk fungering er egen helse, noe som betyr at brukeren skårer lavt på det å ha en vanlig sunn livsførsel, gjøre avtaler med lege med mer, administrere egen medisiner og vise egenomsorg ved sykdom. Når det gjelder sosial fungering, har fritidsaktiviteter den laveste skåren, noe som innebærer liten sosial aktivitet og få fritidsinteresser/hobbyer. Det er ingen nevneverdige endringer på disse områdene.

#### **7.4 Psykiatriske symptomer målt med BPRS**

Ved inntak og 24 måneder etter inntak skårer teamene forekomst og alvorlighetsgrad av psykiatriske symptomer hos brukerne ved hjelp av Brief Psychiatric Rating Scale (BPPRS). Skåringsskalaen er en 7-trinnsskala der skåren 1 betyr at symptomet ikke er til stede, mens skåren 7 betyr at symptomet er svært alvorlig til stede.

Vi har undersøkt påliteligheten av skåringene på BPRS for å vite om de 12 ACT-teamene har brukt skåringsskalaen på samme måte. Dette er en forutsetning for at vi kan sammenligne og analysere skåringene av psykiatriske symptomer på tvers av team. Undersøkelsen av pålitelighet ble gjort med de ti teamene som ikke var nedlagt ved midten av 2013. Alle teamene skåret BPRS for 16 anonymiserte pasientbeskrivelser av reelle brukere som teamene har hatt, og som derfor også representerer de brukerne som er med i evalueringen. Statistiske analyser av skåringene viser høy pålitelighet for positive symptomer (ICC 0,71), manisk oppstemthet (ICC 0,72) og angst/depressive symptomer (ICC 0,78), tilfredsstillende for BPRS totalskåre (ICC 0,54) og moderat til lav for negative symptomer (ICC 0,44). Dette betyr at skåringene av psykiatriske symptomer er pålitelige.

I tabell 7.6. har vi gjengitt prosentvis andel av brukerne som skårer 5 eller høyere på de ulike faktorene, og på hver enkelt symptomskala i instrumentet. Det vil si den andel brukere som har det aktuelle symptomet i moderat alvorlig til svært alvorlig grad. Den prosentvise andelen som er oppgitt for hver av de fire faktorene, tilsvarer andelen brukere som skårer 5 eller høyere på minst én av symptomskalaene i faktoren.

Tabell 7.6 Andel brukere som har moderat alvorlige til svært alvorlige symptomer målt ved inntak og etter 24 måneder. I prosent.

BPRS-skalaer	Inntak %	24 md. %	P-verdi
<b>Positive symptomer (N=136)</b>	<b>43</b>	<b>44</b>	<b>0,87</b>
9. Mistenksomhet (N=138)	25	21	0,38
10. Hallusinasjoner (N=135)	23	20	0,24
11. Uvanlig tankeinnhold (N=137)	35	33	0,74
12. Avvikende atferd (N=138)	16	13	0,43
14. Desorientering (N=138)	4	3	0,70
<b>Negative symptomer (N=179)</b>	<b>33</b>	<b>25</b>	<b>0,09</b>
13. Manglende egenomsorg (N=139)	19	14,5	0,16
16. Avflatet affekt (N=139)	15	13	0,60
17. Emosjonell tilbaketrekning (N=139)	16	6,5	0,01
18. Motorisk retardasjon (N=139)	4	0	0,02
<b>Manisk oppstemthet (N=139)</b>	<b>32</b>	<b>33</b>	<b>0,87</b>
6. Fiendtlighet (N=139)	16,5	14	0,29
7. Oppstemthet (N=139)	8	4	0,16
8. Storhetsideer (N=139)	12	19	0,07
21. Reaktivitet (N=138)	9	7	0,36
22. Distraherbarhet (N=138)	11	6,5	0,13
23. Motorisk hyperaktivitet (N=138)	8	2	0,01
<b>Angst/depressive symptomer (N=138)</b>	<b>40</b>	<b>33</b>	<b>0,12</b>
2. Angst (N=139)	31	28	0,48
3. Depresjon (N=139)	15	9	0,04
4. Selvmordsfare (N=139)	4	1	0,05
5. Skyldfølelse (N=138)	7	9	0,49
<b>Øvrige symptomer (N=138)</b>	<b>41</b>	<b>38</b>	<b>0,35</b>
1. Somatisk bekymring (N=138)	22,5	20	0,45
15. Tankeforstyrrelser (N=139)	9	6,5	0,31
19. Spenninger (N=139)	11	6,5	0,10
20. Manglende samarbeidsvilje (N=138)	17	17	0,88
24. Uvanlig motorisk aktivitet (N=138)	6	1	0,06
<b>BPRS totalt (N=138)</b>	<b>82</b>	<b>74</b>	<b>0,05</b>
Moderat alvorlig til svært alvorlig på minst én symptomskala			

Det er en signifikant nedgang i prosentandelen brukere som skårer fem eller høyere på minst én skala i BPRS. Ved inntak hadde 82 prosent av brukerne minst ett symptom i moderat alvorlig til svært alvorlig grad, mens etter 24 måneder var prosentandelen nede i 74. Vi finner en signifikant nedgang fra inntak og påfølgende 24 måneder når det gjelder emosjonell tilbaketrekning, motorisk retardasjon, motorisk hyperaktivitet, depresjon og selvmordsfare.

## 7.5 Rusproblemer ved inntak og etter 24 måneder i teamet

Bruk av rusmidler har blitt kartlagt ved at brukerne enten alene eller sammen med behandler har fylt ut kartleggings skjemaene AUDIT og DUDIT. Tabellen under viser andelen brukere som skårer over cut-off på AUDIT og/eller DUDIT.

Tabell 7.7 Andel brukere med problemfylt bruk av rusmidler ved inntak og etter 24 måneder. I prosent. N=140.

	Inntak %	24 md. %	P-verdi
Problemfylt bruk av rusmidler (AUDIT og/eller DUDIT)	59	51	0,05

Vi finner at det er en signifikant nedgang i prosentandelen brukere som har problemfylt bruk av rusmidler 24 måneder etter inntak, sammenlignet med situasjonen ved inntak. Av dem som hadde et rusproblem ved inntak (N=83), er det 18 personer som er uten problemfylt

bruk av rusmidler 24 måneder etter inntak. Det er ingen signifikant endring i skåren på verken AUDIT eller DUDIT for dem som fortsatt har problemfylt bruk av rusmidler.

## 7.6 Andel med tvangsvedtak ved inntak og etter 24 måneder

Tabell 7.8 Personer på TUD ved inntak og etter 24 måneder. I prosent. N=135.

	Inntak %	24 md. %	P-verdi
Tvungent psykisk helsevern	32	26	0,19

Ved inntak i ACT-teamene var det 42 personer som hadde vedtak om tvungent psykisk helsevern utenfor døgn (TUD). I løpet av en toårsperiode var vedtaket opphevet for 13 personer, mens 29 personer fortsatt ble under TUD. I tillegg hadde syv nye personer

fått vedtak om TUD. Totalt sett var det en tendens til en nedgang i andelen personer på TUD, fra 32 prosent ved inntak til 26 prosent 24 måneder etter. Det er store variasjoner mellom teamene når det gjelder andelen på TUD også 24 måneder etter inntak i teamet.

Tabell 7.9 Andel med økonomisk forvaltning og hjelpeverge ved inntak og etter 24 måneder. I prosent.

	Inntak %	24 md. %	P-verdi
Ikke økonomisk forvaltning	74	63	
Frivillig økonomisk forvaltning	18	24	
Tvungen økonomisk forvaltning	8	13	
<b>Totalt</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>0,001</b>



Som vi ser av tabellen over har andelen med økonomisk forvatning økt i perioden på to år. Ved inntak var det 26 prosent med økonomisk forvaltning, mens det var 37 prosent 24 måneder etter inntak. For de fleste var det frivillig forvaltning.

Det er ingen endring i andelen med hjelpeverge ved inntak (15 %) og etter 24 måneder (16 %).

## 7.7 Livskvalitet ved inntak og etter 24 måneder (MANSA)

Livskvalitet ble kartlagt hos brukeren siste fire uker før inntak og 24 måneder etter inntak i ACT-teamet ved bruk av Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). Brukeren skulle selv fylle ut skjemaet eller svare på spørsmålene sammen med behandler. MANSA kartlegger brukerens opplevelse av egen livskvalitet. Skjemaet består av 16 utsagn som er skalert fra 1 til 7, der 1 er veldig misfornøyd og 7 er veldig fornøyd. I tabellen under ser vi gjennomsnittsskår for alle sub-skalaene, og den gjennomsnittlige totalskåren ved inntak og etter 24 måneder.

Tabell 7.10 Livskvalitet (MANSA) ved inntak og etter 24 måneder. Gjennomsnitt.

	Inntak	24 md.	P-verdi
1. Livet samlet sett (N=110)	4,13	4,41	0,06
2. Arbeid / daglig virksomhet eller ikke å ha arbeid / være pensjonert (N=102)	3,94	4,26	0,09
3. Utdanningen (N=105)	4,11	3,89	0,11
4. Økonomien (N=108)	3,94	4,10	0,26
7. Antall venner (N=105)	4,28	4,25	0,87
8. Forholdet til vennene (N=109)	4,73	4,70	0,84
9. Fritiden (N=109)	4,28	4,36	0,62
10. Boligen (N=109)	4,79	5,15	0,08
11. Området/nabolaget (N=105)	4,91	4,92	0,90
12. Personlig trygghet (N=109)	4,94	4,94	1,00
13. Dem du bor sammen med eller å bo alene (N=106)	4,59	5,04	0,06
14. Forhold til ektefelle/partner eller å ikke ha ektefelle/partner (N=105)	4,06	4,31	0,25
15. Seksuallivet (N=102)	3,93	4,06	0,57
16. Forholdet til familien (N=106)	4,80	4,86	0,80
17. Fysisk helse (N=106)	4,45	4,17	0,08
18. Psykisk helse (N=105)	4,14	4,31	0,33
<b>Total gjennomsnittsskår MANSA (N=89)</b>	<b>4,40</b>	<b>4,50</b>	<b>0,31</b>

Det er en tendens til at brukerne er mer fornøyd med livet samlet sett 24 måneder etter inntak sammenlignet

med situasjonen ved inntak. Dette gjelder spesielt daglig aktivitet/virksomhet, boligen de bor i og bosituasjonen.

## 7.8 Hvilken betydning har ulike forhold for variasjon i forløpet?

Delkapitlene ovenfor viser at brukerne som gruppe har det like bra eller noe bedre etter to år ut fra de ulike utfallsmål som brukes i evalueringen. Det er likevel noe variasjon mellom brukere når det gjelder hvor mye bedre eller eventuelt verre den enkelte har fått det ut fra det som er målt, på samme måte som brukerne også hadde ulike situasjoner da de fikk kontakt med teamene.

Vi har derfor også hatt som mål å analysere i hvilken grad variasjon i forløpet for de ulike utfallsmål kan forklares ut fra situasjonen for brukerne ved inntak, de tjenestene de har mottatt og grad av implementering av ACT-modellen ved det aktuelle ACT-team. For å analysere dette har vi brukt regresjonsanalyse der vi har undersøkt hvilken betydning ulike faktorer synes å ha for forløpet målt ved de ulike utfallsmålene (symptomer, funksjon, rusbruk, livskvalitet).

For de fleste utfallsmålene kan de faktorene vi har mål på bare forklare en begrenset grad (25–35 prosent) av variasjonen i forløpet. Hovedmønsteret er at det er status for det samme forholdet i ved start av kontakten som har mest betydning for hvordan situasjonen er etter 24 måneder. Et eksempel er at bedring av psykiatriske symptomer har en klar sammenheng med om brukeren hadde alvorlige symptomer ved inntak. Dette er ikke så unaturlig, for det vil ofte være et større potensiale for bedring dersom problemene er store. Detsamme mønsteret ser vi når de gjelder fungering, bruk av rusmidler og døgntilrettelagt behandling i psykisk helsevern. For noen utfallsmål har det også en betydning hvordan brukerens innstilling til kontakt var i begynnelsen.

Det utfallsmålet som i størst grad kunne forklares ut fra situasjonen ved inntak, var reduksjon i bruk av døgnopphold i psykisk helsevern. Dette er omtalt i slutten av neste kapittel, der det er redegjort for kriterier for å skille mellom de som hadde vært mye innlagt de siste to år før kontakt med ACT-teamet, og de som hadde vært lite innlagt eller ikke innlagt.

De som hadde vært mye innlagt og som under oppfølging fra ACT-teamene hadde fått mer enn halvert bruk av opphold i psykisk helsevern, kunne tenkes å få et dårligere forløp når de måtte klare seg med mindre tjenester. Vi analyserte derfor også om forløpet for de ulike utfallsmålene var ulike for de to gruppene med mye og lite bruk av døgnopphold før inntak i ACT. Vi

fant da at omfang av oppholds-døgn siste to år før inntak hadde litt betydning for endring i bruk av rusmidler i løpet av 24 måneder. Men ellers var det ikke signifikante forskjeller i forløpet mellom de som hadde hatt vært mye innlagt og de som hadde vært lite innlagt. De som hadde en stor reduksjon i døgnopphold hadde altså ikke signifikant dårlige forløp gjennom 24 måneder når det gjelder endringer i symptomer, fungering eller bruk av alkohol.

## 7.9 Oppsummering

Formålet med ACT-modellen er at brukerne skal oppnå bedring over tid når det gjelder funksjonsnivå, bruk av rusmidler, symptombelastning, livssituasjon, bosituasjon og ikke minst livskvalitet. Personer som mottar tjenester fra ACT-teamene, skal i utgangspunktet ha store hjelpebehov. Når vi har undersøkt om brukerne har oppnådd bedring i en tidsperiode på to år for den enkelte bruker, er dette kort tid. Det er et spørsmål hvor mye en kan forvente av endring og bedring, og på hvilke områder for en pasientgruppe som i utgangspunktet har alvorlige psykiske lidelser og et svært lavt funksjonsnivå. Dette må vi ha i mente når vi skal lese og tolke disse resultatene om bedring. I tillegg kan det være andre forhold enn behandling og oppfølging i ACT-teamene som har bidratt til bedring. Denne undersøkelsen har ikke et randomisert kontrollert studiedesign. Vi har fulgt den enkelte bruker i en tidsperiode på to år, og vi har ingen kontrollgruppe som ikke har fått tilbud om ACT-team. Vi kan derfor ikke med sikkerhet si at endringen skyldes oppfølging og behandling fra teamene.

Når dette er sagt, finner vi en bedring på flere områder i løpet av en toårsperiode. Boforholdene har blitt signifikant bedre ved at det er færre brukere som er uten fast bopel. Det er flere med stabil inntekt i form av uføretrygd, og flere i arbeidsrettete tiltak /utdanning. Det er fortsatt få brukere som er i ordinært arbeid. Vi finner en signifikant bedring når det gjelder symptombelastning målt både med GAF og BPRS. Det er en signifikant nedgang i andelen brukere med alvorlige til svært alvorlige depressive symptomer og selvmordsrisiko. Når det gjelder funksjonsnivå, er dette fortsatt lavt målt med GAF, selv om vi finner en signifikant bedring. Det er en tendens til nedgang i andelen personer som er under tvungent psykisk helsevern utenfor døgn, mens andelen under tvungen økonomisk forvaltning har økt i toårsperioden. Brukerne er også mer fornøyd med bolig og boligforhold to år etter inntak

i ACT-teamet. For en pasientgruppe som i utgangspunktet har en høy symptombelastning, og som ikke tidligere har klart å nyttiggjøre seg behandling fra ordinære tjenester, må dette betraktes som en bedring på flere og viktige områder i livet etter kun to års oppfølging. Dette understrekes ytterligere i intervjuene med samarbeidspartnere, de teamansatte og i undersøkelsen av brukernes tilfredshet og erfaringer. Vi vil påpeke at dette er gjennomsnittstall, og at bak disse tallene er det flere enkeltmennesker som har fått et bedre liv.

En Cochrane-oppsummering fra 2010 som består av 38 studier som sammenligner intensive case management / ACT med standard behandling viser at behandling og oppfølging fra ACT reduserte antallet oppholdsøgn i psykisk helsevern, sikret bedre bolig og førte til bedre pasienttilfredshet. Oppsummeringen viser også at brukerne i større grad ble i behandling, og at de hadde en signifikant høyere global skår på sosial fungering. En fant ellers ingen robuste og konsistente funn når det gjaldt utfallsmål som symptombelastning, praktisk fungering og livskvalitet (Diertrich m.fl. 2010). Resultatene fra evalueringen av de norske ACT-teamene står i all hovedsak i samsvar med disse resultatene.

➔ **Brukerne viser en bedring på følgende områder:**

- boforhold
- stabil inntekt (uføretrygd)
- symptombelastning
- funksjonsnivå (GAF-F)
- livskvalitet



## Kapittel 8: Er det reduksjon i sykehusinnleggelser etter inntak i ACT-teamene?

Dette kapitlet beskriver omfanget av døgnopphold i psykisk helsevern gjennom fire år for de 142 brukerne som har samtykket til å delta i evalueringen, og som har vært fulgt opp av teamene i minst 24 måneder. Vi sammenligner de to siste årene før brukeren fikk kontakt med teamet, og de to første årene brukeren ble fulgt opp av teamet. Opplysningene er med brukernes samtykke innhentet fra Norsk pasientregister (NPR), som mottar og sammenstiller opplysninger om innleggelser og konsultasjoner i alle sykehus og deler av psykisk helsevern i Norge.

Det første avsnittet (8.1) handler om antall brukere som ble innlagt i psykisk helsevern i løpet av fireårsperioden. I avsnitt 8.2 og 8.3 presenteres data om antall

innleggelser og antall oppholdsdøgn mens avsnitt 8.4 omhandler formalitet ved innleggelser og antall oppholdsdøgn på tvang i løpet av denne fireårsperioden. Til slutt (avsnitt 8.5) presenteres resultater om innleggelser og oppholdsdøgn før og etter inntak i ACT, der populasjonen er delt i to grupper: de som har hatt hyppige og/eller langvarige innleggelser i psykisk helsevern i løpet av de siste 24 månedene før inntak i ACT, og de som ikke har hatt det.

### 8.1 Brukere innlagt i psykisk helsevern før og etter inntak i ACT

Tabellen under viser hvor mange brukere som var innlagt i psykisk helsevern før og etter inntak i ACT.

Tabell 8.1 Antall personer innlagt i psykisk helsevern før og etter inntak i ACT-team. N=142

Antall personer	Siste to år før inntak i ACT	Første to år etter inntak i ACT
Innlagt	121 (85 %)	105 (74 %)
Ikke innlagt	21 (15 %)	37 (26 %)
Totalt	142 (100 %)	142 (100 %)

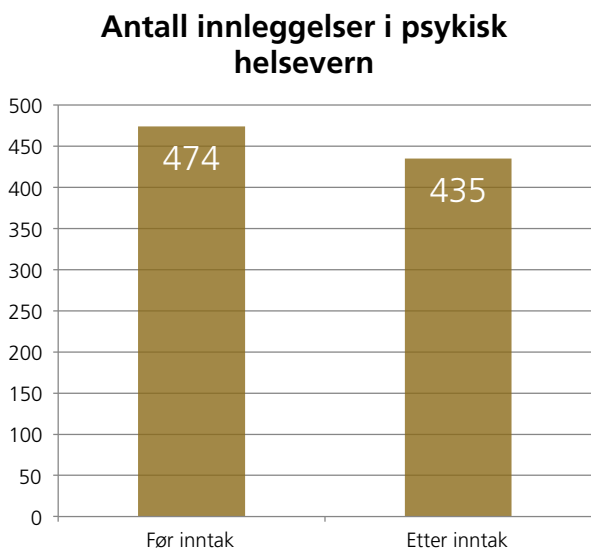
Tabellen viser at det var flere som var innlagt i psykisk helsevern i toårsperioden før inntak i ACT enn i perioden etter inntak. Denne forskjellen er statistisk signifikant ( $p=0,017$ ).

Ti prosent av brukerne var ikke innlagt i psykisk helsevern i løpet av denne fireårsperioden, mens 69 prosent av brukerne var innlagt både før og etter inntak i ACT. Det var 16 prosent som kun var innlagt før, og fem prosent som kun var innlagt etter inntak i ACT.

### 8.2 Antall innleggelser i psykisk helsevern før og etter inntak i ACT

I dette avsnittet presenteres antall innleggelser i psykisk helsevern i toårsperioden før og etter inntak i ACT. Figur 8.1 viser det totale antall innleggelser for hver periode. Noen brukere har vært innlagt flere ganger, mens andre ikke har vært innlagt.

Figur 8.1 Antall innleggelser i psykisk helsevern før og etter inntak i ACT.



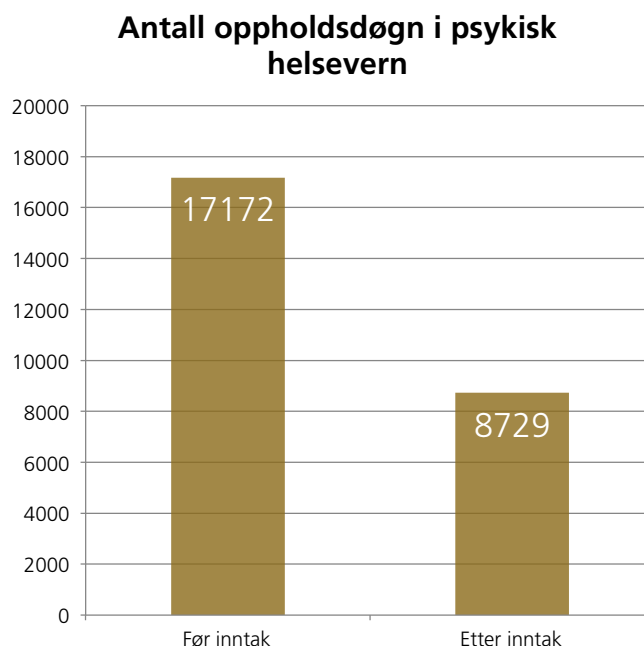
Antall innleggelser i psykisk helsevern var høyere i toårsperioden før inntak i ACT enn i toårsperioden etter. Dette er ikke statistisk signifikant ( $p=0,064$ ). Det var altså ingen sikker endring i antallet innleggelser. Ser man på de brukerne som faktisk var innlagt i hver periode, tilsvarer dette i gjennomsnitt fire innleggelser før og fire innleggelser etter inntak i ACT.

### 8.3 Oppholdsdøgn i psykisk helsevern før og etter inntak i ACT

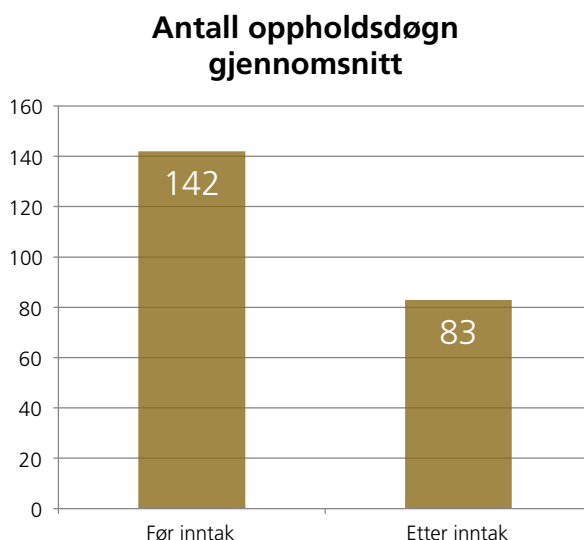
Figurene under viser antall oppholdsdøgn totalt og i gjennomsnitt i psykisk helsevern i løpet av toårsperioden før og etter inntak i ACT.

Figur 8.2 viser at det er en nedgang på 8 443 oppholdsdøgn (49 prosent) fra toårsperioden før inntak til toårsperioden etter inntak og med oppfølging ved ACT-teamene. Figur 8.3 viser at det er en nedgang i gjennomsnittlig lengde på døgnopphold i psykisk helsevern på 59 oppholdsdøgn (41,5 prosent) fra toårsperioden før inntak til toårsperioden etter inntak og med oppfølging ved ACT-teamene. Gjennomsnittlig lengde på opphold er beregnet for de brukerne som var innlagt, som var 121 i toårsperioden før inntak og 105 i toårsperioden etter inntak i ACT. Denne reduksjonen i oppholdslengde er statistisk signifikant ( $p<0,001$ ).

Figur 8.2 Totalt antall oppholdsdøgn i psykisk helsevern før og etter inntak i ACT.



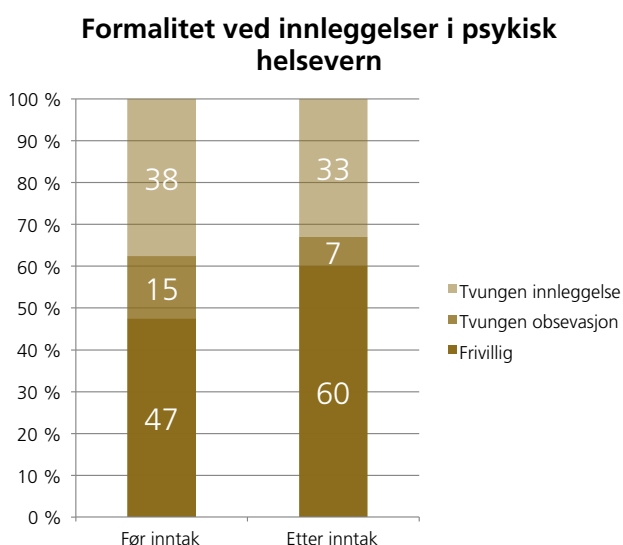
Figur 8.3 Oppholdsdøgn (gjennomsnitt) i psykisk helsevern før og etter inntak i ACT.



## 8.4 Tvangsinnleggelser i psykisk helsevern før og etter inntak i ACT

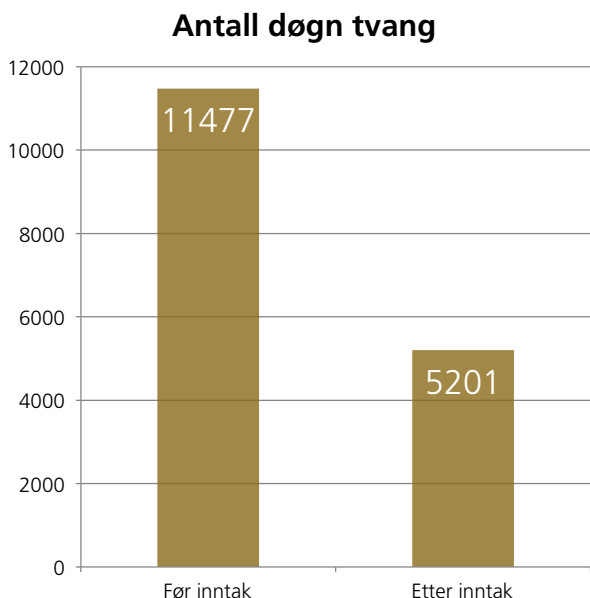
Grad av tvang (formalitet) ved innleggelse i psykisk helsevern er delt inn i tre kategorier: frivillig innleggelse, tvungen observasjon og tvungen innleggelse. Formalitet ved innleggelser var kjent for 451 av 474 innleggelser (95 %) før inntak i ACT og for 375 av 435 innleggelser (87 %) etter inntak. Vedtaket ble opprettholdt gjennom hele oppholdet for de aller fleste innleggelsene (hhv. 86 % før og 94 % etter inntak i ACT). Antall oppholdsdøgn på tvang i løpet av toårsperioden før og etter inntak i ACT presenteres i figur 8.4.

Figur 8.4 Formalitet ved innleggelser (i prosent) i psykisk helsevern før og etter inntak i ACT.



Figuren viser at det er en reduksjon i andel innleggelser på tvang i psykisk helsevern i toårsperioden før og etter inntak i ACT. Forskjellen er statistisk signifikant ( $p=0,025$ ).

Figur 8.5 Antall oppholdsdøgn på tvang før og etter inntak i ACT.



Figur 8.5 viser antall oppholdsdøgn på tvang for de personene som hadde et slikt vedtak. I løpet av toårsperioden før inntak i ACT var det omtrent 11 500 oppholdsdøgn på tvang, mens det var 5 200 oppholdsdøgn etter inntak (55 prosent reduksjon). Reduksjonen er statistisk signifikant ( $p=0,009$ ).

## 8.5 Hyppige og/eller langvarige innleggelser i psykisk helsevern før inntak i ACT

Det er flere studier som viser at ACT er mest hensiktsmessig når teamene inkluderer personer med alvorlige psykiske lidelser som har hyppige og/eller langvarige innleggelser i psykisk helsevern (Killaspy m.fl. 2006, Burns m.fl. 2007). Hyppige og/eller langvarige innleggelser er ikke et inklusjonskriterium i de norske ACT-teamene. Det er likevel ønskelig å undersøke hvordan det har gått med denne gruppa etter inntak i ACT (hyppige og/eller langvarige innleggelser («HLI»-gruppa), sammenligne med dem som ikke hadde hyppige/langvarige innleggelser før inntak i ACT («ikke-HLI»-gruppa).

Definisjonen på hyppige/langvarige innleggelser er hentet fra en randomisert kontrollert studie fra England (Killaspy m.fl. 2006) (se boks).

### → Hyppige og/eller langvarige innleggelser (HLI):

- minst fem innleggelser eller 100 dager sammenhengende innleggelse i løpet av siste 24 måneder før inntak i ACT eller
- minst tre innleggelser eller 50 dager sammenhengende innleggelse i løpet av siste 12 måneder før inntak i ACT

Av de 142 brukerne som samtykket til å delta i evalueringen og som har vært inkludert i ACT i minst 24 måneder, var det 74 personer som hadde hatt langvarige og/eller hyppige innleggelse i de siste 24 månedene før inntak i ACT («HLI»-gruppa). Det var 68 personer i «ikke-HLI»-gruppa.

«HLI»-gruppa sammenlignet med «ikke HLI»-gruppa:

- i gjennomsnitt fire år yngre (hhv. 38 år og 42 år)

- flere med vedtak om TUD (hhv. 50 % og 21 %)
- flere bodde på institusjon/var fengslet eller hadde ustabil bosituasjon (hhv. 21 % og 6 %)
- færre bodde alene (hhv. 57 % og 72 %)

Tabellen under viser en oppsummering av antall brukere som var innlagt og antall innleggelse fordelt på de to gruppene før og etter inntak i ACT.

Tabell 8.2 Antall brukere innlagt og antall innleggelse for HLI og ikke-HIL gruppa før og etter inntak i ACT

		«ikke-HLI» (N=68)	«HLI» (N=74)	Totalt (N=142)
Antall brukere innlagt i psykisk helsevern	Før inntak i ACT	47	74	<b>121</b>
	Etter inntak i ACT	43	62	<b>105</b>
Antall innleggelse i psykisk helsevern	Før inntak i ACT	87	387	<b>474</b>
	Etter inntak i ACT	110	325	<b>435</b>

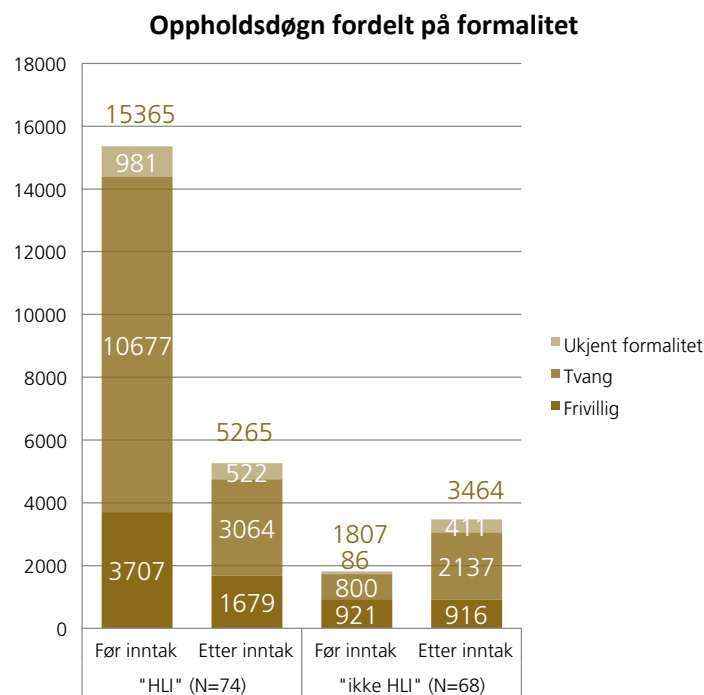
Tabellen viser at det var en nedgang i antall brukere som var innlagt etter inntak i ACT i begge gruppene. Det var imidlertid en økning i antall innleggelse i «ikke HLI»-gruppa, mens det i «HLI»-gruppa var færre innleggelse etter inntak i ACT.

Figur 8.6 viser antall oppholds-døgn før og etter inntak i ACT for de to gruppene. Oppholds-døgn er fordelt på formalitet (frivillig, tvang eller ukjent).

Antall oppholds-døgn for «HLI-gruppa» ble redusert med over 10 000 døgn fra toårsperioden før inntak i ACT til toårsperioden etter inntak. Andel oppholds-døgn på tvang ble redusert med over 70 prosent. I «ikke-HLI»-gruppa økte antall oppholds-døgn til nær det dobbelte, og det er særlig oppholds-døgn på tvang som økte. Totalt sett er likevel reduksjonen i «HLI»-gruppa større enn økningen i «ikke-HLI»-gruppa.

Det er mulig at denne forskjellen mellom de to gruppene viser at ACT-teamene har bidratt til en riktigere bruk av døgnopphold, med en reduksjon for de som har vært mye innlagt og med en økning i behandlingstilbud til en del som har vært ekstra vanskelig å nå og som derfor også har vært lite innlagt.

Figur 8.6 Antall oppholds-døgn i psykisk helsevern før og etter inntak i ACT fordelt på formalitet





## 8.6 Oppsummering

Det er en reduksjon i antallet personer som legges inn i psykisk helsevern etter inntak i ACT. Forskjellen er statistisk signifikant. Antallet innleggelser reduseres også, men dette er ikke statistisk signifikant. Det er imidlertid en sterk og signifikant reduksjon i antall oppholdsdøgn generelt og på tvang spesielt. Det er også en reduksjon i tvangsinnleggelser, og en økning i andelen frivillige innleggelser etter inntak i ACT. En mulig forklaring kan være at brukerne fanges opp tidligere fordi ACT følger dem opp tettere. Dette kan gjøre at brukerne får tidligere hjelp, slik at de ikke trenger like lange innleggelser for å oppnå bedring, og at det er mindre behov for å bruke tvang. Det kan også være at varigheten av innleggelsene er kortere fordi brukerne følges tett opp av ACT-teamet og derfor kan skrives ut tidligere.

Sammenligner vi endringen for ACT-populasjonen med nasjonale tall for perioden 2008–2013 (Samdata) finner vi at det er en nedgang i antall døgnplasser og oppholdsdøgn i psykisk helsevern på landsbasis (Helsedirektoratet 2008-13). Denne nedgangen er på henholdsvis 15 prosent for døgnplasser og 17 prosent for oppholdsdøgn. Det er altså en reduksjon på nasjonalt nivå, men den er lavere enn det vi finner i vårt materiale (fra 17 172 til 8729 døgn, en nedgang på 49 %). Det er ingen endring i antall personer som er innlagt i døgnavdelinger i denne perioden, i likhet med våre funn.

Antall oppholdsdøgn for personer med mange innleggelser to år før inntak i ACT-team reduseres med over 10 000 døgn i 24-månedersperioden etter inntak. Andel oppholdsdøgn på tvang reduseres også med over 70 prosent for personer som hadde mange innleggelser før inntak i ACT-teamene.

En nedgang i antall oppholdsdøgn og liten endring i antall innleggelser etter inntak i ACT er i tråd med nyere studier fra England (Sood m.fl. 2014, Macpherson m.fl. 2013, Rana m.fl. 2010). Reduksjon i bruk av døgnplasser, som regel definert som antall innleggelser og/eller oppholdsdøgn i psykisk helsevern, har helt siden ACT-modellens opprinnelse i 1970-årene vært et av de primære målene (Stein og Test 1980, Allness og Knoedler 2003, Kuipers m.fl. 2010). I motsetning til de observasjonelle studiene, har ikke kontrollerte europeiske studier klart å vise at ACT i større grad reduserer bruk av døgnplasser sammenlignet med andre, eksisterende tjenester (se kapittel 7). Kritikken mot de kontrollerte studiene har imidlertid vært at de inkluderer team som ikke er trofast mot modellen (Rosen m.fl. 2013), at de inkluderer brukere som ikke er i målgruppa (Rosen m.fl. 2007), eller at de har for ensidig fokus på bruk av døgnplasser i perioden før inntak i teamene (Mortimer m.fl. 2012).

### ➔ Innleggelser og oppholdsdøgn i psykisk helsevern

- færre brukere er innlagt i psykisk helsevern etter inntak i ACT
- halvering av antallet oppholdsdøgn i psykisk helsevern etter inntak i ACT
- 55 prosent reduksjon i oppholdsdøgn under tvang i psykisk helsevern etter inntak i ACT



# Kapittel 9: Brukernes erfaringer med ACT-teamene

Resultatene som oppsummeres i dette kapitlet er lagt fram i en egen rapport som inneholder en rekke diagrammer og tabeller med de konkrete resultatene, en oversikt over hva tidligere undersøkelser har vist om brukeres erfaringer med ACT, og en mer detaljert gjennomgang av hvordan denne undersøkelsen ble planlagt og gjennomført. Rapporten er tilgjengelig på hjemmesidene til FOU-avdelingen for psykisk helsevern ved Akerhus universitetssykehus, Erfaringskompetanse og Helsedirektoratet. Vi viser derfor til den rapporten, men tar med en oppsummering i dette kapitlet. Se ellers også beskrivelse under metode i kapittel 2.2.6.

### 9.1 Brukertilfredshet

Brukerne rapporterte høy tilfredshet med tjenestene de hadde fått. Kvaliteten på tjenestene ble vurdert som god, og brukerne oppgav å ha fått de tjenestene de ønsket. De fleste har fått sine behov møtt og ville anbefalt ACT til en venn som trengte lignende hjelp. Brukerne var fornøyde med mengden hjelp de har mottatt, og mente at ACT-teamet hadde hjulpet dem til å håndtere problemene sine på en bedre måte. De oppgav at de ville gått tilbake til ACT-teamet hvis de skulle søke hjelp igjen.

Brukeres tilfredshet med ACT er målt med det samme måleinstrumentet i flere andre studier. Brukere av ACT i Canada viste tilfredshet på 2,9 (Chue 2004), brukere i England 3,1 (Killaspy 2006) og brukere i Danmark 3,1 (Aagaard 2011). De norske brukerne skåret i gjennomsnitt 3,3 på en skala til 4, og var mer tilfreds enn både de kanadiske, de engelske og de danske ACT-brukerne.

### 9.2 Erfaringer med teamene og ACT-modellen

Flertallet av brukerne syntes de hadde fått omtrent riktig mengde medisiner, men mange opplevde plagsomme bivirkninger. De opplevde at deres oppfatning og erfaring med virkninger og bivirkninger av medisiner ble tatt alvorlig i nokså stor grad, men det var delvis ulike syn på om deres mening og erfaring ble vektlagt i beslutninger om medisiner for dem. De opplevde i liten til nokså liten grad at ACT-teamet fikk dem til å ta medisiner de selv ikke ønsket å ta.

Brukerne syntes at de fikk omtrent så hyppige samtaler som de ønsket med behandlere i ACT. Et stort flertall hadde truffet en behandler fra teamet 2–10 ganger siste måned. De syntes at behandler hadde hatt nok tid til dem i samtale, og at samtale hadde vært nyttige. De opplevde at de kunne stole på behandlerne i ACT-teamet.

Brukerne svarte at familiemedlemmer eller venner i nokså liten grad hadde vært med i behandlingen. De oppgav samtidig at de i nokså liten grad hadde ønsket å ha familiemedlemmer med i behandlingen. På spørsmål om det ville ha vært ønskelig med en brukerspesialist i teamet svarte brukerne at de ville ønsket å ha kontakt med en medarbeider med brukererfaring.

Samarbeidet om behandlingen ble beskrevet som veldig godt. Informasjonen som ble gitt om ulike typer behandling hadde vært mindre bra, og informasjon om muligheten til å lese egen journal hadde vært ganske dårlig. Brukerne syntes at det hadde vært stilt stort sett riktige krav til dem under behandlingen. De mål som ble satt for deres tilbud i ACT-behandlingen samsvarte i stor grad med deres egne, og deres egne mål ble i stor

grad tatt opp i samtaler med teamet. Samtidig uttrykte de at det verken ble lagt lite eller mye vekt på deres mening da behandlingen ble bestemt, og at informasjonen om ulike mulige behandlingsformer verken var bra eller dårlig. De oppgav at behandlerne hadde forstått problemene deres ganske bra, og at teamets planlegging av deres behandling hadde vært bra.

Brukerne oppgav å få lite hjelp fra ACT-teamet utenom teamets åpningstid. Nesten halvparten av brukerne mente det var viktig å få hjelp utenom åpningstiden, mens den andre halvparten ikke syntes det var så viktig.

Brukerne var fornøyd med at ACT-teamet kom hjem til dem eller møtte dem ute istedenfor på teamets kontor. Likeledes var de fornøyd med å motta mange ulike typer hjelp fra ACT-teamet framfor å få spesialisert hjelp fra mange ulike tjenester. De var ganske fornøyde med å motta tjenester fra flere i ACT-teamet framfor å ha en enkelt behandler og de mente at det var viktig at teamet hadde brukt lang tid på å bli kjent med dem.

Brukerne opplevde i liten grad å få sin personlige frihet begrenset av ACT-teamet. Teamet opplevdes i nokså liten grad som påtrengende og brukerne opplevde i nokså liten grad at de måtte motta behandling fra ACT om de ikke ønsket det. Brukerne mente i nokså stor grad at de kunne slutte å motta tjenester fra teamet hvis de ønsker det.

Et stort flertall sa at de har fått bedre helse etter at de kom i kontakt med ACT-teamet, og at ACT-teamet har vært bedre for dem sammenlignet med tjenester de tidligere har mottatt.

### 9.3 Relasjon til nærmeste behandler

Relasjonen mellom bruker og den viktigste kontaktperson i teamet ble beskrevet som svært god. Samarbeidet med behandler ble vurdert som svært godt og brukerne opplevde høy grad av positiv omsorg fra behandler. Det ble rapportert om liten grad av negativ tilbakemelding fra behandler. Brukerne oppgav at de og kontaktpersonen ofte var åpne mot hverandre, og at relasjonen var et gjensidig tillitsforhold. Kontaktpersonen og brukeren hadde ofte fått en felles forståelse av hva slags forandringer som vil være bra for brukeren, og de var ofte enige om hva det var viktig for brukeren å jobbe med.

Brukerne oppgav at kontaktpersonen i teamet ofte snakket med dem om deres personlige mål og tanker om be-

handling. De opplevde ofte at kontaktpersonen så ut til å like dem uansett hva de sa eller gjorde, og de mente at kontaktpersonen ofte forstod hva erfaringene deres har betydd for dem. Brukerne trodde at kontaktpersonen sjelden holdt tilbake sannheten for dem. De opplevde sjelden behandleren som streng eller utålmodig med dem.

### 9.4 Opplevelse av tilfriskning (recovery)

Når det gjelder spørsmål om tilfriskning (*recovery*), uttrykte brukerne samlet sett et positivt syn på seg selv, sitt eget liv, sin egen helse og utsiktene til bedring. De var enige i at de har fått det bedre, at livet har mening, og at de er sterkt motiverte for å bli bedre. De var enige i at de er stand til å utvikle positive forhold til andre mennesker. Brukerne var mer usikre på om de føler seg som en del av samfunnet og ikke er isolert. De oppgav at de er i stand til å hevde seg selv.

Brukerne syntes at livet har en mening. De var enige i at erfaringene deres har endret dem til det bedre, og at de har klart å godta ting som har skjedd dem i fortiden og gått videre i livet sitt. Brukerne oppgav at de i grunnen er sterkt motiverte for å bli bedre, at de kan verdsette de positive tingene de har gjort, at de er i stand til å forstå seg selv bedre, og at de kan ta ansvar for livet sitt. Brukerne uttrykte også at de kan ta kontroll over deler av livet sitt, og at de kan finne tid til å gjøre de tingene de liker. De områdene brukerne var mest usikre på, ser ut til å henge sammen med spørsmål om sosial aksept og stigma.

Brukerne så både fordeler og ulemper med psykiatrisk behandling og følte at deres erfaringer har gjort dem mer forståelsesfulle mot andre. Å møte andre som har hatt lignende erfaringer hadde fått dem til å føle seg bedre. De var mer usikre på hvorvidt deres bedring hadde bidratt til å utfordre andre menneskers syn på det å få det bedre. De innså at de synspunkter enkelte helsearbeidere har, ikke er den eneste måten å se ting på.

### 9.5 Oppsummering

Brukernes erfaringer med ACT var positive. Helsen opplevdes som bedre etter å ha fått kontakt med ACT-teamet, og brukerne erfarte ACT som bedre enn tidligere behandling. De norske ACT-brukerne var mer tilfredse enn brukere av ordinære tjenester og ACT-brukere i flere andre land. De opplevde ikke

hjelpen som påtrengende og ønsket seg heller mer kontakt enn mindre. Relasjonen til nærmeste behandler ble oppgitt å være svært god, ikke minst med tanke på den type problematikk brukergruppa strever med. Brukerne rapporterte høy tilfredshet med de spesifikke arbeidsmetodene i ACT, som å møtes hjemme/ute i stedet for i helsetjenesten, å forholde seg til flere i teamet og ikke bare én behandler, og å motta alle eller de fleste tjenestene fra ett team i stedet for å måtte søke hjelp hos flere ulike instanser. De var altså i hovedsak godt fornøyde med de sidene ved ACT-modellen som er annerledes enn i de ordinære helse-og omsorgstjenestene.



# Kapittel 10:

## Pårørendes erfaringer med ACT-teamene

### 10.1 Bakgrunn

Pårørende er ofte viktige støttepersoner for brukeren, og de har mye erfaring og kunnskap om hans eller hennes situasjon. Samarbeid med pårørende kan derfor være viktig for brukerens tilfriskning (*recovery*) (Pharoah m.fl. 2006). Imidlertid viser internasjonal og nasjonal forskning at pårørende ofte føler seg utestengt av psykiske helsetjenester, mens de ønsker samarbeid for brukerens skyld. Samtidig kan pårørende selv være utsatt for påkjenninger og helseplager, og de kan derfor ha behov for samarbeid også for sin egen del (Ewertzon m.fl., 2011, Lowyck m.fl. 2004, Weimand 2010, 2012).

Familieperspektiver har fått et større fokus innenfor helsetjenestene de siste tiårene. Det stilles krav fra myndighetene om at psykiske helsetjenester vurderer hvorvidt pårørende får nødvendig støtte (Helsedirektoratet 2008). En dansk studie viste at pårørendes påkjenninger ble redusert når de deltok i en type utvidet ACT der familiene var inkludert (Jeppesen f.eks. 2005). Hovedhensikten med denne delstudien å undersøke erfaringer og tilfredshet med ACT-team hos pårørende til brukere av tjenesten.

### 10.2 Problemstillinger

1. Hvordan er pårørendes erfaringer og tilfredshet med ACT-modellen når det gjelder nytte for brukeren?
2. Har pårørende merket bedring hos brukeren etter at han eller hun ble inkludert i ACT?
3. Hvordan er pårørendes erfaringer og tilfredshet med ACT-modellen når det gjelder nytte for egen del, sett i forhold til andre psykiske helsetjenester?

### 10.3 Kjennetegn ved deltakerne

Totalt var det 36 informanter, og 28 var kvinner. Gjennomsnittsalderen var 60 år. Tjueseks var foreldre til brukeren, sju var søsken, én var fosterforelder, én var ektefelle/partner, og én var brukerens barn (over 18 år). Tjue informanter hadde kontakt med brukeren minst to til tre ganger i uka, mens ni hadde kontakt en gang per uke. De fleste informanter var mødre til brukeren, noe som går igjen i pårørendestudier fra psykiske helsetjenester. Erfaringer og informasjon fra mødre kan skille seg fra andre pårørendegrupper, samtidig ser det ut til at mødre til disse brukerne har tett kontakt med sine (voksne) barn, noe som gjør dem til viktige informanter.

### 10.4 Resultater

#### Pårørendes erfaringer med om ACT er til nytte for brukeren

Pårørende rapporterte høy tilfredshet med ACT-team for brukerens del. De aller fleste var fornøyde med tjenestene brukeren mottar fra ACT-team. Dette inkluderte både mengden hjelp og kvaliteten på ACT-tjenesten. Videre mente de fleste pårørende at tjenesten var etter brukerens ønske, og at ACT-teamet møtte de fleste av brukernes behov. De fleste pårørende kunne tenke seg å anbefale ACT til en venn.

ACT-team har noen spesielle arbeidsmåter. Mer enn halvparten av pårørende var fornøyd med teamets fokus på å oppsøke brukeren hjemme eller der han/hun er. De fleste pårørende var enten fornøyde eller veldig fornøyde med at ACT-team følger opp brukeren med flere medarbeidere i stedet for en enkelt behandler.

### Om pårørende har merket bedring hos brukeren

Tilfriskning (*recovery*) handler om at brukeren får mest mulig ut av sitt potensiale, til tross for sin psykiske lidelse (NIMHE 2005). Over halvparten av de pårørende svarte at brukeren har det bedre med seg selv, men de var ikke sikre på om brukerne følte seg i stand til å ta sjanser i livet. Den neste halvparten av pårørende mente at brukeren er isolert og ikke føler seg som en del av samfunnet, mens en tredjedel mente at brukeren ikke er isolert, men føler seg som en del av samfunnet. Noen flere pårørende mente at brukeren føler at livet har mening og at han eller hun har sterk motivasjon for å bli bedre. Mange pårørende mente at brukeren ikke er i stand til å skaffe seg støtte på egen hånd, men vurderte at brukeren kan ta kontroll over deler av livet sitt. Mer enn halvparten av de pårørende mente brukeren har innsikt i fordeler og ulemper med psykiatrisk behandling, og at det er positivt for brukeren å møte andre i samme situasjon. Over halvparten av de pårørende oppga at brukeren har et nyansert bilde av psykiatrisk behandling og synspunktene til helsearbeidere.

### Pårørendes erfaringer når det gjelder nytte for sin egen del

Samlet sett beskrev pårørende at ACT-team i langt større grad enn hva de har erfart med andre psykiske helsetjenester, har vist åpenhet på områder som har betydning mye for dem. Svarene på spørsmål om bekreftelse, samarbeid og å dele ansvar, viste at pårørendes erfaring er langt bedre med ACT-team enn med andre helsetjenester. Svarene om følelse av å være ekskludert og maktesløs i møte med ACT-team, var jevnt fordelt mellom bedring og ingen endring fra erfaring med andre psykiske helsetjenester.

## 10.5 Oppsummering

At pårørende hadde opplevd at de selv har blitt tatt på alvor og bekreftet, skiller seg fra det generelle bildet av denne pårørendegruppa internasjonalt. Likevel er det bekymringsfullt at nesten halvparten av pårørende ikke opplevde noen bedring når det gjaldt å føle seg ekskludert og maktesløs.

Pårørende av ACT-brukere var i det store og hele fornøyde med ACT-teamenes innsats både for brukeren og overfor dem selv. De pårørende var fornøyde med omfanget av hjelp, med at teamet oppsøker brukeren hjemme eller der han/hun er, samt med at det er flere i temaet som følger opp brukeren. Dette kan tyde på at ACT-teamene oppleves som en type avlastning for pårørende, men også at det representerer en positiv kontinuitet. De pårørende har en mer positiv opplevelse av ACT-teamene enn de negative erfaringene som er beskrevet i flere internasjonale studier om pårørende til mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Et unntak er at en stor del pårørende i ACT-studien ikke opplevde bedre kontakt med ACT-team enn med andre tjenester, når det gjaldt å føle seg ekskludert og maktesløs.



# Kapittel 11:

## Ansattes erfaringer med ACT-modellen

Dette kapitlet presenterer resultater fra fokusgruppeintervjuer med ansatte i samtlige tolv ACT-team. Sentrale temaer er oppstarterfaringer, synspunkter på ACT-modellen og modelltrofasthet.

### 11.1 Oppstarterfaringer

I fokusgruppeintervjuene sier de teamansatte at de i startfasen jobba mye med å forstå hva som lå i ACT-modellen, og hvordan arbeidet i teamene skulle legges opp. Det var en utbredt følelse å stå på bar bakke og bli kasta ut i det, og brette opp ermene. Mange teamansatte mener de i for stor grad ble overlatt til seg sjøl i å utvikle hvordan de skulle legge opp arbeidet i teamet. Teamene etterlyser en kurspakke ved oppstart av prosjektet som kunne vært tilrettelagt ut fra kravene i ACT-modellen. Sentrale elementer i modellen, som spesialistbemanning, var ukjent for mange team til en god stund etter at ansettelse var foretatt. ACT-håndboka var heller ikke klar da flere av teamene startet opp. Det gis uttrykk for at en mer målrettet opplæring kunne hindret mye famling og usikkerhet i startfasen. Disse oppstarterfaringene illustreres i dette sitatet: *Det var veldig utfordrende, særlig i begynnelsen, hvor vi visste lite om modellen, oppdragsgiverne visste lite om modellen, og det var vanskelig å finne et felles ståsted. Det burde kommet tydeligere fram at her skal det jobbes tydelig etter en modell.*

Opplæringen kom etter hvert, i form av ACT-samlinger for alle landets ACT-team. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid i kommunen (NAPHA) hadde ansvaret for opplæringsksamlinger. Mange legger vekt på at det var en positiv opplevelse å møte ansatte fra andre team på ACT-samlingene. Det fungerte positivt med erfaringsutvekslinger på samlingene. «Å dra på tur» med eget team på samlingene var også viktig som teambygging. Både å bli kjent med andre team og eget team

er et verdsatt utbytte fra ACT-samlingene. Flere sier at samlingene ga en positiv følelse av å være med på et større nasjonalt prosjekt. Noen sier også at samlingene har ført til at de har fått et ACT-nettverk, og at det alltid er noen man kan ringe når det er noe man lurer på. I flere team legges det vekt på dårlig tidsmatch i forhold til teamets behov, hvor mye av det som kom på programmet ett år etter oppstart, eller enda seinere, burde kommet ved prosjektstart. Det er varierende hvordan ansatte vurderer læringsutbyttet av samlingene. Noen uttaler at de fikk en omfattende opplæring og ikke savnet noe, andre hadde klart ønsket et faglig strammere innhold, og spesielt større vekt på ACT-metodikk. Hospitering blir vurdert som spesielt nyttig ved opplæring i ACT-modellen. Mange har besøkt andre team og opplevd det motiverende og lærerikt. Besøk hos pilotteamet i Moss vektlegges som en positiv erfaring av mange, spesielt det å se «Tavla» i praksis, framheves som viktig for nybegynnere. Flere team har også vært på besøk hos team i andre land, særlig England, noen team også har veiledere derfra, noe som framheves som positivt.

Infrastruktur og de fysiske rammene for arbeidet var raskt på plass i noen team, mens for andre tok det lengre tid. Mangelfulle lokaler, mangel på kopimaskiner, telefonlinjer og biler bidro til en del frustrasjon i starten. Noen følte seg som «snekker uten skruer» litt for lenge.

Mange team hadde en rolig start med få brukere. Flere mener det var fint å få tid til å bli kjent og finne ut hvordan man skulle legge opp arbeidet, andre syntes det gikk litt på tomgang i startfasen, og de hadde ønsket flere pasienter fortere. *Vi hadde en pasient vi slåss om de første månedene.* Å få systemer og strukturer på plass, tar tid. Ansatte kom fra ulike profesjoner og fra ulike organisasjonskulturer, og skulle bli kjent med hverandre og med brukere. I team med delt arbeidsgiveransvar mellom DPS og kommune framheves det som

viktig at det fra start legges til rette for like arbeidsbetingelser for alle i teamet, uavhengig av hvem som har arbeidsgiveransvaret.

Noen team har hatt veiledning på teambygging, andre har hatt internseminarer som har hatt stor betydning i prosessen med å få teamet på plass. Teamene uttrykker at de jobber klart mer målrettet nå som mye er på plass, og de har blitt kjent med hverandre og med brukerne. Samtidig gir flere uttrykk for at de fortsatt er i prosess med å etablere praksis og finne ut hvordan de skal jobbe.

Å finne teamets plass i resten av systemet, både i forhold til kommune, sykehus og DPS, var en lang, og for mange, krevende prosess. Det ble jobba mye med ekstern informasjon i startfasen, noe som framheves som viktig for å gjøre seg kjent og for å utvikle gode relasjoner til samarbeidspartnere. Sitatet under fra en ansatt i et team som ikke videreføres, viser at det har vært liten forståelse for ACT lokalt, selv om teamet arbeidet med informasjon i starten: *Vi troppa opp på fastlegekontorer, la igjen brosjyrer. Vi var på bestillerkontoret og i hjemmetjenesten og på sykehusavdelinger [...] Det er et grunnleggende problem at det er og har vært manglende forståelse for hva ACT er både i kommune og sykehuset – av hva ACT er, og hva det skal brukes til.*

Det kommer fram at det har vært veldig positivt for implementeringen å ha med ledere for teamets overordnede i DPS og kommune på kurs og ACT-samlinger. Å ha god forankring i ledelsen uttrykkes generelt som viktig. Flere team ønsket at deres ledere og samarbeidspartnere hadde fått mer informasjon om ACT fra sentralt hold. Dette ville dermed gjort det lettere for teamene å finne sin plass i systemet.

## 11.2 ACT-modellen og brukerne

De ansatte har positive erfaringer med ACT-modellen, og de har stor tro på at ACT er en riktig tilnærming til å jobbe med målgruppa. De opplever at modellen «virker», og de er fornøyde med å se at det går bedre med mange av brukerne. De er først og fremst fornøyde med å ha skapt økt trygghet og forutsigbarhet i brukernes hverdag, og de framhever økt stabilitet og bedre livskvalitet for brukerne, som synlige resultater av teamets arbeid.

*Situasjonen for pasienten og de rundt har stabilisert seg på et litt høyere nivå, som gjør at situasjonen er mer*

*akseptabel og trygg, og det er det vi får til. Det er mange som har ganske marginal fungering, og det er ikke så mye som skal til før det oppleves nokså stort [...] Mange ville vært innlagt hvis vi ikke fantes.*

En ansatt siterer en bruker: *Jeg har ikke blitt bedre, men jeg har det bedre. En annen ansatt sier om betydningen for brukerne: De kikker mer ut av reiret sitt, selv om de lever veldig isolert.*

Noen elementer nevnes hyppig når det spørres om hva som har vært viktig for å oppnå positive resultater. **Relasjonsbygging** er ofte det første som framheves. Teamene har brukt mye tid på å bygge relasjoner til brukerne ved å være oppsøkende og pågående. De opplever at de lykkes med relasjonsbygging, og at de har etablert og opprettholder kontakt, også med brukere som ellers ville trukket seg unna tjenesteapparatet. Kontaktetablering og relasjonsbygging oppleves som en viktig og nødvendig forutsetning for at teamet skal komme i posisjon for behandling av brukerne, slik dette sitatet uttrykker: *Det er viktig å ha en god allianse før man snakker om tiltak og behandling, det viser seg at det er det som gjør at folk blir med. Hvis vi har planlagt at i dag skal vi ta den testen for å kartlegge rus, og så kommer og han og sier: «Jeg har mistet passet mitt – det er katastrofe!» Hadde vi kjørt på med kunnskapsbaserte metoder da, da hadde vi mista ham. Det er takket være at vi hjalp med praktiske ting at vi fikk ham med, og han er rusfri på andre året nå, men det gikk ett år før han kom i posisjon til å begynne å snakke om endringer når det gjaldt rus.*

**Allsidighet og fleksibilitet** i arbeidsmetodene framheves sterkt i gruppeintervjuene. Teamene bidrar med hjelp til det brukerne opplever de har behov for. De mener bredden i tjenestene er viktig for å skape gode relasjoner, noe som gjør at teamet kommer i posisjon til å drive behandling og oppfølging. At teamet gir hjelp til å løse praktiske problemer og dagligdage frustrasjoner, at de bryr seg og gjør noe med ting før det bygger seg opp, sies å hindre kriser og tilbakefall for brukerne. Teamene tar tak i det brukerne opplever som viktig, og møter pasienten der de ønsker. Flere sier at brukere uttrykker at det å få hjelp til daglige problemer, er det aller viktigste. *Det er enkle, men sammensatte ting som er viktige. Handling er viktig. Det handler også mye om respekt. Vi handler det de vil ha, vi gir råd, men det er deres penger det handles for [...] Handling er ikke bare handling, det er også en øvelse i sosial mestring. Mange*

er svartelista i butikkene [...] og det er en ganske sammensatt operasjon.

**Brukermedvirkning** tillegges stor vekt. Teamene legger vekt på at de hører på brukernes behov og ønsker, og de rapporterer at brukerne opplever å bli tatt på alvor. Respekten for brukerne, den faglige etikken og det å styrke brukeren til å mestre eget liv (recovery-perspektivet) holdes høyt i teamene.

At teamene jobber **oppsøkende** regnes som virkningsfullt, selv om det er tydelig at mange etter hvert tar det for gitt og ikke nevner det spesielt. Teamene opplever å få fram mange positive sider ved å møte brukerne hjemme. De får anledning til å se og forholde seg til flere sider ved brukeren, og de kommer i en posisjon der de kan jobbe spesifikt med å styrke brukerens ressurser og mestring av eget liv. *Vi hadde aldri fått dem inn hit. Hvis de ikke er der, sitter vi nesten på trappa og venter, de kommer jo hjem til slutt. Jeg tror de opplever at vi er på deres område, at det er vi som kommer på besøk, det beholder en verdighet, og relasjonen blir sterkere siden de ikke sitter som en underdog på kontoret og skal vurderes. Men vi må være ydmyke. De er på hjemmehane og bestemmer. Jeg spurte E hva som var bra med ACT-teamet, og han sa «dere kommer og snakker med meg, og så legger dere meg inn».*

**Kontakthypighet** og **tett oppfølging** er noe mange ansatte anser som viktig. Behandler og bruker får tid til å se hverandre, de blir kjent, det gir trygghet, og teamet oppfattes som ufarlig. Gjennom kontaktene oppstår, som en ansatt sier: «en kapital av opplevelser», som utgjør et godt arbeidsverktøy i behandlingen. Graden av **tilgjengelighet** er et annet moment som ofte nevnes. Selv om teamet bare jobber dagtid, kan brukerne lett kontakte og få tak i teamet. De slipper frustrasjon med sentralbord og det å bli satt over til rette vedkommende.

**Langsiktighet** og **kontinuitet** framheves også. «Å stå i det» og «å være utholdende over tid» er uttrykk som går igjen og henspiller på modellens «assertiveness». *Når det er lange prosesser, kan vi foreta noen grep som gjør at vi kommer videre.* Å holde kontakt med brukere selv når behovet ikke er prekært, vurderes som viktig fordi det gir mulighet til å fange opp endringer og beholde stabiliteten.

**Teamtilnærming** anses som viktig for både ansatte og brukere. Å kunne veksle på hvilke behandlere som skal ha kontakt med hvilke brukere, oppleveres som mer ef-

fektfullt enn én-til-én-relasjoner, og de ansatte framstiller det som positivt for både dem og brukerne. At teamet kan tilpasse kontaktene ut fra kompetanse og egenskaper som finnes i teamet, sies å få fram kreative og praktiske løsninger til beste for brukerne. *Man har ikke disse pasientene alene, det er et felles prosjekt å få det til å funke [...] «Nå har det stoppa for meg, nå har ikke jeg mer å gi» – da kan det legges på bordet og vi snakker om det som er vanskelig for å forstå det sammen og finne ut hvordan vi skal gå videre. Vi foretar rokeringer og prøver å tenke annerledes [...] Det dreier seg om hvordan vi kan løse det til det beste for pasienten videre, vi trenger hjelp av hverandre.*

**Tverrfagligheten** og teamets muligheter til å gi **helhetlige tjenester** framheves også som viktig, som i dette sitatet: *Jeg tror den faglige sammensetningen er viktig, at det er psykolog, sosionom, psykiater og hele teamet er samlet. I forhold til at en kan være der raskt, støtte pasientene og gi den hjelpen de trenger der og da. For det første har vi kompetanse i temaet så vi kan løse det meste, og hvis vi ikke kan løse det, så kan i hvert fall vi i teamet finne ut hvor det går an å få hjelp. Vi har oversikt over sosiale og medisinske hjelpemidler. Det gjør at det er oss pasienten har kontakt med, som gjør at vi får en god relasjon og det blir mindre forvirrende.*

#### ➔ Viktig for å oppnå resultater:

- relasjonsbygging
- oppsøkende arbeid
- kontakthypighet
- tett oppfølging
- allsidighet
- fleksibilitet
- brukermedvirkning
- teamtilnærming
- langsiktighet

Elementene i avsnittene ovenfor kan oppsummeres som en kjerne i hva ACT-teamene opplever som spesielt viktig for å oppnå positive resultater i arbeidet med brukerne. Til tross for ulikheter mellom teamene, synes dette å være noe det i stor grad er enighet om og som vektlegges av ansatte i ACT-teamene: relasjonsbygging, oppsøkende arbeid, kontakthypighet, tett oppfølging, allsidighet, fleksibilitet, brukermedvirkning, teamtilnærming og langsiktighet. Det er også andre faktorer som vektlegges. Stabil medisinerings framheves i noen

team. Andre legger vekt på krisehåndtering, at teamet har utviklet gode samarbeidsrutiner med andre etater skaper god krisehåndtering. Å være fleksible i arbeids- hverdagen med mange og raske omstillinger og høy produksjon framheves også. Det er en opplevelse av å få gjort mye i løpet av en uke. *Vi er fleksible, plutselig får vi en telefon om et eller annet, det svitsjer fort. Ja, vi hiver oss rundt. [...] det går utrolig fort å gjøre om på planer, og det er ikke noen sure miner. Det er ganske høy produksjon!*

De ansatte legger vekt på at ACT-teamene har en annen måte å jobbe på enn de ordinære tjenestene. De kan favne mer helheten til brukerne ved å følge opp flere livs- råder, og «komplisert problematikk møtes på en bred måte». Teamet kan ta tak i det brukerne opplever som viktig å få hjelp til, og brukerne slipper å forholde seg til avtaler, som i de ordinære tjenestene. ACT-teamene er mer fleksible og mer pågående enn ordinære kom- munale tjenester, og de ser brukernes ressurser og mulighetene på en bredere måte enn ansatte ved sykehus- avdelingene gjør. Sitatene under illustrerer noe av dette:

*Brukerne setter pris på at vi kommer hjem til dem og ikke har med stoppeklokke. Vi er der når det er behov, i motsetning til kommunens vedtak om tilmålt tid en bestemt dag.*

*De som var de vanskeligste pasientene på døgnavde- lingen, er de beste brukerne når du har dem hjemme. [...] Nå sitter de og strikker strømper til meg. De er slitsomme og sinte når de er innlagt, og så har de det bedre når de er ute. En ser dem i de fasene de har det vanskeligst når de er innlagt, her får man se det mer normale med oppturer og nedturer i hjemmelivet. Det er oppløftende.*

### 11.3 Erfaringer med å jobbe i et ACT-team

Arbeid i ACT-teamet framheves som et meningsfullt arbeid. Det er en allsidig jobb med stor variasjon i ar- beidsoppgaver. Det settes stor pris på samarbeid og tverrfaglighet i teamet, noe som bidrar til at arbeidet oppleves som lærerikt. Samtidig som de ansatte legger vekt på positive sider ved arbeidet, har det også klart ut- fordrende sider. Ansatte gir uttrykk for at det kan være en følelsesmessig belastende jobb, og hverdagen kan bestå av raske omstillinger i situasjoner med tøffe priori- teringer. Det kan være mange vanskelige vurderinger

i hverdagen, spesielt rundt avgjørelser om innleggelser og i spørsmål om tvang. Hvor langt kan strikken tøyes før vi ber om innleggelse? Sikkerhet er også et tema i noen team.

*Å være kliniker her er en ganske heftig jobb, vi har opplevd våre episoder med truende atferd og faktiske situasjoner, men det er ikke hovedbildet av hvordan det er. Vi går hjem til, og vi møter ganske sjuke folk på en arena ganske langt der ute. I forhold til det har det vært få episoder [...] Men en er avhengig av alle andre i teamet for å overleve og lande når man kommer inn døra her.*

Det er få ansatte i enkelte team, og sårbarhet ved fravær står høyt på lista over utfordringer i teamene. I hektiske perioder er det tøffe prioriteringer, og ansatte kan oppleve at kvaliteten går noe ned, i første omgang er det dokumen- tasjon og papirarbeid som blir skadelidende.

Det interne samarbeidet i teamene rapporteres som bra i de aller fleste teamene. Det blir i liten grad rapportert om samarbeidsproblemer som skyldes at ansatte kom- mer fra ulike profesjoner eller fra ulike kulturer i spesi- alisthelsetjeneste og kommunale tjenester.

### 11.4 Synspunkter på modelltrofasthet og fidelity-skalaen

Det er en utbredt oppfatning at «fidelity»-målingene har fungert bevisstgjørende og motiverende for de an- satte i ACT-teamene. *Det har vært bra å bli kikket i kortene!* Å forholde seg til modellen har gitt mye disku- sjoner om hvordan teamene jobber og hvordan de bør jobbe. «Fidelity»-skalaen (TMACT) oppfattes som en god guide for jobbingen i ACT-teamene, men det har ikke vært noe sterkt press på å følge skalaen fullt ut. Noen gir uttrykk for at det er et gap mellom forvent- ninger i modellen og realiteter. *Jeg tenker sånn at det er greit, fordi du må ha noe å strekke deg etter, og noe som sier noe om måter å jobbe på, men samtidig er vi også i en realitet, og den er litt utfordrende.* Det er elementer i «fidelity»-skalaen som det er lave ambisjoner om å leve opp til fordi de oppleves som urealistiske, eller fordi de ikke passer inn i norsk virkelighet. Det gis uttrykk for at i gapet mellom modell og virkelighet er hensynet til best mulig behandling av brukerne overordnet modell- kravene, slik det kommer fram i dette sitatet: Ja, vi skal tilstrebe modelltrofasthet, men for det første: *Vi eksis- terer i den virkelige verden, ikke i en modellverden, og*

for det andre: Vi skal gjøre det som er faglig forsvarlig og det som er praktisk mulig. Så modelltrofastheten kommer som nummer to [...] Individuell tilrettelagt behandling står alltid foran. Det som passer pasienten, kommer foran modellen [...] Virkeligheten overstyrer teorien her. Når vi må velge mellom pasient og modell, velger vi pasient, og det har det vært stor konsensus om.

### ➔ «Fidelity»-målinger:

Bevisstgjørende for utviklingen av ACT-teamene, men hensynet til brukerne er overordnet modell-kravene.

**Ordinært arbeid** til brukerne er det området i «fidelity»-skalaen hvor flest teamansatte mener kravene i fidelity-skalaen er umulige å leve opp til. Det legges vekt på at det er mange strukturelle hindringer utenfor teamene, som bidrar til et vanskelig møte mellom modell og virkelighet på dette området. At brukergruppa skal ut i arbeid, sies å kollidere med regelverk og holdninger i Nav, og teamene sier seg avhengig av samarbeid med Nav for å kunne lykkes med å få brukerne ut i ordinært arbeid. De ansatte opplever at kravene kolliderer med holdninger i samfunnet, og at de ikke er tilpasset virkeligheten de skal iverksettes i. Det har vært store holdningsendringer i teamene rundt dette temaet, og det presenteres som et område mange ønsker å bli bedre på fordi de tror det kan ha stor betydning for mange av brukerne. Mange velger å jobbe med arbeid og aktivitet i samarbeid med eksisterende lokale prosjekter.

Det kommer innvendinger mot «fidelity»-skalaens krav til **kontakthypighet og intensitet**. Modellens krav om tre kontakter og to timer i gjennomsnitt per bruker per uke oppleves som et urealistisk krav. Særlig i team med et høyt antall brukere blir det et regnestykke som ikke går opp når reisetid og møtetid skal inkluderes i arbeidstiden. Det er brukere som ønsker mer enn tre kontakter i uka og andre som synes to er alt for mye. Mange legger vekt på at de i stor grad forholder seg til brukernes behov når det gjelder hyppighet på kontakter, og at antall kontakter i uka varierer med hva teamet mener er brukernes behov. I noen perioder kan det være tilstrekkelig med en kontakt i uka, mens i andre perioder trengs tre eller flere kontakter. *Vi intensiverer kraftig når folk blir dårligere. Noen ganger er vi ute hver eneste dag, og vi kan være tilgjengelig på telefon utover kvelden noen*

*ganger. Det skaper en trygghet for dem som gjør at vi kanskje unngår innleggelse.* I et team hevdes det også at kontakthypighet kan stå i motsetningsforhold til modellens krav om å styrke brukerens egen mestringsevne, hvis hyppigheten blir for omfattende.

Det kommer fram ulike perspektiver på modellens krav til **teamtilnærming** blant ansatte i ACT-teamene. Ifølge modellen skal brukerne møte tre teamansatte i løpet av en fireukersperiode. I flere team oppleves det som et lite fornuftig krav for en fireukersperiode, selv om det er en klart dominerende oppfatning at teamtilnærmingen er viktig. Det framheves som positivt både for brukere og behandlere at flere i teamet veksler på å møte brukerne, og at alle har et visst kjennskap til alle brukerne, noe «Tavla» er et viktig verktøy for. Mange har valgt å konsentrere kontaktene på færre behandlere. *At alle skal ha ansvar for alle, kan bli ansvarspulverisering, sies det i ett team.* For større team kommer det fram at et synspunkt om det kan være fornuftig å dele brukergruppa i mindre grupper da det oppleves som urealistisk at alle behandlere skal ha oppdatert kjennskap til *alle hundre brukerne*.

For å kunne ta ansvar for krisehåndtering stiller ACT-modellen krav til at **åpningstiden** skal være 24/7. I et flertall av teamene kommer det synspunkter på at det ikke er nødvendig, og at brukerne forholder seg til at teamet er tilgjengelig på dagtid. Enkelte mener at noe utvidet åpningstid hadde vært ideelt, og andre mener at teamet burde vært mer tilgjengelig på ettermiddag og kveld, siden det er mye som skjer da. Flere team ønsker å bli bedre på krisehåndtering og ser samarbeid med andre tjenester og utvikling av bedre kriseplaner for brukerne som alternativ til åpningstid 24/7.

Teamene har valgt å følge ACT-modellens krav om **målgruppe**, og de har klare inklusjonskrav i tråd med modellens krav. Mange team har opplevd kritikk for å ha for snever målgruppe, men det synes å være en dominerende oppfatning i teamene at det er viktig å hegne om målgruppa. Det begrunnes blant annet med at det er begrenset hvor mange spesialiteter teamet kan besitte, og hvor god behandling det da kan gi. Det er noe blandede erfaringer med å ha brukere utenfor målgruppa, men mest negative erfaringer, som i dette sitatet: *Vi har forsøkt, og det gikk i stå med den relasjonen, med pågåenhet og hans personlighetsforstyrrelse og rusbruk, det fungerte ikke særlig bra [...] Personen vi snakker om, ble mer krevende for hjemmetjenesten, han ble mer krevende for LAR. Det ble kaos rundt ham [...] Hvis man begynner*

*å løpe etter dem, de løper jo etter oss [...] Hvis man eksperimenterer med målgruppa, blir det noe annet rett og slett.*

Ifølge modellen skal teamet ha **fullt ansvar** for tjenester til sine brukere. Det er ulike meninger blant teamansatte om det er en god løsning, selv om totalansvar gjør at teamet får oversikt. Mange ansatte mener at for å tilpasse modellen til norske forhold må den få med samarbeid med andre tjenester og andre instanser. De anser det som viktig å hjelpe ACT-brukerne til å bevare gode relasjoner til andre tjenester. Noen mener det er viktig med samtidighet i tjenestene og ønsker at samarbeid og kompetanseoverføring med andre tjenester kunne bli bedre. Det er ulikheter i omfanget av bruk av kommunale tjenester for teamenes brukere og ulike synspunktet på hvem som bør gjøre hva. De to sitatene under problematiserer modellens krav om fullt ansvar, og temaet tas også opp i neste delkapittel.

*For å ivareta folk best mulig må vi finne gode løsninger i samarbeid med de som er rundt pasienten, selv om det vil innebære at kommunale tiltak blir opprettholdt, tiltak som ACT tradisjonelt sett skulle tatt over. Det handler om at vi har ansett det som viktig at de gode relasjonene som disse marginalt fungerende folka har, bør bevares. Sånn at der hvor de har hatt gode relasjoner til psykisk helsetjeneste eller sykepleier i kommunene eller fastlege eller andre, har vi prøvd å støtte det, gjøre mye rundt det og bidra til at det skal fungere.*

*Det å ta et helhetlig ansvar og være den som skal stå for det hele, det blir ikke helt sånn for oss. Det kommer tydelig fram i «Arbeid», da møter de Nav, og i en del andre sammenhenger som «Fullt ansvar for bolig», for eksempel, sier Nav at «vi har bofellestjenesten, som vi vil koble deg på her fordi det er så store problemer», men da stiller eieren av boligen krav til at det kommer kommunale tjenester i tillegg.*

«Fidelity»-skalaen har krav til bemanning av teamet, inndelt i **kjernebemannning** og **spesialistbemannning**. Det gis uttrykk for at spesialistfunksjonene kom uforberedt på teamene, og det var uklart for teamene hvordan de skulle ivaretas. Det er en dominerende oppfatning at teamene ikke har hatt tid og ressurser til å prioritere spesialistrollene. Spesialistene har i stor grad de samme arbeidsoppgavene og like mange pasienter som de andre behandlerne i teamet. *For å få det til å gå rundt, blir ressursene brukt på generalistoppgaver, er en typisk oppfatning. De teamansatte ser i økende grad*

betydningen av spesialistfunksjonene, men kravene til spesialistrollene oppleves ikke som realistiske å leve helt opp til. *Det er klart vi har behov for spesialistene, men ikke så rigid.* Hvis det ikke hadde blitt fokusert i «fidelity»-målingene, sies det fra noen team at de ville vært enda mer generalister. Fordeler med generalisttilnærming gis det uttrykk for i dette sitatet: *Det kan være bra at vi er generalister, for at flere kan ta tak i flere oppgaver, men dette slår negativt ut i skårene. Det er andre her også som har ruskompetanse, og som brukes. Du kan si at om jeg bruker deler av tida mi på det, så er det også andre i teamet som gjør det, så den samla tida egentlig blir bedre. Det er mye sånn på andre områder også.*

Flere gir uttrykk for at teamet gjerne skulle hatt brukerspesialist, men at økonomien ikke har gitt rom for det, de har ikke fått midler til det. **Brukerspesialist** blir en «skyvepost» fordi teamene opplever at de først må ha på plass fagkompetansen. Det uttrykkes også at det er mye som må avklares rundt ansettelse av brukerspesialist. Det er ofte uklart for teamet hva rollen skal innebære, og hvilke rammer en stilling som brukerspesialist skal ha. *Brukerspesialist – hvis vi hadde hatt den rollen å spille på også, hadde vi hatt enda et perspektiv å komme inn med. Vi går glipp av et viktig perspektiv. Det krever mot å ta inn en brukerspesialist i teamet, men det kunne ha tilført jobben og teamet noe viktig.*

Modellen krever **psykiater** i 80 prosent stilling for team med 100 brukere, med forholdsmessig reduksjon i forhold til antall brukere. Flere team uttrykker behov for større stillingsandel for psykiater enn det modellen angir, spesielt team som har stor andel brukere med TUD/depotmedisinering. **Psykologene** representerer viktig faglig kompetanse i de norske ACT-teamene. Det påpekes i flere team at psykologrollen oppleves som uklart i teamet, siden den ikke er inkludert i ACT-modellen. Psykologfaglig kompetanse har imidlertid vært et krav i regelverket for ACT-tilskuddsordningen da dette er en viktig kompetanse i psykisk helse-tjenestene i Norge.

## 11.5 Eksternt samarbeid

ACT-teamene er i seg sjøl et forpliktende samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste og et eksempel på samhandling mellom tjenestenivåene. Å jobbe sammen fra begge tjenestenivåene, i en «halvannenlinjetjeneste», for å hjelpe brukerne, presenteres av noen som den store suksessfaktoren med ACT-team.

Teamene spiller en rolle i rommet mellom tjenestnivåene, som noen benevner som *brobygger*, andre som *translatør*.

Det er ulike synspunkter på hvordan arbeidsdeling og samarbeid mellom teamet og andre tjenester i kommune og spesialisthelsetjeneste bør være, men det synes å være et mindretall som mener at ACT-teamet bør ha totalansvar for brukerne over tid. I flere team er det et uttalt mål å koble brukerne til eksisterende tjenester, og sette dem i stand til å nyttiggjøre seg ordinære tjenester. Fra team som blir nedlagt, framheves det som uheldig at brukerne ikke har hatt kontakt med andre tjenester nderveis i prosjektet. Det oppfattes ikke som nødvendig at teamet gjør alt.

### → Sagt om eksternt samarbeid:

Vi jobber i et norsk landskap. Vi skal ha totalansvaret, men det er mange andre tjenester pasientene er i kontakt med, som det er viktig at de er i kontakt med. Vi eksisterer i en sammenheng.

Det framheves i flere team at de yter hjelp til en pasientgruppe som både kommune og spesialisthelsetjenesten har hatt problemer med å gi et godt tilbud til, og at det verdsettes av samarbeidspartnere. Det sies at ACT-modellen har tilført mye bra til en pasientgruppe som mange synes er krevende, og ikke vet sine arme råd med.

*Når alle har gitt opp, er det vår tur [...] Vi har på en måte blitt uformelle eksperter på unnvikere.*

ACT-teamene har varierende erfaringer med samarbeid med kommunale tjenester, DPS og sykehus. Fra alle team uttrykkes det at det har vært en positiv utvikling i det eksterne samarbeidet, men mange uttrykker at det gjelder mer på personnivå enn på systemnivå.

Det legges vekt på at det har vært viktig for ACT-teamene å ha kompetanse og ansatte som har jobbet i både kommune og sykehus tidligere, fordi det har gitt lettere tilgang til samarbeid med de andre tjenestene.

Flere team erfarte å bli møtt med skepsis fra døgnavdelinger i starten, men erfarer nå å bli møtt med stor respekt og med ønske om samarbeid. Det settes i

sammenheng med at nedgang i innleggelses og økt livskvalitet for brukerne er et tydelig resultat av teamets arbeid. Ulikt syn på behandling skaper imidlertid fortsatt en viss skepsis fra døgnavdelinger noen steder. Teamene opplever at når de mener brukerne trenger mer intensiv behandling og innleggelse, blir teamet lytta til og tatt seriøst av døgnavdelingene, *da er det alvor, da er det ingen alternativer for denne pasienten ute*. Vurderinger rundt når det er nødvendig med innleggelses, presenteres som et dilemma for ansatte i flere team: *Det er en grenseoppgang, det er et dilemma det at vi finnes, det maskerer en del problemer og hindrer at de får den hjelp de burde hatt på et høyere omsorgsnivå. Vi har ett eksempel på at vi strakk oss for langt [...]*.

Det er også eksempler på at samarbeidet med sykehusene ikke alltid oppleves bra, noe som illustreres i dette sitatet: *Særlig synes jeg at det er utfordringene mot akuttavdelingen. Vi vurderer situasjonen forskjellig. Vi må slåss litt for å få til gode løsninger. Det er slitsomt, men samarbeidet varierer fra sak til sak. Når pasienten har blitt lagt inn, er hovedregelen er at vi ikke får melding om innleggelse. To dager inn, og ut igjen, og helt i oppløsning. Når vi tar kontakt, får vi lagt fram synspunktene våre, selv om de ikke alltid blir tatt til følge. Det skjer alltid på vårt initiativ.*

Det rapporteres om at ACT-teamene har hatt mye å bidra med som de kommunale tjenestene har hatt behov for og satt pris på, det framheves særlig at teamene har gitt de kommunale tjenestene støtte og veiledning i vanskelige saker. *Som veileder og samtalepartner for kommunen har vi vært nyttige.*

*Vi er et bindeledd i samarbeidet mellom døgningstusjon og kommunene. For kommunene gir det en trygghet, de vet at vi er inne i bildet og at de har en støtte [...] Det gjelder også fastlegene, de har noen å drøfte med, og de opplever det trygt at vi er inne.*

Fra flere team framheves det at det har vært viktig for ansatte i kommunene å se at spesialister gjør det samme som dem, det har bidratt til å skape trygghet, og teamet påvirker kommunen i «ACT-retning». Dette sitatet er fra et team som samarbeider med flere små kommuner: *Vi seiler under flagget «spesialister» og gjør mye av det de gjør i kommunen, og det skaper tillit.* Fra et annet team som samarbeider med flere små kommuner kommer nærmest et motsatt synspunkt. Der er det en opplevelse av at små kommuner ønsker å holde på «sine

pasienter», de mener de gjør det samme som ACT-teamet, og ønsker ikke samarbeid med teamet. *Dere tror dere er noe mer enn oss, men vi har gjort dette i alle år, sier representanter fra de kommunale tjenestene til ACT-ansatte. Kompetansen de mangler oppleves som en trussel, svarer ansatte i ACT-teamet.*

Enkelte team rapporterer om å ha blitt møtt med skepsis fra deler av kommunen, og teamet oppfattes som «det eksklusive teamet». Holdningene de møter fra kommunene, mener mange har sammenheng med at ACT-teamene i liten grad har bidratt til nedgang i kommunale tjenester, og at kommunen hadde forventninger og behov for hjelp til en bredere målgruppe enn målgruppa som er definert for ACT-teamene. I noen team er det en ambivalens i spørsmålet om målgruppe, siden ACT er et samarbeidsprosjekt, er det ansatte som ønsker å komme kommunen mer i møte på deres behov. *De ser vi hjelper med en pasientgruppe. «Hvorfor kan dere ikke hjelpe oss med en annen gruppe?» Dette er uttrykk for forventninger fra kommunene, forventningene som noen steder kobles til manglende informasjon om ACT-teamene, slik som i dette sitatet: Kommunen hadde litt store forventninger [...] jeg tror ikke kommunen hadde fått informasjon om eller ikke forstått hva ACT var. Vi har fått mye dritt fordi vi ikke har tatt inn enkelte pasienter fordi de har vært så sjuke. Tok vi dem ikke inn, var vi ikke noe verdt, men de visste ikke at det var pasienter utenfor målgruppa. De ville gi oss rene ruspasienter og rene PF-er. Hvis vi ga avslag, prøvde de på nytt, og hvis ikke det gikk, gikk de bakveien via sjefer som sa at de måtte vi ta inn. [...] Men kommunen har snudd. Var veldig dårlig kommunikasjon. Har brukt mye unødvendig tid og ressurser på kommunen. Kommunen har vært ufine og uprofesjonelle og vi har måttet forsvare ACT mye.*

Grenseoppgang mellom tjenester fra ACT-teamene, kommunale tjenester og spesialist-helsetjenestene kan noen ganger være uklare. Det varierer blant ACT-teamene hvor mye de har overtatt av kommunale tjenester. Sitatet under kan stå som et typisk utsagn om ACT-team versus kommunale tjenester: *Vi gjør også hjemmehjelpsoppgaver. De som har behov for ordentlig rengjøring, for eksempel hver 14. dag, de bør ha hjemmehjelp. Men pasienter som får medisiner hver dag, det har vi satt bort til hjemmesykepleien. Det er lite som er satt bort til kommunen, det er bare et par som får hjemmehjelp, så vi avlaster kommunen.*

Det er tydelig økonomiske undertoner i perspektiver på samarbeid mellom ACT-teamene og andre tjenester. Teamansatte legger vekt på at sykehusene spares for millioner ved reduksjon i innleggelses. I flere team fremmes det synspunkter på at det er en vanskelig grenseoppgang for når spesialisthelsetjenesten bør overta ansvaret. Flere ansatte legger vekt på at ACT-teamet har bidratt til å øke tilliten til hjelpeapparatet, og at brukere derfor tør å si ja til tjenester de aldri har hatt før, noe som bør oppfattes som positivt, men som ikke reduserer utgifter. Sitatene under illustrerer noe om grenseoppgangen mellom tjenestene, og har et økonomisk perspektiv. *Du kan si at kommunen sparer ressurser ved at de slipper å løpe etter dem, men de hadde ikke gjort det likevel fordi de bare ville avsluttet dem, så de ville vært uten tilbud. Så vi er mer alternativet til ingenting, kanskje alternativet til tvangsinnleggelse. Så jeg tror kanskje ikke kommunen sparer penger på oss. Vi er et tillegg til kommunen.*

*At de kanskje egentlig burde bo i et bofellesskap med døgnbemanning, men ikke kvalifiserer pga. for mye rus eller de blir ekskludert. Så prakker man flere tjenester på dem for å se om det kan gjøre ting bedre [...] Av og til kunne det hende at pasienten kunne fått et bedre behandlingsforløp totalt hvis en ikke hadde hatt et ACT-team, fordi det da ikke hadde vært noe alternativ til en sann pakkelasning, for det er ikke alltid pasienten trenger den pakkelasningen av psykiatritjenester og ACT-team, men trenger bofellesskap. Men fordi det ikke finnes bofellesskap, så prøver vi med litt psykiatritjenester og litt ACT-team, og så tror vi at det blir godt nok. Sann sett kan du si at både spesialisthelsetjenesten og kommunen sparer penger på at vi er på banen, fordi vi blir et alibi og en hvilepute for at de da sier at da trenger ikke de å oppfylle sine forpliktelser. De har blitt tildelt rettigheter for døgnbemannet bolig, men fordi ACT-teamet er inne, kan vedkommende klare seg på dette hospiset så lenge ACT-teamet er på plass.*

## 11.6 Tanker om framtida til ACT-teamene

Ansatte i teamene har generelt stor tro på ACT-modellen, og opplever det som en framtidsrettet måte å jobbe med denne målgruppa på. Sammenlignet med tradisjonelle metoder vurderes ACT som et skritt i riktig retning i behandling av målgruppa i prosessen med å hjelpe dem til å leve selvstendige liv ute i samfunnet.



## → Framtida for ACT-teamene:

Flere ansatte uttrykker bekymring for at det kommer til å bli mange lokale varianter av team – som er mer eller mindre ACT-aktige.

Siden ACT-teamene er tidsbegrensede prosjekter og beslutningene om videre drift ligger hos ledelse i kommune og spesialisthelsetjeneste, er mange ansatte i teamene usikre på videre drift av teamet, og de opplever stor usikkerhet for framtida. Manglende eierforhold og manglende kunnskap om ACT hos beslutningstakere presenteres som et problem i noen av teamene. At teamene ikke har innfridd forventningene fra kommunen ved å inkludere brukere som kommunene ønsket og hadde behov for hjelp til, og at kommunene ofte har vanskelig økonomi, bidrar til mye av usikkerheten for framtida som mange teamansatte føler. Typiske sitat er: *Kommunene er usikre på om de blir med videre og kommunene presser oss på andre pasienter enn de her.*

Det er et utbredt ønske fra teamene om å fortsette å jobbe etter ACT-modellen. Ønsker og mål om forbedringer i måten å jobbe på, går for eksempel på å jobbe mer målretta, systematisk og langsiktig med den enkelte bruker, å bli bedre på metoder og å lykkes med mer omfattende brukermedvirkning. Mange team ser det som realistisk at de kommer til å fortsette å jobbe som et team i framtida, men at de må endre måten å jobbe på, noe som kan resulterer i mange lokale ACT-modeller. Større justeringer av modellen vurderes mer som en tilpasning til omgivelsenes krav enn et ønske om endring for å få en bedre tjeneste. Sitatet under uttrykker ulike holdninger fra samarbeidspartnerne for framtida til ACT-teamene: *Sykehuset er fornøyd. Det fungerer nå, og de vil fortsette på samme premisser. Kommunene trenger noe mer – de tenker FACT. Når vi spør hva de mener med FACT, snakker de om målgruppa, de er opptatt av personlighetsforstyrrelser. Hvordan skal en forholde seg til det? Noen i styringsgruppa er opptatt av at vi må levere noe på det som er deres behov. Så vi må se på hva vi kan få til.*

FACT og andre samhandlingsmodeller som alternativ til ACT-modellen er noe som tas opp i flere team. Teammodeller med en plattform med høyere case-load kan være attraktivt for beslutningstakere. Det er

ulikt i hvor stor grad man har satt seg inn i FACT, og mange ansatte mener de har for lite kunnskaper om hva det innebærer. Begrunnelsen for å gå inn for FACT er i stor grad basert på at alternativet er nedlegging av ACT-teamet, og slik sett er overgangen mer helsepolitisk begrunnet enn begrunnet ut fra hvordan flertallet av ansatte mener teamet bør jobbe. Flere gir uttrykk for at overgang til FACT er et bedre alternativ enn å bli brukt som akutteam eller bli nedlagt, slik sitatene under uttrykker:

*Jeg føler det blir mer sånn krisehåndtering. Når det er krise, skal vi rykke ut og hjelpe dem, men når de fungerer godt, så skal vi trekke oss ut, men det kan jo hende at det er den hyppige kontakten med oss som gjør at de holder ut, og uten det kan det hende de blir fortere syke.*

*Jeg kjenner litt på den bekymringen at når vi ikke er et prosjekt lenger, at andre ønsker og ser et behov for at vi skal åpne opp for å ta inn andre også. At det kanskje blir en mer akuttfunksjon vi skal ha. At vi skal inn i en periode med enkelte. Jeg er redd for at det langtidsperspektivet og oppfølgingen skal forsvinne litt. Hvis vi ikke blir FACT, er jeg redd vi blir gående med veldig mange tunge saker, og at vi og blir brukt akutt for andre.*

For noen ACT-team er nedleggelse et faktum. Flere ansatte i disse teamene gir uttrykk for at det ikke oppleves bra for pasientgruppa, noe sitatene under illustrerer:

*Nå har vi fått signaler fra bestillerenheten i kommunen. De er fortvila fordi vi har tilbudt pasientene mye, og de klarer ikke å matche det nå. Sånn sett føler vi noen ganger at vi har gjort dem en bjørnetjeneste – vist dem hvordan det kan være – og så ble det tatt fra dem igjen. Både for pasienter og pårørende føles det nesten som vi har vært med på å spille dem et lite puss. De har fått en liten pause eller avslapning, men så er det tilbake til virkeligheten igjen.*

*Jeg synes det er litt hån mot pasientgruppa å starte opp et prosjekt på landsbasis og tilrettelegge for en pasientgruppe over lang tid, for så plutselig sette kroken på døra: «Du får ikke hjelp allikevel». At team blir lagt ned, det er hån mot pasientgruppa. De tåler det ikke. De drar i gang et prosjekt som er vellykka, og så er det bare plutselig ferdig.*

## 11.7 Oppsummering

Det var et omfattende opplæringsprogram for ACT-ansatte i form av ACT-samlinger for alle landets ACT-team. Samlingene ga mange positive erfaringer. De ga en positiv følelse av å være en del av en større nasjonal satsing. Det var positivt å møte ansatte fra andre team og utveksle erfaringer og bygge nettverk på tvers av teamene. Det er likevel et synspunkt at et faglig innhold mer målrettet på ACT-metodikk hadde forenklet implementeringen for teamene. Teamene var i starten usikre på hvordan de skulle legge opp arbeidet for å jobbe best mulig i tråd med kravene i ACT-modellen, og noen mener de fortsatt er i prosess med å etablere praksis og finne ut hvordan de skal jobbe.

Teamansatte har positive erfaringer med ACT-modellen som behandlingsalternativ for brukerne. De opplever at det går bedre med mange av brukerne, de ser at brukerne er mer stabile, mestrer hverdagen bedre og generelt sett har fått økt livskvalitet. De ansatte mener tett og langsiktig oppfølging er viktig for å oppnå bedring hos brukerne ved siden av å jobbe allsidig og fleksibelt, noe som ikke minst innebærer å hjelpe til med å løse praktiske problemer for brukerne. Teamene har jobbet mye med relasjonsbygging for å komme i posisjon for behandling, og de opprettholder kontakt med brukere som ellers ville trukket seg unna tjenesteapparatet.

Måling av modelltrofasthet har fungert bevisstgjørende og motiverende for de ansatte i ACT-teamene, selv om mange gir uttrykk for at det er et sprik mellom modell og virkelighet. Det er også en utbredt holdning at hensynet til brukernes behov er overordnet kravene til å oppnå høy modelltrofasthet. Enkelte elementer i TMACT-skalaen er det lave ambisjoner å leve opp til. Det gjelder blant annet kravet om ordinært arbeid til brukerne, rollene tillagt spesialistbemanningen i teamene og omfanget av kontakthypighet og -intensitet.

Flertallet av teamansatte synes å mene at ACT-modellen bør inkludere samarbeid med andre tjenester for å tilpasses norske forhold. Mange har opplevd at det har tatt tid å finne ACT-teamets plass i tjenesteapparatet, men generelt synes det å være en positiv utvikling i ACT-teamenes samarbeid med andre tjenester i kommunene og spesialisthelsetjenesten.

ACT-modellen oppfattes som en framtidrettet måte å jobbe på, og det er et utbredt ønske fra teamansatte om å fortsette å jobbe etter ACT-modellen. Ønsker for framtida er å jobbe mer målrettet, systematisk og langsiktig med den enkelte bruker, bli bedre på metoder og lykkes enda bedre med brukermedvirkning. Teamansatte opplever stor usikkerhet for framtida. Vurderinger av alternative modeller med større caseload og bredere målgruppe begrunnes ikke ut fra hvordan man mener det bør jobbes med brukere som er ACT-teamenes målgruppe, men ut fra bekymringer for nedleggelse av teamet.

# Kapittel 12:

## Samarbeidspartners erfaringer med ACT-teamene

Dette kapitlet presenterer resultater fra fokusgruppeintervju med sentrale samarbeidspartnere i kommunen og spesialisthelsetjenesten for fire ACT-team. Sentrale temaer er samarbeidspartners forventninger til ACT-teamene, synspunkter på ACT-teamenes plass i tjenesteapparatet og hvordan modellen fungerer for den definerte målgruppa.

### 12.1 Forventninger

I alle fire gruppeintervjuene nevner noen av informantene at ACT-teamet besøkte enheter i kommuner, DPS og sengeposter i psykisk helsevern for å gi **informasjon om ACT-teamet før oppstart**. De informerte om inntakskriterier og arbeidsmetode som var valgt. I tillegg nevnte noen at de ble informert om at teamet skulle være tverrfaglig og jobbe med brukere med psykose som var vanskelig å nå, og at de skulle ha langsiktig oppfølging og jobbe helhetlig ved å ha flere tjenester samlet i ett team. Noen av representantene fra kommunene, Nav, fastleger, DPS og psykiatriske døgnenheter sier at de husker, eller tror de husker, at det ble delt ut brosjyrer ved deres enheter om ACT-teamet før oppstart. Andre sier at de ikke kan huske om de fikk noe skriftlig informasjon på forhånd. *Det kommer jo så mye informasjon hele tiden, så det er ikke lett å huske.* Det varierer hvor godt intervjudeltakerne var informert, men representanter som hadde deltatt i planlegging av ACT-teamet lokalt, var spesielt godt informert i forkant av oppstart.

I intervjuene kommer det fram ulike **forventninger før oppstart** av ACT-teamet ut fra om man jobber i kommunal psykisk helsetjeneste, Nav, eller spesialisthelsetjenesten. Flest forventninger hadde kommunene. DPS-ene som «avga» ansatte til ACT-teamet sier at deres forventninger var i samsvar med teamets mandat. Døgnhetene uttrykker ikke spesielle forventninger til ACT-teamene før oppstart. Fastleger, kommunal

psykisk helsetjeneste og rustjeneste sa at de hadde forventninger om at ACT-teamet skulle:

- hjelpe pasientene/klientene med de mest komplekse problemene
- arbeide oppsøkende der pasientene/klientene oppholdt seg
- avlaste hjemmetjenestene med å overta oppfølging av pasienter i ACT-målgruppa
- gjøre vurderinger av pasientens funksjonsnivå og diagnostisere

**Av sentrale oppstartsutfordringer** nevnes det av flere informanter fra kommuner at det i starten var en del uklarheter mellom ACT-teamene og de ordinære tjenestene om hvem som skulle ha ansvar for hva i pasientoppfølgingen. Noen eksempler her er henvisninger til spesialist-helsetjenestene, type oppfølging og omfang fra ACT versus hjemmetjenestene og hvem som skulle forestå medisinerings. Flere fra kommunene mente at mye kunne blitt avklart raskere dersom ACT-teamet i starten hadde invitert til dialog og tettere samarbeid på systemnivå.

En informant fra en av kommunene mente at de allerede hadde tilfredsstillende tilbud til pasientene som skulle være i ACT-teamets målgruppe, og at de ikke kunne se hvilken funksjon ACT kunne ha som ville innebære en forbedring. Utfordringer som gjelder arbeidsdeling mellom kommune og ACT-team endret seg etter hvert som man gjorde seg felles erfaringer med pasienter, som følge av at kommunens kjennskap til ACT-teamet økte og kunnskapen om ACT-modellen generelt bedret seg.

## 12.2 ACT-teamenes funksjon og plass i tjenesteapparatet

I gruppeintervjuene kommer det fram at ACT-teamene på ulike vis har samhandlet med andre tjenester i kommune og spesialisthelsetjeneste. *ACT-teamet deltar i planarbeid i kommunen, veiledning i boliger og i faglige drøftinger*, sier en informant fra en av kommunene. Samhandlingen har påvirket de eksisterende tjenestene på ulike måter. Flere framhever kvaliteten i ansvarsgruppene som har økt med ACT-teamet, blant annet eksemplifisert som *gode, konstruktive ansvarsgrupper med gjensidig veiledning og erfaringsutveksling samtidig*. Det å kunne ta avgjørelser vedrørende pasientbehandling der oppfølgingsinstansene i kommunen har utilstrekkelig kompetanse, framheves som betydningsfullt. Før var tilbudet til den dårligste psykosegruppa med manglende poliklinisk evne mangelfullt. Informanter i gruppeintervjuene sier de opplever stor forskjell etter innføring av ACT. ACT-teamene har med sin tverrfaglighet og fleksibilitet ført til større trygghet hos ansatte i kommunen som har kontakt med ACT-brukerne.

*Det som skiller ACT, er at vi kan finne ut hva som er best for klienten framfor å bruke tid på hva vi må gjøre og hva de må gjøre. Vi er sammen om beslutningene og kan være i forkant og treffe beslutninger på riktig nivå.*

Det sies at ACT-teamets involvering har ført til redusert behov for institusjonsplasser utenfor kommunen. *Ved at ACT-teamet er der, prøver vi lengre i boligen*. På en annen side uttrykker noen informanter fra kommuner og DPS at de også har eksempler på pasienter som de mener burde hatt høyere behandlingsnivå i perioder, men som ikke får det, angivelig fordi de allerede har et tilbud fra ACT-teamet.

*Det at ACT er tett på kommunen, fører til kompetanseheving og dermed større trygghet hos ansatte i mindre kommuner*. Det hevdes fra ansatte i noen kommuner at ACT-teamet har bidratt til at kommunen har fått en bedre håndtering av kriseplaner for brukere enn de hadde tidligere. ACT-teamet påtar seg betydelig veiledningsansvar i flere av kommunene og bistår i vanskelige avveininger vedrørende brukere. Noen sier de er redd for at ACT-teamets veiledningsoppgaver kan bli så omfattende at den direkte pasientkontakten blir skadelidende. Det uttrykkes ønske om at ACT-teamene viderefører sine erfaringer, utover veiledning rundt pasienter, for eksempel i form av undervisningstilbud til

samarbeidspartnere. Flere kaller det *kompetansespredning* om ACT-modellen, og de beklager at det i liten grad har skjedd.

*ACT er lokomotiv på kompetanse med brukeren i sentrum*, sier leder i kommunens rus- og psykiatritjeneste. Uttalelsen representerer det flere informanter fra kommunene uttrykker på litt ulike måter. ACT-teamet opererer som *brobygger* eller *både-og-aktør* mellom enheter i kommunene og mellom de kommunale tjenestene og spesialisthelsetjenestene, og det motvirker splittelse i tjenestene. Hovedinntrykket er at ACT-teamet avlaster de andre tjenestene.

Teamet ser og forholder seg samtidig til brukerens fungering i hverdagen og deres psykiske lidelse, og det har betydning for oppgavene til de øvrige tjenestene. ACT-teamets arbeidsmåte med å arbeide helhetlig ut fra brukernes psykososiale situasjon, påvirker de andre tjenestene positivt.

*Koordinatorfunksjonen* framheves særlig av alle fastlegene. De legger vekt på at ACT-teamet evner samordningen mellom teamet, sykehus, behandlende lege og i noe mer varierende grad med Nav. ACT-teamets tjenestetilbud benevnes av noen av samarbeidspartnerne som halvannenlinjetilbud. *De yter tjenester etter spesialisthelsetjenesteloven, men de er våre øg. De er en del av oss*, sier informanter både fra kommuner og DPS. En av lederne i en kommune sier at *ACT-teamet har tentakler ut begge veier. ACT blir en oversetter som forstår både spesialistaspektet og kommunen*.

ACT-teamene befinner seg både i kommunen og spesialisthelsetjenesten samtidig, og det bidrar til at begge nivåene arbeider mer hensiktsmessig. Det viser i praksis hvordan informasjonsdeling og samhandling mellom flere aktører samtidig kan være mer effektivt enn den tradisjonelle parallelle måten de ulike tjenestene forholder seg til brukerne på. I intervjuene kommer flere informanter fra spesialisthelsetjenesten inn på det avgjørende i at ACT-teamene har rammebetingelser som er annerledes enn de har i spesialisthelsetjenestene for øvrig. ACT-teamene har større spillerom med fleksibilitet i kontakthypighet. *Tydighet uten rigiditet*, kan være et sitat som flere mener karakteriserer ACT-teamenes praksis. De har tydelige rammer, men mindre rigide enn brukerne er vant til. ACT-teamene fungerer som brobygger innad i psykisk helsevern og mellom psykisk helsevern og kommunen. De gjennomfører

oppdrag der det tradisjonelle psykiske helsevernet med sine rammebetingelser ofte mislykkes med å nå denne pasientgruppa over tid, eksempelvis å utrede pasienter som ikke går på sine bein.

ACT-teamene motvirker kommunens og spesialisthelsetjenestens ansvarsskyving for pasientgruppe de deler ansvar for. Flere nevner også ACT-teamene som *dør-åpnere* til andrelinjetjenestenes ordinære tjenester. En bruker metaforen *smøring i maskineriet* for måten ACT fungerer i organisasjonen. Eksempel på et kjent konfliktområde mellom bruker og Nav kan være økonomi og forvaltning. At ACT-teamet bistår på dette området, bidrar ofte til gode løsninger og bedret samarbeid mellom Nav og klienten. *Vi jobber på vedtak, skal følge vedtak og redegjøre minutt for minutt.* Når samarbeidspartnerne fra kommunene sier at ACT-teamene jobber med en gruppe de ikke nådde før, viser de blant annet til at ACT-teamets arbeidsform skiller seg klart fra hvordan kommunale tjenester er organisert på med vedtak og tidsbruk for den enkelte tjenesten. *Å jobbe med stoppeklokke fungerer ikke for brukere med kompleks hjelpebehov.* Tilsvarende er det for spesialisthelsetjenestene som måles på antall konsultasjoner. Det uttrykkes at det samsvarer dårlig med hvordan myndighetene vil det skal jobbes med pasienter som er i ACT-teamenes målgruppe. De fleste samarbeidspartnerne erfarer at ACT-teamenes måte å organisere arbeid med brukerne på og samhandlingen med deres tjenester, fungerer godt. Det at ACT-teamet har nær kontakt med pårørende, framheves som betydningsfullt av flere av samarbeidspartnerne. At få personer er involvert i oppfølging av brukerne, framheves også som et pluss i forhold til tidligere oppfølging av ACT-brukere.

Det er varierende praksis i kommunene for hvorvidt de fortsetter å levere kommunale hjemmetjenester som psykisk helsearbeid, praktisk bistand i bolig eller utlevering av medisiner etter at ACT-teamene kom inn. De fleste som uttaler seg, sier at modellen de har valgt, fungerer tilfredsstillende, men noen er mer kritiske, og sier det er utfordrende organisatorisk å innpasse ACT-teamet til de øvrige kommunale tjenestene. Noen tar opp rollefordelingen mellom ACT-teamene og de kommunale tjenestene som en utfordring. Det sies at det kan være uheldig at ACT-teamet «gjør alle funksjoner», fordi det motvirker at andre tjenester som er bygd opp, blir brukt. På en annen side kan det være uhensiktsmessig med parallelle tjenester og dobbeltarbeid, for tjenester kan da på et vis fungere «oppå hverandre» og skape

uklarheter og noen ganger misforståelser om hvem som skal gjøre hva. Et eksempel som trekkes fram, er der hvor brukere har bolig med oppfølging fra kommunen. Hva er da grenseoppgangen mellom ACT-teamet og kommunalt ansatte i boligen? Hvem har hovedansvaret, og hva innebærer dette i praksis? Rollefordelingen mellom ACT-teamene og oppsøkende tjenester i spesialisthelsetjenesten kan også være uklar noen steder, men det er først og fremst grenseoppgangen til de kommunale tjenestene som tas opp i gruppeintervjuene.

Andre utfordringer som blir nevnt i gruppeintervjuene, er at ACT-teamene noen steder er små og dermed sårbare når det er vakanser og sykdom i teamet. ACT-teamene er prosjektorganisert, noe som skaper usikkerhet og uforutsigbarhet både hos pasienter, ansatte og samarbeidspartnere.

### 12.3 ACT-teamenes rolle og funksjon for brukerne

Alle som uttaler seg, gir ACT-teamenes praktisering av pasientoppfølgingen svært gode skussmål, og de fleste har en rekke eksempler på godt fungerende samarbeid med instansene teamene samarbeider med. Pårørendes organisasjon og lavterskeltilbudene uttrykker mest udelt tilfredshet, dernest fastlegene, spesialisthelsetjenestene og kommunene/bydelene.

De aller fleste framhever **kontinuitet, tilgjengelighet, relasjon og tillit** som faktorer som særpreger ACT-teamenes oppfølging av brukerne, noe som vanskelig lar seg gjennomføre i de ordinære tjenestene. *De jobber med en gruppe vi ikke nådde.* For kommunene fungerer ACT-teamene som «inngangsport til spesialisthelsetjenestene». Det at de samtidig er en del av spesialisthelsetjenestene og med stor tilgjengelighet, nær pasienten og kommunen, framheves av flere som svært avgjørende for at oppfølging og behandling fungerer smidig. ACT-teamene er tett på og betydningsfulle når det gjelder kriser pasientene kommer i og forebygging av kriser. *Noe av det viktigste er at de i motsetning til mange av de andre tjenestene, kan oppsøke personen der han er, istedenfor å si at personen skal komme hit og dit.*

Pårørendes organisasjon legger særlig vekt på teamets tilgjengelighet, at brukeren og pårørende kan ta kontakt og bli møtt der og da med sine behov, og at de alltid føler seg velkommen. Videre vektlegges det at alle teammedlemmene kjenner familien, med den tryggheten og

stabiliteten dette innebærer. Kontakten med sykehuset under innleggelser har også bedret seg radikalt for de pårørende etter at ACT-teamet overtok pasientoppfølging. De involveres når deres sønn/datter er innlagt, de vet hvem de kan kontakte i avdelingen, og de deltar på ansvarsgruppemøter med alle involverte. *Veldig rot før, ingen visste hvor han var.* De framhever særlig at rett hjelp på rett plass og til rett tid, ikke fungerte i de ordinære tjenestene. Med ACT-teamet har dette endret seg radikalt. *Ingen har en sånn kompetanse som ACT, sier en representant for pårørende. Kontinuitet er veldig viktig for vedkommende, så kan man skape et tillitsforhold. Det er lettere å samarbeide og fange opp i tidlige faser, for eksempel ved suicidale tanker. Greit å ha en bestemt som skal følge opp videre,* sier en av overlegene.

Fra ett av akutteamene gis det eksempel på at pasienter de er i kontakt med i akutte kriser, ikke sjelden kan havne i et slags vakuum hvor de ikke er dårlige nok for innleggelse og for dårlige for poliklinisk oppfølging. ACT-pasientene slipper å havne i dette vakuemet. Når akutteamet ringer ACT-teamet, føler de seg alltid trygge på at pasienten blir ivaretatt og krisesituasjonen tatt på alvor der og da. *ACT-teamet klarer å komme i posisjon til pasientene på en måte som ingen av oss andre klarer,* mener samarbeidspartnere både fra kommunale tjenester og spesialisthelsetjenestene. *Imponert over hvordan de har klart å «komme inn» og få relasjoner til pasientgruppa som ingen andre. Det er noe med måten de jobber på [...] de [ACT-teamet] jobber jevnt og trutt videre og får ordnet tingene for pasientene.*

Flere informanter fra kommunene nevner de ansatte i ACT-teamets evne til å få til en **dialog** med brukerne på en annerledes og mer tillitsfull måte enn ansatte i de ordinære kommunale tjenestene har mulighet til å oppnå. ACT-teamenes **utholdenhet** er en annen egenskap ved arbeidsmåten som framheves. Denne utholdenheten har særlig vært virkningsfull for brukere/pasienter som har isolert seg hjemme. Teamet oppsøker brukeren gang på gang, er på tilbudssiden og *kan utøve mildt press uten å virke for provoserende.*

Det er bred tilslutning blant informantene om at brukernes individuelle og sosiale vansker eller utfordringer er betydelig redusert etter at de har hatt oppfølging av ACT-teamet en stund, og at andre viktige hindringer for bedre fungering, eksempelvis boligproblemene også løses for mange etter hvert, mest vellykket for dem som blir eiere av boligen. Både i kommunene

og spesialisthelsetjenestene observerer de betydelig reduksjon i rusbruk hos flere av pasientene som er inkludert i ACT-teamene, og hos noen, full rusfrihet. Dette mener de viser at ACT-metodikken fungerer. *For mine ACT-pasienter er det mindre rus, bedre bolig og mer livsverd.*

Samarbeidspartnere fra kommunene framhever at ACT-teamene, til forskjell fra de allmennpsykiatriske tjenestene, praktiserer langsiktig og oppsøkende pasientoppfølging. Dette øker kvaliteten på behandlingstilbudet til disse pasientene. At spesialisthelsetjenesten er representert i teamet, betyr at behandlingen foregår i teamet. For pasientene innebærer det at tjenester han/hun mottar, er koordinerte, henger sammen og virker i pasientens hverdag.

Flere informanter fra spesialisthelsetjenestene framhever økt livskvalitet og bedre fysisk og psykisk helse hos pasientene som er inkludert i ACT-teamet. Flere akuttenheter erfarer at når teamet følger opp pasienten under og etter innleggelse, har dette stor betydning for pasientens følelse av trygghet. Mange av dem som nå er inkludert i ACT-teamene, var tidligere gjengangere i de akuttpsykiatriske enhetene. Deres fysiske og psykiske helsetilstand var ofte elendig og preget av forkommenhet ved hver innleggelse. Pasientene som ble henvist til videre poliklinisk behandling, dukket sjelden opp. Det vanlige var at de *forsvant ut* uten oppfølging, som ofte medførte symptomforverring før ny innleggelse. «Grenselandpasienter» er en betegnelse informantene bruker på disse pasientene. Etter at disse pasientene nå følges opp av ACT-teamet, er deres livssituasjon betydelig forbedret. *Så godt å ha noen som kan følge pasienten slik at det er flyt hele veien. En representant fra et akutteam sier det slik: Nå kan vi ringe ACT og være trygg på at pasienten er ivaretatt på riktig behandlingsnivå. Fungerer som et sikkerhetsnett slik at disse pasientene sjelden «stuper inn på akuttavdelingen» fordi ACT har vært i forkant sammen med pasienten og er bedre forberedt når kriser oppstår og på hvordan håndtere disse.*

*Ikke all terapi skjer over en skrivepult,* uttrykker en av fastlegene. Det at terapi skjer i en sammenheng hvor ACT-teamet utøver praktisk bistand og ferdigheter framfor samtalerterapi alene, vurderes som særlig verdifullt av alle som har synspunkter på dette i gruppeintervjuene.

Flere informanter fra kommunene har eksempler på at ACT-teamet bidrar til at pasienten får betydelig bedring i sin fungering. Eksempelvis ved å hjelpe brukeren til å løse, for brukeren ikke sjelden nesten uoverstigelige hindringer, som står i veien for å komme videre. Disse kan være av økonomisk art, som å kontakte Nav eller å få tak i kontantkort til mobiltelefon under akuttinnleggelse. Det kan også være å sørge for at ACT-pasienter som er nektet adgang på Nav på grunn av utagerende atferd, likevel får sine rettigheter ivaretatt. Eller det kan være å bistå brukeren med våge å gå i butikken for å kjøpe mat, sette opp ruter til PC, hjelpe til med montering, flytting etc.

## 12.4 ACT-team og målgruppe

Spørsmål om målgruppe og inntakskriterier var et sentralt tema i gruppeintervjuene. Informantene ga bred tilslutning til at ACT-teamene treffer målgruppa de skal i henhold til inntakskriteriene. ACT-teamene jobber med pasienter som har de alvorligste psykiske lidelsene, eventuelt også med rus som tilleggsproblematikk samt med personer i bolig med betydelige utfordringer knyttet til det å klare hverdagslivet.

Informantene mener også at langsiktig og omfattende oppfølging for å kunne nå denne gruppa pasienter er nødvendig. *De traff sin målgruppe og har valgt å forholde seg til omfattende problematikk som de er gode til å identifisere*, sier overlegen. ACT-teamene får til pasientforløp for pasienter som det er vanskelig å nå med de ordinære tjenestene på kommunalt- og på spesialistnivå. Representanter fra en større kommune sier det slik: *Det har vært viktig satsing fra helse- og sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten å investere i et bedre liv for denne pasientgruppa.*

Det legges vekt på at ACT-teamene har pasienter som er svært ressurskrevende. Mange i denne gruppa fikk ikke tidligere bistand de kunne nyttiggjøre seg i sin rehabilitering. Sammenlignet med tilbud til flere andre brukere, mottar deres brukere nå omfattende tjenester, og slik må det være ut fra kompleksiteten i utfordringene denne pasientgruppa representerer. Flertallet av disse pasientene er ikke dem som roper høyt om sine behov for hjelp. Mange har fra tidligere stor mistro og ambivalens overfor hjelpeinstansene og har unngått å oppsøke disse.

*Riktig at ACT er eksklusive fordi det er nødvendig for å kunne følge opp disse pasientene*, sier informanter fra en av kommunene, et DPS og flere av de psykiatriske døgnhetene. Flere, både fra kommuner og spesialisthelsetjenestene bruker betegnelsen «eksklusive» om ACT-teamenes målgruppe og arbeidsform. De viser til tidligere erfaringer med denne målgruppa før de ble inkludert i ACT-teamet, hvor de ordinære tjenestene med sin arbeidsform, ikke klarte å nå fram til pasientene i denne målgruppa.

I nesten alle intervjuene sier representantene fra kommunene og fastlegene at de har andre klienter/pasienter som de mener kunne hatt stor nytte av å bli møtt med ACT-metodikken. Informanter fra kommunene gir klart uttrykk for at de skulle ønske at ACT-teamet kunne inkludere flere pasienter. En representant fra en kommune hvor ACT-teamet er nedlagt, uttrykker det slik: *I forhold til oss i miljøarbeidertjenesten, så var forventningene veldig store egentlig. Vi så jo potensielle brukere mange steder, og så ble det snevra litt inn. Så vi ble litt skuffa etter hvert, for vi ønska jo hjelp til mange som vi liksom på en måte ikke klarer å få til.* Her refereres det til flere pasienter som kan ha alvorlige personlighetsforstyrrelser, ofte i kombinasjon med rusproblematikk, som har særlig krevende atferd. Flere i kommunene ønsker at ACT-teamene i større grad kan være et tilbud for pasienter med særlig komplekse vansker som de i kommunen ikke selv klarer å hjelpe. Noen av disse er pasienter/klienter som representerer så store utfordringer at de ordinære tjenestene i kommunen med sine tjenester og arbeidsmåte, ikke klarer å bistå dem med tjenester de behøver. *Man kan jo selvfølgelig ikke kritisere ACT for å gjøre det de skal, men kanskje det er sånn at man har behov for noe ved siden av?*

En av fastlegene har bekymring for rusmiddelmissbrukere som har utagerende personlighetsforstyrrelser og som ruser seg ukritisk. Legen advarer mot at mange i denne pasientgruppa ikke blir fanget opp i en tidlig livsfase og, som følge av dette, utvikler kroniske symptomer på ruslidelse og psykisk lidelse. Han er også opptatt av virkning av kombinasjonen psykoselidelse og amfetamin- og cannabisbruk. Andre er unge pasienter med stadige krav om forskrivning av vanedannende medisiner. Andre eksempler på pasientgrupper som kunne ha nytte av ACTs arbeidsform er pasienter med lettere psykiske lidelser som isolerer seg og er betydelig handikappet som følge av sine psykiske vansker.

Det kommer fram ulike synspunkter på om ACT-teamene praktiserer inntakskriteriene for strengt. Flere representantene fra kommunene ønsker at ACT-teamet i større grad utreder pasienter som ikke opplagt følger, men grenser opp mot inntakskriteriene, og som kan ha «uklare» diagnoser (noen satt tilbake i tid), men betydelig funksjonsnedsettelse. De mener også at flere av disse burde kunne inkluderes i ACT-team. Noen av fastlegene erfarer at de av og til får avslag for innsøking av pasienter de mener fyller inntakskriteriene. *ACT eller noe som ligner, er en nødvendighet i forhold til en del av brukerne*, sier kommunelegen.

Informantene fra kommunene har mer eller mindre sterke synspunkter på at klienter med personlighetsforstyrrelser som er særlig utfordrende, burde inkluderes i ACT-teamene. Andre sier tvert imot, at deres erfaringer er at mange i denne målgruppa jo oppsøker hjelpeapparatet aktivt og må møtes på andre måter enn det ACT-metodikken innebærer, men som flere fra kommunene kommenterer, føler de ofte at de står alene overfor vanskelige utfordringer i møte med noen i denne målgruppa.

### 12.5 ACT-team og brukere med tvungent psykisk helsevern med og uten døgnopphold

En viktig forbedring som framheves for mange ACT-pasienter, er at tvangsbruken ved innleggelse har gått ned. Ansatte ved flere av akutteneheterne sier at de etter hvert har fått til flere frivillige innleggelse for ACT-pasientene enn for andre. Det har også skjedd en holdningsendring hos de ansatte i akuttavdelingen. Vi har endret oss. De sier videre at pasienter har fått mer positiv innstilling til psykiatrien som gjør det lettere å få dem til å ta medisiner frivillig istedenfor med tvang.

Informantene fra et helseforetak mener at TPH-vurderingene som gjøres for ACT-pasientene er bedre begrunnet som følge av at pasientene har oppfølging over lang tid. Samarbeidspartnerne mener også at disse svært syke pasientene som de hadde innlagt på tvang før ACT, ofte forsvant uten oppfølging etter utskriving fordi de ikke hadde noen å henvise til som kunne følge opp pasienten hjemme. De opplever nå at det er god flyt i disse innleggelsene. Mange mener også at ACT-pasientene blir innlagt på riktig tidspunkt – forstått slik at innleggelsene er forberedt og på riktig nivå. I flere av gruppeintervjuene kommer det fram synspunkter om pasientens bedrede psykososial helsetilstand som kan illustreres ved utsagn fra leder ved psykiatrisk akuttene-

het: Livskvaliteten til disse pasientene har bedret seg betydelig. *Pasienter som før kom inn i akuttavdelingen «direkte fra rennesteinen på tvang», ofte med politi, medførte mye dramatikk. Nå unngår vi dette, for nå kommer ACT-pasientene tuslende frivillig med ACT under armen. Selv om de er sinte på oss [på akuttavdelingen], er de positive til psykiatrien likevel, dette på grunn av ACT.*

Fra enkelte i spesialisthelsetjenesten stilles det spørsmål ved hvorfor ACT-teamet som innehar vurderingskompetanse, ikke selv gjør vedtak om TPH for sine pasienter? En mener det kan være uheldig for pasientene ved at det kan føre til usikkerhet og oppsplitting i behandlingsforløpet.

### 12.6 Synspunkter på framtidig organisering av tjenestene for målgruppa

I intervjuene med samarbeidspartnerne er det bred enighet om at ACT-modellen med sin arbeidsform er meget godt egnet for målgruppa og må fortsette. Når det gjelder organisering av ACT-teamene i tjenesteapparatet, er det litt ulike meninger blant informantene. De fleste som uttaler seg, ser ut til å lande på at ACT-teamene i en framtidig organisering bør være organisert som en spesialisthelsetjeneste, men hvor kommunedeltakelse er integrert slik som i dag. Det anses som viktig at uklarheter i oppgavefordeling mellom ACT-teamene, kommunale psykiske helse-/rustjenester og DPS gjennomgås og ryddes i. Her er det avgjørende å ta høyde for lokale forhold, hvordan kommunene har organisert sine tjenester og samarbeidsavtaler mellom kommunene og «deres» spesialisthelsetjenester. Team bestående av ansatte fra både kommune og spesialisthelsetjeneste er bra, men de ansatte i teamet bør ha samme arbeidsvilkår.

Noen informanter mener at teamene skal fortsette med samme målgruppe som nå, mens flere informanter fra kommunene mener ACT-modellen bør løsnes på med utvidede inntakskriterier, blant annet ved å vektlegge funksjonsnivå framfor diagnostiske kriterier. Andre informanter fra kommunene mener at heller enn å forvente at ACT-teamene skal inkludere pasienter med utfordrende og utagerende personlighetsproblematikk i samme teamet, bør metodikken prøves ut for denne gruppa i egne team.

Noen informanter er redd for at innføring av FACT-modellen som alternativ til ACT-modellen kan føre til at pasienter med betydelige og omfattende oppfølgingsbehov vil bli fortrent av pasienter med mindre kompleks problematikk.



## 12.7 Oppsummering

Samarbeidspartnere gir uttrykk for at ACT-teamene opererer som brobyggere og koordinatore mellom enheter i kommunene og mellom de kommunale tjenestene og spesialisthelsetjenestene. Informantene fra de ulike tjenestene har en rekke eksempler på godt fungerende samarbeid med ACT-teamene, og det gis uttrykk for at ACT-teamene avlaster de andre tjenestene. At ACT-teamet organisatorisk befinner seg både i kommune- og spesialisthelsetjeneste samtidig, har positiv betydning for de andre tjenestene og er avgjørende for at pasientoppfølging og behandling fungerer mer smidig enn før. Det framheves at samhandling mellom flere aktører samtidig kan være mer effektivt enn den tradisjonelle parallelle måten de ulike tjenestene forholder seg til brukerne på.

For kommunene fungerer ACT-teamene som «inngangsport til spesialisthelsetjenestene». ACT-teamene bistår kommunene med faglige drøftinger, veiledning og planarbeid. Det er varierende praksis i kommunene for hvorvidt kommunene fortsetter å levere kommunale hjemmetjenester som psykisk helsearbeid, praktisk bistand i bolig eller medisinerer etter at ACT-teamene kom inn. De fleste som uttaler seg, sier at modellen de har valgt, fungerer tilfredsstillende, men noen er mer kritiske, og sier det er utfordrende organisatorisk å innpasse ACT-teamet til de øvrige kommunale tjenestene. Noen tar opp rollefordelingen mellom ACT-teamene og de kommunale tjenestene som en utfordring. Det sies at det kan være uheldig at ACT-teamet «gjør alle funksjoner», fordi det motvirker at andre tjenester som er bygd opp, blir brukt. På en annen side kan det være uhensiktsmessig med parallelle tjenester og dobbeltarbeid, for tjenester kan på et vis fungere «oppå hverandre» og skape uklarheter og noen ganger misforståelser om hvem som skal gjøre hva.

Samarbeidspartnerne er svært godt fornøyd med ACT-teamenes oppfølging av brukerne. De framhever at ACT-teamene evner å nå fram til og holde på en pasientgruppe som de ordinære tjenestene ofte ikke nådde tidligere. Det legges vekt på at teamene har pasienter som er svært ressurskrevende, og som mottar omfattende tjenester sammenlignet med andre grupper. Noen informanter, særlig fra spesialisthelsetjenesten, understreker at det er nødvendig for å følge opp denne pasientgruppa. Flere informanter fra spesialisthelsetjenesten legger vekt på at ACT-teamenes oppfølging av brukerne før og etter innleggelse har hatt stor betydning for pasientenes følelse av trygghet. Tidligere var det vanlig at de ikke dukket opp til poliklinisk

behandling, og «forsvant ut» uten oppfølging, mens med oppfølging fra ACT-teamet er dette tydelig forbedret.

Kontinuitet, tilgjengelighet, relasjon og tillit presenteres som faktorer som særpreger ACT-teamenes oppfølging av brukerne og som vanskelig lar seg gjennomføre i de ordinære tjenestene. ACT-teamenes særegne arbeidsmåte og særegne rammebetingelser framheves som viktig for positive endringer i ACT-brukeres livssituasjon.

Flere informanter fra kommunene ønsker at ACT-teamene i større grad kunne være et tilbud for pasienter med særlig komplekse vansker, som de i kommunen ikke selv klarer å hjelpe, eksempelvis de med alvorlige personlighetsforstyrrelser, ofte i kombinasjon med rusproblematikk og særlig krevende atferd. Mange reiser spørsmål ved om det også er andre pasientgrupper som kunne hatt nytte av å bli møtt med ACT-metodikk.

### → ACT-teamene er brobyggere

*Kommunene:* ACT-teamene er en døråpner inn i spesialisthelsetjenesten og bidrar med faglig veiledning og kompetanse.

*Spesialisthelsetjenesten:* ACT-teamenes oppfølging av brukerne før og etter innleggelse stabiliserer situasjon til brukerne og gir dem økt trygghet.

Teamenes funksjon i mellomrommet mellom første- og andrelinjetjenesten bidrar til å *gi brukerne helhetlige tjenester og motvirker tjenestenes ansvarsskyving* for en brukergruppe med sammensatte og omfattende hjelpebehov.

### → utfordringer sett fra samarbeidspartnere

Hvordan skal ACT-teamene organisatorisk innplasseres, og hvordan skal rollefordelingen være mellom ACT-team og øvrige tjenester?

Mange i kommunene ønsker en videre målgruppe for ACT-teamene fordi de mener at flere brukergrupper kunne nytt godt av å bli møtt med ACT-metodikk



# Kapittel 13: Diskusjon og konklusjon

Formålet med den forskningsbaserte evalueringen er å undersøke i hvilken grad ACT-teamene arbeider i henhold til ACT-modellen, og om brukerne får et bedre forløp (bedre psykisk helse, mindre rusproblem, bedre fungering, færre innleggelse, bedre kontakt med helsetjenestene, bedre livskvalitet) ved oppfølging i samsvar med ACT-modellen. Vi undersøker også hvilke erfaringer brukere, pårørende, teamansatte og samarbeidspartnere har med modellen.

Vi vil nedenfor oppsummere og diskutere problemstillingene og resultatene i evalueringen, og gi noen avsluttende kommentarer om ACT-modellens plass og utforming i Norge.

### 13.1 I hvilken grad følger teamene ACT-modellen?

Evalueringen viser at ACT-modellen er implementert med moderat til høy grad av modelltrofasthet når teamene er evaluert med det amerikanske måleinstrumentet Tool for Measurement of Assertive Community Treatment (TMACT). Registrering av kontakter med brukerne (ukeskjemaer) viste at støttetterapi/støttesamtaler, administrering av medikamenter og planlegging av behandling eller tiltak var det vanligste innholdet i kontakten med brukerne og utgjorde nær halvparten av kontaktene med brukerne. Det som fulgte etter disse i omfang, var ulike typer praktisk hjelp med husarbeid og bolig, samt aktiviteter som innebar sosial kontakt eller trening i sosiale eller praktiske ferdigheter.

### Områder med lav implementering og behov for forbedring

Det er særlig tre områder hvor teamene har et forbedringspotensial. Det gjelder spesialistbemanning (rus-arbeid- og brukerspesialist), kunnskapsbaserte aktiviteter og ansvaret for krisetjenester.

Ingen av ACT-teamene har åpningstid 24 timer i døgnet sju dager i uka, og få har utarbeidet kriseplaner for den enkelte bruker. Ansvar for krisetjenester er derfor ikke implementert slik modellen legger opp til, selv om teamansatte er fleksible og er tilgjengelige via telefon og rykker ut hvis nødvendig. I brukerundersøkelsen mente nesten halvparten av brukerne at det var viktig å få hjelp utenom åpningstiden. I undersøkelsen blant teamansatte mente mange at brukerne klarte å forholde seg til at teamet kun var tilgjengelig på dagtid, noen mente at noe utvidet åpningstid hadde vært ideelt, andre mente at teamet burde vært mer tilgjengelig på ettermiddag og kveld, siden det er mye som skjer da. Flere team ønsket å bli bedre på krisehåndtering.

#### ➔ Forbedringsområder:

- spesialistbemanning
- kunnskapsbaserte aktiviteter
- ansvar for krisetjenester
- individbaserte behandlingsplaner

Ved siste måling av modelltrofasthet hadde de fleste teamene arbeidsspesialist og russpesialist, men bare ett team hadde brukerspesialist. Spesialistenes roller og stillingsandeler er i liten grad implementert av ACT-teamene. Ukeskjemaene viste få kontakter der hovedinnholdet var rusbehandling eller arbeidstjenester, og da særlig fokus på ordinært arbeid. I intervjuene med teamansatte gis det uttrykk for at spesialistfunksjonene kom uforberedt på teamene, og det var uklart hvordan de skulle ivaretas. Teamene opplever at de ikke har hatt tid og ressurser til å prioritere spesialistrollene. Spesialistene har i stor grad de samme arbeidsoppgavene som de andre behandlerne i teamet. Teamansatte ser i økende grad betydningen av spesialistfunksjonene, men modellkravene oppleves ikke som realistiske. Teamansatte legger vekt på at det er strukturelle hindringer utenfor teamene som bidrar til et vanskelig møte mellom modell og virkelighet. Spesielt gjelder det for arbeidsspesialisten som skal arbeide etter prinsippene i Individuell jobb-støtte (IPS), hvor erfaringen er at modellkravene ikke samsvarer med holdninger i samfunnet, og ikke er tilpasset den norske virkeligheten de skal iverksettes i.

For å ivareta rollene som spesialist kreves det for det første at personen dedikeres til rollen. Det vil si at det settes av tid og ressurser til å veilede og undervise andre ansatte i teamet, og at personen får anledning til å jobbe med kunnskapsbaserte modeller rettet mot de brukerne som har behov for det. Mange mente at manglende kunnskap var en barriere, og opplæring i modellene ble etterspurt. En mer målrettet opplæring av de evidensbaserte modellene som inngår i ACT-modellen, som integrert dobbeltdiagnosebehandling, arbeid med støtte (supported employment/IPS) og motiverende intervju, ville sannsynligvis medført bedre implementering av disse områdene, og for videre satsing anbefales det å fokusere mer på disse modellene.

Registreringer i ukeskjemaene viste at teamene har en del samhandling med andre tjenester. Ved 13 prosent av kontaktene deltok andre tjenester. Det var samhandling med kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten og gjaldt mye behandlingsplanlegging og koordinering, og med kommunene også mye om medisiner. I tillegg mottar noen brukerne tjenester fra andre enn ACT-teamene, noen bor i bemannede boliger, noen har vedtak om kommunale tjenester som praktisk bistand i hjemmet og utlevering av medisiner. I intervjuene med teamansatte var det en dominerende oppfatning at det burde være samarbeid med andre tjenester for mange

i denne brukergruppa. Det var ulike synspunkter på hvordan arbeidsdelingen burde være, og både i teamene og fra samarbeidspartnerne kom det fram at grenseoppgangene mellom ACT-teamene, kommunale tjenester og spesialisthelsetjenestene kunne være noe uklare. At ACT-teamene er et forpliktende samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste som opererer i rommet mellom tjenestenivåene, framstår som en positiv erfaring.

Modellen åpner for at ACT-teamet ikke nødvendigvis skal gjennomføre alle tjenester selv, hvis de ivaretar det overordnede ansvaret for tjenestene teamets brukere mottar. Samarbeid med andre tjenester kan gi fornuftige løsninger for å oppnå bedre implementering av krise-tjenester til brukerne og for områder som angår arbeid og bolig til brukerne. Det kan være en aktuell norsk tilpasning av modellen, men hvordan den konkrete arbeidsdelingen bør være, er noe som må diskuteres videre, og avklares gjennom lokalt samarbeid.

### Områder med eksemplarisk implementering av ACT-modellen

#### → Eksemplarisk implementering av modellen:

- teamene rekrutterer og beholder målgruppa.
- de yter lokalbaserte tjenester / oppsøker brukerne hjemme og i lokalsamfunnet.
- det benyttes ulike metoder for å engasjere brukerne.
- teamene har fullt ansvar for psykiatri- og rehabiliteringstjenester.
- de jobber aktivt for å øke brukernes selvbestemmelse og uavhengighet.
- de engasjerer og veileder brukernes nettverk.
- det er høy involvering ved døgnopphold for brukerne.

ACT-teamene har en eksemplarisk implementering når det gjelder å yte lokalbaserte tjenester der brukeren oppholder seg. Registreringene i ukeskjemaene viste at de norske ACT-teamene i gjennomsnitt hadde nær 90 prosent av brukerkontaktene utenfor egne lokaler. De norske ACT-teamene har eksemplarisk modelltrofasthet når det gjelder å rekruttere og beholde definert målgruppe og ha fullt ansvar for rehabiliterings- og psykiatritjenester. De benytter ulike metoder for å skape engasjement hos brukerne, de styrker brukerens selvbestemmelse og uavhengighet, og de engasjerer og veileder brukerens nettverk. De har også eksemplarisk implementering når det gjelder involvering ved døgnopphold for brukerne. I tillegg til disse områdene som har eksemplarisk modelltrofasthet, er det en lang rekke områder som har høy modelltrofasthet.

Modellen er implementert i moderat til høy grad av de norske ACT-teamene, noe som viser at ACT-modellen er relevant i Norge. Målingene av modelltrofasthet viste at hovedområdene *Spesialistbemanning og Kunnskapsbaserte aktiviteter* i mindre grad er implementert enn hovedområdene *Kjernetjenester og Kjernebemanning*, noe som er i tråd med det man kan forvente av ACT-team som fortsatt er i en forholdsvis tidlig fase. Disse to hovedområdene av TMACT har mange nye elementer sammenlignet med DACTS, som tradisjonelt har blitt brukt for å måle modelltrofasthet for ACT-team. Også i TMACT-pilotstudien fra USA skårer de ti teamene som inngår i studien, signifikant lavere på **Spesialistbemanning og Kunnskapsbaserte tjenester enn på Kjernebemanning og Kjernetjenester** (Monroe-De Vita m.fl. 2011). Den første studien av ACT-team i Australia, som ble kartlagt med DACTS, viser også at elementer med lav modelltrofasthet omhandlet spesialistbemanning i teamene, som rusbehandlingsspesialist og arbeidsspesialist (Harvey m.fl. 2012).

Det at nasjonale helsemyndigheter har lagt til rette for utarbeidelse av håndbok, satsing på opplæring og ACT-samlinger samt følgeforskning med målinger av modelltrofasthet har vært positive faktorer for implementering av ACT-modellen i det norske forsøket. Å ha god ledelsesforankring er viktig for en vellykket implementering. Når teamansatte synes det er positivt å ha med ledere fra overordnet nivå i DPS og kommuner på ACT-samlinger, kan det ses som uttrykk for ønske om bedre informasjon om ACT til overordnede. Til tross for at mange ACT-team syntes de jobbet mye med ekstern informasjon i startfasen, ble det i intervjuer

med samarbeidspartnere påpekt at det fortsatt var manglende informasjon om ACT i tjenesteapparatet forøvrig. For flere team var det en krevende prosess å finne sin plass, både i forhold til kommune, sykehus og DPS. En større vektlegging av informasjon om ACT-teamene og modellen fra sentralt hold ville vært positivt for implementering av ACT-modellen. Et interessant synspunkt fra et av ACT-teamene var at man burde tenkt regioner, ikke bare team, i opplæring og implementering, ut fra tankegangen at ACT-teamene ikke eksisterer isolert, men som en del av tjenestesystemet.

Evalueringen av high-fidelity ACT-teamene i Washington State konkluderer med at følgende elementer vil spille en nøkkelrolle i å utvikle ACT-team med høy modelltrofasthet: Kontinuerlig administrativ støtte for å sikre stabil finansiering og ressurstilgang, målrettet opplæring og teknisk assistanse og målinger av modelltrofasthet. Videre anses ledelse, visjon og evne til å demonstrere effektivitet som viktigere enn noen gang for en vellykka implementering av ACT (Bjorklund m.fl. 2009). Flere studier vektlegger effektiv ledelse og opplæring som sentralt i implementering av ACT-modellen (Mancini m.fl. 2009, Bjorklund m.fl. 2009, Monroe-De Vita 2012).

### 13.2 Inkluderer ACT-teamene målgruppen?

Ut fra at antallet i målgruppa for ACT-team var anslått til å være omtrent 4000 i hele landet, ville en vente at det var ca. 640 i de tolv teamenes samlede opptaksområde med 800 000 innbyggere. I løpet av sine tre første år har teamene inkludert ca. 600 brukere. Dette tyder på at teamene har nådd omtrent det forventede antall bruker i sine opptaksområder, men de fleste områdene i Norge har altså ikke et slikt tilbud til målgruppa. Det store flertallet av kommunene i Norge har ikke et så stort befolkningsgrunnlag at de alene kan etablere et ACT-team (ca. 50 000). Det er imidlertid mulig å etablere interkommunale ACT-team, noe flere av teamene i evalueringen er eksempler på. En utfordring med interkommunalt samarbeid er ikke bare lange reiseavstander, men også at det blir mange aktører å forholde seg til. I slike tilfeller er det gode eksempler på hvordan kommunen kan yte noen av de tjenestene ACT-teamet vanligvis gjør. Det kan for eksempel være utlevering og administrering av medisiner og praktisk bistand i hjemmet. Det er da viktig at ACT-teamet har oversikt over og kjenner til at slike tjenester gis, og at tilbudet er godt

koordinert. Evalueringen viser at interkommunale løsninger også har forutsetninger for å fungere godt.

Basert på flere ulike datakilder finner vi at de norske ACT-teamene har lyktes i å rekruttere målgruppa slik den ble definert av Helsedirektoratet og i ACT-modellen. Den inkluderer i all hovedsak personer med alvorlig psykisk lidelse og med stor funksjonssvikt innen flere områder. I overkant av 60 prosent har i tillegg problemfylt bruk av rusmidler. Om lag 80 prosent har vært innlagt i psykisk helsevern de to siste årene før inntak i ACT-teamene. De hadde i gjennomsnitt fire innleggelser i løpet av de siste to årene før inntak i ACT.

Det er imidlertid en diskusjon om ACT-modellen også kan være et tilbud til personer som har et lavt funksjonsnivå, og som ikke klarer å nyttiggjøre seg ordinære tjenester, selv om de ikke har så alvorlig psykisk lidelse som modellen krever. De teamansatte opplever at ACT-teamene arbeider med riktig målgruppe, og at det er viktig at denne målgruppa sikres et slikt tilbud som de får ved ACT-teamene. Samarbeidspartnere til ACT-teamene mener også at ACT-teamene gir et riktig tilbud til målgruppa, men de opplever også at det er andre som ikke får et godt nok tilbud, og som kommunene strever mye med. Dette gjelder særlig personer med alvorlige personlighetsforstyrrelser og/eller alvorlig rusavhengighet og med et svært lavt funksjonsnivå. De har også sammensatte problemer og trenger tjenester fra mange instanser, både i kommunen og spesialisthelsetjenesten.

ACT-modellen ble utviklet for å nå og hjelpe personer med alvorlige psykiske lidelser som er vanskelige å nå ved ordinære tjenester. Det er trolig at mange elementer i modellen også kan være et tilbud til andre grupper som har et lavt funksjonsnivå, og som ikke klarer å nyttiggjøre seg ordinære tjenester. Men det er usikkert om dette kan eller bør gjøres ved de samme teamene. De forskningsbaserte modellene som finnes for behandling av personer med alvorlige personlighetsforstyrrelser, er annerledes enn ACT-modellen, som primært er for personer med psykoselidelser. Det er begrenset kunnskap om samme team vil klare å behandle begge grupper uten at det går ut over kvaliteten på tilbudet til en av gruppene. Om en skal prøve ut dette, bør det i så fall følges med evaluering av nytte og erfaringer.

Det andre spørsmålet som er reist når det gjelder målgruppe, er om en i Norge skal velge den nederlandske modellen FACT (Flexible ACT) i stedet for ACT-mo-

dellen. FACT-modellen går ut på å arbeide som ACT-team overfor personer med alvorlig psykisk lidelse i faser der de trenger så intensiv oppfølging, og å arbeide med mindre intensiv oppfølging (case management) i mer stabile faser. Hensikten med dette er både å oppnå mer kontinuitet ved at samme team holder kontakt med brukeren i stedet for å henvise til andre tjenester, og at ett team kan følge opp mange flere brukere enn ACT-team gjør. Dette kan være hensiktsmessig ved lav befolkningstetthet, men målgruppa for FACT er fortsatt personer med alvorlige psykiske lidelser, selv om disse følges opp av samme team også når de kunne ha klart seg med andre tjenester. FACT-team er ikke ment som en erstatning for ACT-team, og i store opptaksområder kan det være behov for begge tilbudene. Det kan være en måte å sikre seg at den mest alvorlige gruppa blir ivare tatt. Vi oppfatter at FACT kan være en relevant modell for Norge. Resultatene fra vår evaluering kan brukes som sammenligningsgrunnlag dersom en utprøving av FACT i Norge skal evalueres. En ny artikkel har imidlertid oppsummert forskning fra de fem studiene som er publisert om FACT-team. Fire av studiene er fra Nederland, og én fra Storbritannia. Oppsummeringen viser at en ikke finner signifikant bedring hos brukerne når det gjelder symptomreduksjon eller funksjonsnivå. Forfatterne konkluderer med at det er manglende evidens for effekten eller nytteverdien av FACT-modellen (Norden og Norlander 2014).

### 13.3 Hvordan er pasientforløpet ved behandling fra ACT-team?

Formålet med ACT-team er å sikre brukerne en kontinuerlig kontakt med hjelpeapparatet, å redusere innleggelser og å forbedre pasientenes livskvalitet og fungering. Vi finner en bedring hos brukerne på flere områder i løpet av en toårsperiode. Boforholdene har blitt signifikant bedre ved at det er færre brukere som er uten fast bopel. Det er flere med stabil inntekt i form av uføretrygd, flere i arbeidsrettete tiltak / utdanning. Det er imidlertid fortsatt få brukere som er i ordinært arbeid. Vi finner en signifikant bedring når det gjelder symptombelastning målt både med GAF og BPRS. Det er en signifikant nedgang i andelen brukere med alvorlige til svært alvorlige depressive symptomer og selvmordsrisiko. Når det gjelder funksjonsnivå, er dette fortsatt lavt målt med GAF, men det er en signifikant bedring. Vi finner ingen signifikant endring i skårene på praktisk og sosial fungering målt med PSF, med unntak av å handle og lage sin egen mat. Det er en tendens til nedgang i an-

delen personer som er under tvungent psykisk helsevern utenfor døgn, mens andelen under tvungen økonomisk forvaltning har økt i to årsperioder. Vi finner også en tendens til bedring i total livskvalitet. Brukerne var også mer fornøyd med bolig og boligforhold to år etter inntak i ACT-teamet. Undersøkelsen viser bedring på flere områder i brukernes liv. Dette understrekes ytterligere i intervjuene med samarbeidspartnere, de teamansatte og i undersøkelsen av brukernes tilfredshet og erfaringer.

Når vi har undersøkt om brukerne har oppnådd bedring i en tidsperiode på to år, er dette kort tid. Det er et spørsmål hvor mye en kan forvente av endring og bedring, og på hvilke områder i livet. Brukerne hadde ved inntak i ACT-teamene alvorlige psykiske lidelser, et svært lavt funksjonsnivå, og over halvparten hadde alvorlige rusmiddelproblemer. Med dette som utgangspunkt vil vi si at resultatene samlet sett er gode ved at det er bedring innenfor ulike livsområder.

Denne undersøkelsen har ikke et randomisert kontrollert studiedesign. Vi kan derfor ikke med sikkerhet si at endringen skyldes oppfølging og behandling fra ACT-teamene. Samtidig er det viktig å understreke at de ulike datakildene samlet sett (intervjuene med samarbeidspartnere, de teamansatte og brukerne) peker i samme retning og bekrefter vurderingen om at brukerne har oppnådd bedring på flere livsområder.

### 13.4 Er det en reduksjon i oppholdsdøgn etter inntak i ACT-teamene?

Det er en sterk nedgang i antallet oppholdsdøgn i psykisk helsevern etter inklusjon i ACT-teamene sammenlignet med toårsperioden før inntak. Det totale antallet oppholdsdøgn er redusert fra cirka 17 200 døgn i løpet av toårsperioden før inntak i ACT til cirka 8 700 døgn i toårsperioden etter inntak. I løpet av toårsperioden før inntak i ACT var det omtrent 11 500 oppholdsdøgn på tvang, mens det var 5 200 oppholdsdøgn etter inntak. Vi finner en nedgang i antallet personer som er innlagt i to år før inntak i ACT-teamene, sammenlignet med to år etter inklusjon. Personer som hadde hyppige og/eller langvarige innleggelser to år før inntak i ACT, hadde 66 prosent færre oppholdsdøgn etter inntak i ACT. Antallet oppholdsdøgn på tvang ble redusert med 70 prosent. Gruppen som ikke hadde hatt hyppige og/eller langvarige innleggelser før inntak i ACT, hadde en økning i antall oppholdsdøgn generelt, og på tvang spesielt. For hele utvalget samlet var imidlertid nedgangen i oppholdsdøgn stor.

Totalt sett var det ingen endring i antall innleggelser, men de var kortere og oftere frivillig etter inntak i ACT. Halvparten av utvalget hadde en sterk reduksjon, mens noen hadde en økning etter inntak. Dette kan tyde på at ACT har lyktes i å nå dem som har hatt et underforbruk av tjenester, og dem som ikke har nyttiggjort seg eksisterende tjenester før inntak i ACT. Det kan også være at brukerne får tidligere hjelp slik at de ikke trenger like lange innleggelser for å oppnå bedring, og at det er mindre behov for å bruke tvang. Varigheten av innleggelsene kan også være kortere fordi brukerne følges tett opp av ACT-teamene og derfor kan skrives ut tidligere.

### 13.5 Hva er erfaringene med gjennomføring av ACT-modellen?

Vi har i evalueringen også spurt brukere, pårørende, teamansatte og samarbeidspartnere om deres erfaringer med ACT-teamene. Det er interessant å se hvordan de ulike partene legger vekt på mange av de samme faktorene, og hvordan de framhever at ACT-teamene er et godt tilbud for målgruppa.

**Brukerne** beskriver ACT som bedre enn tidligere behandling. De mener også at helsen har blitt bedre etter å ha fått kontakt med ACT-teamet. De norske ACT-brukerne var mer tilfredse enn brukere av ordinære tjenester og ACT-brukere i flere andre land. De opplever ikke hjelpen som påtrengende, og ønsker seg heller mer kontakt enn mindre. Relasjonen til nærmeste behandler ble oppgitt å være svært god, ikke minst med tanke på den type problematikk brukergruppa strever med. Brukerne rapporterte høy tilfredshet med de spesifikke arbeidsmetodene i ACT, som å møtes hjemme/ute i stedet for i helsetjenesten, å forholde seg til flere i teamet og ikke bare én behandler, og å motta alle eller de fleste tjenestene fra ett team i stedet for å måtte søke hjelp hos flere ulike instanser. De var altså i hovedsak godt fornøyd med de sidene ved ACT-modellen som er annerledes enn i ordinære helsetjenester.

**Pårørende** av ACT-brukere er i det store og hele fornøyd med ACT-teamenes innsats både for brukeren og overfor dem selv. De var fornøyd med omfanget av hjelp, med at teamet oppsøker brukeren hjemme eller der han/hun er, samt med at det er flere i teamet som følger opp brukeren. Dette kan tyde på at ACT-teamene oppleves som en type avlastning for pårørende, men også at det representerer en positiv kontinuitet. De pårørende opplevde at ACT-team i langt større grad enn hva de har erfart med andre psykiske helsetjenester, har

vist åpenhet på områder som har betydd mye for dem. Svarene på spørsmål om bekreftelse, samarbeid og å dele ansvar, viste at pårørendes erfaring er langt bedre med ACT-team enn med andre helsetjenester.

De **teamansatte** har stor tro på ACT-modellen. De ser at det går bedre med mange av brukerne og framhever økt stabilitet, økt livskvalitet, bedre mestring og trygghet i hverdagen deres. For å lykkes i arbeidet med brukerne legger ansatte vekt på tett og langsiktig oppfølging i det oppsøkende arbeidet med allsidighet og fleksibilitet, som også innebærer hjelp til å løse praktiske problemer. Teamene har hatt sterkt fokus på relasjonsbygging for å komme i posisjon for behandling, og de har opprettholdt kontakt med brukere som ellers ville trukket seg unna tjenesteapparatet. Flertallet av teamansatte mener at ACT-modellen bør inkludere samarbeid med andre tjenester for å tilpasses norske forhold. Det er imidlertid forskjellige syn på omfanget av samarbeidet og hva man skal samarbeide om. Det har vært en utfordring å finne teamets plass i tjenesteapparatet. Flere opplever at det har vært en positiv utvikling i ACT-teamenes relasjon med andre tjenester i kommunene og spesialisthelsetjenesten. ACT-modellen oppfattes som en framtidsrettet måte å jobbe på, og det er et utbredt ønske fra teamansatte om å fortsette å jobbe etter modellen. Ønsker for framtida er å kunne jobbe mer målrettet, systematisk og langsiktig med den enkelte bruker, bli bedre på metoder og lykkes med enda bedre brukermedvirkning.

**Samarbeidspartnerne** er svært godt fornøyd med ACT-teamenes oppfølging av brukerne. De framhever at ACT-teamene evner å nå fram til og holde på en pasientgruppe som de ordinære tjenestene ofte ikke nådde tidligere. Det legges vekt på at teamene har pasienter som er svært ressurskrevende, og som mottar omfattende tjenester sammenlignet med andre grupper. Noen informanter, særlig fra spesialisthelsetjenesten, understreker at det er nødvendig for å følge opp denne pasientgruppa. Samarbeidspartnere gir uttrykk for at ACT-teamene opererer som brobyggere og koordinatorer mellom enheter i kommunene og mellom de kommunale tjenestene og spesialisthelsetjenestene. Informantene fra de ulike tjenestene har en rekke eksempler på godt fungerende samarbeid med ACT-teamene, og det gis uttrykk for at ACT-teamene avlaster de andre tjenestene. At ACT-teamet organisatorisk befinner seg både i kommune- og spesialisthelsetjeneste samtidig, har positiv betydning for de andre tjenestene og er avgjørende for at pasientoppfølging og behandling fungerer

mer smidig enn før. Det framheves at samhandling mellom flere aktører samtidig kan være mer effektivt enn den tradisjonelle parallelle måten de ulike tjenestene forholder seg til brukerne på. For kommunene fungerer ACT-teamene som «inngangsport til spesialisthelsetjenestene». ACT-teamene bistår kommunene med faglige drøftinger, veiledning og planarbeid. Det er varierende praksis i kommunene for hvorvidt kommunene fortsetter å levere kommunale tjenester som psykisk helsearbeid, praktisk bistand i bolig eller hjemmesykepleie/medisinering etter at ACT-teamene kom inn. De fleste som uttaler seg, sier at modellen de har valgt, fungerer tilfredsstillende, men noen er mer kritiske, og sier det er utfordrende organisatorisk å innpasse ACT-teamet til de øvrige kommunale tjenestene. Noen tar opp rollefordelingen mellom ACT-teamene og de kommunale tjenestene som en utfordring. Det sies at det kan være uheldig at ACT-teamet «gjør alle funksjoner», fordi det motvirker at andre tjenester som er bygd opp, blir brukt. På en annen side kan det være uhensiktsmessig med parallelle tjenester og dobbeltarbeid, for tjenester kan på et vis fungere «oppå hverandre» og skape uklarheter og noen ganger misforståelser om hvem som skal gjøre hva.

## 13.6 Konklusjoner

Uprøvingen av ACT-team har vært et av de største modellforsøkene innen helse- og omsorgstjenestene i Norge. Modellen, som opprinnelig er amerikansk, er en av de best dokumenterte behandlingsmodellene for personer med alvorlige psykiske lidelser. Det å prøve ut en slik modell i en norsk kontekst kan ha sine utfordrende sider. Evalueringen viser at ACT-teamene har lykkes med å implementere mange av kjerneelementene i modellen. Helsedirektoratet har lagt til rette for implementering av modellen ved bruk av stimuleringsmidler, opplæringsprogram for etablerere og ledere i kommuner/helseforetak og ansatte og ledere i ACT-teamene, samt utarbeidelse av håndbok. I tillegg har modellforsøket blitt fulgt tett opp med forskning som blant annet har vurdert og gitt tilbakemelding på i hvor stor grad teamene har arbeidet etter ACT-modellen. Disse erfaringene er viktige å ta med seg videre i arbeidet med å implementere andre evidensbaserte behandlingsmodeller. Modellforsøket har vært prosjektorganisert, og etter at prosjektperioden har vært over, har tre av ACT-teamene blitt nedlagt. Ett av dem eksisterer fortsatt, men ikke lenger som et forpliktende samarbeid mellom DPS og kommunen. Ellers har flere av de andre teamene gått over til å bli FACT-team. Faren med



prosjektorganisering er at forsøk som fungerer bra, ikke videreføres etter prosjektperioden.

Evalueringen viser på ulike områder at ACT-modellen har sin berettigelse i Norge. Ut fra teamenes opptaksområde og anslåtte tall for målgruppa vil vi si at teamene har rekruttert det antallet brukere som kan forventes. De har rekruttert personer med alvorlige psykiske lidelser som i stor grad ikke har klart å nyttiggjøre seg ordinære tjenester. En stor andel av brukerne har også rusmiddelproblemer. Brukerne opplever at livet samlet sett har blitt bedre etter inklusjon i ACT-team. Dette bekreftes både i brukertilfredshetsundersøkelsen, pasientutredningen, og fra samarbeidspartnere og ansatte i teamene. Vi finner også en bedring på ulike livs-områder i observasjonserioden på to år. Det er en sterk reduksjon i antallet oppholdsdøgn i psykisk helsevern i toårsperioden etter inklusjon i ACT-teamene. Antallet tvangsinnleggelse er også vesentlig redusert. Personer med mange innleggelse i toårsperioden før inklusjon i ACT-teamene har en reduksjon på 10 000 døgnopphold etter inklusjon i ACT-teamene. I tillegg har de en sterk reduksjon i antallet innleggelse på tvang. Samlet sett viser evalueringen at utprøvingen av ACT-modellen i Norge bør videreføres og utvikles ytterligere. Sett i lys av samhandlingsreformen er tjenestene til disse brukerne blitt mer lokalbaserte ved at de skjer der brukeren bor og oppholder seg, de er mer helhetlige og integrerte, og de gjennomføres delvis i samarbeid med andre tjenester. ACT-modellen er derfor i tråd med anbefalingene i samhandlingsreformen.

Det er imidlertid viktig å påpeke at det er flere regioner og opptaksområder i Norge som ikke har ACT-team. En bør derfor vurdere om disse regionene har stort nok befolkningsgrunnlag til å etablere ACT-team, eventuelt i samarbeid med flere kommuner. Det bør også vurderes om det er elementer i ACT-modellen som kan overføres til andre relevante målgrupper selv om de ikke oppfyller diagnosekravene, eller har behov for like intensive tjenester. Dette gjelder særlig måten tjenestene kan organiseres på. Det å arbeide aktivt oppsøkende i lokalmiljøet der brukeren oppholder seg, at tjenestene er koordinerte og at de i all hovedsak ytes av ett team er viktige elementer i modellen. Innholdet og intensiteten i tjenestene kan imidlertid variere. Det bør også vurderes i hvor stor grad andre instanser i kommunen skal yte tjenester, men da i samarbeid med ACT-teamene. Fleksible ACT-team (FACT) bør også vurderes, men ikke som en erstatning for ACT-team hvis det er stort nok opptaksområde for begge typer oppsøkende team.

## → Konklusjoner

- de norske ACT-teamene har lyktes i å rekruttere målgruppen slik den er definert av Helsedirektoratet og i ACT-modellen. De inkluderer i all hovedsak personer med alvorlig psykisk lidelse, rusmiddel-misbruk og med stor funksjonssvikt innen flere områder.
- teamene har rekruttert det antallet brukere som var forventet i opptaksområdene. Det vil si omtrent én promille av den voksne befolkning i opptaksområdet.
- drift og struktur og kjerneaktiviteter er høyt implementert i henhold til ACT-modellen.
- teamene har i stor grad fullt ansvar for psykiatriske tjenester, rehabiliteringstjenester, det å jobbe lokalt basert/oppøkende og at teamene benytter ulike metoder for å komme i kontakt med brukerne.
- teamene utfører helhetlige tjenester enten alene eller i samarbeid med andre tjenester.
- kommunen gjennomfører fortsatt noen oppgaver teamene kunne ivarettatt.
- brukerne har oppnådd bedring på ulike områder i livet to år etter inklusjon i ACT-teamene.
- antallet oppholdsdøgn er halvert fra 17 172 til 8 729 i toårsperioden etter inklusjon i ACT-teamene, sammenlignet med to år før inklusjon.
- det er færre innleggelses under tvang etter inntak i ACT-team. I løpet av 24-månedersperioden før inntak i ACT var omtrent 11 500 oppholdsdøgn på tvang, mens det var 5 200 oppholdsdøgn etter inntak.
- brukerne rapporterte høy tilfredshet med de spesifikke arbeidsmetodene i ACT.
- de pårørende var fornøyd med omfanget og typen av hjelp fra teamene.
- teamansatte har stor tro på ACT-modellen, og mener at en bør fortsette å arbeide etter modellen.
- samarbeidspartnerne framhever at ACT-teamene fungerer som brobyggere og koordinatører mellom enheter i kommunene og mellom de kommunale tjenestene og spesialisthelsetjenestene.
- både brukere, pårørende, teamansatte og samarbeidspartnere opplever at ACT-teamene har nådd ei målgruppe som andre tjenester ikke når.
- samtlige datakilder i evalueringen bekrefter at ACT-teamene har vært et nyttig og godt tilbud for målgruppa.

## → Anbefalinger

- ACT er et godt tilbud og bør benyttes for personer med alvorlige psykiske lidelser, enten med eller uten rusmiddel-misbruk, og som ikke har klart å nyttiggjøre seg ordinære tjenester.
- ACT-modellen bør etableres i andre kommuner/bydeler i Norge som har stort nok opptaksområde. I kommuner med opptaksområde mindre enn 50 000 kan etablering av ACT-team skje gjennom interkommunalt samarbeid for den definerte målgruppa.
- i opptaksområder med liten befolkning og store avstander kan elementer av modellen benyttes og ivaretas i et koordinert samarbeid mellom ulike tjenester.
- elementer fra ACT-modellen kan benyttes for andre målgrupper med sammensatte problemer som ikke får tilstrekkelige tjenester.
- FACT-team kan prøves ut for en utvidet målgruppe. Det er særlig viktig at en sørger for at den mest alvorlige gruppa ivaretas, og at utprøvingen evalueres.
- det er mye å lære av måten ACT-modellen er implementert på i Norge. Håndbok, opplæring og følgeforskning har vært viktige implementeringstiltak som anbefales videre for implementering av andre evidensbaserte modeller.

## Referanser

- Aagaard m.fl. (2011). «Clinical outcome of assertive community treatment (ACT) in a rural area in Denmark: A case-control study with a 2-year follow-up». *Nordic Journal of Psychiatry*, 65 (5), s. 299–305
- 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 Edition. Arlington, USA, NAMI.
- Allness D.J., Knoedler W.H. (2003b). *A Manual for ACT Start-Up: Based on the PACT model of Community Treatment for Persons with Severe and Persistent Mental Illnesses*. Arlington, USA: NAMI.
- Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B. og Monteiro, M.G. (2001). AUDIT. *The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care*. Genève, World Health Organization.
- Berman, A.H., Bergman, H., Palmstierna, T. og Schlyter, F. (2005). «Evaluation of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) in Criminal Justice and Detoxification Settings and in a Swedish Population Sample». *European Addiction Research*, 11, s. 22–31.
- Bonsack, C., Adam, L., Haefliger, T., Besson, J., og Conus, P. (2005). «Difficult-to-engage patients: a specific target for time-limited assertive outreach in a Swiss setting». *Can Psychiatry*, 50 (13), s. 845–850.
- Burns, T., Creed, F., Fahy, T., Thompson, S., Tyrer, P. og White, I. (1999). «Intensive versus standard case management for severe psychotic illness: a randomised trial. UK 700 Group». *Lancet*, 353 (9171), s. 2185–2189.
- Burns, T., Fioretti, A., Holloway, F., Malm, U. og Rössler, W. (2001). «Case management and assertive community treatment in Europe». *Psychiatric Services*, 52 (5), s. 631–636.
- Burns, T., Catty, J., Dash, N. m.fl. (2007). «Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: systematic review and meta-regression». *BMJ*, 335, s. 336–343.
- Chue, P., Tibbo, P., Wright, E., Van Ens, J. (2004). «Client and Community Services Satisfaction With An Assertive Community Treatment Subprogram for Inner-City Clients in Edmonton, Alberta». *Can J Psychiatry*, 49 (9), s. 621–624.
- 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*, 1.
- Commander, M., Sashidharan, S., Rana, T., & Ratnayake, T. (2005). «North Birmingham assertive outreach evaluation. Patient characteristics and clinical outcomes». *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 40 (12), s. 988–993.
- Dietrich, M., Irving, C.B., Park, B., Marshall, M. «Intensive case management for severe mental illness». *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10.
- Drake, R.E., McHugo, G.J., Clark, R.E., Teague, G.B., Xie, H., Miles, K.og Ackerson, T.H. (1998). «Assertive community treatment for patients with co-occurring severe mental illness and substance use disorder: A clinical trial». *American Journal of Orthopsychiatry*, 68 (2), s. 201–215.

- Endicott J., Spitzer R.L., Fleiss J.L., Cohen J. (1976). «The global Asessment scale, a procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance». *Arch Gen Psychiatry*, 33, s. 766–771.
- Engmark, L., Alfstadsæther, B. og Holte, A. (2006). *Diagnose schizofreni: Foreldres erfaring*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt, 6 (1).
- Essock, S.M., Mueser, K.T., Drake, R.E., Covell, N.H., McHugo, G.J., Frisman, L.K. og Swain, K. (2006). «Comparison of ACT and standard case management for delivering integrated treatment for co-occurring disorders». *Psychiatric Services*, 57 (2), s. 185–196.
- Ewertzon, M., Lützn, K., Svensson, E. og Andershed, B. (2008). «Developing the concept of family involvement and the alienation questionnaire in the context of psychiatric care». *International Journal of Mental Health Nursing*, 17 (6), s. 439–449.
- Ewertzon, M., Andershed, B., Svensson, E. og Lützn, K. (2011). «Family member's expectation of the psychiatric healthcare professionals' approach towards them». *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 18 (2), s. 146–157.
- Gerber, G.J., Prince, P.N. «Measuring client satisfaction with assertive community treatment». *Psychiatric Services*, 50, s. 546–550.
- Goldman, H.H., Skodol, A.E., Lave, T.R. (1992). «Revising Axis V for DSM-IV: A Review of Measures of Social Functioning». *American Journal of Psychiatry*, 149, s. 1148–1156.
- Hansson, L. (1989). «The quality of outpatient psychiatric care: a survey of patient satisfaction in a sectorized care organization». *Scandinavian Journal of Caring Science*, 3, s. 71–81.
- Harvey, C., Killaspy H., Martino S. og Johnson S. (2012). «Implementation of Assertive Treatment in Australia: Model Fidelity, Patient Characteristics and Staff Experiences». *Community Mental Health Journal*, 48, s. 652–661.
- Helsedirektoratet (2008). *Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og behov for særlig tilrettelagte tilbud*. IS-1554.
- Helsedirektoratet (2008). *Pårørende – en ressurs. Veileder om samarbeid med pårørende innen psykiske helse-tjenester*. Oslo, Helsedirektoratet. IS-1512.
- Helsedirektoratet (2008-13). Samdata spesialisthelse-tjenesten.
- Jacobson, N. og Greenley, M.S.W. (2001). «What is recovery? A conceptual model and explication». *Psychiatric Services*, 52 (4), s. 482–485.
- Jeppesen, P., Petersen, L., Thorup, A. m.fl. (2005). «Integrated treatment of first-psychosis: effect on treatment on family-burden». *British Journal of Psychiatry*, 187 (suppl. 48), s. 85–90.
- Johansson, A., Andershed, B., Anderzen-Carlsson, A. (2014). «Conceptions of mental health care – from the perspective of parents' of adult children suffering from mental illness». *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28, s. 496–504.
- Johnson, S. (2008). «So what shall we do about assertive community treatment?» *Epidemiologia E Psychiatria Sociale*, 17 (2).
- Karterud S., Pedersen G., Løvdal H., Friis S. (1998). *S-GAF: Global Funksjonsskåring - Splittet Versjon [Global Assessment of Functioning - Split version]. Bakgrunn og skåringsveiledning*. Oslo, Klinikk for psykiatri, Ullevål sykehus.
- Killaspy, H., Bebbington, P., Blizard, R. m.fl. (2006). «The REACT study: Randomised Evaluation of Assertive Community Treatment in North London». *BMJ*, 332, s. 815–818.
- 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 (Radomised Evaluation of Assertive Community Treatment in North London) study*. Utkast.
- Kortrijk, H., Mulder, C., Roosenschoon, B. og Wiersma, D. (2010). «Treatment outcome in patients receiving assertive community treatment». *Community Mental Health Journal*, 46 (4), s. 330–336.
- Krupa, T., Beattie, P., Carriere, R., McIntyre, D., Woodman, R., (2004) «Challenges faced by service provi-

- ders in the delivery of assertive community treatment. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 23 (19).
- Larson, D.L., Attkinson C.C., Hargreaves W.A., Nguyen T.D. (1979). «Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale». *Eval Program Plann*, 2, s. 197–207.
- Lowyck, B., De Hert, M., Peeters, E., Wampers, M., Gilis, P., Peuskens, J. (2004). «A study of the family burden of 150 family members of schizophrenic patients». *European Psychiatry*, 19 (7), s. 395–401.
- Macpherson, R., Thyarappa, P., Riley, G. m.fl. (2013). «Evaluation of three assertive outreach teams». *The Psychiatrist*, 37, 228–231.
- Mancini, A.D., Moser, L., Whitley, R., McHugo, G.J., Bond, G.R., Finnerty, M.T., Burns, B.J. (2009): «Assertive Community Treatment: Facilitators and Barriers to Implementation in Routine Mental Health Settings». *Psychiatric Services*, 60 (2).
- Mortimer, A.M., Shepherd, C.J., Fadahunsi, A m.fl. (2012). «Assertive outreach: mirror-image study with contemporaneous controls». *The Psychiatrist*, 36 s. 245–248.
- Marshall, M., Lockwood, A., McHugo, G.J m.fl. (1999). «Fidelity to assertive community treatment and client outcomes in the New Hampshire dual disorders study». *Psychiatric Services*, 50(6), s. 818–824.
- McGuire-Snieckus, R., McCabe, R., Catty, J., Hansson, L., Priebe, S. (2007). «A new scale to assess the therapeutic relationship in community mental health care: STAR». *Psychological Medicine*, 37, s. 85–95.
- Monroe-De Vita, M., Teague, G.B. og Moser L.L (2011). «The TMACT: A new tool for measuring fidelity to assertive community treatment». *Journal of American Psychiatric Nurses Association*, 17, s. 17–29.
- Monroe-De Vita, M., Moser, L.L., Teague, G.B. (2012). «The Tool for measurement of assertive community treatment (TMACT)». Upublisert.
- Neil, S.T., Kilbridge, M., Nothard, S., Welford, M., Sellwod, W., Morrison, A.P. (2009). «The questionnaire about the process of recovery QPR): A measurement tool developed in collaboration with service users». *Psychosis*, 1, s. 1–11.
- NIMHE (the National Institute for Mental Health in England). *Guiding Statement on Recovery*: <http://studymore.org.uk/nimherec.pdf>
- Norden, T., Norlander, T. (2014). «Absence of Positive Results for Flexible Assertive Community Treatment. What is the next Approach?». *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 10, s. 87–91.
- Park, M.J., Tyrer, P., Elsworth, E., Fox, J., Ukoumunne, O.C. (2002). «The measurement of engagement of the homeless mentally ill: the homeless engagement and acceptance scale (HEAS)». *Psychological Medicine*, 32 s. 855–861.
- Pharoah, F., Mari, J., Rathbone, J., Wong, W. (2006). «Family intervention for schizophrenia». *Cochrane Database for Systematic Reviews*, 4.
- Priebe, S., Huxley, P., Knight, S., Evans, S. (1999). *Application and results of the Manchester short assessment of quality of life (MANSA)*. *International Journal of Social Psychiatry*, 45, s.7–12.
- Rana, T., Commander, M. (2010). «Long-term follow-up of individuals on assertive outreach teams». *The Psychiatrist*, 34, s. 88–91.
- Rishovd Rund, B., Ruud, T. (1994). *Måling av funksjonsnivå og funksjonsendring i psykiatrisk behandling*. Oslo. Statens helsetilsyn. IK 2422.
- Rosén, A, Mueser, K.T., Teesson, M. (2007). «Assertive community treatment – Issues from scientific and clinical literature with implications for practice». *Journal of Rehabilitation Research and Development* 44 (6).
- Rosén, A., Killaspy, H., Harvey, C. (2013). «Specialisation and marginalisation: how the assertive community treatment debate affects individuals with complex mental health needs». *The Psychiatrist* 37, s. 345–348.

Slade, M., Bird, V., Le Boutilier, C., Williams, J., McCrone, P., Leamy, M. (2011). «REFOCUS Trial: protocol for a cluster randomized controlled trial of a pro-recovery intervention within community based mental health teams». *BMC Psychiatry* 11, s. 185.

Stein, L.I. og Test, M.A. (1980). *Alternative to mental hospital treatment*. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry*, 37 (4), s. 392–397.

Steinsbekk, A., Westerlund, H., Bjørgen, D. og Rise M.B. (2013a) «Hvordan beskriver brukere av psykiske helse- og sosialtjenester et godt tjenestetilbud?» *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*.

St.prp. nr. 63 (1997–1998). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006*.

Sytema, S., Wunderink, L., Bloemers, W., Roorda, L., & Wiersma, D. (2007). «Assertive community treatment in The Netherlands: A randomized controlled trial». *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116 (2), s. 105–112.

Teage, G.B., Bond, G.R., Drake, R.E. (1998). «Program fidelity in assertive community treatment: Development and use of a measure». *American Journal of Orthopsychiatry*, 68 (2), s.216–232.

Ventura, J., Lukoff, D., Nuechterlein, K.H., Liberman, R.P., Green, M.F. og Shaner, A. (1993) «Manual for the Expanded Brief Psychiatric Rating Scale». *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 3, s. 227–243.

Weimand, B.M., Hedelin, B., Sällström, C. og Hall-Lord, M.L. (2010). «Burden and health in relatives of persons with severe mental illness: a Norwegian cross-sectional study». *Issues in Mental Health Nursing*, 31, s. 804–815.

Weimand, B.M. (2012). «Experiences and Nursing Support of Relatives of Persons with Severe Mental Illness Faculty of Social and Life Sciences». Avhandling, Department of Nursing, Karlstad University Studies.



