

FACT

Modellbeskrivelse



Innhold

Forord	5
1 FACT – kort fortalt	7
1.1 Litt om innholdet i modellbeskrivelsen.....	8
2 Bakgrunnen for modellen	9
2.1 ACT.....	9
2.2 FACT i Nederland.....	10
2.3 FACT i Norge.....	11
3 Målgruppe for norske FACT-team	14
3.1 Målgruppe.....	15
3.2 Hvem er mindre aktuelle for FACT?.....	15
4 Hva slags behandling og oppfølging trenger pasientene i FACT?	17
4.1 Beskrivelse av pasientene.....	17
4.2 Innholdet i behandlingen og oppfølgingen samt de syv C-ene.....	17
4.2 Hva fordrer de syv C-ene av teamet?.....	19
5 Aktivt oppsøkende virksomhet	20
5.1 Utdyping av oppsøkende arbeid som metode.....	21
5.2 Personer som er vanskelige å nå.....	22
6 De to behandlingsnivåene	23
6.1 Utdyping av de to hovedkomponentene.....	23
6.2 Delingen 20/80.....	24
7 Tavlemetoden	26
7.1 FACT-tavla.....	28
7.2 Tavleprosedyrer.....	28
7.3 Utdyping av kriteriene for å bli satt på FACT-tavla.....	29
8 Timeglass-modellen	31
8.1 De tre prosessene.....	31
8.2 Arbeid med timeglasset, ulike roller og oppgaver.....	31
9 Monitorering, behandlingsplan og kriseplan	34
9.1 Monitorering og kartlegging.....	34
9.2 Diagnostisk utredning.....	34
9.3 Behandlingsplan.....	35
9.4 Kriseplan.....	36
9.5 Individuell plan (IP).....	37
10 Oppfølging og behandling	38
10.1 Individuell somatisk oppfølging.....	38
10.2 Mestring av hverdagen og deltakelse i lokalsamfunnet.....	39
10.3 Psykoedukasjon og bedring.....	40
10.4 Modell for integrert behandling av ruslidelse og psykisk lidelse.....	41
10.5 Individuell jobbstøtte (IPS).....	42
10.6 Annen arbeidsrettet aktivitet.....	43

11 Avslutning av behandling i FACT	44
12 Hvordan er FACT satt sammen?	46
12.1 Bemanningsnorm for FACT-team i Norge, ifølge FACT-fidelityskala 2010 – norsk revisjon 2023.....	46
12.2 Kompetanse og profesjon	46
12.3 Case manager	47
12.4 Teamleder	47
12.5 Merkantilt ansatt	47
12.6 Brukerspesialist	48
12.7 Recoveryspesialist	48
12.8 Arbeids- og utdanningsspesialist	49
12.9 Russpesialist	49
12.10 Psykiater	49
12.11 Psykolog	50
12.12 Sykepleier/vernepleier	50
12.13 Ansatt med somatisk kompetanse	50
12.14 Kompetanse knyttet til rehabilitering og sosiale forhold	51
12.15 Øvrig kompetanse	51
12.16 Generalist- og fagkompetanse – å være et team.....	51
13 Samhandlingsmodellen	53
13.1 Overordnet ansvar hos FACT.....	53
Referanser	55
Vedlegg 1: Om FACT-fidelityskalaer	57
Hvorfor modelltrofasthet?.....	57
Utviklingen av fidelityskalaene.....	57
Vedlegg 2: FACT-fidelityskala 2010	59
Notater	77

Forord

Siden 2009 har helsemyndighetene gitt tilskudd til etablering av ACT-team (Assertive Community Treatment) og senere FACT-team (Fleksibel Assertive Community Treatment) i Norge. I 2010 fikk Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP) i oppdrag å utarbeide en ACT-håndbok. Tre år etter ble det behov for å revidere denne og samtidig lage en beskrivelse av FACT-modellen. En av nestorene innen FACT i Nederland, Remmers van Veldhuizen, skrev en sammenfatning av modellen, som deretter ble oversatt til norsk og utgitt av NKROP i 2014. Etter nesten ti år med drift av FACT-team i Norge ser vi at det er behov for å revidere håndboka fra 2014.

NKROP har fått tillatelse fra van Veldhuizen til å bruke hans framstilling som utgangspunkt for denne boka. Van Veldhuizen har vært, og er, en viktig inspirator for utviklingen av FACT i Norge, og vi er takknemlige for å kunne bruke deler av hans beskrivelse i denne boka. Vår hensikt med publikasjonen er å beskrive modellen og forklare hvorfor den inneholder de elementene den gjør. Byggesteinene i modellen – de syv C-ene, timeglassmodellen, de to behandlingsnivåene og tavlemetoden – bygger i det vesentlige på van Veldhuizens framstilling. Modellbeskrivelsen retter seg primært mot ansatte i nyopprettede team, personer i styringssystemene for nye team og generelt tjenesteytere i spesialisthelsetjenesten og kommunene.

Modellen er forsøkt satt inn i den norske FACT-hverdagen. Denne tar utgangspunkt i de evalueringene som er gjennomført av både ACT og FACT, samt kliniske og praktiske erfaringer. For eksempel vil målgruppen for FACT og bemanningen av teamet nødvendigvis se litt annerledes ut når disse tilpasses norske forhold og erfaringer. I forbindelse med satsing på ACT og FACT i Norge ga Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) og NKROP ut en etableringshåndbok for ACT-team og FACT-team i 2018. Håndboka er

under revidering i regi av NAPHA og vil etterhvert komme i en ny utgave under navnet *Etablerings- og driftshåndbok for FACT-team*.

Fidelityskalaen som presenteres sist i denne modellbeskrivelsen, er en norsk revidert versjon av den nederlandske FLEXIBLE ACT SCALE 2010 (FACT-fidelityskala 2010 – norsk revisjon 2023). I denne modellbeskrivelsen vises det til aktuelle punkter i den skalaen. Det er viktig at FACT-team lærer seg modellen godt. I den forbindelse vil denne fidelityskalaen være et nyttig verktøy.

De ulike behandlingsmetodene som et FACT-team bruker, vil bli kort, men ikke inngående beskrevet. Denne boka er ikke en lærebok i eller en presentasjon av ulike metoder og tilnærminger et FACT-team vil måtte benytte seg av. Teamets ansatte bærer med seg sin egen faglige kompetanse inn i teamet. Det som beskrives her, er det særegne ved FACT-modellen.

Rollen og oppgavene til de ulike spesialistene i FACT er lite omtalt i 2010-skalaen. Noe i denne modellbeskrivelsen er derfor hentet fra fidelityskalaen til ACT hvor dette beskrives mer. Vårt anliggende er imidlertid den kompetansen et samlet FACT-team trenger for å kunne gi god behandling til målgruppen.

Litt om begrepsbruk: Personer som mottar både helse- og omsorgstjenester, spesialisthelsetjenester og eventuelle andre tjenester (f.eks. fra NAV), benevnes i denne modellbeskrivelsen som pasienter og brukere. Fordi FACT både gir behandling, oppfølging og andre tjenester til personer med omfattende og sammensatte lidelser, brukes begge begrepene.

Når det gjelder ansatte i FACT, opererer modellen med ulike spesialistbegreper (f.eks. brukerspesialist, russpesialist, arbeids- og utdanningsspesialist, recoveryspesialist), men også med vanlige profesjonsbetegnelser (psykiater, psykolog, sykepleier/

vernepleier, sosionom). Spesialistbegrepet i FACT blir i all hovedsak ikke koplet til profesjon eller lovverk, med unntak av formelle spesialistbetegnelser knyttet til profesjon (f.eks. psykologspesialist, spesialist i psykiatri, spesialist i rus- og avhengighetsmedisin/-psykologi) som vil gjøre at FACT-teamet oppfyller krav i aktuelt lovverk om å ha ansvar for og utøve ulik type behandling. Det er heller snakk om spissede funksjoner, med egne fokusområder, som hver enkelt «spesialist» har et spesielt ansvar for innad i teamet og ut mot sentrale samarbeidspartnere (se mer i kapittel 12).

Ulike profesjoner kan være case managere. I enkelte norske team vil case managere også kunne betegnes som primær- og sekundærkontakt, mens andre kanskje vil beholde behandlerbegrepet. I denne modellbeskrivelsen vil vi, hvis

ikke annet er presisert, bruke begrepene case manager eller primær-/sekundærkontakt.

NKROP har oversatt og tilpasset den nederlandske FACT-håndboka (2010) og står ansvarlig for innholdet i denne modellbeskrivelsen. Beskrivelsen er ført i pennen av undertegnede.

En arbeidsgruppe fra henholdsvis NKROP og NAPHA har kommet med viktige innspill og kommentarer underveis i skriveprosessen. Følgende har bidratt i denne prosessen: Anne Landheim, Sigrun Odden, Kari Nysveen, Anne Katrine Kroken, Thomas Kulbrandstad, Gaute Strand, Gretha Evensen og Trond Hatling.

Amund Aakerholt



1 FACT – kort fortalt

FACT ble etablert i Nederland i 2003. Modellen er formet som et behandlings- og oppfølgings-tilbud til personer med alvorlig psykisk lidelse i et gitt opptaksområde. Den er en videreutvikling av ACT, som ble tatt i bruk noen år tidligere i Nederland. Den viktigste metodiske forskjellen mellom de to modellene er at FACT bruker to nivåer i behandlingen (kap. 6) og timeglass-modellen (kap. 8). Videre er ACT primært utviklet for psykosepasienter, mens FACT har en bredere målgruppe.

FACT skal møte pasientene der de lever og bor. Vi har oversatt assertive community treatment med «aktivt oppsøkende behandling». Gjennom recovery-orientert praksis skal teamet bidra til å styrke pasientenes evne til å mestre livet så godt som mulig i sine nærmiljø, og slik bidra til at de kan ta del i samfunnet som medborgere med de rettighetene og pliktene det medfører. Tjenestene fra FACT skal ta utgangspunkt i pasientenes ønsker, ressurser og behov og utformes sammen med dem i en behandlingsplan. FACT skal gi og sikre den behandlingen som er nødvendig, og behandlingen skal følge faglige retningslinjer.

FACTs metodiske tilnærming og innholdet i behandlingen kan illustreres gjennom følgende byggesteiner. Vi vil vise til disse i den videre beskrivelsen av modellen.

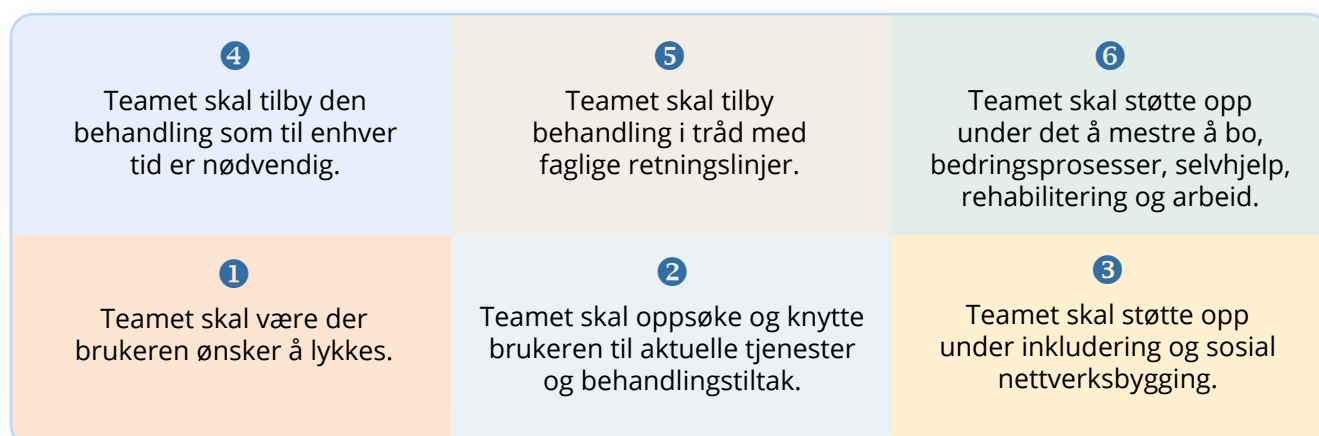
Byggestein 1 og 2 beskriver teamets tilnærming til pasientene. Det handler om å være der pasienten bor og har sitt liv, og sikre at pasienten får den hjelpen som trengs. De øvrige byggesteinene sier noe om hvilke behandlingsinnsatser og hvilken oppfølging teamet skal tilby. Innholdet i behandlingen og oppfølgingen er beskrevet detaljert i kapittel 4.

Behandlings- og oppfølgingsmodellen har to nivåer: tett og intensiv oppfølging i kriser og vanskelige situasjoner samt case management-oppfølging i stabile perioder. Fleksibiliteten i modellen ligger i vekslingen mellom de to behandlingsnivåene.

Målgruppen er personer som har behov for helhetlige og sammenhengende tjenester. FACT har et ansvar for det samlede tilbudet til brukeren, selv om ikke alle tjenestene utføres av teamet.

Utgangspunktet for modellen var at teamet skulle levere de fleste tjenester, men i praksis vil dette variere, både her i landet og i andre land.

Behandling i FACT har et langsiktig perspektiv og omfatter hele spekteret av tjenester (jf. de syv C-ene og byggesteinene). Tjenestene er forankret i en behandlingsplan. FACT har et uttalt mål om å begrense bruken av døgntiltak. Likevel vil det kunne være behov for innleggelse ved kriser,



akutte tilstander eller ønske om stabilisering, eller hvis reiseavstand vanskeliggjør tett oppfølging. I slike situasjoner følger teamet pasientene tett før, under og etter døgnoppholdet.

Et FACT-team er tverrfaglig (multidisciplinary) sammensatt. De ansatte arbeider etter en tydelig modell, har delt caseload ved behov og arbeider som et samlet team. Dette står i motsetning til en poliklinikk eller en psykisk helse- og rustjeneste i en kommune/bydel hvor den enkelte ansatte ofte har eneansvar for sine brukere. Teamet arbeider etter en fidelityskala som viser i hvilken grad teamet er trofast mot FACT-modellen. Fidelityskalaen brukes derfor i eget utviklingsarbeid og når teamene evalueres av andre.

Brukerne i et FACT-team har, i tillegg til alvorlig psykisk lidelse (eller mistanke om dette), ofte ruslidelse og sammensatte sosiale og økonomiske problemer. Disse kan handle om ustabil bosituasjon, problemer med å få arbeid og problemer med å etablere stabile relasjoner til andre. Innsatsen til FACT omfatter derfor svært mange livsområder i tillegg til arbeid med sykdom og symptomtrykk.

1.1 Litt om innholdet i modellbeskrivelsen

FACT-modellen er utviklet i Nederland, men bygger på den amerikanske ACT-modellen. I neste kapittel beskrives kort bakgrunnen for begge modellene og utviklingen av FACT-modellen i Norge. I kapittel 3 skisseres en målgruppe for norske FACT-team.

I kapittel 4 beskrives målgruppen nærmere. Vi går også inn på hva slags behandling og oppfølging pasientene i FACT trenger, og noen viktige forutsetninger for å kunne gi slik behandling. I de fire neste kapitlene beskrives de helt sentrale

metodene eller tilnærmingene i FACT: aktivt oppsøkende virksomhet, de to nivåene i behandlingen, tavlemetoden og timeglassmodellen.

Kapittel 9 handler om behandlingsplan, kriseplan og monitorering (kartlegge / følge med på status/ utvikling/ endring). Kapittelet 10 går inn på særskilte behandlingstilnæringer som somatisk oppfølging, deltakelse i nærmiljøet, arbeid og fritid og behandling av problemer knyttet til skadelig bruk og avhengighet av rusmidler. Metoder som er særegne for FACT, vil bli beskrevet mer grundig sammenliknet med vanlige psykoterapeutiske tilnæringer og metoder innen DPS og psykisk helsearbeid. Kapittel 11 handler om avslutning av behandling i FACT.

I kapittel 12 beskrives teamsammensetning, fagroller og kompetanse. I Norge er FACT etablert som en samhandlingsmodell mellom kommune/bydel og spesialisthelsetjenesten.

I kapittel 13 blir ulike sider ved samhandlingsmodellen kort drøftet. Fidelityskalen, som denne modellbeskrivelsen referer til (FACT-fidelityskala 2010 – norsk revisjon 2023), følger som vedlegg til denne modellbeskrivelsen.

FACT er en recovery-orientert praksis, se punkt 59 og 60 i fidelityskalaen. Recovery er en prosess som handler om langt mer enn symptomlette. Det er en helhetlig tilnærming rettet mot både psykisk og fysisk helse og sosialt miljø. Brukernes ønsker og behov er utgangspunktet for hjelpen og støtten teamet gir. Minst én ansatt i teamet skal være dedikert rollen som «recoveryspesialist», se punkt 9 i skalaen. Begreper som recovery og bedringsprosesser står sentralt i ACT/FACT og tjenesteapparatet for øvrig. Recovery er ikke viet et eget kapittel i denne modellbeskrivelsen, men vil gjennom flere kapitler beskrives og eksemplifiseres.

2 Bakgrunnen for modellen

2.1 ACT

FACT er en tilpasning og videreutvikling av ACT, en behandlingsmodell utviklet i USA på begynnelsen av 1970-tallet. ACT legger vekt på at det er teamet som skal gi helhetlig behandling og sammenhengende (integreerte) tjenester til personer med alvorlig psykisk lidelse (oftest psykose), der personen bor. Mange av hovedelementene i FACT, som aktivt oppsøkende arbeid, tavlemetoden, intensiv oppfølging og kjernebemannning, er hentet fra ACT.

I begynnelsen av forrige århundre ble personer med alvorlig psykisk lidelse lagt inn på asyl eller sykehus. Institusjonene ble ansett som løsningen på sosiale problemer med bolig, hygiene, økonomi, kontroll av rusmisbruk og så videre. Dette ble legitimert gjennom å fokusere utelukkende på medisinsk behandling av symptomer. Man snakket om «en helende, fordelaktig isolasjon fra samfunnet». Det virket til å begynne med som en human løsning.

Etter hvert ble det klart at totalinstitusjoner virket innsnevrende: Folk med alvorlig psykisk lidelse fylte nesten bare rollen som pasient. De var fratatt muligheten til å fylle andre sosiale roller (som eier av bolig, arbeider, familiemedlem, nabo osv.). Sosiale ferdigheter ble ikke vedlikeholdt eller etablert, og sykehusbehandling gjorde ikke den enkelte i stand til å klare seg etter utskrivning. Dermed kan en si at innleggelse på sykehus ble den viktigste årsaken til reinnleggelse.

Fra midten av 1960-tallet startet føderale myndigheter i USA prosessen med å bygge ned store psykiatriske sykehus. Fagfolk begynte etter hvert å utvikle metoder for å følge opp utskrevne pasienter i nærmiljøet. Dette gjorde de for å hindre at utskrevne pasienter forble bostedsløse eller gikk inn i en tilværelse som svingdørspasienter. Mange år på sykehus medfører ikke nødvendigvis kompe-

tanse man trenger for å bo i et lokalsamfunn. Det å følge opp pasienter ute ble på mange måter en del av en samfunnspsykiatrisk bevegelse som protesterte mot den daværende asylbaserte psykiatrien. I delstaten Wisconsin utviklet Leonard Stein, Mary Ann Test og Arnold Marx modellen «Training in Community Living» på midten av 1970-tallet. Dette ble forløperen til ACT og et reelt alternativ til sykehusinnleggelse.

Man lagde et team som hjalp pasienter ikke bare med medisiner, men også med spørsmål rundt for eksempel bolig, økonomi og å opprettholde et sosialt nettverk og kontakt med familie. Oppsøkende virksomhet – hjelp til pasientene i deres eget miljø – var en viktig forutsetning. Videre måtte hjelperne være aktivt pågående. Tjenesteutøverne måtte aktivt lete etter pasienter, aktivt hjelpe dem til å finne løsninger og arbeide aktivt med det sosiale nettverket deres. I mange tilfeller var ikke motivasjonen til pasienten sterk nok, så hjelperen måtte være overtalende og utholdende. Slik ble den oppsøkende modellen til.

Etter hvert ble prosjektet utformet som Assertive Community Treatment (ACT). Det ble tydelig at tjenesten ikke bare kunne fokusere på det medisinske og det psykologiske aspektet. Det dreide seg også om å tilføye «trening i dagliglivets aktiviteter» og om aktivt å støtte opp under pasientenes deltakelse i ulike sosiale aktiviteter. ACT tok et helhetlig behandlingsansvar for de mest alvorlig syke, bidro til å redusere antall sykehusinnleggelse, senket behandlingskostnadene og bidro til at pasientene fikk bedre livskvalitet og bedret sosial fungering.

De første ACT-teamene ble etablert rundt 1980, og senere er modellen tatt i bruk i mange land. Intensjonen med ACT er teambasert oppfølging der pasientene bor. Foruten flere stater i USA er ACT-modellen etablert i Canada, Australia og flere europeiske land.

Modellen er blitt tilpasset lokale forhold, og det finnes mange varianter. I England ble det opprettet Community Mental Health Teams og Assertive Outreach Teams.

I 1998 utarbeidet Teague, Bond og Drake en fidelityskala for ACT (DACTS). Den måler hvorvidt teamene arbeider etter modellen, og brukes til evaluering av teamene (Teague mfl. 1998). Skalaen ble senere revidert av Teague sammen med Monroe-DeVita og Moser (TMACT). For en mer grundig innføring i ACT viser vi til ACT-håndbøkene og medfølgende litteraturlister.

2.2 FACT i Nederland

I Nederland ble det etablert ACT-team i de store byene på begynnelsen av 2000-tallet. Teamene fanget opp de mest alvorlig syke. Alle pasientene trengte intensiv oppfølging og hadde ofte ruslidelse i tillegg til alvorlig og omfattende psykisk lidelse. Imidlertid ønsket man å ha team som kunne fange opp alle med alvorlig psykisk lidelse. Ikke alle med alvorlig psykisk lidelse hadde behov for den intensive ACT-oppfølgingen hele tiden. I perioder var det tilstrekkelig med oppfølging hver uke eller sjeldnere. Løsningen ble FACT, det vil si fleksibel ACT, et team som veksler mellom intensiv oppfølging (flere dager i uka) og tradisjonelt case management.

Modellen tok utgangspunkt i at cirka 20 prosent av pasientene til enhver tid ville ha behov for intensiv oppfølging, det vil si at de står på tavla.

Det ble utarbeidet et konsensusdokument som definerte fem kriterier for at en person tilhører gruppen med alvorlig psykisk lidelse, kalt EPA-gruppen (Delespaul 2012):

- Personen har en psykisk lidelse der oppfølging/behandling er påkrevet.
- Personen har alvorlig svikt i sosial fungering (ikke en forbigående situasjon).
- Det er en årsakssammenheng mellom disse to kriteriene; det vil si at personens funksjonssvikt skyldes den psykiske lidelsen.
- Tilstanden er ikke av forbigående art, men gjennomgripende og langvarig.
- Det er nødvendig med samordnet hjelp og oppfølging fra profesjonelle oppfølgere for å gjennomføre en behandlingsplan.

I EPA-definisjonen spiller også psykososiale og miljømessige problemer inn. Det samme gjelder nevrologiske og kompliserte medisinske problemer. I Nederland omfatter EPA-gruppen:

- psykoselidelser
- alvorlige affektive lidelser (depresjon, bipolar lidelse)
- angstlidelser
- personlighetsforstyrrelser
- organiske lidelser
- autisme
- ADHD
- utviklingsforstyrrelser
- alvorlige avhengighet av rusmidler og kombinasjoner av disse

Ved etablering av FACT ble målgruppen derfor utvidet sammenliknet med ACT. På denne bakgrunnen ble det i Nederland utviklet et oppsøkende behandlingstilbud beregnet for alle med alvorlig psykisk lidelse, og teamene danner grunnlaget for spesialisttilbudet til denne pasientgruppen. Sammenfattet kan en si at FACT skulle behandle personer som har omfattende og langvarig psykisk lidelse, omfattende sosiale problemer og i tillegg store utfordringer på mange livsområder.

I Nederland er det i dag rundt 500 FACT-team. De store byene har også beholdt noen ACT-team. Et FACT-team i Nederland dekker en befolkning på 50 000 og har 180–220 pasienter. Videre har de utviklet forensic FACT, altså team som følger opp personer med alvorlig psykisk lidelse som i tillegg har vært i konflikt med straffeloven. Siden 2011 har de også etablert FACT ung-team, for ungdom i alderen 12–25 år.

Med utgangspunkt i DACTS (den første ACT-fidelityskalaen fra 1998) utarbeidet de i Nederland en fidelityskala for FACT. Den første ble publisert i 2007 og er revidert flere ganger (Bähler mfl. 2010). Skalaen måler i hvilken grad et team jobber ut fra FACT-modellen. Den bidrar til like tjenester og gir pasienter og pårørende et bilde av hvilke tjenester de kan forvente.

2.3 FACT i Norge

I Norge ble det første ACT-teamet etablert i Moss i 2007, og det første FACT-teamet ble etablert i bydel Gamle Oslo i 2013. Siden 2009 er det gjennom statsbudsjettene satt av øremerkede midler til å opprette ACT- og FACT-team. Forutsetningen for å få tildelt slike midler er at søkeren forplikter seg til samhandling mellom en eller flere kommuner/bydeler og aktuell DPS. I dag er det etablert FACT-team i de fleste større byer og i mange distrikter. Ved utgangen av første halvår 2023 var rundt 75 FACT-team (voksne) opprettet, i tillegg til 10–15 pågående forprosjekter / team under etablering. De fleste teamene er opprettet som inntil fireårige prosjekter med statlige tilskudd. Mange team har gått over til ordinær drift etter tilskuddsperioden. Videre pågår det nå en stor satsing på etablering av FACT ung-team i Norge.

I Nederland har FACT ivaretatt oppgaver som i Norge deles mellom kommunene og spesialisthelsetjenestene. Målgruppen i Nederland (EPA-gruppen) er beskrevet som pasienter med omfattende og langvarige lidelser og med klar funksjonssvikt. Mange diagnosegrupper er spesifisert. Da Helsedirektoratet i 2009 utarbeidet regelverket for tilskudd til etablering og drift av ACT-team, ble målgruppen både beskrevet ut fra diagnose (psykose-lidelser og komorbide tilstander) og funksjonsnivå. Myndighetene ønsket at ACT og senere FACT skulle gi et tilbud til personer som hadde alvorlig psykisk lidelse og lavt funksjonsnivå, og som ikke dro nytte av eksisterende behandlingstilbud slik de da var utformet og organisert.

En kan si at funksjonssvikt og det at behandlingsapparatet ikke var tilpasset disse pasientene, ble et like viktig inntakskriterium som spesifikke diagnoser. ACT og FACT ble utformet som et alternativ til tradisjonell behandling og oppfølging i DPS og kommunal psykisk helse- og rustjeneste.

Både ACT- og FACT-modellen har blitt evaluert i Norge. Det vises til flere evaluerings- og forskningsrapporter (Landheim og Odden 2020, Landheim mfl. 2014). Rapportene framhever at brukerne opplevde bedring på flere livsområder to år etter behandling og oppfølging fra teamene. Resultatene handlet særlig om bedre praktisk og sosial fungering, mindre symptombelastning og bedret livskvalitet. Antall oppholds-døgn på tvang var klart redusert to år etter inklusjon i teamene.

Målgruppen varierer, og det var en trend at teamene spesialiseres mer i de store byene. Der inkluderer FACT i hovedsak psykosepasienter, i mindre tett befolkede områder har teamene en mer utvidet målgruppe. Fra kommunalt ståsted framheves funksjonsnivå som sentralt i målgruppediskusjonen:

«I intervju med samarbeidspartnere fra kommunene sier mange at målgruppa for FACT-teamet bør være bredere, og også inkludere personer med mindre alvorlige psykiske lidelser (dvs. ikke nødvendigvis psykoselidelse), men som har store og sammensatte problemer og et lavt funksjonsnivå. Disse personene nås ofte ikke godt nok av de ordinære tjenestene, og de bør få tilbud om oppfølging og behandling fra et FACT-team»

(Landheim og Odden 2020).

I en fersk bok oppsummerer Landheim, Odden og Clausen forskningen slik: «ACT og FACT ser ut til å være de tjenestemodellene vi har i Norge i dag som i størst mulig grad kan gi integrert behandling og oppfølging til brukere med psykiske lidelser, rusproblemer og med store og sammensatte behov» (Lien og Lie (red.) 2022). Fra evalueringen av de første FACT-teamene oppsummeres følgende konklusjoner på neste side.

Konklusjoner

1. De norske FACT-teamene er ulikt organisert, men det ser ikke ut til at det har betydning for hvordan det går med brukerne eller modelltrofasthet.
2. FACT-modellen ble implementert med bra modelltrofasthet både i urbane og rurale områder og i team med ulik organisatorisk forankring.
3. Det er variasjon mellom FACT-teamene når det gjelder målgruppe. FACT-teamene i de store byene inkluderer i all hovedsak personer med psykoselidelse. FACT-teamene i rurale strøk har en mer variert målgruppe.
4. I team som i all hovedsak inkluderer personer med psykoselidelser, er det brukere i opptaksområdet som også kan ha behov for FACT, og som ikke får det.
5. FACT-teamene klarer å beholde kontakten med brukerne og sikrer kontinuitet i behandling og oppfølging.
6. Teamene jobber oppsøkende, og det er stor bredde i tjenestene som gis fra FACT-teamene (helse/sosial/praktisk hjelp). De har et forbedringspotensial i bruk av integrert behandling for psykiske lidelser og rusproblemer samt familie- og nettverksarbeid.
7. Behandlingsplanene er i liten grad i tråd med FACT-modellens krav. De inneholdt i liten grad brukernes egne mål, ressurser og styrker, og de beskriver ikke hvilke andre instanser som gir tjenester.
8. FACT-teamene har få brukere med kriseplaner som var tilgjengelig for akutt-tjenestene.
9. FACT-teamene følger i liten grad opp brukerne utover ordinær åpningstid. Utvidet åpningstid etterspørres av brukerne, de pårørende og samarbeidspartnerne.
10. FACT-teamene oppfyller bare delvis kravene om krisetjenester. De pårørende opplever at krisetjenestene er utilstrekkelige, og at de bør ivaretas på en bedre måte.
11. Det gis delvis parallelle tjenester fra FACT-teamet og kommunale instanser. Det er usikkert om en del av brukerne får helhetlige og integrerte tjenester.
12. Brukere som er fulgt i to år har oppnådd bedring på ulike områder i livet (bolig, meningsfylt aktivitet, funksjon, symptombelastning og livskvalitet).
13. Innleggelses- og oppholdsdøgn på tvang er nesten halvert etter inntak i FACT-teamene sammenlignet med to år før inntak.
14. Brukere, pårørende, teamansatte og samarbeidspartnere mente brukerne får bedre oppfølging og behandling gjennom FACT-teamene.
15. FACT-teamenes oppsøkende virksomhet, teamtilnærmingen, det brede spekteret av tjenester og kontinuitet i kontakten med brukerne framheves som viktig av brukerne, de pårørende, samarbeidspartnere og teamansatte.
16. Brukerne rapporterte om manglende informasjon og medvirkning når det gjelder medisinbruk.
17. Ulike lowerk, journalsystemer og kommunikasjonssystemer ble av ulike parter sett på som en barriere for samhandling.
18. Samlet sett viser evalueringen at FACT er en god tjenestemodell for målgruppa. Teamene ga et bedre tilbud enn brukerne hadde fått tidligere, og er et viktig skritt på veien for å gi helhetlige og integrerte tjenester.

I 2017 ble det utarbeidet en rapport til Helsedirektoratet angående potensialet for ACT og FACT i Norge (Landheim mfl. 2017). Rapporten tok utgangspunkt i tall fra BrukerPlan (Lie mfl. 2017). Disse er basert på data fra norske kommuner. Det er beregnet at 26 000 personer i Norge (0,64 prosent av den voksne befolkningen) kan ha behov for helhetlige og koordinerte tjenester fra kommunenes helse- og omsorgstjenester og fra spesialisthelsetjenestene innenfor psykisk helse og rus.

Rapporten anbefalte følgende:

- Etablering av ACT-team og/eller FACT-team i DPS-regioner med minst 40 000 innbyggere og maksimum én times reisevei fra DPS-et til regionens ytterkanter. ACT-team bør opprettes når det er befolkningsgrunnlag for det. Befolkningsgrunnlaget i slike regioner utgjør 67 prosent av befolkningen i Norge. Et FACT-team i et område med 40 000 innbyggere vil ha ca. 250 potensielle brukere.

- Etablering av FACT-team i DPS-regioner med minst 15 000 innbyggere og maksimum reisevei på én time fra DPS-et til regionens ytterkanter.
- Et FACT-team i et område med 15 000 innbyggere vil ha ca. 100 potensielle brukere.
- Etablering av modifiserte FACT-team i DPS-regioner med minst 15 000 innbyggere og reisevei på over én time fra DPS-et til regionens ytterkanter. Former for modifisering beskrives i rapporten. 94 prosent av Norges befolkning bor slik at de kan nås av et ACT og/eller FACT-team.

Det vesentlige i rapporten er at den knytter anbefalt tjenestetilbud til brukers funksjonsnivå og behov for helhetlige tjenester. Det vil si å etablere tjenester som ivaretar et helhetlig ansvar for dem som hjelpeapparatet ikke når.



3 Målgruppe for norske FACT-team

Mens ACT har beskrevet målgruppen i sin fidelityskala, har ikke FACT-fidelityskalaen det. I punkt 43 i *FACT-fidelityskala 2010* – norsk revisjon 2023 står det at teamet har veldefinerte inntakskriterier med hensyn til målgruppen.

De norske teamene har i hovedsak beholdt alvorlig psykisk lidelse som et viktig kriterium for inklusjon i FACT, men det har vært gjentatte diskusjoner om hvor snever eller vid denne definisjonen skal være. Enkelte kommuner har kritisert FACT for å være for snevre med hensyn til inntak. De har pekt på at det i en kommune kan være mange brukere med sammensatte problemer, som ikke får et tilbud om FACT fordi de ikke oppfyller diagnosekriteriene for psykose. Spesialisthelsetjenesten har pekt på de utfordringene det er å behandle personer med svært forskjellige diagnoser i ett og samme team. De nederlandske EPA-kriteriene omfatter mange tydelige diagnosegrupper og vil kreve relativt store team med omfattende kompetanse. Så ble også disse teamene tenkt å utgjøre primært tilbudet innen psykisk helse i Nederland. En ulempe med omfattende diagnosekriterier kan være at personer med uavklart diagnose ikke blir inkludert.

En annen utfordring med FACT sin brede målgruppe kan være at man lokalt ønsker å snevre inn målgruppen. En eventuell utvikling med stadig flere spesialiserte team med en avgrenset målgruppe kan fort gå utover brukere med omfattende, sammensatte og uavklarte problemer. Disse kan risikere å stå uten et tilbud i FACT siden de «ikke passer inn». Framfor å gjøre nåløyet inn i FACT trangere bør man heller jobbe for å sikre at teamet innehar den kompetansen som er nødvendig for å gi et godt tilbud til en bred målgruppe.

Å operere med svært avgrensede diagnostiske inklusjonskriterier kan derfor være lite tjenlig både for teamet og pasientene. Gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse (Sosial- og helsedeparte-

mentet 1997–98) og ulike tilskuddsordninger har helsemyndighetene i Norge hele tiden rettet blikket mot brukere som faller utenfor eksisterende helse- og sosialtjenester. Det vil si brukere som trenger helhetlige og sammenhengende tjenester, noe et fragmentert hjelpetilbud ikke kan tilby. Dette blir en annen beskrivelse av kjernemålgruppen for FACT enn å benytte spesifikke diagnosekriterier. I rapporten om potensialet i FACT beskrives de som faller utenfor, slik:

«Ved hjelp av tall fra BrukerPlan har vi identifisert en brukergruppe med omfattende helseproblemer, med hensyn til både psykisk lidelse og ruslidelse.»

Brukerne sliter på de fleste livsområder og har problemer knyttet til sosiale ferdigheter. Dette er gjennomgripende problemer som krever samordnet oppfølging over tid og innsatser fra både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.»

En viktig gruppe er såkalte ROP-brukere. Denne gruppen har svært omfattende problemer knyttet til ruslidelser og psykiske lidelser og også store problemer og utfordringer på de fleste områder i livet. Dette er personer som har omfattende helseproblemer og sosiale problemer, dårlige bo- og livsforhold og ofte negative erfaringer fra ordinært hjelpeapparat. Disse vil ofte være på tavla over lengre tid, og de krever et stort koordineringsarbeid og innsats fra flere i teamet. Vi kan derfor anta at team med mange ROP-brukere vil ha langt flere på tavla enn modellen i utgangspunktet legger opp til.

De fleste som henvises til FACT i Norge, har flere diagnoser, hvorav noen er tentative og andre uavklarte. Mange har også kombinasjoner av ulike psykiske lidelser og avhengighet av rusmidler. I inntaksvurderingen skal funksjonsnivå spille en mer avgjørende rolle enn aktuell diagnose. FACT må derfor ha tilstrekkelig kompetanse til å kunne behandle og følge opp ulike kombinasjoner av

alvorlig psykisk lidelse, ruslidelse og personlighetsforstyrrelse. Og videre: Teamet må kunne bidra til at personer med sammensatte lidelser kan gis mulighet til å lykkes der de selv ønsker å lykkes (se byggestein 1).

3.1 Målgruppe

Vi har i det følgende forsøkt å samle oss rundt noen viktige kriterier for inntak i FACT. I definisjonen under benytter vi begrepet alvorlig psykisk lidelse. Funksjonsnivå er helt sentralt for vurderingen av alvorlighet. Alvorlig psykisk lidelse kan for eksempel være: psykoselidelser, affektive lidelser (depresjon, bipolar lidelse), angstlidelser, personlighetsforstyrrelser eller ADHD, i kombinasjon med alvorlig funksjonssvikt.

Målgruppen for norske FACT-team er personer som

- har alvorlig og langvarig psykisk lidelse (eller mistanke om dette), enten alene eller i kombinasjon med skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler eller har langvarig skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler med mistanke om eller etablert psykisk lidelse

og

- har alvorlig og omfattende svikt i praktisk og sosial fungering
- har behov for koordinert og langvarig behandling og oppfølging fra store deler av hjelpeapparatet, dvs. både fra kommunen/bydelen og spesialisthelsetjenesten
- ikke nås av de ordinære tjenestene i kommunen/bydelen og spesialisthelsetjenesten

På mange måter kan man si at målgruppen for FACT tilsvarer den gruppen Helsedirektoratet beskriver under forløp 3 i «Sammen om mestring» (Helsedirektoratet 2014). Vi beskriver denne målgruppen mer inngående i neste kapittel.

3.2 Hvem er mindre aktuelle for FACT?

Personer med psykisk lidelse som beskrevet over, men som stort sett møter til oppsatte avtaler, og hvor både kommune/bydel og spesialisthelsetjenesten klarer å holde en kontinuitet i oppfølgingen, vil trolig ikke ha behov for oppfølging fra FACT. De kan ha behov for at oppfølgingen koordineres, men ikke nødvendigvis den vekslingen mellom intensiv og ikke-intensiv oppfølging som et FACT-team står for. Noen brukere synes det er greit med regelmessig kontakt med fastlegen og psykisk helse- og rustjenesten i kommunen/bydelen og at DPS stiller opp ved behov, eventuelt gjennom en brukerstyrt seng. Oppfølging fra FACT kan dermed oppleves for påtrengende og voldsomt.

Pasienter eller brukere som selv regulerer kontakten de har med hjelpeapparatet, som har et nettverk de opplever er ok, og som følger råd og selv tar kontakt ved kriser, vil trolig heller ikke være i målgruppen for FACT. Det kan være hjelpeapparatet tenker at vedkommende trenger mer intensiv behandling, men det er ikke sikkert brukeren selv tenker slik.

Så kan det være personer som har en sterk og langvarig relasjon til enkeltansatte i hjelpeapparatet (utenfor FACT-teamet), men som isolert sett er i målgruppen for FACT. Det kan være uheldig og uetisk å bryte den relasjonen disse har. Hvis personen likevel tas inn i FACT, må man vurdere hvordan den gode relasjonen kan tas vare på og eventuelt inkluderes i FACT-oppfølgingen.

Case

Chris er 36 år og har vært pasient i FACT de siste fem årene. Han ble tatt inn i teamet etter nok en akuttinnleggelse på sykehus. Chris har slitt med depresjon, angst og vanskelige tanker i mange år. Noen ganger tror han folk er etter ham. Chris har ikke tall på hvor mange ganger han har vært innlagt. Før han kom inn i FACT, følte han seg som en kasteball mellom rustiltak og psykiatri.

Problemene hans startet tidlig i tenårene. Moren hans sier at Chris trakk seg vekk fra venner og gikk mye for seg selv. Så kom han i kontakt med et miljø hvor bruk av mange rusmidler var vanlig. Kontakten med familien ble minimal og preget av konflikter. Det endte med konflikt med politiet og innleggelse på tvang. Mange behandlingstiltak og ulike intervensjoner ble forsøkt. Chris sier at han har hatt kontakt med mange, men fått lite behandling.

Chris ble henvist til FACT fordi en lege på akuttavdelingen, fastlegen og psykisk helse- og rus-tjenesten i kommunen alle var redde for en ny runddans med rask utskrivning og ny innleggelse raskt etterpå. Dessuten var politiet irritert på hjelpeapparatet fordi de ikke gjorde noe. Legen på sengeposten fikk overtalt Chris til å bli litt lenger enn avtalt slik at FACT kunne komme på besøk. Da han ble utskrevet, gikk Chris motvillig med på å ta imot besøk hjemme hver dag en tid framover. Sykehuset hadde foreslått TUD, men Chris var veldig imot. FACT-teamet sa at de kunne prøve uten i første omgang.

Gradvis ble det etablert god kontakt mellom case manageren og Chris. I de årene som er gått siden inntaket, har relasjonen mellom FACT og Chris tålt flere perioder med TUD og runder med påtvungen medisiner. Likevel har utviklingen beveget seg i retning av mer stabilitet hos Chris. Han har godtatt at han trenger medisiner, fått mer kontakt med moren og søsteren, og bodd stabilt i to år. Han har mindre kontakt med rusmiljøet nå, men bruker hasj i perioder. Da blir han ofte uttalt paranoid og vil slutte med medisiner.

Chris hadde ustabile boforhold de to første årene han hadde kontakt med FACT. Han fikk så kommunal bolig og godtok kommunens ønske om fast oppfølging i bolig. Etter en gjennomgang av Chris sitt behov for oppfølging og bistand ble oppfølging i bolig det første FACT tok tak i. Chris trener nå aktivt på å være ute blant folk, og FACT vil prioritere denne delen av oppfølgingen nå. Etter hvert har Chris greid å mestre det å bo.

Chris sier det er greit at noen kommer innom hver dag med medisiner og slår av en kort prat. Han føler det er trygt. For ham er rutiner viktig, det at noen kommer på faste tidspunkt. Når han vil ta opp vanskelige ting, setter case manageren hans av god tid ved neste besøk, av og til dagen etter. Noen ganger er andre fra teamet med. Psykologen i FACT har startet med noen samtaler, fast psykologkontakt skal vurderes. Chris sin mor har nylig flyttet inn i nærheten av ham, og en eldre søster bor også i området. Case manageren har snakket med moren alene og med henne og Chris sammen. Moren er viktig for Chris, men forholdet kan være anstrengt.

FACT tenker at moren vil kunne ha nytte av et psykoedukativt familietilbud, pårørendekurs eller i det minste pårørendesamtaler.

Utdeling av medisiner deles mellom case manageren og kommunens hjemmetjeneste. Sistnevnte følger opp i helgene. Case manageren kommer innom fast på mandager. Da oppsummerer de helga sammen. Andre dager i uka kan andre fra teamet, for eksempel brukerspesialist, komme. Chris er på tavla fordi han er sårbar og trenger langvarig oppfølging. Han har ikke vært akuttinnlagt de siste åtte månedene.

4 Hva slags behandling og oppfølging trenger pasientene i FACT?

4.1 Beskrivelse av pasientene

Personer med alvorlig psykisk lidelse er like forskjellige som alle andre. Symptombildet kan være preget av angst, depresjon og psykose. Det kan være vanskelig å organisere hverdagen og komme i gang med ting. En utfordring kan være å holde orden hjemme og å ivareta egenomsorg. Noen kan slite med å forstå sammenhenger. Noen har få personer rundt seg og lite erfaring med sosiale nettverk og er derfor sårbare for å bli utnyttet av andre.

Det å etablere nære kontakter og å opprettholde intime relasjoner kan være utfordrende for mange. Familie og venner kan være den viktigste kontakten personen har, og relasjonen til hjelpeapparatet kan være preget av ustabilitet og manglende tillit. Det siste kan vel så gjerne skyldes tjenestetilbudet som det den enkelte sliter med. Av og til kan kontakten med familie eller venner bli preget av konflikter, ustabilitet og brudd. I tillegg vil flere ha utfordringer knyttet til bruk av rusmidler, bolig, arbeid og økonomi. I det hele kan vi si at de har utfordringer med å bli inkludert i samfunnet.

4.2 Innholdet i behandlingen og oppfølgingen samt de syv C-ene

Det å møte og ivareta behovene til personer med alvorlig psykisk lidelse utenfor institusjon, krever mye av tjenestene. Vi har beskrevet en brukergruppe som har problemer og utfordringer innenfor mange livsområder. Innholdet i tjenestene fra FACT må derfor omfatte mange tjenestoområder og forhold.

I arbeidet med å utvikle FACT-modellen i Nederland ble det satt opp en rekke forhold som ble vurdert som essensielle for å hjelpe personer med alvorlig psykisk lidelse.

Oversikten på neste side er basert på erfaringer med å implementere de første FACT-teamene. Den er inspirert av recovery-tenkningen og nederlandske retningslinjer for behandling av schizofreni. Vi har valgt å bruke punktene fra Nederland slik de står. Noen vil mene at de er for mye preget av medisinsk/psykiatrisk tenkning, men vi tenker de gjenspeiler innholdet og mangfoldet i det som bør være et godt behandlings- og oppfølgingstilbud til den målgruppen vi omtalte i forrige kapittel.

Punktene er oppsummert på engelsk under tittelen *The seven Cs* (de syv C-ene), og punktene er *cure, care, crisis-intervention, client know-how, community support, control of risk* og *check*.

Tallene i parentes henviser til det aktuelle punktet i *FACT-fidelityskala 2010 – norsk revisjon 2023* og til aktuelle kapitler i modellbeskrivelsen.

	De syv C-ene	Krav til oppfølging og behandling for personer med EPA utenfor psykiatriske sykehus (<i>community care</i>)
1.	cure	kunnskapsbasert behandling eller hjelp til å mestre lidelsen i tråd med de retningslinjene som er utgitt i ulike land (34, 35) medisinsk og sykepleiefaglig behandling (31) psykologisk behandling (kognitiv atferdsterapi, metakognitiv terapi, EMDR m.m.) (34) behandling av ruslidelse, IDDT (38) somatisk undersøkelse og behandling (39, 11) (kap. 10)
2.	care	daglig støtte og veiledning (26, 27, 32, 33) sykepleie-/vernepleieveiledning, hjelp til dagliglivets gjøremål, forebygging av forkommenhet, oppmerksomhet på hygiene rehabilitering støtte opp under bedringsprosesser (recovery) kontinuitet i hjelpen, forebygge drop-out (kap. 8 og 10)
3.	crisis-intervention	intensiv hjelp og støtte hjemme ved hjelp av delt caseload (17, 20) tilgjengelighet 24/7 (44) kriseintervensjon, risikovurdering akuttinnleggelse, brukerstyrte senger, mulighet for direkte innleggelse fra teamet (45) inkludere familien/nettverket (52, 53) (kap. 5 og 6)
4.	client know-how	bruke pasientens erfaringskompetanse sikre at beslutninger tas i samråd med bruker (<i>shared decision making / samvalg</i>) (29, 30) recovery-orientering, IMR (59, 60) <i>empowerment</i> gjøre nytte av brukerspesialisten (kap. 8, 10, 12)
5.	community support	familekontakt (52, 53) oppfølging fra kommunale tjenester støtte til bolig, arbeid, velferd og aktiviteter IPS: individuell støtte og veiledning i å finne og beholde en jobb (<i>individual placement and support</i>) (36, 37) inkludering forebygge ordensforstyrrelser (kap. 10)
6.	control of risk	risikovurdering og sikkerhetsrutiner for pasient og miljø igangsette og gjennomføre tvang uten døgnopphold når det er indisert (TUD)
7.	check	evaluere effekten av behandlinger (54, 55) rutinemessig monitorering/evaluering av behandlingen som gis (56) evaluering av valgt behandlingsstrategi (kap. 9)

4.2 Hva fordrer de syv C-ene av teamet?

De syv C-ene er en konkret utdyping av de byggesteinene (kap. 1) som beskriver hva FACT skal gjøre. Dette er ambisiøse krav. Utenfor institusjon er oppgavene over delt mellom flere instanser på både kommune- og spesialistnivå i Norge. Når man i modellen likevel har valgt å knytte oppgavene til et team, handler det om at målgruppen for FACT sliter med å forholde seg til mange tjenesteytere, har lett for å «falle mellom mange stoler» og har store utfordringer med å forholde seg til tjenester som ikke alltid er lett tilgjengelige. I FACT har det tverrfaglige og oppsøkende teamet derfor et helhetlig ansvar for å gi tjenester og koordinere øvrige tjenester. Dette krever et team som har relevant kompetanse, arbeider som et integrert team (jf. kap. 6) og har god evne til å koordinere ulike aktiviteter. Dersom pasientene i FACT får tjenester fra andre instanser, må dette tydeliggjøres i behandlingsplanen (se kap. 9). Ansvaret for det helhetlige tilbudet ligger uansett hos FACT.

Det er meningsløst å gi pasientene i FACT tilbud om samtlige komponenter i de syv C-ene med én gang. Noen tiltak kommer kanskje etter en lengre stabiliseringsperiode, og noen er mål eller visjoner på lengre sikt. Andre er helt nødvendige nokså umiddelbart. Imidlertid bør punkt fire gjennomsyre hele behandlingsperioden. Gjennom behandlingsplanen og langsiktig tenkning kan teamet sikre hvordan de ulike punktene prioriteres og ivaretas. Det er et mål for behandlingen i FACT at alle punktene er berørt. Fordi brukernes behov er mange og varierte, må teamet nesten hver dag ta stilling til hvem som gjør hva, hvordan det gjøres, og når det skal skje. For å ivareta de syv C-ene kreves derfor helhetlig teamtilnærming, fleksibilitet i teamet, god

koordinering og ikke minst dedikerte teammedlemmer.

Noen av kravene i de syv C-ene kan nesten virke uforenlige. Støtte til egen bedring kan tilsynelatende stå i strid med behandling under tvang. Dette er vanskelige avveininger. Noen ganger ser vi også at det pasienten ønsker, kan være i strid med ønskene pasientens miljø eller familie har. Disse uoverensstemmelsene bør diskuteres med pasienten og familien og innad i teamet. Det er verdifullt at de ulike faggruppene som er representert i teamet, kan se på disse problemene fra ulike perspektiver og faglige ståsted. Brukerspesialistens, arbeids- og utdanningsspesialistens og psykologens ulike forståelser kan for eksempel ses som en dynamisk kraft og ikke motstridende, fastlåste dilemmaer.

Å se på utfordringene fra ulike vinkler og perspektiver kan bidra til nytenkning, nye holdninger og nye løsninger i arbeidet. Av og til vil teamet likevel måtte ta beslutninger som pasienten vil være uenig i.

Som nevnt krever de syv C-ene og byggesteinene i FACT omfattende og systematisk innsats fra teamet. Behandlingsmetodene og innholdet i behandlingen forutsetter at man har en tydelig modell å forholde seg til. Det er derfor utarbeidet en fidelitetskala (se vedlegg) som gir tydelige retningslinjer for oppbyggingen og organiseringen av teamet, profesjonssammensetningen og teamets arbeidsmetoder. En fidelitetskala dekker de fleste sidene ved teamets aktivitet og måler hvorvidt det aktuelle teamet har implementert modellen og arbeider i tråd med den. Fidelitetskalaene er utarbeidet med bakgrunn i forskning og oppsummert praksis. Skalaen skal bidra til at FACT-modellen følges, og til kontinuerlig forbedringsarbeid i teamet.

5 Aktivt oppsøkende virksomhet

(fidelityskalaen punkt 50, 51, 52 og 53)

FACT skal være der brukeren ønsker å lykkes og har sine daglige aktiviteter, som vi nevnte under byggeklossene i kapittel 1. Det kan være hjemme hos pasienten, i nærmiljøet eller hos familie og venner. Noen brukere mangler egen bolig, og kontakten må derfor foregå på en kafe, et værested eller liknende.

Målet med det oppsøkende arbeidet er å etablere kontakt, motivere for videre kontakt og etablere en god relasjon, for på den måten å komme i posisjon for videre endringsarbeid.

Oppsøkende arbeid har alltid vært en vanlig prosedyre i kommunalt helse- og omsorgsarbeid. I spesialisthelsetjenesten har metoden blitt mer utbredt etter at man begynte å etablere ambulante behandlingsteam. I FACT-modellen er oppsøkende arbeid (hjemmebesøk) standard prosedyre og videreført fra ACT-modellen. Dette gjelder ikke bare i krisetilfeller, men i all individuell oppfølging. Case manager og brukerspesialist har mer enn 80 prosent av sine møter utenfor teamlokalene.

For psykiater og psykolog gjelder det at de i hvert fall kjenner til hjemmesituasjonen via FACT-tavla, og at de foretar regelmessige hjemmebesøk, ofte sammen med pasientens case manager. Arbeids- og utdanningsspesialist vil vanligvis oppsøke pasienten både hjemme og, hvis det er aktuelt, på arbeidsplassen. Det siste skjer da i samarbeid med arbeidsgiveren. Andre spesialister i teamet vil også være med på hjemmebesøk, basert på oppdragets art og pasientens behov.

Dette gjelder både i kriser så vel som i individuell og langvarig oppfølging. Oppsøkende arbeid gir teamet informasjon om mange sider ved pasientens situasjon, mer enn man ville ha sett hvis man kun hadde møter på kontoret. Hvordan er bosituasjonen, har vedkommende kontakt med naboen, hva er det hen liker eller interesserer seg for? Har hen ressurser eller talenter som er oversett? Videre: Har pasienten nær familie eller pårørende som det er viktig at teamet tar kontakt med? Er det

ting pårørende er bekymret for, og er det ting pasienten ikke vil at man skal snakke om?

Kan teamet ta kontakt med pårørende, naboer eller venner dersom pasienten ikke åpner døra eller svarer på telefonen? Dette bør avklares tidlig i kontakten. Å ta tak i og få respons på alle spørsmålene blir en viktig del av tilnærmingen til pasienten. De som oppsøker pasienten hjemme, informerer teamet om pasientens helhetssituasjon og særlig sterke sider. Dette kan bidra til å fremme selvhjelpenhet, hvor pasienten – sammen med teamet – formulerer og jobber mot egne mål i tilknytning til enten arbeid, fritid eller omgivelsene.

Å møte pasienten hjemme ser ut til å påvirke hvordan kontakten mellom fagfolk og pasienter utvikler seg: Diagnostisk arbeid og utredningsarbeid blir annerledes når det gjennomføres i en oppsøkende setting. For eksempel kan man komme tidlig i kontakt med familie, venner og eventuelt naboer dersom pasienten ønsker det. Da kan man også inkludere deres perspektiver og vurderinger i oppfølgingen, også med henblikk på hvordan de eventuelt kan bidra med støtte.

I sitt eget miljø kan pasienten vise tydeligere hva som fungerer bra, og hva hen trenger hjelp til. Sammen med pasienten kan teamet identifisere den støtten som er tilgjengelig i nærmiljøet, og så tilpasse hjelpen til den enkeltes kontekst. Flere undersøkelser viser at trening i hjemmesituasjonen kan være mer effektiv enn trening på for eksempel et dagsenter. For noen kan det være vanskelig å overføre det som læres på et rehabiliterings- eller dagsenter, til situasjonen hjemme.

FACT ser på oppsøkende arbeid som en god mulighet til å både skape en relasjon og å virkelig utnytte de ressursene pasienten har rundt seg i form av familie, venner og uformelt støtteapparat. I evalueringen av FACT har pårørende framhevet nytten av at teamet har hjemmebesøk som sin viktigste arbeidsform.

5.1 Utdyping av oppsøkende arbeid som metode

Metoden beskrives i fidelityskalaen under lokal-baserte tjenester, men er som nevnt en kjerneaktivitet i FACT og en forutsetning for å gi hjelp der brukeren vil lykkes.

Metoden har to elementer: Det ene er å nærme seg og å holde kontakt med brukeren der vedkommende bor eller oppholder seg, det andre er å samarbeide med aktuelle sosiale nettverk og familie. Metoden innebærer en viss pågåenhet i arbeidet.

Når ingen åpner, sier man ikke bare at man får vente til neste gang, men diskuterer i teamet hvordan det er mulig å vekke brukerens interesse og nysgjerrighet. Ut fra dette kan vi si at aktivt oppsøkende arbeid rommer mange ulike virkemidler og strategier. Teamet må fortløpende evaluere egen praksis og raskt endre innfallsvinkel hvis de ikke greier å engasjere brukeren.

Tom Burns (2005) beskriver tre typer engasjement etter hvilket formål det kan ha: konstruktivt, informativt og restriktivt formål.

1. Et konstruktivt engasjement handler om å yte praktisk hjelp og bistå i brukerstyrte initiativer, det handler om motiverende og attraktive tiltak. Brukeren må oppleve at den som kommer, er interessert i brukerens daglige ve og vel, og er opptatt av hva brukeren opplever som vanskelig. Dette er teamets og case managerens viktigste og primære tilnærming.
2. En informativ tilnærming kan bety å møte opp flere ganger i uka selv om brukeren vegrer seg for å ha kontakt. Man oppsøker da kun for å sjekke hvordan det står til, eller for å legge igjen et telefonnummer. Alternativt kan man innhente informasjon fra brukerens omgivelser.
3. Engasjement med restriktivt formål kan være å benytte posisjonen som hjemles gjennom tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold. Det kan også være kontrollbesøk i forbindelse med behandling etter dom.

I fidelityskalaen beskrives den første tilnærmingen som motiverende og attraktive tiltak. Målet er å bygge en allianse. Teamet er på tilbudssiden, tilnærmingen er ikke-konfronterende, og tålmodighet er en dyd.

Den informative tilnærmingen er noe annet enn spontane møter ute, som er måten det beskrives på i fidelityskalen. Denne beskrivelsen er noe problematisk i norsk kontekst. Å legge igjen en beskjed er noe annet enn å ta kontakt via andre. Dersom teamet tar kontakt på fellesarenaer og liknende, må brukeren med en gang få vite hvorfor dette skjer (jf. 5.2). Kontrollbesøk er også en informativ tilnærming. Her er det også viktig at pasienten vet hvorfor teamet kommer, og når.

Engasjement med restriktivt formål beskrives i fidelityskalaen som juridiske virkemidler. Teamet må kunne ha så god oversikt over pasientens situasjon at de kan ta direkte grep for å sikre at brukerens situasjon ikke drastisk forverres. Noen ganger er det nødvendig å foreslå eller initiere tvangstiltak for å hindre at pasienten skader seg selv eller andre. Direkte inngripen kan også handle om tiltak for å hindre utkastelse eller tiltak preget av kontroll fordi pasienten skaper uro og engstelse i nabolaget. Inngripende tiltak er tidsbegrensede og må diskuteres fortløpende i teamet.

Aktivt oppsøkende virksomhet er en krevende arbeidsmetode. Teamet arbeider på den andres arena, er gjest hos pasienten og må oppføre seg slik gjester gjør. Det vil si: De må være tydelige på hvorfor de kommer, og så avslutte besøket når oppgaven er utført, eller når pasienten ber om det.

Teamet vil møte noen pasienter som ofte isolerer seg og er veldig usikre i møte med andre. Andre vil kanskje heller trenge hjelp til å sette grenser for egen atferd. De som arbeider ute, vil erfare at det er omfattende variasjon i reaksjonsmønstre og måter å forholde seg til andre på blant brukerne de møter. Det er derfor viktig at teamet hele tiden diskuterer metodene de benytter i oppsøkende arbeid, og erfaringer de ansatte gjør seg. De vil trenge gjensidig veiledning og et trygt team hvor særlig de utfordrende og vanskelige hjemmebesøkene kan diskuteres.

På tavlemøtene i FACT diskuteres sikkerhetsaspektet ved hjemmebesøk fortløpende. Det kan handle om hvorvidt pasienten oppbevarer våpen, eller om hvorvidt noen har erfart voldelige eller ubehagelige situasjoner eller blitt truet. Teamet bestemmer om det skal være to til stede, eller om kontakten skal foregå utenfor boligen eller via telefon. Noen team har etablert en rutine der teammedlemmene kontakter merkantilt ansatt når arbeidsdagen deres er slutt, for å bekrefte at alle er ok.

5.2 Personer som er vanskelige å nå

En av byggesteinene i FACT er det å oppsøke pasientene og forankre dem i tjenesteapparatet. Det betyr å arbeide for å etablere kontakt med personer som mulig faller inn under målgruppen, men som ikke ønsker å bli henvist. Målgruppen beskrives som de som er vanskelige å nå gjennom det ordinære hjelpe- og tjenesteapparatet.

Dette handler ikke om vrangvilje hos brukerne, men ofte om dårlig erfaring med tidligere behandling. Noen ganger kan det handle om liten innsikt i egen helsesituasjon, livssituasjon eller sykdom.

Teamet kan bruke en informativ måte å ta kontakt på. De kan eventuelt samarbeide tett med andre i hjelpeapparatet som kjenner pasienten, og diskutere ulike tilnærminger for å etablere kontakt, for eksempel ha et møte hos fastlegen. Fidelityskalaen nevner spontane møter i mer uformelle miljøer som væresteder og liknende. Slike tilnærminger må diskuteres grundig i teamet, det samme gjelder kontakt med pårørende uten at pasienten er informert. Likevel kan teamet ha kontakt over lengre tid med bekymrede pårørende og familie og gjennom dem være på tilbudssiden. Her er det flere forhold som må veies mot opp hverandre.

Modellen skiller mellom personer som står i fare for å forkomme, og personer som ser ut til å klare seg. Grad av mulig skade vil avgjøre hvor intenst teamet må engasjere seg. Hvis pasienten er til fare for seg selv eller andre, må teamet initiere bruk av tvang. Brukere som isolerer seg, neglisjerer egen helse, har problemer med å ivareta god egenomsorg og avviser kontakt med hjelpere (dvs. at de kan lide overlast eller forkomme), kan være vanskelige å knytte til hjelpeapparatet. Dersom FACT er koplet på, direkte eller indirekte (f.eks. via pårørende), bør teamet drøfte mulige intervensjoner med fastlege, kommuneoverlege eller andre som kan gripe inn formelt. Tvangsbruk i tilfellene nevnt over forutsetter at brukeren er vurdert som ikke samtykkekompetent.

Oppsummert:

Aktivt oppsøkende behandling handler om å arbeide på pasientens arena. Hovedmålet er å oppsøke og knytte pasienten (byggestein 2) til tjenesteapparatet og å skape en trygg relasjon til FACT-teamet.

Det er viktig at teamet fortløpende diskuterer metoder for oppsøkende behandling og hvilke erfaringer de gjør seg.

6 De to behandlingsnivåene

Oppfølging fra FACT består av to hovedkomponenter:

1. Individuell oppfølging ved en fast case manager eller primærkontakt. Denne involverer andre fagpersoner i teamet ved behov. Behandlingsplanen er utgangspunktet for oppfølgingen, og hele teamet har ansvar for behandlingen som gis.
2. Intensiv oppfølging (tavleperioden) hvor all informasjon deles med hele teamet i daglige tavlemøter. Oppfølgingen følger prinsippene fra ACT om felles caseload. Pasienten kan bli fulgt opp daglig av flere fra teamet.

Det daglige tavlemøtet avklarer hvorvidt det aktuelle tilbudet pasienten får, er tilstrekkelig, eller om teamet skal forandre tilnærming.

6.1 Utdyping av de to hovedkomponentene

Fleksibiliteten i FACT handler, som beskrevet tidligere, om å veksle mellom tett oppfølging og mer tradisjonell case management-oppfølging. Pasienter i FACT har både alvorlig psykisk lidelse og vedvarende problemer knyttet til sosial fungering, se beskrivelsen i kapittel 4. Det tilsier oppfølging der de bor, fra et team som kan integrere og samle nødvendige tjenester, ikke bare formidle dem. Videre trengs tett oppfølging i perioder med kriser. Imidlertid vil ikke alle pasientene trenge intensiv oppfølging hele tiden, noe ACT-modellen la opp til.

FACT har som utgangspunkt at de fleste brukere ikke har behov for konstant intensiv oppfølging. I stabile perioder vil det være tilstrekkelig med én fast kontakt, det vil si case manager eller primærkontakt. Om kontakten er ukentlig eller sjeldnere, avhenger av den enkeltes behov. Behandlingsplanen vil definere hva slags oppfølging som trengs, og hvordan og av hvem den skal utføres.

Det kan være behandling knyttet til spesifikke symptomer, for eksempel håndtering av angst, arbeid med brukers forhold til egen familie eller nærmiljø, oppfølging av medisiner eller oppfølging når det gjelder arbeid. Case manageren kan etter behov trekke inn psykiater, psykolog, russspesialist, brukerspesialist eller arbeids- og utdanningsspesialist. Den individuelle oppfølgingen rommer hele spekteret av psykososial behandling og oppfølging og foregår i hovedsak der pasienten bor og lever. Recoveryspesialisten kan komme med mange innspill og nye vinklinger på oppfølgingen i den ikke-intensive perioden. Case manageren har hovedansvaret for oppfølgingen, men trekker inn hele eller deler av teamet ved behov og drøfter pasienten regelmessig på teammøter.

Selv om en case manager står for hoveddelen av oppfølgingen, tar hen utgangspunkt i en behandlingsplan og kriseplan som pasienten sammen med hele teamet har vært med på å utforme. Det kan også være aktuelt at ulike samarbeidspartnere (f.eks. pårørende, hjemmesykepleie eller ansatte i bemannede boliger) tar del i utarbeidelsen av slike planer. Hele teamet kjenner pasienten og ressursene vedkommende har. Case manageren arbeider tett med ulike faggrupper og spesialistfunksjoner i teamet. De og teamet vet også hvilke overveielser som ligger til grunn for at behandlingsplanen er utformet som den er. Dette sikrer en enhetlig implementering av planen. Når alle oppgavene diskuteres og formidles i et samlet team, sparer man mye tid som ellers ville blitt brukt til koordinering og til å lage avtaler. Selv om de daglige tavlemøtene i det vesentlige brukes til å diskutere den intensive oppfølgingen, bør teamet ha rutiner for jevnlig å diskutere pasienter som ikke står på tavla.

FACT-modellen har forkastet den siden ved case management som i hovedsak handler om å formidle tjenester (meglermodellen). Ved kun å satse på case management erfarte man at case managerne ble overbelastet og ikke hadde tid til særlig annet enn å administrere ulike tiltak fra

forskjellige tjenesteytere. I stedet fikk man i Nederland en modell hvor case manageren følger opp behandlingen og rehabiliteringen til et begrenset antall pasienter, har teamet i ryggen og kan bruke ressurser fra teamet ved behov. Dette er komponent én i to-nivåmodellen.

Ved krise går hele teamet inn i oppfølgingen, det vil si at de tar i bruk komponent to. Da vil det være behov for mer omfattende behandling enn det case manageren, med bidrag fra andre, har stått for. Case manageren foreslår da at pasienten føres opp på FACT-tavla, og intensiv behandling iverksettes. Grunnen til at en person ønskes satt på tavla, kan være en akutt krise, bruk av tvang eller behov for å styrke oppfølgingen og involvere flere fra teamet. Nye pasienter havner automatisk på tavla. Tavlemetoden blir utdypet i neste kapittel.

Komponent to i to-nivåmodellen betyr at pasientens situasjon vurderes daglig, og at flere fra teamet går inn i aktuell behandling og oppfølging. Teamet må være fleksibelt nok til at de kan gå raskt inn med flere ansatte i akutsituasjoner. Remmers van Veldhuizen skriver om perioder med «alle mann på dekk». Ved intensiv oppfølging praktiserer man delt caseload. I stedet for individuell oppfølging kan teamet dele på å besøke pasienter eller støtte dem på andre måter. Dette gjør at pasienter får tettere oppfølging fra flere ansatte i teamet, men uten at kontinuiteten blir brutt. Delt ansvar gjør at pasientene får den oppfølgingen som til enhver tid er nødvendig. Dette krever god koordinering og tydelig ledelse. Ofte må man prioritere mellom ulike tiltak: Hva skal gjøres nå, hva må skje senere? Hvordan skal vi følge opp ved innleggelse slik at kontinuiteten i kontakten opprettholdes?

Samtidig vil ansatte gå ut og inn av ulike roller både overfor pasient og innad i teamet når de praktiserer delt caseload. Noen må koordinere eksterne kontakter, både formelle og uformelle, andre må sørge for tvangsmedisinerings (ved TUD) og kontrollbesøk, mens andre igjen prøver å få til en ikke-styrende relasjon. FACT-tavla blir det viktigste redskapet for å få til den nødvendige fleksibiliteten og samordningen som to-nivåmodellen krever.

Når situasjonen har stabilisert seg, blir oppfølgingen som før krisen og tavleperioden, og individuell oppfølging fortsetter. Imidlertid bør behandlings- og kriseplanene eventuelt justeres ut fra erfarin-

gene pasienten, teamet og ofte de pårørende har gjort seg under tavleperioden.

De to behandlingsnivåene beskriver ikke to pasientgrupper, men den enkeltes aktuelle situasjon: perioder med intensiv oppfølging som avløses av perioder med stabilitet og oppfølging rettet mot de langsiktige behandlingsmålene. Noen kan være stabile lenge for så å få et tilbakefall. Ustabilitet preger ofte målgruppen, og kriser vil komme. Med en veksling i intensiteten på oppfølgingen kan teamet møte ulike kriser på en konstruktiv måte.

To-nivåmodellen krever at teamet har den nødvendige kompetansen for å kunne møte de ulike behovene som er beskrevet under de syv C-ene, se kapittel 4. Det vil si et samstemt tverrfaglig integrert team der psykiater, sykepleier, sosionom, psykolog, arbeids- og utdanningsspesialist, russpesialist, recoveryspesialist og brukerspesialist har hver sin kompetanse, hver sine erfaringer og hver sine perspektiver. Fordi de jobber sammen daglig og har faglige diskusjoner, kan de utvikle og arbeide mot felles forståelse, holdning og stil. De ulike disiplinene kan ha ulike løsninger på daglige utfordringer, men teamet holder de ulike løsningsene opp mot hverandre i tavlemøtet og bestemmer i hvilken rekkefølge de skal realiseres.

6.2 Delingen 20/80

I Nederland har de, ut fra målgruppen der, antatt og erfart at rundt 20 prosent av pasientene til enhver tid vil trenge intensiv oppfølging, det vil si ACT-delen av FACT. Det var en viktig grunn til at de forlot ACT-modellen og satset på en modell som veksler mellom intensiv oppfølging og case management-oppfølging. I byer med mange pasienter med stort og kontinuerlig hjelpebehov har man imidlertid beholdt noen ACT-team. Dette er også vurdert i den norske rapporten om potensialet for ACT og FACT.

Norske team har andre erfaringer når det gjelder 20/80-delingen. Nyetablerte team vil ofte ha mange pasienter på tavla til de har fått grep om metoden og arbeidsmåten i FACT. I evalueringen av FACT hadde fem team registrert tavlefrekvens. Gjennomsnittet var 20 prosent på tavla, men variasjonen strakk seg fra 14 til 45 prosent. To tredeler av pasientene hadde vært på tavla minst én gang.

Når team i Norge har erfart at relativt mange pasienter må være på tavla ofte og over lengre tid, kan det handle om flere forhold:

I Norge ble FACT/ACT lansert som et eget tilbud i det eksisterende tjenesteapparatet. I Nederland var FACT ment å være hovedtilbudet innen psykisk helsevern. I Norge deles oppfølgingen mellom DPS og psykisk helse- og rustjenesten i kommune/bydel. Et nytt tilbud som skal fange opp personer som de ordinære tilbudene ikke greier å møte, vil nødvendigvis få pasienter med omfattende og vedvarende belastning. Flere av disse vil være underlagt tvang uten døgnopphold (TUD). Det i seg selv vil kreve lengre perioder på tavla.

Mange pasienter i norske FACT-team sliter med omfattende problemer knyttet til et rusdominert liv. Konsekvensen er mange kriser, ustabilitet og lengre tid på tavla. Både i Nederland og i Norge synes integrert behandling av rus og psykisk lidelse å være en utfordring.

Myndighetene i Norge har vært tydelige på at FACT og ACT skal fange opp brukere som det ordinære tjenestetilbudet ikke greier å nå. Dette kan bety at 20/80-inndelingen vil variere mer i

Norge enn i Nederland. Dersom et team hele tiden har svært mange av pasientene på tavla, vil teamets arbeid bli mye preget av kriseintervensjoner og vanskelige koordineringsoppgaver. Det kan gå ut over langsiktig case management-jobbing og behandling. I slike tilfeller bør man vurdere om det er behov for flere FACT-team og kanskje et ACT-team. Det kan være at en del norske FACT-team har fått brukere som ville vært tjent med ren «ACT-oppfølging». Det er uansett viktig å tydeliggjøre at FACT-modellen beskriver et helhetlig behandlingstilbud selv om mange team i praksis bruker mye tid på intern og ekstern koordinering for å oppnå dette.

Oppsummert:

To-nivåmodellen forutsetter at teamet kan veksle mellom intensiv og langsiktig case management-oppfølging. Den langsiktige oppfølgingen har behandlingsplanen som utgangspunkt og rettesnor. Tiltakene i den intensive perioden tar utgangspunkt i kriseplanen og vedvarende vurdering av akutte behov.

7 Tavlemetoden

Bruk av tavle og korte daglige morgenmøter er en helt sentral arbeidsmetode i FACT. Tavlemetoden er videreført fra ACT. I ACT står alle pasientene oppført på tavla hele tiden, men på FACT-tavla står bare de som krever intensiv oppfølging og særskilt oppmerksomhet. Tavla blir et vesentlig arbeidsredskap når hele teamet skal gi intensiv behandling (jf. forrige kapittel og byggestein 4). Hensikten er å få fram at man kan koordinere de samlede ressursene i teamet, at intensiv behandling er en felles innsats, og at man kan forskyve enkelte langsiktige oppgaver.

På det daglige tavlemøtet deltar alle som er på jobb den dagen, se fidelitetskalaen punkt 18 og 19. Møtene skal være korte og med stram struktur. Det kreves god regi av den som leder møtet, og

disiplin fra deltakernes side. Tavlemøtet er en arena hvor også innspill og spørsmål fra brukere og pårørende kommer opp (jf. pasient B nedenfor). Det kan handle om både positive tilbakemeldinger og bekymringer.

For en pasient som ikke står på tavla, kan likevel case manageren tidvis trenge kortvarig bistand fra en av teamets spesialister. En pasient kan også bli diskutert flere ganger i løpet av noen uker, for eksempel i forbindelse med uklarheter, en begynnende krise eller en vanskelig livshendelse. Om dette skjer gjentatte ganger, eller ved langvarig bekymring, kan teamet raskt beslutte at pasienten skal føres opp på FACT-tavla slik at hele teamet umiddelbart blir involvert og tar felles ansvar.

Tavlemøte i et FACT-team

Møtet starter presis kl. 08.30. Teamlederen ønsker velkommen og informerer om eventuelt fravær. En av tavlelederne, det er tre i dette teamet, har gjort klar tavla på forhånd. Ansvarlig for journalføring er pålogget teamets journalsystem.

Tavleleder går så gjennom pasientene som står på tavla. I dette teamet er veldig mange av pasientene på tavla, det vil si langt over 20 prosent.

Når navnet kommer opp, informerer case manageren om aktuell situasjon. Noen pasienter blir kommentert eller kort diskutert. Oppgaver blir fordelt, og avtaler settes på eget ark for kontaktoversikt og behandlingsavtaler. Denne oversikten kommer opp som underskjema på tavla. Kriterier for å være på tavla, intervensjoner, diagnoser, tiltak og mål oppdateres fortløpende. Tavleleder spør om noen skal føres opp på tavla eller tas av.

Noen av dagens oppgaver og problemstillinger kan være slik:

Pasient A ble innlagt dagen før. Teamet hadde varslet botiltaket hvor A bodde, og meldt sin bekymring. A hadde virket oppløst, ikke tatt siste depotmedikasjon og sendt mange meldinger til case manageren. På morgenmøtet diskuterte de kort teamets handlemåte og hvordan krisen hadde endt. A sin faste kontakt følger opp på sengepost.

Pasient B får daglig oppfølging, dette for å unngå innleggelse i forbindelse med krise. Det er også hennes ønske. Teamet prøver å motivere B for økt sosial aktivitet for å unngå isolasjon. B ønsker ikke at teamet tar med student på besøkene. Teamet diskuterer om dette egentlig handler om at B vegrer seg for alt som er nytt og ukjent. De avventer det med student.

Pasient C sin mor har meldt sin bekymring for sønnen. I perioder svarer han sjelden når hun ringer. Teamet har god oversikt her, og det blir avtalt hvem som skal kontakte mor for å snakke med og berolige henne. C er på tavla på grunn av behov for langvarig oppfølging og sårbarhet. Case manageren skal vurdere fellessamtaler med pasient og mor. Teamet diskuterer hvilke rettigheter pårørende har til informasjon når en pasient er under tvang. Leder avklarer rettighetene.

Pasient D har fått dato for utkastelse. En i teamet avtaler møte med kommunens botjeneste og avklarer midlertidig bolig, en annen bistår praktisk med flyttingen. Dette for å unngå økt misbruk av rusmidler i en ustabil periode for pasienten.

Pasient E kom på tavla denne uka som mulig ny pasient. Vedkommende har omfattende somatiske helseproblemer, er akuttinnlagt med rusutløst psykose og avviser hjelpetilbud. FACT har vært på pasientens sengepost og presentert seg. Kontaktpersonen vil forsøke å komme i posisjon og starte kartlegging med tanke på inntak. Fordi pasienten tilsynelatende har greid seg uten mye kontakt med hjelpeapparatet, blir teamet enige om at brukerspesialist og rus-spesialist trekkes inn i kartleggingen så snart det er mulig.

Pasient F er på tvang uten døgnopphold. FACT har tett samarbeid med botiltak og et kommunalt innsatsteam. På grunn av voldsrisiko er det alltid to fra FACT som drar på hjemmebesøk til F. Nå er det akutt bekymring knyttet til somatisk helse. Botiltaket har daglig oppfølging og følger til lege. FACT er med i ansvarsgruppen rundt F. Pasienten nevnes på møtet på grunn av uavklart somatisk helse.

Pasient G er også på tvang uten døgnopphold. FACT er hos G en gang i uka, mest for å føre tilsyn, men nå handler det om å få satt depotmedikasjon. Teamet diskuterer om noen kan gå alene, G kan ha våpen i boligen. Teamet ble enige om at en person kan møte G i døra, men går man inn, skal det alltid være to fra FACT der.

Etter at tavleleder har gått gjennom hele lista, er det åpning for å ta opp andre saker. Så blir det et kort, men viktig punkt om fordeling av biler. Møtet varer i omtrent 40 minutter.

Teamlederen i dette teamet sier at det kunne vært en fordel med to tavlelister. Én for innlagte og stabile på tvang, og én for de som trenger intensiv oppfølging ute. Da kunne teamet rettet mer oppmerksomhet mot den siste gruppen.

Dette teamet har mange innlagte som krever regelmessig oppfølging, men ikke nødvendigvis intensiv kontakt. Når det gjelder pasienter på tvang (TUD), informerer case manageren kun om pasienten på tavlemøtet dersom det er snakk om forverring eller endring, eller ved behov for bistand fra teamet.

7.1 FACT-tavla

Tavla gjør det mulig å holde oversikt over de ulike integrerte behandlings- og oppfølgingstiltakene som teamet leverer, det vil si dagens gjøremål. Videre kommer det påminnelser om for eksempel evaluering av behandlingsplan, fornyelse av vedtak, viktige avtaler for pasienten og datoer for depotmedikasjon. Flere kan ha rollen som tavleleder, det viktige er at vedkommende kan lede møtet effektivt og strukturert.

Arbeidet med FACT-tavla krever at teamet organiserer driften slik at medarbeiderne kan være fleksible og raskt møte nye pasientbehov. Utenfor arbeidstiden kan det være nødvendig å sikre tilgjengelig hjelp fra instanser utenfor FACT (legevakt, akutt-team, botiltak osv.). Dersom rammene for teamet tillater fleksibel arbeidstid, og det ikke går på bekostning av daglig oppfølging, kan teamet også følge opp på ettermiddag og i helger.

I dag brukes primært elektronisk tavle i FACT, gjerne utformet som et Excel-ark. Det pågår arbeid med å utvikle en nasjonal tavle i Norge. Digitale løsninger gjør at man kan lage underskjemaer knyttet til ulike kolonner på tavla. Tavla skal inneholde sentral informasjon, men bør ikke være så overlesset med informasjon at man mister oversikten.

For hver pasient bør FACT-tavla ha følgende kolonner:

- dato for inntak / første møte
- dato for etablert behandlingsplan / dato for evaluering
- diagnose og eventuelt rusmiddelmissbruk
- juridisk status, frivillig-TUD (paragraf i psykisk helsevernloven og andre aktuelle lover)
- årsak til at vedkommende er på tavla (jf. punktene nedenfor)
- pasientens egne ønsker (jf. behandlingsplan)
- planlagte tiltak
- kontakter fra sosialt nettverk og familie
- navn på case manager
- avtaler for hjemmebesøk (antall ganger per dag eller uke)
- spesifikke avtaler (medisinering, dato for depotmedikasjon)
- andre avtaler, f.eks. med lege, lab., advokat og arbeidsplass
- risikovurderinger og sikkerhetsforhold
- ressurser

7.2 Tavleprosedyrer

Alle i teamet kan til enhver tid be om at en pasient føres opp på FACT-tavla. Som nevnt i kapittel 6 opererer FACT med spesifikke kriterier for å plassere noen på tavla. Kriteriene vil bli utdypet nedenfor. Kriteriene er mange og detaljerte, og trolig vil noen team i Norge vektlegge enkelte kriterier og foreta lokale tilpasninger.

Når noen er plassert på tavla, vil case manageren redegjøre for vedkommendes aktuelle situasjon, skissere personens bakgrunn og foreslå ønskede tiltak. Pasientens kriseplan blir tatt fram og gått gjennom. Planlagte tiltak kan iverksettes. Ytterligere avtaler og videre oppfølging vil involvere et samlet team. Faglig ansvarlig for teamet sørger for at man utfører en risikovurdering i løpet av to døgn, og at eventuell medisinerings også er bestemt innenfor samme tidsramme. Å plassere en person på FACT-tavla betyr altså en endring i behandlingsnivå og at vedkommende har en livssituasjon som krever innsats fra flere.

Når pasienten blir tatt inn i FACT, bør hen få informasjon om hva det betyr å bli plassert på tavla, og hvordan oppfølgingen da blir. Når dette skjer, skal pasienten informeres så raskt som mulig. Dersom pasienten samtykker, kan familien bli informert om at flere teamdeltakere kommer hjem til pasienten, gir tettere oppfølging og justerer tilsyn og behandling etter behov. Å vite om dette vil ofte gjøre både pasienten og de pårørende tryggere. Derfor er det viktig å arbeide med å innhente samtykke til å kunne kontakte og å snakke med pårørende og forklare pasienten formålet med dette. Samtykke bør innhentes og diskuteres med pasienten så tidlig som mulig i behandlingsprosessen. En tydelig bevissthet rundt og et systematisk arbeid med samtykke vil også kunne løse mange av samhandlingsutfordringene teamene opplever.

En standard prosedyre skal også følges når en pasient tas av FACT-tavla:

- Avgjørelsen om å ta noen av tavla tas av teamet i fellesskap, med faglig ansvarlig til stede.
- Sammen med pasienten (og eventuelle pårørende) skal case manageren etterpå evaluere hvordan perioden med tett teamoppfølging har vært. Har hjelpen vært nyttig, er pasienten og familien blitt tilbudt det de ønsket, er det ting vi har glemt, eller ting vi kunne ha

gjort på en bedre måte? Dersom pasienten og/eller de pårørende ikke ønsker en slik evaluering, bør teamet likevel ta en oppsummering og om mulig formidle denne senere.

- På bakgrunn av denne gjennomgangen kan det være aktuelt å justere behandlingsplanen og vurdere om kriseplanen har mangler eller svakheter.

7.3 Utdyping av kriteriene for å bli satt på FACT-tavla

Kriseforebygging

Dette gjelder sårbare pasienter hvor man kjenner til forutsigbare stressfaktorer. Tegn på mulig tilbakefall bør være identifisert i pasientens kriseplan. Generelt kan kriseutløsende faktorer være sykdom hos nære pårørende, rettsak eller liknende. Ved tidlige tegn på tilbakefall er det ønskelig å forebygge innleggelse i døgnavdeling og å se på hvordan tilbakefall ble håndtert tidligere.

Det vil ikke alltid være nødvendig å trappe opp besøksfrekvensen ved kriseforebygging, men kategoriseringen er viktig for at teamet skal ha beredskap og kjenne til sårbarheter. Dersom for eksempel case manageren er borte og noe skjer, kan teamet likevel reagere adekvat.

Kortvarig tett oppfølging

- gjelder ved forbigående forverring eller økning av psykiske symptomer, krise eller tiltakende inntak av rusmidler
- gjelder når det er ønskelig å intensivere enkelte behandlings- og/eller oppfølgings tiltak
- gjelder ved livskriser
- gjelder ved risiko for innleggelse til døgnbehandling i psykisk helsevern eller TSB
- gjelder ved selvmordsrisiko, risiko for å skade andre eller trussel om utkastelse
- gjelder ved forkommenhet, ordensforstyrrelser eller andre faresignaler
- gjelder når pasienten kommer hjem etter innleggelse eller løslates fra fengsel

For personer i disse gruppene skal det være en ekstra oppmerksomhet på oppfølging etter utskrivelse fra døgnavdeling. Svingdørsopphold skal forebygges. Startfasen i tett oppfølging preges av en alle-mann-på-dekk-tenkning: Krisen bør bringes under kontroll så raskt som mulig, og det må settes inn adekvate tiltak i omgivelsene og eventuelt avtale om brukerstyrt seng.

Langvarig tett oppfølging

Dette gjelder pasienter som trenger langvarig opptrappet oppfølging, for eksempel ved omfattende tilbakefall, vedvarende sårbarhet eller lavt funksjonsnivå. Enkelte vil trenge permanent daglig støtte og forblir derfor på tavla. Det kan være personer som har begrenset relasjonell kapasitet og derfor lett isolerer seg. Det kan også være pasienter preget av mange og hyppige innleggelser (svingdørspasienter) og svakt eller fraværende sosialt nettverk. Målet må være å begrense antall innleggelser og å bygge opp et nettverk. På mange måter er dette en tradisjonell ACT-målgruppe hvor hele teamet gir tjenester over lengre tid.

Innlagte eller innsatte

- Alle pasienter som er døgninnlagte i psykisk helsevern eller TSB. Disse blir besøkt ukentlig i henhold til prinsippene for oppfølging i sengepost.
- Alle pasienter som er innlagt på somatisk sykehus. Disse får også besøk for å forberede utskrivning og eventuelt bringe boligen eller bomiljøet i orden.
- Alle pasienter som sitter i fengsel. Disse skal også besøkes. Teamet tar kontakt med kriminalomsorgen for å avtale avgiftning og mulig oppstart av medikamentell behandling i fengselet, for å forberede løslatelse og for å avtale eventuelle betingelser ved løslatelse.

Nye pasienter

Teamet får stadig nye pasienter, og de skal som et minimum stå på tavla i tre uker. I løpet av denne perioden skal minst fire ulike teammedlemmer ha gjennomført hjemmebesøk og snakket med pasienten (fidelityskalaen punkt 28). Dette er for at teamet skal kunne danne seg et mer helhetlig bilde av personen, og at det blir gjort en bred vurdering av vedkommende sine ressurser og oppfølgings-, støtte- og behandlingsbehov. Likeledes kan det organiseres et besøk hos familie eller støttepillere. Når denne perioden er omme, lager teamet en behandlingsplan i samarbeid med pasienten og eventuelt pårørende.

Behandling under tvang

- pasienter der det er etablert tvungent psykisk helsevern med eller uten døgnopphold etter lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven)
- pasienter som ved dom er overført til tvungent psykisk helsevern, etter lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven)
- tvangstiltak overfor rusmiddelavhengige etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven)

Hensikten med at disse pasientene blir satt opp på FACT-tavla, er å samordne informasjonen som trengs for å gjøre fortløpende vurderinger. FACT-tavla vil fungere som en påminnelse om når tvangsvedtak opphører, eller om andre formelle prosedyrer som må følges opp.

Vanskelig-å-nå-gruppen (jf. kap. 5.2 og byggestein 2)

Modellen beskriver to grupper pasienter:

- Personer som teamet har vansker med å få tak i, men som verken forekommer eller er til fare for seg selv eller andre. Pasientene står på tavla fordi teamet arbeider aktivt med å få til en relasjon, enten direkte eller via andre hjelpere, pårørende eller venner.
- Personer som har liten kontakt med hjelpeapparatet, er vanskelige å nå og står i fare for å forekomme. Dersom tilnærmingen nevnt over ikke fungerer, kan det være nødvendig å initiere bruk av tvang for ikke å forverre situasjonen. Initiativer fra teamet vil avhenge av den informasjon teamet har, og hvilke andre instanser som er inne i bildet.

Ut fra punktene over kan en pasient bli satt opp på FACT-tavla av mange ulike grunner. Ikke alle plasseringer på tavla vil nødvendigvis innebære den tette oppfølgingen som er beskrevet innledningsvis i kapittelet. Noen ganger dreier det seg om å skaffe mer informasjon, for eksempel fra andre instanser. Når en arbeider lokalbasert, vil teamet og hvert enkelt teammedlem (iht. taushetsplikten) ha flere øyne og ører. Gjennom møter og treff i lokalmiljøet, sammen med et tett og godt samarbeid med lokale aktører, kan teamet få mer utfyllende informasjon om hvordan pasienter har det i hverdagen.

Tavlemøtet handler om å dele informasjon og å koordinere aktiviteter. I tillegg fungerer tavla som hjelp for hukommelsen: Pasienter som er innlagt eller er i fengsel, forblir høyt oppe i bevisstheten. I samarbeid med sykehus, behandlingssted eller fengselet søker man da å få til en rask og trygg tilbakekomst til hjemmet med støtte fra FACT-teamet. Den daglige gjennomgangen på FACT-tavla bidrar til å fremme åpenhet og kunnskapsdeling. Teamet diskuterer konkrete, daglige tiltak og mulige tilnærminger til de vanskeligste pasientene. Ofte kan det knytte seg motstridende interesser til oppfølgingen av disse pasientene. Det må også gjøres risikovurderinger av det man utsetter seg selv og andre for. Basert på ny informasjon må strategien justeres eller nye beslutninger fattes nesten daglig. Teamet må både forholde seg pragmatisk til arbeidet og diskutere ut fra felles visjoner. På den måten blir idealer og realiteter tydelige for nye og gamle teammedlemmer, og de lærer underveis.

Erfaringene med FACT har vist at tavlediskusjonen letter den daglige koordineringen av tiltakene. I tillegg viser det seg at tavlemøtene tydeliggjør de ulike fagdisiplinenes egenart og hvordan denne kunnskapen kan komme pasienten til gode. FACT-tavla synliggjør hvilke pasienter som er i ekstra utfordrende situasjoner. De som er på tavla, vil alltid være et anliggende for hele teamet. Enkeltpersoner vil ikke vente og se det an, eller overse problemene, når mulige løsninger blir diskutert i fellesskap. Morgendiskusjonen med FACT-tavla skjerper teamet og tydeliggjør at sammen er teamet sterke og får til mer. For å lykkes må alle som er på arbeid den dagen, forplikte seg til å være med på tavlemøtet, delta aktivt i diskusjonen og om nødvendig bistå i oppfølgingen.

Oppsummert:

Tavlemetoden handler om å gi teamet den oversikten de trenger for daglig å kunne tilby den behandlingen som til enhver tid er nødvendig (byggestein 4).

8 Timeglass-modellen

Som følge av oppfølging og behandling på to nivåer (kap. 6) vil medarbeiderne i et FACT-team stadig skifte mellom langsiktig individuell oppfølging og intensiv team-oppfølging. Fagutøvers rolle vil variere avhengig av prosessen hver og en er inne i. De første FACT-teamene opplevde denne stadige vekslingen mellom roller som en utfordring, særlig ansatte som kom fra systemer med mer tydelige og kanskje fastlåste rolle- og arbeidsdelinger enn det som er aktuelt i et FACT-team. Ut fra dette ble timeglass-modellen utviklet.

8.1 De tre prosessene

FACT tilbyr ulike typer tiltak knyttet til tre prosesser:

Stabilisering: Pasienten er oppført på tavla på grunn av krise, forvirringstilstander, økt bruk av rusmidler eller tilbakefall. Aktivitetene fra teamet tilsvarer intensivt behandlingsnivå og handler om å få pasienten gjennom krisen, helst uten innleggelse. Det er viktig med god informasjon til pårørende.

Behandling: Denne prosessen omfatter målrettede spesifikke behandlingstiltak i vid forstand, enten det gjelder psykologisk eller medikamentell behandling, arbeidsrettede tiltak, metoder for å begrense bruk av rusmidler eller annet. Prosessen forutsetter kartlegging og diagnostisering, og flere ansatte er involvert. Målet er å bedre pasientens funksjon og å minimalisere symptomer, men målet må utformes sammen med pasienten. Aktivitetene følger behandlingsnivå én, individuell oppfølging, men noen vil starte perioden med intensiv oppfølging (jf. kapittel 6.2).

Bedring: Dette er et område hvor pasienten arbeider etter sin egen, selvstyrte bedringsprosess, med støtte fra teamet. Case managerens rolle er å støtte pasienten i egen bedringsprosess, men det er pasienten som har regien. Innsatsene følger samme behandlingsnivå som over. Mange

spesifikke behandlingsinnsatser og egenstyrt recoveryprosess vil følge hverandre.

De tre prosessene som er beskrevet her, er ikke faser som følger hverandre i pasientens liv. Et timeglass kan snus begge veier. Noen ganger kan prosessene sammenfalle, andre ganger veksler man mellom dem, og noen ganger avløser de hverandre eller går inn i hverandre. Aktiv terapi kan være en del av bedringsprosessen, og i en recoveryprosess kan det være behov for stabiliserende tiltak.

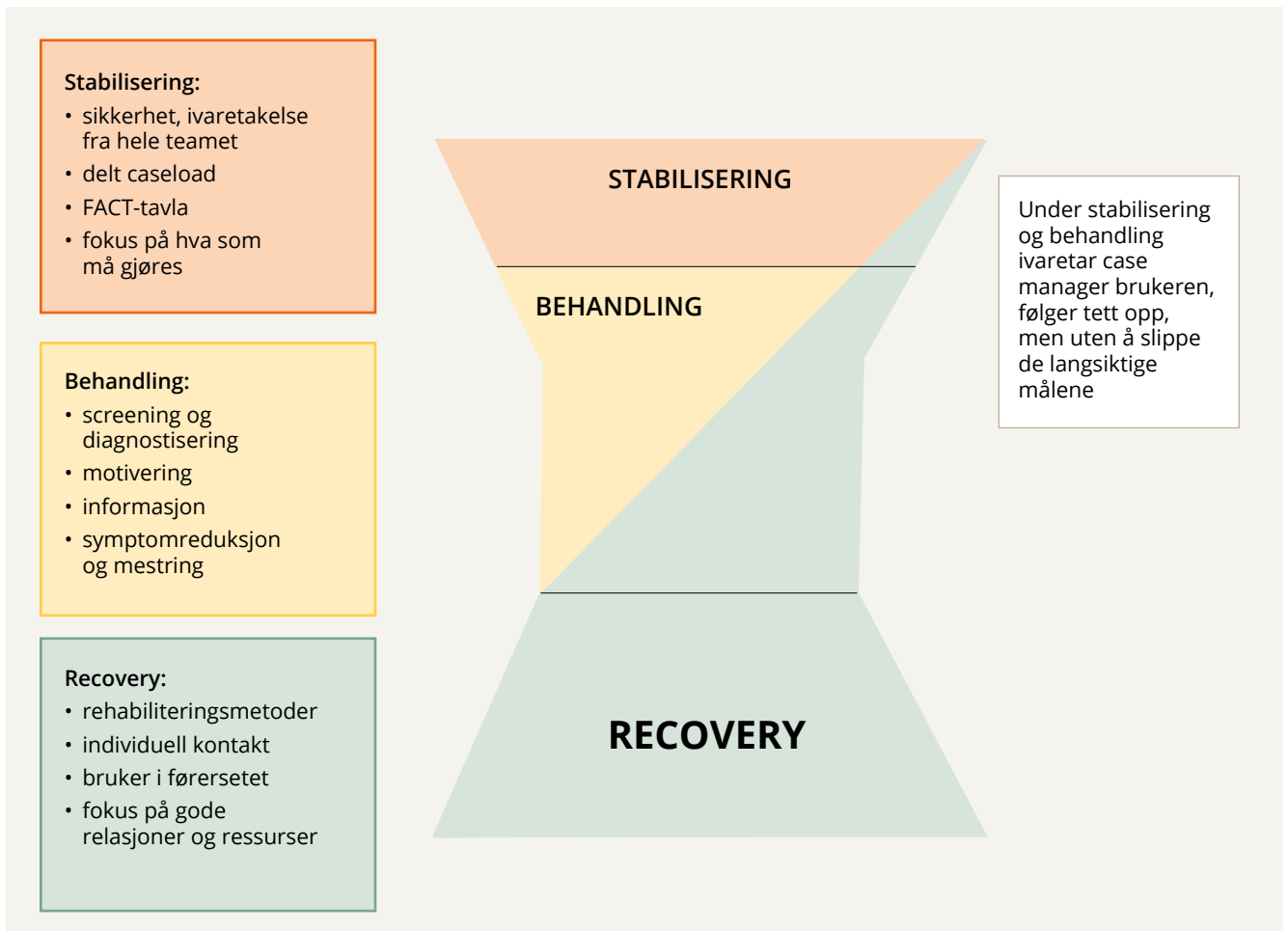
Gjennom de ulike prosessene bør fagutøverne bruke ulike sett tilnærminger og metoder. Dette utfordrer teammedarbeiderne, som stadig må endre tilnærming i én og samme sak.

Illustrasjonen på neste side skisserer timeglass-modellen. Venstre kolonne i illustrasjonen skisserer enkeltprosesser, ulike metoder og hva som er viktig i de ulike prosessene.

8.2 Arbeid med timeglasset, ulike roller og oppgaver

En forutsetning for aktivt arbeid med timeglasset er at case manageren har etablert en trygg relasjon til pasienten. Tilliten mellom pasienten og de teamansatte er avgjørende i dette arbeidet.

I **stabiliseringsfasen**, det vil si i en krise, hvor teamet har tett oppfølging av pasienten, konsentrerer alle i teamet seg primært om akuttstusjonen. Case manageren sin rolle vil da først og fremst være å gi støtte og tilby hjelp med å strukturere hverdagen, eventuelt følge opp medisinerer. For eksempel vil en person som er i ferd med å utvikle en psykose, oftest bruke all energien sin på å holde hodet over vannet. Hen har derfor lite overskudd til å bry seg om de rundt seg. Av og til kreves daglig strukturering av tilværelsen. Forvirringstilstander krever ofte en korrigerende,



problem- og handlingsorientert tilnærming. Delt teamoppfølging preger fasen. Derfor får case manageren flere ulike roller i den individuelle oppfølgingen og i perioder med tett oppfølging: Noen ganger som en behandler pasienten betror seg til gjennom gode samtaler, andre ganger som praktisk tilrettelegger og av og til som rådgiver for andre instanser. Nært samarbeid med pårørende er nødvendig.

Utover dette kan case manageren for noen ha en kontrollør-rolle, for eksempel overfor pasienter på TUD, og av og til kan case manageren være den som formidler eller administrerer tvangstiltak. Både psykiater og psykologspesialist må også kunne skifte rolle fra å være samtalepartner til den som initierer tvangstiltak når teamet mener det er nødvendig.

I stabiliseringsfasen gjelder det å arbeide etter prinsipper fra kriseintervensjon. Disse prinsippene handler om å veilede, gi råd, støtte eller sørge for ekstra støtte med tett personlig oppfølging. Det kan også innebære å ta over og beskytte, og ved

fare kan det være nødvendig å gjennomføre tvangstiltak. Pasienten er på forhånd satt opp på FACT-tavla. Case manageren samarbeider tett med resten av teamet. De gjør felles avtaler og iverksetter tiltakene som teamet enes om. Case manageren fungerer som koordinator for teamarbeidet. Hen skal sammen med tavlelederen holde orden på den informasjonen som skrives på FACT-tavla, og skal ha kontakt med alle som denne informasjonen angår.

I behandlingsfasen har case manageren en støttende rolle. Case manageren er involvert i ulike former for hjelp, gir informasjon og motiverer for og gir behandling. Det kan handle om ulike former for gruppeterapi og/eller psykoedukasjon i grupper, rusmestring, ferdighetstrening og liknende. Case manageren samarbeider tett med psykiater, psykolog eller andre fagpersoner, bruker teamets samlede kompetanse og evaluerer behandlingen sammen med pasienten. Pasienten bør så tidlig som mulig bli tilbudt den behandlingen hen ønsker seg. Dette krever god diagnostisk vurdering. Psykolog eller psykiater bør som en hovedregel

delta på hjemmebesøk for å styrke vurderingene av hva som vil være adekvat hjelp og behandling. Det er viktig at teamets samlede kompetanse inngår i vurderingene av hvilke tiltak som vil være til best hjelp. Teamet må jobbe for å få til samvalg, og aktivt forsøke å involvere hver enkelt pasient i utformingen av deres eget behandlingsopplegg. I dette ligger også betydningen av å forklare anbefalt behandling for pasienten og eventuelle pårørende. Oftest vil behandlingen bli utført av medarbeidere i FACT-teamet.

I recoveryfasen samarbeider case manageren med andre i teamet som støtter brukeren i sin recoveryprosess: som brukerspesialist, arbeids- og utdanningsspesialist, musikkterapeut eller den som er tildelt rollen som recoveryspesialist. Oppfølgingen er rettet mot å styrke brukers opplevelse av selvbestemmelse. Det betyr å legge forholdene til rette, å skape muligheter og å vise genuin interesse for at brukeren kan ta stadig mer styring over eget liv. Brukeren sitter i førersetet. Målene for bedringsprosessen er det brukeren selv som formulerer ut fra sitt ståsted og sine behov. Case manageren kan hjelpe brukeren til å formulere disse målene, tydeliggjøre dem i behandlingsplanen og fokusere på de styrkene og ressursene brukeren har som kan bidra til økt styring over eget liv. Rollen som fagutøver kan gå over i en rolle som likeverdig samarbeidspartner (Salyers mfl. 2007).

Recovery beskrives som en kontinuerlig prosess der den det gjelder, søker å leve et meningsfylt liv, selv med de begrensningene og vanskene personen opplever hos seg selv og i omgivelsene. Ingen kan oppleve en recoveryprosess alene, uavhengig av det som skjer i omgivelsene. Både familie-medlemmer, andre støttepersoner og ansatte i FACT-teamet kan spille en avgjørende rolle.

I studier hvor personer med egenerfaring ble spurt om hva de mener har størst betydning for den psykiske helsen, er det fem dimensjoner som går igjen: tilhørighet, håp, identitet, mening og selvbestemmelse (forkortet CHIME på engelsk) (Leamy et al. 2011). Recoveryorientert støtte er ansattes og andres bidrag til enkeltpersoners prosess med å styrke disse livsprosessene. Tankegangen tydeliggjør en endring i fokus fra å behandle helseutfordringer til å fremme trivsel.

En fundamentalt viktig del av FACT-teamets arbeid vil derfor være å bidra til å skape tilhørighet til det sosiale felleskapet hvor brukeren ønsker å lykkes, og til å finne fram til et meningsfullt liv i hverdagen, se Napha Rapport nr. 2/2017, 100 råd som fremmer recovery (Slade 2013).

Mange fagfolk har en tendens til å tenke kronologisk og hevder at pasienten må være stabil før man kan begynne å tenke på rehabilitering. Ofte ser man at fagpersoner er unødvendig pessimistiske med tanke på bedringsprosess og rehabilitering. Dette er et utgangspunkt FACT-team absolutt ikke bør innta. Det første steget mot bedring kan like godt tas i en krise.

Under akuttbehandling er det ikke alltid pasienten trekkes inn når noen av målene for bedringsprosessen må avklares eller tydeliggjøres.

De som håndterer en krise, er heller ikke alltid oppdatert om pasientens bedringsprosess. Dermed kan man forpurre bedringen gjennom velmenende tiltak: tiltak som forstyrrer den gode prosessen pasienten tross alt er i. Uten å underslå eller undervurdere pasientens kriser, sykdommer eller sosiale utfordringer er det viktig å bevare et håp i recoveryprosessen.

I illustrasjonen av timeglasset har vi derfor latt det grønne feltet som handler om recovery, også gå igjennom de to andre fasene. Det grønne feltet symboliserer at bedringsprosessen skal være til stede i de andre prosessene. Det er det viktigste målet ved både stabilisering og behandling. Case manageren har en sentral rolle med tanke på å informere teamet om pasientens bedringsprosess og med tanke på at teamet vet hvilke behov pasienten selv er opptatt av.

Oppsummert:

Timeglassmodellen er utviklet med bakgrunn i at ansatte stadig må veksle mellom ulike roller og gå inn i ulike oppgaver, avhengig av hvor pasienten er i sin behandlings- og recoveryprosess. Dette må de gjøre for å gi et optimalt behandlingstilbud, jamfør det vi har skrevet om byggesteinene.

9 Monitorering, behandlingsplan og kriseplan

FACT er en recoveryorientert behandlingsplan like sentral som de metodene vi til nå har beskrevet, og planen går igjen i hele modellen. Dette forutsetter nært samarbeid mellom case manageren / teamet, pasienten og aktuelle samarbeidspartnere om utforming og bruk av planen. Likedan krever behandlingsplanen kartlegging av hjelpebehov og fungering både i forkant av og underveis i behandlingen. Punktene 23, 29 og 30 i fidelitetskalaen omhandler behandlingsplan, punktene 44 og 45 krisehåndtering og 54 og 55 rutinemessig monitorering (ROM).

9.1 Monitorering og kartlegging

I fidelitetskalaen brukes ROM om standardisert kartlegging av psykisk og sosial fungering. Ut fra denne vurderes hjelpebehov og livskvalitet (jf. kap. 4). Kartleggingen foretas ved oppstarten av behandling og brukes som sentralt bidrag til behandlingsplanen. Case manageren har hovedansvaret. En ny kartlegging foretas så minst en gang i året i forbindelse med revisjon av behandlingsplanen. Data fra ROM inngår i behandlingsplanen.

Den rutinemessige monitoreringen brukes for det første til å evaluere et aktuelt behandlingsforløp og teamets innsats i det. Så kan ROM brukes til å se på teamets samlede innsats i løpet av et år. Med utgangspunkt i evaluering av flere behandlingsplaner: Er det noen innsatsområder teamet er svake på, og er det andre teamet får til bra? Monitorering av hele teamets praksis skjer ved bruk av FACT-fidelitetskalaen, se punkt 56 i den.

Hvilke kartleggingsverktøy som brukes, vil variere fra team til team. Det er imidlertid viktig å bruke verktøy som er standardiserte og validerte, og som kan gjentas ved evalueringer og revisjon av behandlingsplanen. Noen eksempler er: HoNOS, MANSA, AUDIT, DUDIT, PSF og TRAPS (traumer).

Det finnes også digitaliserte kartleggingspakker som er tatt i bruk. Områder for kartlegging må være ressurser, livskvalitet, hjelpebehov, sosial og psykisk fungering og bruk av rusmidler. Hvor ofte man kartlegger, vil avhenge av pasientens situasjon (for noen må man bruke lang tid på å komme i posisjon for kartlegging) og rutineene teamet er underlagt. For pasienter i FACT vil det vanligste være at skjemaene fylles ut av pasienten og case manageren sammen.

Det er viktig å ikke «drukne» pasientene med altfor mange skjemaer. Dessuten må skjemaene være så entydige og lett forståelige som mulig. For en målgruppe som er preget av ustabilitet og mange kriser, vil for hyppige evalueringer trolig være lite formålstjenlig. Grunnlaget for å vurdere endring vil være spinkelt, og evalueringen kan lett få preg av synsing.

9.2 Diagnostisk utredning

Diagnostisk utredning inngår ikke i fidelitetskalaen, men er likevel viktig i FACT. Når dette ikke er omtalt i skalaen og tidligere håndbok, kan det handle om at pasienter som henvises til FACT i Nederland, har vært gjennom utredning ved andre instanser og henvises til FACT primært for oppfølging og behandling. I Norge vil de aller fleste som henvises til FACT, være kjent i de fleste hjelpe- og behandlingssystemene. Å få pasienter som er helt ukjente for andre, er unntaket. Imidlertid er pasienter som henvises, i svært varierende grad tilstrekkelig utredet (jf. kap. 3). Personer med ruslidelse og psykisk lidelse har ofte hatt korte akuttinnleggelses hvor man ikke har kommet i gang med utredningsarbeid. Andre har diagnoser satt under innleggelses som ligger tilbake i tid, og noen har hatt minimal kontakt med spesialisthelsetjenesten. Oppfølging fra FACT kan bety mer stabilitet i tilværelsen, mindre bruk av rusmidler og færre akuttsituasjoner.

Forholdene vil dermed ligge til rette for pålitelig observasjon og en begynnende utredning. Det er viktig at dette nedfelles i de første planene.

Utredningsmetodene er de samme som i spesialisthelsetjenesten ellers og følger nasjonale retningslinjer. Det særegne ved utredning i FACT er at den involverer hele teamet og foregår mye hjemme hos pasienten, ikke i institusjon. Pasientens stabilitet vil variere, så man må ta hensyn til dagsformen. Utredningsarbeidet vil derfor ta lenger tid enn under døgnopphold. Samtidig vil teamet få mye informasjon om sosial situasjon, nettverk og pasientens «virkelige liv». Selv om hele teamet bidrar i det diagnostiske utredningsarbeidet, er psykiater/psykologspesialist ansvarlig for å sette endelig diagnose i henhold til ICD 10.

9.3 Behandlingsplan

En behandlingsplan som evalueres og oppdateres jevnlig, er en nødvendighet i FACT. Følgende punkter er nedfelt i modellen og fidelitetskalaen:

1. Behandlingsplanen skal være skrevet i et språk pasienten forstår, og den trenger ikke å være særlig avansert eller omfattende (jf. kap. 10.2).
2. Planen skal være utarbeidet i nært samarbeid med pasienten og eventuelt familie. Pasienten skal være aktivt med i utformingen av planen.
3. Planen tar utgangspunkt i brukerens egne mål, styrker og ressurser og hva brukeren skal ha ansvar for.
4. Planen skal i tillegg omfatte behandlingstiltak, støtte og rehabiliteringsaktiviteter som behandlingsteamet foreslår. Det er viktig å ta med somatisk helse.
5. Tjenester fra andre instanser skal også inn i planen. Aktuelle instanser inviteres på møte mellom case manageren, pasienten og eventuelt familie. Det er viktig at andre instanser har tilstrekkelig mandat til å kunne gå inn i en forpliktende plan.
6. Planen bør ledsages av en kriseplan eller plan for å forebygge tilbakefall.
7. Planen skal oppdateres og revideres minst én gang i året. I tillegg skal planen evalueres hver tolvte uke (jf. pasientforløp) i teammøter. Forut for evaluering og revisjon skal case manageren gå gjennom planen sammen med pasienten og eventuelt familie og forberede evaluering og revisjon. Eventuelle andre instanser kan inviteres inn, jf. punkt 5.

Utredning og roller

Da Chris ble tatt inn i FACT, var han ikke fullstendig utredet. Han hadde hatt flere rusutløste psykoser, men aldri vært innlagt over særlig lang tid. Kravet om rusfrihet for å kunne sette diagnose hadde egentlig ført til at lite ble gjort, og Chris ble en kasseball mellom ulike tiltak. Da han fikk egen bolig og oppfølging fra FACT, ble det ikke stilt krav om rusfrihet, men case manageren hadde mange samtaler med Chris hvor rus var tema. Russpesialisten veiledet. De oppdaget at Chris kunne ha flere rusfrie perioder, noen ganger over flere dager, av og til en snau uke.

Case manageren gjorde en avtale med Chris og teamets psykolog og psykiater. Disse sa seg enige i å kunne stille på kort varsel for utredningsamtaler med Chris i forbindelse med slike rusfrie perioder. Chris var enig, så lenge de ikke hele tiden maste om at han skulle være rusfri. Case manageren observerte grundig hvordan Chris var og hadde det når han var nykter, og hvem han var sammen med.

Etter noen måneder hadde psykolog og psykiater relativt godt grunnlag for å sette diagnose, case manageren og russpesialisten kunne diskutere med Chris hvordan det var å være avholdende, og sammen fikk hele teamet en bedre forståelse av Chris sin bruk av hasj. Senere sa Chris at han ville prøve kognitiv behandling hos psykologen.

Det er viktig å understreke punkt 3. I tråd med det som er beskrevet under bedringsprosesser, skal planen inneholde brukerens mål innen ulike livsområder, ha oppmerksomhet på brukerens egne ønsker og behov, og tydeliggjøre brukerens styrker og ressurser og brukerens egen innsats for å nå målene. Videre skal planen inneholde beskrivelser og informasjon om aktuell situasjon, hjelpebehov på ulike områder i livet, symptomtrykk og hvorvidt bruk av rusmidler dominerer livet til pasienten. Utarbeidelse av behandlingsplanen krever nøye behovsvurdering, planlegging og koordinering av tiltak.

Eventuelle samarbeidsparter inviteres inn som likeverdige partnere. Det er viktig at deres mandat og forpliktelser avklares før de møter brukeren og eventuelt familie.

I et FACT-team er case manageren hovedansvarlig for arbeidet med behandlingsplanen. Planen har som formål å sikre helhetlige og sammenhengende tjenester. Forarbeidet gjøres sammen med pasienten og eventuelt familie og samarbeidende instanser. Resultater fra kartleggingen og utredningen inngår i behandlingsplanen. Når planen skal revideres, må case manageren bestrebe seg på (sammen med pasienten) å fylle ut de samme kartleggingsskjemaene som ble brukt før den første planen ble utarbeidet. Deretter vurderer pasienten sammen med case manageren om målene i behandlingsplanen er oppnådd. I en slik systematisk evaluering kan også ulike tilbakemeldingsverktøy benyttes.

Dersom det er mulig, er det viktig å samtale med pasientens familie om året som har gått. Case manageren sørger også for at det blir foretatt en somatisk undersøkelse hos fastlegen. Utkastet til behandlingsplan og følgende revisjoner legges fram til drøfting på et teammøte hvor minst fire profesjoner (fidelityskalaen punkt 23) er til stede.

En recoveryorientert behandlingsplan tar utgangspunkt i pasientens ønsker og ressurser, se punkt 3 ovenfor. Det er viktig at teamet arbeider aktivt for at pasienten og eventuelt pårørende medvirker til å utarbeide og følge opp planen. Dersom dette ikke lar seg gjøre, må teamet likevel utarbeide en behandlingsplan, selv om denne naturlig nok blir noe ufullstendig. Pasienten og eventuelle samarbeidsparter får en kopi (samtykke).

9.4 Kriseplan

For å kunne ivareta den intensive delen av arbeidet i FACT, er det viktig å utarbeide en kriseplan. Det handler om akuttprosedyrer og rutiner knyttet til innleggelse og utskrivning fra sengepost. En eventuell avtale om brukerstyrt seng kan også inngå i kriseplanen. En sentral oppgave er å jobbe for å få pasientens samtykke til at kriseplanen blir tilgjengelig for akuttjenestene.

FACT i Norge har ikke 24/7-tjenester og er avhengig av innsats fra andre ved kriser og når det er behov for oppfølging hele døgnet. Samhandling her handler om at legevakt, akutttiltak og så videre har oppdatert informasjon om brukeren, og at man etter eventuell innleggelse eller annet akutttiltak gjensidig utveksler informasjon og eventuelt justerer kriseplanen og prosedyrene – og har pasienten med i prosessen. Slik situasjonen er nå, er det vanskelig å få ulike journalsystemer til å snakke sammen. I en slik situasjon er det viktig at døgnbemannede tjenester, med pasientens samtykke, har tilgang til eller en kopi av pasientens kriseplan. Dersom det ikke er mulig, er det teamets ansvar å oppdatere akuttjenestene om aktuell situasjon slik at de kan være tilgjengelige ved en eventuell krise. Det er FACT som har det helhetlige ansvaret, også i kriser. Dette er detaljert beskrevet i punkt 44 i fidelityskalaen.

Også for pårørende er kriseplanen viktig. Pårørende er viktige samarbeidspartnere, om brukeren samtykker til det. Teamet bør sørge for at de pårørende får tilgang til kriseplanen, og at akuttjenestene er tilgjengelige for brukeren.

Brukere vil kanskje vegre seg for å involvere så vel pårørende som andre. Det er derfor viktig at teamet bruker tid på å forklare hva hensikten med en kriseplan er, og at de jobber tett sammen med brukeren om hva den konkret skal inneholde.

9.5 Individuell plan (IP)

I Norge omtales IP som brukers plan. Brukere med langvarige og sammensatte tjenestebehov har rett på en individuell plan som beskriver tjenestetilbudet og hvem som har ansvar for oppfølgingen. IP er hjemlet i pasient- og brukerrettighetsloven, og brukeren må samtykke til at en IP skal opprettes. De aller fleste pasienter i FACT vil ha rett på IP og bør tilbys en slik og motiveres for å ta den imot.

Ved tilsyn fra Statsforvalteren vil IP etterspørres, ikke nødvendigvis behandlingsplan. I FACT-sammenheng kan en tenke at IP kan tilbys som en

ramme for den detaljerte behandlingsplanen. Mye av innholdet i en individuell plan vil kunne dekkes av behandlingsplanen. FACT vil koordinere det hele. Flere team har utarbeidet enkle maler for hvordan IP og behandlingsplan kan integreres.

Poenget her er å ikke gjøre IP for komplisert og omfattende. Brukere som ofte har opplevd systemer og tiltak som ikke henger sammen, vil trolig takke ja til IP når hensikten med planen blir tydelig forklart, og man ikke gjør planen stor og formalistisk. FACT-team i Norge er avhengig av å samhandle med ulike instanser. Individuell plan vil kort kunne beskrive hvem som har ansvar for å utføre hvilke oppgaver, og hvordan samhandlingen utformes. Særlig med tanke på kriseplan er dette viktig. Behandlingsplanen i FACT vil for de fleste praktiske formål ivareta det som kreves av en god IP. Det er imidlertid viktig at brukernes rett til IP ivaretas på en god og ryddig måte.

Oppsummert:

Behandlingsplanen tar utgangspunkt i brukerens mål og ønsker og er den viktigste metoden for å fremme recoverybasert behandling i FACT. Behandlingsplanen er rettesnor for den individuelle og langsiktige oppfølgingen i FACT, og den inkluderer tjenester fra både teamet og andre instanser.

10 Oppfølging og behandling

Dersom vi går tilbake til listen over intervensjoner i avsnittet om de syv C-ene, ser vi at behandling og oppfølging fra FACT omfatter svært mange metoder. Behandling i FACT vil omfatte medikamentell behandling, psykoedukasjon, kunnskapsbasert psykoterapi, individuell jobbstøtte, integrert behandling av ruslidelse og psykisk lidelse, samt somatisk oppfølging. Noen av disse metodene beskrives nærmere nedenfor. Mer utdypende informasjon finnes i Helsedirektoratets nasjonale retningslinjer og veiledere og faglige råd for behandling av flere psykiske lidelser og ruslidelser, samt i faglitteratur på området.

De syv C-ene omfatter også care, det vil si omsorg. Omsorg omfatter så vel somatiske problemer som det å ivareta daglige gjøremål. Støtte til rehabilitering og bedringsprosesser hører også inn under her. I Norge er omsorgsbegrepet i tjenesteyting hovedsakelig knyttet til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Mange av disse tjenestene vil inngå i FACT sine oppgaver, avhengig av bemanningen i teamet og omfanget av brukerens behov for så vel somatisk pleie som praktisk oppfølging. Noen oppgaver vil kanskje bli så spesialiserte at andre tar over, for eksempel for pasienter med omfattende funksjonshemming. Uansett vil FACT ha det koordinerende ansvaret for helse- og omsorgstjenestene brukerne har behov for.

Når det gjelder *medikamentell behandling* for psykisk lidelse, er det viktig at teamet følger opp foreskrevne medisiner og kartlegger virkninger, bivirkninger og eventuelle endringer i symptombildet. For alle team blir samarbeid med hjemmetjenesten viktig, særlig med tanke på utlevering av medisiner. Uansett må teamet sikre at pasientene får nødvendig informasjon om bruk av legemidler, og at utlevering og eventuell depotinjeksjon foregår på en forsvarlig måte. Her inngår også informasjon om alternativer til medikamentell behandling, bivirkninger og konsekvenser av ulike valg. Fidelityskalaen understreker at pasienten må ha en aktiv medvirkning i avgjørelser om medikamentell behandling. Da er det viktig at psykiater eller

sykepleier er på hjemmebesøk, slik at pasienten får diskutere virkninger og bivirkninger direkte med dem. Uansett vil bruk av medisiner ofte være et sentralt tema under slike hjemmebesøk.

Fidelityskalaen har både punkter om manualbasert og elementer av *kunnskapsbasert psykoterapi* og nevner flere spesifikke metoder (se fidelityskalaen og oversikten over de syv C-ene). Psykoterapi kan bidra til at pasientene får hjelp til å håndtere symptomer og mellommenneskelige konflikter, og får bedre forståelse for og innsikt i de problemene de sliter med. Det kan også være et ledd i bearbeiding, særlig av traumer og tidligere konflikter. Personer som får behandling i FACT, vil ofte slite med omfattende og alvorlige problemer, og valg av metode må tilpasses både behandlingsfase og -prosess. Ofte vil en kombinasjon av ulike metoder være nødvendig. Dette må tydeliggjøres i behandlingsplanen. Det er skrevet flere bøker om psykoterapeutisk arbeid i en ACT-kontekst, og disse er også vel anvendelige for FACT.

I kapittel 3 om målgruppe skriver vi at FACT har en sammensatt målgruppe hvor kombinasjoner av ulike diagnoser er det mest vanlige. Innretningen på kunnskapsbasert psykoterapi bør derfor ta hensyn til dette. Utover kompetanse på psykoterapeutisk arbeid ved psykoser bør også teamet ha kompetanse på behandling av personlighetsforstyrrelser, traumer og ikke minst rusmiddelavhengighet.

10.1 Individuell somatisk oppfølging (38)

I anbefalinger og retningslinjer fra helsemyndighetene understrekes viktigheten av å følge opp den somatiske helsetilstanden til pasienter med ruslidelse og psykisk lidelse. Personer med alvorlig psykisk lidelse og/eller ruslidelse har en forventet levealder som er 15–20 år kortere enn hos befolkningen ellers. Det handler om både genetisk

sårbarhet knyttet til psykisk lidelse, levevaner, psykososialt stress og ensomhet, bivirkninger av legemidler og manglende behandling. Dette gjelder i høyeste grad pasienter i FACT. Teamet skal ha ansatte med relevant erfaring og kunnskap innen somatisk helse (fidelityskalaen punkt 11).

I Norge har alle rett på fastlege. Det bør vurderes nøye hvilke behandlingstiltak som skal knyttes til FACT-teamet, og hvilke fastlegen skal ha ansvar for. Det er ikke en oppgave for FACT-teamet å gi all nødvendig somatisk helsehjelp. Teamet har imidlertid ansvar for å sikre at pasienten får den hjelpen og oppfølgingen hos fastlege, eller andre instanser, som alle har rett på. Dersom pasienten har falt utenfor fastlegesystemet, tar teamet over oppfølgingen mens de søker å knytte pasienten til tjenesteapparatet (jf. byggesteinene). Selv om ansvaret for behandling av somatisk sykdom ligger hos fastlegen, er teamet ansvarlig for nødvendig fysisk oppfølging i forbindelse med bruk av psyko-farmaka. Samordning av tiltak og nært samarbeid med fastlege, hjemmetjeneste og hjemmesykepleie er nødvendig.

Somatisk oppfølging handler også om å gi råd om kosthold, aktivitet og søvn. Noen brukere er inaktive, andre er preget av bivirkninger av medisiner. I begge sammenhenger kan fedme bli et alvorlig helseproblem. Hjelp til mestring av hverdagen kan også handle om hjelp til, og opplæring i, egenomsorg. Sykepleier som har somatisk arbeidserfaring, er viktig her. Somatiske problemer hos personer med alvorlig psykisk lidelse kan ofte bli oversett og undervurdert av hjelpeapparatet. Teamet må være oppmerksomme på dette, og de må ta det opp med pasienten og om mulig med familie og pårørende. En viktig del av teamets oppgaver er å kartlegge somatisk helse og å følge pasienten til fastlegen.

Ved innleggelse i en somatisk sykehusavdeling bør ansatte fra teamet komme regelmessig på besøk. Da kan de også være tilgjengelige for sykehusets helsepersonell med tilbud om råd og veiledning dersom brukeren samtykker.

10.2 Mestring av hverdagen og deltagelse i lokalsamfunnet (26 og 27)

Innledningsvis skrev vi at FACT skal være der brukeren ønsker å lykkes. Et hovedanliggende for FACT blir derfor å bidra til at brukeren kan skaffe seg bolig eller forbli boende i en akseptabel bolig, og til at de kan ha en meningsfull aktivitet i hverdagen eller et arbeid å gå til. Å være uten bolig gjør det utvilsomt vanskelig å være pasient i FACT eller å få tjenester fra teamet. Dersom det er tilfellet, må det bli en prioritert oppgave for hele teamet å bidra til å skaffe bolig. I Norge har enkelte FACT-team innledet forpliktende samarbeid med kommunale Housing First-team.

Som beskrevet i kapittel 4 sliter mange som henvises til FACT, med å mestre hverdagen. Dette kan bety helt forskjellige ting for brukeren og case manageren. Den første behandlingsplanen må ta utgangspunkt i hva brukeren ønsker, hvor vedkommende vil lykkes og hvordan, og hvilke utfordringer hen mener det er viktig å ta tak i først. Dette vil ikke nødvendigvis være det case manageren ser som det viktigste problemet. Utgangspunktet for den første behandlingsplanen kan være veldig kort og konkret, for eksempel: «Jeg trenger hjelp til å bli boende her, ha et godt forhold til naboene og til å holde meg unna rusmiljøet. Så vil jeg ha kontakt med familien.»

Andre oppgaver kan komme etter hvert: hjelp til å håndtere økonomi og sanere gjeld, råd om kosthold og helse, undervisning om bruk av medisiner og oversikt over aktiviteter og tilbud i nærområdet. For å komme i gang med annen behandling må helt grunnleggende forhold først være på plass.

Fidelityskalaen punkt 27 beskriver deltagelse i lokalsamfunnet. Det er viktig at FACT bruker tid på å få oversikt over brukerens nærmiljø, aktivitets-tilbud og kontakt med familie og andre støtte-spillere – og dessuten over potensielle sosiale nettverk. Teamet bruker deretter denne oversikten som plattform for å skreddersy oppfølgingen på disse områdene til den enkelte bruker. For mange kan kontakt med en forening, en interessegruppe eller et miljø som dyrker særskilte interesser (motor, sport, musikk, friluftsliv osv.), være noe som utgjør en forskjell i prosessen mot å bli inkludert i lokalsamfunnet. Recoveryspesialisten i teamet vil blant annet være en ressurs i dette arbeidet.

Brukeren må selv få definere hvem som er viktige for hen. Case manageren kan komme med innspill, formidle kontakt og være et mellomledd mellom brukeren og familie, venner eller personer og lag i nærmiljøet, men det er brukeren som har det avgjørende ordet.

Så må det nedfelles i klare avtaler hva man kan snakke om, hva som kan formidles av opplysninger, og når FACT eventuelt kan ta direkte kontakt med familie, venner eller andre. Det kan for eksempel være ved kriser. Teamet må være åpne om alt de gjør overfor brukerens familie og uformelle nettverk.

Noe av dette arbeidet handler om å få hjelp til å mestre forhold brukeren ikke har vært i stand til å ta tak i, på grunn av rusproblemer og psykiske problemer. Noe kan også handle om å lære grunnleggende ferdigheter og mestringsstrategier som aldri har vært der, på grunn av det samme. I alle behandlingsmetoder og tilnærminger FACT bruker, vil rehabilitering være en sentral del. Drake (2001) har oppsummert følgende prinsipper for rehabilitering:

- legge vekt på å myndiggjøre pasienten
- sikte på å skaffe pasienten kunnskap om dagliglivets ferdigheter i miljøet hen er del av; la pasienten få ferdigheter som kan generaliseres
- mobilisere lokalsamfunnet til å støtte pasienten
- bosette pasienten så raskt som mulig, framfor å forberede det langsamt og trinnsvis (Housing First)
- integrere rehabilitering i annen type behandling og oppfølging
- bekjempe stigma framfor at pasienten skal tilpasse seg, kjempe for å endre undertrykkende eller diskriminerende lover og regler

Det viktige er at case manageren og teamet arbeider sammen med brukeren. FACT skal selvfølgelig gi den hjelpen og bistanden pasienten trenger, men innrette hjelpen slik at pasienten kan ta mer kontroll over eget liv og bevege seg fra å være passiv mottaker av hjelp til selv å ta styring. Målet skal være å finne fram til det som kan gi mening i hverdagen.

10.3 Psykoedukasjon og bedring

FACT skal arbeide med psykoedukasjon overfor både pasienten og pårørende. Det skal bidra til å styrke pasientens mestringssevne og mestringsstrategier, og det vil også si en styrking av tilfrisknings- eller bedringsprosessen (recovery). I FACT vektlegger man ressurser i stedet for å bare være opptatt av patologi.

Psykoedukasjon omfatter kunnskap om stress-sårbarhetsmodellen, det å utvikle sosiale støtte-systemer, effektiv bruk av medisiner, symptom-mestring, trening i problemløsning og kunnskap om å bruke frivillige støttegrupper og brukersentre.

Kort sagt: Det som skal til for å oppleve bedring og å ha glede og nytte av lokalmiljøet. Så er det viktig at de nærmeste støttespillerne rundt brukeren (kjæreste, familie osv.) får tilsvarende opplæring. Da kan de bedre forstå brukerens sykdom og lære seg mestringsstrategier for å avhjelpe problemer sykdommen skaper. Psykoedukasjon bidrar til å styrke støttesystemene rundt pasienten. Å gi både brukeren og familien rundt psykoedukasjon er derfor en viktig oppgave for FACT (fidelityskalaen 32 og 33).

Psykoedukasjon kan omfatte undervisning og samtaler enten individuelt, i grupper eller som familie. Det kan også innebære systematisk arbeid med brukerens nettverk. Det finnes også treningsprogrammer, som «Et selvstendig liv» (Gråwe mfl. 1999) og «Et bedre liv» (Gråwe mfl. 2009). Psykoedukativt familiearbeid (PEF) er anbefalt behandling i flere nasjonale retningslinjer, for eksempel:

- Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykiske lidelser – ROP-lidelser (Helsedirektoratet 2012)
- Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelse (Helsedirektoratet 2013)
- Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet (Helsedirektoratet 2016)

PEF har vist seg å være en av de mest effektive behandlingsintervensjonene som er tilgjengelige i psykisk helsefeltet (McFarlane 2016).

Illness Management and Recovery (IMR) er et kunnskapsbasert behandlingsprogram rettet mot recovery og livsmestring for brukere med alvorlige psykiske lidelser. Programmet er utviklet av Kim Mueser og medarbeidere ved Dartmouth Psychiatric Research Center i New Hampshire. Programmet skal blant annet gi brukerne mer kunnskap om psykiske lidelser, tilbakefall og mestring av symptomer. Å gi håp og å støtte brukerne i å nå egne mål er en viktig del av programmet. Ofte har liknende programmer i hovedsak vektlagt symptommestring. Det er greit i seg selv, men viktigere er det å bistå og hjelpe brukerne i det å mestre ulike sosiale sammenhenger og styrke familierelasjoner der hvor det er mulig, altså «training in community living». I forbindelse med Romeriksprosjektet har FoU-avdelingen ved Akershus universitetssykehus satt i gang et prosjekt hvor de ønsker å implementere IMR. Mer informasjon om dette finnes hos IMR-nettverket i Norge.

FACT arbeider med brukere som har mange og omfattende problemer og utfordringer innenfor de fleste livsområder. Som nevnt tidligere kan recovery lett bli et ullent begrep dersom man ikke konkretiserer hva bedring eller tilfriskning betyr i den enkeltes aktuelle situasjon.

Et sted å begynne er å formidle resultatene av kartleggingen i et språk brukeren (og de pårørende) forstår, og så utarbeide konkrete og jordnære behandlingsplaner i nært samarbeid med brukeren. FACT bruker begrepet samvalg. I behandlingsplanen bør det komme tydelig fram hva brukeren ønsker, slik at teamet hele tiden kan forholde seg til disse ønskene både ved tilbakefall og i kriser (jf. timeglassmodellen). Da blir det lettere å diskutere krisetiltak og andre intervensjoner i et recovery-perspektiv. Behandlingsplanen skal være brukers plan. Et viktig moment for å oppnå dette kan være at teamet arbeider systematisk med å få tilbakemeldinger fra brukerne.

10.4 Modell for integrert behandling av ruslidelse og psykisk lidelse (38)

I den integrerte behandlingen av ruslidelse og psykisk lidelse (IDDT, Integrated dual-diagnosis treatment) inngår blant annet omfattende kartlegging av rusproblemer og hvordan bruk av rusmidler og psykiske problemer gjensidig påvirker hverandre. Teamet bør observere hvordan symptombelastning, rusinntak og evne til å ivareta egen situasjon kan variere over tid. Dette kan så danne grunnlag for tilbakemeldinger og en dialog med pasienten: «Vi har sett at når du bruker mye amfetamin, blir du svært redd og er lite hjemme – hva tenker du om det?»

Fidelitetskalaen beskriver hvordan teamet skal tilby integrert behandling av både rusproblemer og den psykiske lidelsen. Hele teamet skal jobbe med integrert behandling og i henhold til en fasespesifikk og ikke-konfronterende behandlingsmodell. Følgende kriterier skal ivaretas av teamet:

- observere og vurdere hvordan ruslidelse og psykisk lidelse interagerer
- bruke stadiene i endringsprosessen i behandlingen
- bruke motiverende intervju
- bruke prinsipper fra kognitiv atferdsterapi
- gi integrert behandling til brukere med samtidige rusproblemer og psykiske lidelser (ROP)

IDDT vektlegger en fasespesifikk tilnærming med intervensjoner som tilpasser seg hvor brukeren er i sin egen endringsprosess. Fasene beskrives som engasjementsfasen, overveielse, aktiv behandling og forebygging av tilbakefall. Det er viktig å understreke at brukeren kan veksle mellom ulike faser og sjelden følger fasene slik de er beskrevet i teorien. Poenget med fasene er å tilpasse intervensjonene til der brukeren selv er på det aktuelle tidspunkt. Å utfordre brukeren på hva hen skal gjøre for å slutte med bruk av rusmidler, kan være prematurt dersom brukeren aldri har tenkt den tanken. Da er det viktigere å engasjere brukeren for å komme i posisjon for mulig endring ved å

stille undrende spørsmål gjennom motiverende intervjuer, for eksempel: «Hva tenker du om det å bruke stoff?» Det vil si at teamet kan utforske ambivalens, spørre brukeren om erfaringer med rusfrie perioder og høre hva hen har gjort tidligere for å redusere eller kutte ut rusen. Det siste er trolig viktigst. En samtale som bare er opptatt av ambivalens, kan lett bli meningsløs dersom man ikke greier å bevege seg mot hva man faktisk har erfart og gjort. Men det må gjøres uten å moralisere. Å samle på rusfrie erfaringer og å lære av disse er viktig når man skal øve seg på å mestre avhengighet av rusmidler.

NKROP har nå utarbeidet en norsk utgave av IDDT. Modellen er utviklet av Dartmouth Psychiatric Research Center i New Hampshire ved blant annet Robert E. Drake og Kim T. Mueser. Den oversatte utgaven av IDDT-manualen inneholder ikke bare metoder knyttet til spesifikk behandling av ruslidelse, men også kapitler om individuell jobbstøtte, oppfølging i bolig, arbeid med recovery og traumer og så videre. Dette er allerede integrert i FACT-modellen.

Evalueringen av FACT i Norge viser at teamene ikke er helt i mål når det gjelder behandling av ruslidelse. Det kan handle om at mye tid og ressurser går med til krise- og akutthåndtering, og at man ikke får tid og rom til å arbeide systematisk med brukerens avhengighet. I og med at bruk av rusmidler trolig gjelder mange av brukerne, er det viktig at hele teamet kan diskutere avhengighet

med brukeren og bruke motiverende intervju som innfallsvinkel ved samtale. Det er derfor nødvendig at teamet er oppdatert både metodisk og kunnskapsmessig, og at de regelmessig drøfter det metodiske arbeidet. Russpesialisten har en viktig rolle her, også med hensyn til kartlegging og gjennomføring av ulike behandlingstiltak.

10.5 Individuell jobbstøtte (IPS) (36–37)

Supported employment-tenkningen (SE), eller arbeid med støtte, vektlegger brukernes eget ønske om å komme i arbeid. Hovedprinsippet er at brukerne skal inn på det ordinære arbeidsmarkedet. Man har gått bort fra en modell med arbeidstreningsgrupper og skjermede arbeidsplasser. Det er flere tilnærminger innen supported employment-feltet. En av modellene er *individual placement and support* (IPS), eller individuell jobbstøtte. Modellen tar utgangspunkt i at alle har rett til arbeid. Den er kunnskapsbasert, er utviklet for personer med alvorlig psykisk lidelse og har solid støtte fra forskning.

Oppfølging fra arbeidsspesialist betraktes som en integrert del av behandling i helse- og omsorgstjenesten (Drake, Bond & Becker 2012). Modellen er operasjonalisert gjennom en fidelityskala av de samme forfatterne, og det er godt dokumentert at IPS-modellen virker best dersom man forholder seg lojalt til prinsippene i modellen:

- Alle som ønsker å jobbe, er kvalifisert for IPS (ingen ekskluderes).
- Målet er ordinært, lønnet arbeid.
- IPS-tjenester er integrert med psykiske helsetjenester.
- Det gis tilpasset ytelses- og stønadsveiledning.
- Jobbsøkingen starter kort tid etter at en deltaker har uttrykt interesse for å jobbe.
- Jobbspesialister bygger relasjoner til arbeidsgivere basert på deltakers ønsker.
- Individuelt tilpasset jobbstøtte har ingen tidsbegrensning.
- Deltakernes preferanser respekteres.

Modellen setter ingen krav til stillingsstørrelse. En av ekspertene innen feltene IPS og recovery, Rachel Perkins, sier at bare det å kunne gå på arbeid noen timer i uka gjør ekstremt mye for brukersens selvoppfatning, verdighet og mulighet for å kunne delta i samfunnslivet. Ifølge Kim Mueser bør pasienter med schizofreni som ønsker å arbeide, gis støtte til dette så raskt som mulig.

IPS er en sentral metodikk for FACT. Arbeids- og utdanningsspesialisten i teamet skal fortrinnsvis ha opplæring i og/eller erfaring med IPS, og skal kunne bruke prinsippene i modellen for å bistå brukere i teamet inn i ordinært arbeid og ordinær utdanning. Hele teamet skal holde oppe visjonen om at tilknytning til det ordinære arbeidsmarkedet/utdanningssystemet skal være en mulighet for

alle brukerne. Teamet skal videre samarbeide aktivt med IPS-jobbspesialister i NAV overfor brukere i FACT.

10.6 Annen arbeidsrettet aktivitet (37)

Man må imidlertid ikke se seg blind på IPS selv om det er den anbefalte tilnærmingen. For noen brukere i teamet kan ordinært arbeid og ordinær utdanning være mindre aktuelt. Noen har mer enn nok med behandlingen og det å få orden på hverdagen. Ordinært arbeid og ordinær utdanning kan ligge et godt stykke fram i tid. For personer som ikke ønsker ordinært arbeid eller ordinær utdanning, kan teamet heller konsentrere seg om andre arbeidsrettede aktiviteter eller tiltak. Andre er tilfredse med at de har en uføretrygd, men vil gjerne ha noe meningsfullt å gjøre.

Det er derfor viktig at teamet har godt oversikt over de mulighetene som finnes i lokalsamfunnet og nærmiljøet rundt brukeren. Teamet må arbeide systematisk med å gi brukerne informasjon om arbeidsrettede aktiviteter og tiltak, framskaffe og tilby reelle tilbud, samt bistå og samarbeide med aktuelle instanser/aktører (offentlige og frivillige) om dette. Hele teamet må være aktive i dette, selv om teamets arbeids- og utdanningsspesialist vil ha en sentral rolle.

11 Avslutning av behandling i FACT

Punktene og resonneringen som følger, er i all hovedsak basert på den nederlandske modellbeskrivelsen. FACT i Nederland har satt relativt strenge kriterier for avslutning. Der er det faglig enighet om at pasienter med alvorlig psykisk lidelse bør ha pasientstatus over lengre tid. Så har man også hatt erfaringer med for rask avslutning i de tidlige ACT-teamene og varierende oppfølging fra andre instanser.

I den nederlandske beskrivelsen av FACT har de satt opp seks kriterier for å vurdere om behandlingen bør avsluttes. Over to år skal pasienten ha fungert som følger:

- a) Pasienten har hatt lavfrekvent kontakt med teamet (én til to ganger per måned) og vært lite opptatt av å få hjelp derfra til å gjennomføre endringer i tilværelsen.
- b) Pasienten administrerer selv medisiner.
- c) Pasienten har et tilstrekkelig tverrfaglig støtte-system i førstelinjen.
- d) Pasienten har en form for arbeid eller daglig aktivitet.
- e) Pasienten har egen bolig.
- f) Pasienten har selv orden på økonomien eller mottar hjelp til det.

Før utskriving må teamet forvise seg om at

- pasienten ønsker utskriving og har tro på egen bedring
- pasienten er i stand til å følge råd og veiledning dersom det blir nødvendig
- pasienten er i stand til å be om assistanse og hjelp dersom det blir nødvendig
- en fast kontakt har ansvar for å følge opp pasienten – en henvisning til kommunal rus-helsetjeneste og psykisk helsetjeneste og/eller en DPS poliklinikk vil være relevant for mange
- fastlegen har nok erfaring og kunnskap til å følge opp pasienten uten FACT-teamet i ryggen

I Norge har FACT en kortere historie, og vi har dermed mindre erfaring med å avslutte pasienter i teamene. I utgangspunktet er FACT også her i Norge et tidsubegrenset behandlingstiltak, for å sikre kontinuitet i behandlingen og oppfølgingen. Pasientene skal trygges på at de kan motta tilbudet så lenge det er nødvendig. Fra dag én skal teamet aktivt jobbe for å synliggjøre og mobilisere brukers styrker og ressurser for å understøtte økt selvstendighet og mestring. Teamet skal ikke ha det travelt med å få skrevet ut brukeren. Teamet skal ha mulighet til å bruke lang tid på kontakt-etablering og relasjonsbygging for å komme i posisjon. Gjennom hele behandlingsforløpet skal teamet konsentrere seg om recovery og kontinuitet.

Pasientforløp i FACT vil ofte være langvarige og preget av gode og dårlige perioder hos brukeren. Mange har behov for omfattende behandling og oppfølging, se fidelityskalaen punkt 49.

For brukere som er stabile over tid (mindre symptombelastning og bedre fungering), bør man vurdere om FACT skal avsluttes. Imidlertid er symptomlette og symptomatisk bedring bare en del av bildet. Like viktig er det at brukeren ikke lenger har behov for så omfattende tjenester som FACT kan gi.

Hovedkriteriet for å skrive ut en pasient er den enkeltes ønske om å leve et mer normalt liv uten behandlingen og oppfølgingen fra et FACT-team. Case manageren skal i prinsippet akseptere et slikt ønske, men skal likevel ta en diskusjon med pasienten og teamet. Til brukeren kan man si at teamet praktiserer lang «oppsigelsestid». I et recoveryperspektiv er det lett å tenke at mangeårig oppfølging fra FACT står i motsetning til alt det recovery-tenkningen innebærer. Vil punktene over bidra til å sementere brukeren i en pasientrolle over altfor lang tid? Det er mange pasienter med

relativt høy symptombelastning som kun forholder seg til fastlege og litt oppfølging ved enkelte kriser. Kriteriene for avslutning er viktige for å unngå at personer med langvarig hjelpebehov og svakt funksjonsnivå mister nødvendig oppfølging og stabile støttespillere. Det må ikke bli slik at produksjonspress og krav om effektivitet og resultater presser fram avslutninger. Noen brukere fungerer svært godt i sitt daglige liv fordi de vet at det er noen i hjelpeapparatet som ivaretar en forutsigbar og nødvendig kontinuitet. For noen kan en for brå avslutning bety utskrivning til ensomhet og en opplevelse av nederlag, akkurat de problemene som kanskje lå til grunn for henvisning til FACT.

Ved forslag om avslutning av oppfølging og behandling i FACT er det viktig å se på pasientens totale livssituasjon, det vil si bolig, arbeid og nettverk. Hvor stabilt er dette, og greier pasienten å mestre hverdagen på en måte hen opplever som tilfredsstillende? Vet brukeren hvor hen skal ta kontakt ved kriser, og er familie og andre nære venner innforstått med dette? Hvis mye er på plass i livet, behovet for samordnet og koordinert oppfølging er redusert, og brukeren er i stand til å bruke for eksempel et tilbud i kommunal rus- og psykisk helsetjeneste og/eller polikliniske samtaler ved DPS, kan man vurdere avslutning. Et viktig poeng er at teamet holder døra på gløtt for å ta brukeren inn igjen når brukeren ønsker å avslutte. Avslutning på prøve er også en mulighet. Teamet

kan også avtale evaluering av utskrivningen etter et visst antall måneder. Alt dette gjør andre instanser tryggere på å ta imot utskrevne pasienter når de vet at FACT alltid vil vurdere nytt inntak ved tilbakefall.

Det kan være mange grunner til at en pasient ønsker å avslutte behandlingen, og slike valg må respekteres. Av og til handler det om at behandlingen og oppfølgingen har gått i stå, eller relasjonen mellom brukeren og teamet kan ha låst seg. Derfor er det konstruktivt å ta en tenkepause, snakke med de som er rundt brukeren, både profesjonelle og pårørende, og si at brukeren kan komme tilbake – i stedet for å si at brukeren ikke passer her. Manglende motivasjon og manglende engasjement kan handle om at teamet har bommet på metodene eller avsluttet forsøkene på å nå pasienten for raskt. Det er viktig å ta en grundig evaluering av metodene og det arbeidet som er utført, sammen med pasienten og familie før man eventuelt avslutter (delt beslutning).

Avslutning i FACT bør ikke være en rask prosess, men noe som kommer etter flere og grundige diskusjoner både i teamet, med eventuelle oppfølgere og med pasienten og pårørende. Dersom teamet mener avslutning er uforsvarlig, og at brukeren vil lide overlast dersom FACT ikke er inne i bildet, må de tydeliggjøre dette både overfor brukeren, samarbeidsparter og pårørende.

12 Hvordan er FACT satt sammen?

FACT skal tilby oppfølging, behandling og rehabilitering i tråd med aktuelle retningslinjer. Det krever innsats fra mange ulike profesjoner (jf. kap. 6) og at kommunen/bydelen og spesialisthelsetjenesten bidrar i det daglige teamarbeidet (jf. samhandlingsmodellen).

FACT-fidelityskala 2010 – norsk revisjon 2023 tar utgangspunkt i team som skal følge opp 100 pasienter. Forholdet brukere/ansatte er i skalaen satt til 10 : 1, ikke medregnet merkantilt ansatt. Ideelt sett vil et team som følger opp 100 personer, ha 12 hele stillinger.

Grunnen til at norske team har en lavere caseload enn nederlandske team, beror på flere forhold. I kapittel 6 skrev vi om mange brukere med ruslidelse og at 20/80-delingen trolig ikke helt gjenspeiler norske forhold.

I tillegg har mange team lange reiseavstander. De ville ikke klare å gi tilstrekkelig oppfølging dersom pasientgruppen var større – særlig ikke hvis de skal ivareta delt caseload og intensiv oppfølging.

12.1 Bemanningsnorm for FACT-team i Norge, ifølge *FACT-fidelityskala 2010 – norsk revisjon 2023*

- teamleder, ett årsverk
- merkantilt ansatt, minst ett årsverk per 100 brukere
- brukerspesialist, minst ett årsverk per 100 brukere
- psykiater, minst ett årsverk per 100 brukere
- psykolog, minst ett årsverk per 100 brukere
- sykepleier/vernepleier, hvorav én med spesialkompetanse innen psykisk helse, minst to årsverk per 100 brukere
- sosionom, minst ett årsverk per 100 brukere
- arbeids- og utdanningsspesialist, minst ett årsverk per 100 brukere

- russpesialist, minst ett årsverk (kan innehas av teammedlem med annen rolle/funksjon)
- recoveryspesialist, minst ett årsverk (kan innehas av teammedlem med annen rolle/funksjon)
- ansatt med særskilt kompetanse knyttet til somatisk helse, minst ett årsverk (kan innehas av teammedlem med annen rolle/funksjon)

Fidelityskalaen punkt 3 anbefaler flest mulig heltidsstillinger. Hele stillinger gjør det lettere å kommunisere i teamet, lettere for alle å være daglig oppdatert og også lettere å veksle mellom case management og intensiv oppfølging. Mange deltidsstillinger kan også gjøre teamet vanskeligere å håndtere som team, og gjør det vanskeligere å sikre en teamtilnærming i henhold til modellen.

12.2 Kompetanse og profesjon

Bemanningsnormen opererer både med spesifikke faggrupper og kompetanse som flere faggrupper kan inneha. For å kunne ivareta de syv C-ene må teamet ha kompetanse innenfor mange fagområder. Bemanningsnormen lister opp både spesifikke faggrupper og særskilt kompetanse.

Noen av oppgavene nevnt under de syv C-ene er knyttet til spesifikke profesjoner, mens kompetanse knyttet til modellene individuell jobbstøtte (IPS) og integrert behandling av ruslidelse og psykisk lidelse (IDDT) kan innehas av faggrupper som sosionom, pedagog, vernepleier eller sykepleier. Profesjonssammensetningen i FACT vil variere fra land til land. I Nederland er sykepleiere den største yrkesgruppen i FACT, i USA er ACT preget av mange social workers. Sykepleiere i Nederland har også en sosialfaglig spesialisering og vil kanskje ta oppgaver som hos oss dekkes av sosionom.

I beskrivelsene som følger, går vi først inn på viktige roller i FACT som ikke er profesjonsspesifikke. Enkelte vil bli relativt utførlig beskrevet. De profesjonsspesifikke rollene vil bli kort beskrevet etterpå.

12.3 Case manager (15)

Med unntak av psykiater og merkantilt ansatt kan de andre faggruppene inneha rollen som case manager i FACT. Fordelingen mellom tiden som brukes på spesialistoppgavene i teamet, og tiden som brukes på å være case manager, vil variere fra team til team og avhenge av de særskilte utfordringene teamene møter. For eksempel: I et team hvor svært mange av brukerne har et liv dominert av bruk av rusmidler kan det være fornuftig at russpesialisten bruker tid på å skolere resten av teamet og begrenser sitt case management-arbeid.

Ifølge fidelityskalaen skal et team normert for 100 brukere ha minst fire årsverk for case managere. Tidligere i modellbeskrivelsen har vi pekt på at FACT har en krevende pasientgruppe, og det er viktig at hver case manager ikke har for mange på sin liste. Derfor tenker vi at rollen som case manager bør ivaretas av flest mulig i teamet, og at individuell caseload bør tilpasses den enkeltes spesialistoppgaver. Den enkelte brukers særskilte behov og situasjon bør spille større rolle enn kapasitet når teamet bestemmer hvem som skal gå inn som case manager. Det kan handle om at case manager har særskilt erfaring eller kompetanse som matcher det brukeren tenker er viktigst. Relasjonen til brukeren vil også kunne være et viktig moment i vurderingen av hvem i teamet som skal tildeles case manager-ansvar.

Som den primære kontaktpersonen for pasienten besøker og hjelper case manageren pasienten regelmessig og sørger for at vedkommende har en oppdatert behandlingsplan. Case manageren kan involvere andre teammedlemmer i ulike deler av behandlingen. For eksempel kan psykiateren trekkes inn i spørsmål om medisiner og arbeids- og utdanningsspesialisten i spørsmål om arbeid.

I tillegg har alle pasientene en skygge-case manager eller sekundærkontakt som også kjenner pasientens situasjon. Vedkommende tar over hvis case manageren er syk eller på ferie. Det kan også hende at relasjonen mellom case manageren og

brukeren skjærer seg. Da kan skygge-case manager gå inn. Delt caseload betyr at hver case manager ikke skal ha ansvar for pasienten alene, men bruke teamet ved behov og i kriser (jf. tavlemetoden).

For at pasienten skal slippe å få besøk av nye og forskjellige teammedlemmer hver dag eller uke, understreker FACT-modellen at én person er case manager og den som holder i trådene, men alltid med teamet i ryggen.

12.4 Teamleder (14, 25)

Lederen for teamet kan ha ulik profesjonsbakgrunn, men skal ha klinisk og administrativt ansvar for teamet og være den som rapporterer til overordnede instanser, styringsråd og slikt. Utdanningen og erfaringen til lederen må være relevante for disse oppgavene. Lederen skal koordinere teamet og kunne gi veiledning innen det kliniske arbeidet til personalet. Vedkommende har full stilling og bør ikke ha ansvar for andre enheter enn teamet. Det kan være vanskelig å ha andre spesialistroller i teamet enn å være leder. Det er viktig at teamlederen kjenner godt til hvordan teamet jobber, hvor skoen trykker, og hvordan prosedyrer, strukturer og organiseringen av oppfølgingen fungerer i praksis. Av den grunn skal også teamlederen utføre klinisk arbeid (> 30 %) på linje med de andre medlemmene i teamet, se punkt 25 i fidelityskalaen. Det kan for eksempel være som skygge-case manager. Lederen skal være til stede på tavlemøtene og på behandlingsmøter. Lederen må kjenne FACT-modellen og arbeide aktivt i henhold til den, både i teamet og utad overfor ulike samarbeidsparter. En sentral lederoppgave er å ha ansvar for strukturer og rutiner som ivaretar og fremmer modellen, og å utvikle teamet i tråd med modellen.

12.5 Merkantilt ansatt (13, 24)

FACT-teamet skal være mest mulig ute i lokalmiljøet, der pasienten lever og bor. Imidlertid bør én person ha i oppgave å koordinere virksomheten ved basen. Det kan være å ha en sekretærfunksjon når det gjelder planarbeid og møter, å holde oversikt over journalarbeidet, å foreta registreringer og å ivareta koordinerende oppgaver. Merkantilt ansatt skal bistå leder, være oppdatert på hvor de

forskjellige behandlerne befinner seg, og ikke minst ta imot beskjeder fra pasienter og pårørende dersom disse ikke får tak i case manager. I noen team har merkantilt ansatt rollen som tavleleder. FACT bør ha en merkantilt ansatt i full stilling, som en integrert del av teamet og med teamet som eneste oppgave. Dette frigjør behandlerkapasitet og bidrar til at behandlere i størst mulig grad kan arbeide ute. Funksjonen har også et helse-, miljø- og sikkerhetsaspekt. For de som arbeider ute, er det en trygghet å vite at en person i basen er oppdatert på hvor de er, og hvem de besøker.

12.6 Brukerspesialist (8)

I hjelpeapparatet er det vanlig å ansette personer med brukererfaring. Brukermedvirkning og recoverybaserte tjenester er en sentral del av FACT-modellen. Det skal være en brukerspesialist i FACT. Brukerspesialist er en person som selv har opplevd psykiske lidelser og/eller rusmiddelavhengighet. Hen bruker erfaringene sine fra møter med helse-tjenestene og egen tilfriskningsprosess i kontakten med personer som mottar behandling fra FACT.

Selv om brukerspesialisten kan ha profesjonsbakgrunn, blir vedkommende ansatt på grunn av erfaringene som bruker. Hen skal være et likeverdige teammedlem – med de forpliktelsene og rettighetene det innebærer (skrive i journal mv.).

Brukerspesialisten representerer håpet og er et bevis på at bedring er mulig. Egne erfaringer brukes på en konstruktiv måte for å støtte bedring hos brukere. Med sin bakgrunn kan brukerspesialisten ofte få en annen type kontakt med pasienter enn profesjonsutdannede. Brukerspesialisten møter pasientene som en likeperson, en som snakker samme språk, og har en alternativ tilnærming. Dette er særlig viktig overfor brukere som er skeptiske til å møte FACT, vegrer seg for å ta imot besøk hjemme eller har dårlige erfaringer med tidligere behandling. Brukerspesialisten er aktivt med i teamets drøftinger og i oppsøkende og motiverende arbeid.

Vedkommende veileder brukerne for å fremme mestring, egenomsorg og selvtilit. Målet kan for eksempel være at brukerne klarer å lede egne behandlingsmøter. Videre kan brukerspesialisten gi tilbud om formelle og uformelle bedringsstrategier til brukere, individuelt eller i gruppe.

Vedkommende gir informasjon om bedring, rehabilitering og brukerrettigheter, og bidrar med generell erfaringskunnskap om ulike former for behandling og rådgivning. Videre bør vedkommende ha oversikt over ulike brukergrupper, pårørendearbeid og brukerstyrte aktiviteter.

Innad i teamet vil brukerspesialisten kunne gi opplæring eller ad hoc-veiledning til andre teammedlemmer i recoverystrategier. Brukerspesialisten taler på brukerens vegne og fanger ofte opp perspektiver som andre ikke oppdager like lett. I diskusjoner introduserer vedkommende alltid brukerperspektivet og forsøker å vurdere om behandlingen og støtten til brukeren stemmer overens med brukerens mål. De fem dimensjonene tilhørighet, håp, identitet, mening og selvbestemmelse (forkortet CHIME på engelsk) (Leamy et al. 2011) kan fungere som et godt rammeverk for brukerspesialistens arbeid.

Det å være brukerspesialist kan oppleves som en ensom posisjon. Det kan også være krevende å ha en rolle som innebærer å være ansatt på lik linje med de andre i teamet. I noen team er det derfor blitt diskutert om man skal ansette flere med egenerfaring.

12.7 Recoveryspesialist (9)

En av teamets ansatte tildeles rollen recoveryspesialist for å sikre at teamet holder oppmerksomheten på recovery og bedringsprosesser. Der brukerspesialisten i stor grad arbeider med den personlige recoveryprosessen, vil recoveryspesialisten rette oppmerksomheten mot recovery som sosial prosess. Denne forstås som aktiviteter og strategier basert på personens hverdagsliv og lokalmiljø. En viktig oppgave er å ha en oversikt over hva som finnes i nærmiljøet når det gjelder aktiviteter som gir mening og innhold i hverdagen. En recoveryspesialist skal jobbe med bedringsprosesser og brukernes styrker og ressurser framfor symptomlette og medisiner (60), og hen skal samarbeide tett med brukerspesialisten i teamet (8, 60) og sammen med sistnevnte sørge for systematisk bruk av tilbakemeldings-/feedbackverktøy (60) og for at brukernes ønsker og mål er tydelige i blant annet behandlingsplaner. Samarbeidet mellom brukerspesialist og recoveryspesialist vil være en styrke for teamet, siden det da er flere som holder oppmerksomheten på recovery og bedringsprosesser, og som sammen kan bidra til at resten av teamet får økt forståelse og kunnskap på området.

12.8 Arbeids- og utdanningsspesialist (7, 36, 37) (viser også til kap. 10)

Arbeids- og utdanningsspesialisten jobber først og fremst med arbeidsrettet aktivitet. Dette inkluderer både ordinært arbeids- og utdanningsløp og andre former for arbeidsrettede tilbud, tiltak og aktiviteter.

Arbeids- og utdanningsspesialisten er et fullverdig teammedlem og inngår som en sentral del av den integrerte, sammenhengende og helhetlige oppfølgingen som blir gitt av teamet. Rollen innebærer en bred recoveryorientert tilnærming til arbeid og utdanning, med utgangspunkt i de ønskene som brukerne har.

Arbeids- og utdanningsspesialisten innehar en miljøterapeutisk rolle og utøver helsehjelp på lik linje med de andre ansatte i teamet. Selv om hele teamet skal jobbe aktivt med arbeidsrettet aktivitet, vil vedkommende likevel ha et spesielt ansvar for å fronte viktigheten av dette innad i FACT. I det ligger også å innhente informasjon om og skaffe teamet oversikt over aktuelle tiltak og tilbud i opptaksområdet.

Som nevnt i kapittel 10.5 skal arbeids- og utdanningsspesialisten fortrinnsvis ha kunnskap om IPS og bruke sentrale prinsipper i modellen i sitt arbeid. Samarbeid med jobbspesialister i NAV og eventuell deltakelse i opplæring/veiledning i bruk av modellen vil også være aktuelle områder for personen som innehar denne rollen i teamet.

12.9 Russpesialist (6)

For å få full skår i fidelity må denne ha minst et års utdanning eller erfaring fra behandling/oppfølging av ruslidelser. Det er spesielt viktig med kunnskap om metoder for integrert behandling av ruslidelse og psykisk lidelse (IDDT-modellen) og erfaring med å kunne bruke disse metodene i pasientarbeidet. Hovedelementene i IDDT er:

- å systematisk og grundig kartlegge for å vurdere interaksjonen mellom bruk av rusmidler og psykisk lidelse
- å kartlegge, følge med på og dokumentere hvilken fase av endringsprosessen brukeren er i, og aktuelt behandlingsstadium

- å være aktivt oppsøkende og bruke motiverende samtale som metode
- å bruke kognitiv atferdsterapi som tilnærming og arbeide med å forebygge tilbakefall
- å tilpasse intervensjoner og behandling til de fasene i endringsprosessen brukeren befinner seg i

Innad i teamet skal russpesialisten demonstrere og veilede i ulike framgangsmåter og former for intervensjoner i henhold til IDDT-modellen.

Dette gjelder også ad hoc-veiledning. Det er viktig å trene andre i teamet for at de kan utvikle ferdigheter i kartlegging og behandling av ROP-lidelser. Sentralt er bruk av motiverende intervju og å kunne gi teamet veiledning i metoden. Videre skal spesialisten bidra med oppdatert kunnskap om avhengighet og kunne veilede øvrige teammedlemmer både om dette og om metoder knyttet til behandling av avhengighet.

12.10 Psykiater (4)

Pasientene i FACT sliter med omfattende og langvarige psykiske problemer og har generelt store utfordringer knyttet til psykisk og fysisk helse. Så vel psykiater som psykolog har sentrale oppgaver og et ansvar for utredning, diagnostisering og behandling. Mange pasienter er avhengige av medikamentell behandling og må jevnlig følges opp av både psykiater og sykepleier.

Psykiater vil være ansvarlig for medikamentell behandling av psykisk lidelse og sammen med psykolog ansvarlig for at det settes diagnose etter endt utredning (jf. kap. 9.2). Selv om hele teamet inngår inn i utredningsarbeidet, er psykiaterens eget bidrag viktig. Medikamentell behandling krever jevnlig oppfølging, og mange pasienter vil slite med bivirkninger og være skeptiske til bruk av medisiner. Psykiater er ansvarlig for at oppfølging av medikamentell behandling ivaretas på en god måte, og at pasientens skepsis blir tatt alvorlig. I tråd med behandlingsansvaret som psykiater (og psykolog) har for teamets brukere, må psykiater være med på behandlingsmøter og i utarbeidelse av behandlingsplan. Videre skal psykiater være med på daglige teammøter, delta i vurderingen av hvem som skal på eller av FACT-tavla, og være med case manageren på hjemmebesøk. Hjemmebesøk kan handle om vurdering

av pågående medikamentell behandling, kriser og tilbakefall eller akutsituasjoner. I slike situasjoner må det gjøres risiko- og/eller selvmordvurderinger. Der det er mulig, bør teamet tilstrebe samarbeid med pårørende. Beslutninger om innleggelse, om å initiere tvangsbruk (se kap. 5.2) og om eventuell bruk av tvang ved TUD ligger hos psykiater (avhenger av hva som er delegert fra aktuell avdelingsoverlege). Sammen med teamleder og psykolog vil psykiater oftest være faglig ansvarlig for behandlingen i FACT og den som skal veilede resten av teamet. Da er det viktig at vedkommende er med på inntaksmøter og møter hvor utskriving diskuteres.

Det er viktig at psykiater deltar i teamets oppsøkende arbeid slik at hen unngår kun ensidig kontorbasert arbeid.

12.11 Psykolog (5)

Hvilke oppgaver som ligger til psykologen, vil avhenge av om teamet har psykologspesialist eller psykolog uten spesialistgodkjenning. Psykologspesialist vil kunne gjøre noen av de samme oppgavene som psykiater (innleggelse, sette endelig diagnose, vurdere bruk av tvang og gjøre en begrenset vurdering av medikamentell behandling) avhengig av hvilke oppgaver som delegeres fra avdelingsoverlege eller tilsvarende.

Psykologkompetansen i teamet er viktig både når det gjelder utredning og utarbeiding og gjennomføring av spesifikke behandlingsopplegg. Mange av de behandlingsoppleggene som er nevnt under de syv C-ene (kap. 4) og i kapittel 10, vil psykologen stå for eller initiere. Pasientens sykdomsbilde kan være både komplisert og sammensatt. Det vil ofte kreve omfattende utredning utover det som er nødvendig for å sette diagnose. For brukere av FACT er kartlegging av kognitive funksjoner og særlig eksekutivfunksjoner viktig. Det kan bidra til at det ikke settes urealistiske mål i planarbeidet. Videre vil psykologen i FACT ofte ha oppgaver knyttet til veiledning av øvrig personale. Utover veiledning knyttet til behandling og enkeltpasienter vil det også være viktig med veiledning knyttet til teamarbeid og teamprosesser. Psykologen må, av samme grunner som psykiater, delta på daglige tavlemøter, på behandlingsmøter og i utarbeidelse av behandlingsplaner.

Psykologen (sammen med psykiater) har et overordnet behandlingsansvar for brukerne i teamet. Psykologen kan også ha flere roller i teamet (case manager, russpesialist, recovery-spesialist etc.), men dette bør ikke gå utover kjernefunksjonen.

Det er viktig at psykologen deltar i teamets oppsøkende arbeid slik at hen unngår kun ensidig kontorbasert arbeid.

12.12 Sykepleier/vernepleier (10)

Ifølge bemanningsnormen skal et FACT-team ha to hele sykepleier-/vernepleierstillinger. Minst én av disse skal ha spesialkompetanse innen psykisk helse. Sentrale oppgaver er oppfølging av medikamentell behandling og fortløpende vurdering av sykdomsbildet og fare for drop-out og tilbakefall. Videre skal sykepleier/vernepleier kunne kartlegge pasientene for medisinske problemer og eventuelle bivirkninger av medikamentell behandling.

Internt skal sykepleier/vernepleier gi andre teammedlemmer veiledning eller opplæring i å vurdere psykiatriske symptomer og bivirkninger av legemidler. Hen skal i samarbeid med brukerne også utvikle strategier for å sikre at medisiner inntas som foreskrevet.

Sykepleier/vernepleier skal veilede, undervise og drive helsefremmende og forebyggende arbeid. Et viktig område er å bistå brukerne i å ivareta egenomsorg. Sykepleier/vernepleier må ha kompetanse på psykoedukasjon og recovery og kan arbeide med mange av punktene i oversikten over de syv C-ene.

12.13 Ansatt med somatisk kompetanse (11)

Et av teammedlemmene skal ha spesiell oppmerksomhet rettet mot pasientenes somatiske helse. Sykepleier/vernepleier vil være aktuelle for en slik rolle i teamet. Mange av pasientene i FACT sliter med samsykkelighet knyttet til somatiske helseproblemer. Disse problemene er ofte underkommunisert innenfor hjelpeapparatet. Viktige oppgaver i denne rollen er å kartlegge somatisk

helse, knytte pasienter til fastlege, følge opp somatisk behandling og sikre at ernæring, somatisk undersøkelse og oppfølging blir en del av behandlingsplanen.

12.14 Kompetanse knyttet til rehabilitering og sosiale forhold (12)

I tillegg til egen sykdom sliter mange pasienter i FACT både økonomisk og sosialt. De syv C-ene handler om rehabilitering på mange livsområder, og av og til vil det være snakk om habilitering. Det vil si å lære å mestre nye og ukjente forhold. Rehabilitering og habilitering i FACT handler om å gi brukerne verktøy for å lære å mestre egen sykdom, holde på en bolig, mestre arbeidslivet, skape en meningsfull hverdag og så videre. Teamet skal kunne gi økonomisk veiledning, og praktisk hjelp og støtte der det er nødvendig. Andre oppgaver kan være å gi støtte til familie og pårørende og å hjelpe brukerne til å ivareta konstruktiv samhandling med både familie og nettverk. For å ivareta alt dette trenger teamet pedagogisk og sosialfaglig kompetanse, inkludert kunnskap knyttet til nettverksarbeid. Videre trenger FACT kompetanse om ulike systemer og instanser teamet må samhandle med, som NAV, rettsvesen og politi.

FACT er normert med en full stilling for sosionom. Likevel er det viktig at hele teamet har med seg et sosialfaglig perspektiv i arbeidet med sentrale livsområder når de følger opp brukerne.

12.15 Øvrig kompetanse

I og med at sentrale oppgaver i FACT handler om rehabilitering og deltakelse i lokalmiljøet, vil mye av arbeidet til teamet også handle om psykoedukasjon, veiledning og å stimulere brukernes sosiale og kulturelle kapital. Vi tenker derfor det er viktig å framheve at teamene bør ha pedagogisk kompetanse, enten ved å ansette personer med pedagogisk utdanning eller personer som har dette i fagkretsen eller erfaringsområdet.

Noen norske team har gode erfaringer med musikkterapi og bruk av musikkterapeuter i recoveryprosessen. Kompetansen kan være i teamet (ansette musikkterapeut), eller teamet kan knytte til seg musikkterapeuter hos samarbeids-

partnere i kommune/bydel eller spesialisthelsetjenesten. Musikkterapi anbefales i mange av Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer, blant annet i Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser (2013) og Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet (2016).

12.16 Generalist- og fagkompetanse – å være et team

Poenget med den teambaserte tilnærmingen er ikke at alle teammedlemmene skal være like og jobbe som generalister, men at ulike yrkesgrupper med ulik kompetanse skal kunne bidra til en helhetlig forståelse av brukere med svært sammensatte problemer. Ansatte i teamet med ulik fagkompetanse har jevnlig behov for å kunne oppdatere seg innenfor eget fagområde, få veiledning og faglig påfyll og formidle dette videre til teamet. Samtidig skal hele teamet oppdatere seg på og diskutere erfaringer med modellen de arbeider etter, se fidelityskalaen punkt 58. Likevel må ikke den enkeltes fagkompetanse går ut over case management-funksjonen. Teamet trenger dedikerte case managere med ulik profesjonsbakgrunn og en samlet faggruppe som kan trå til når intensiv oppfølging trengs. Det er viktig at teamet arbeider for å utvikle kompetanse om det å være et behandlingsteam. Teamlederen har overordnet ansvar for dette.

Å arbeide i FACT passer best for medarbeidere som liker å arbeide utradisjonelt og i en sammenheng der man må arbeide nært sammen med andre. Medarbeiderne må hele tiden tåle å dele egne arbeidserfaringer på godt og vondt med kollegaene – uten et kontor å trekke seg tilbake til. Delt caseload innebærer hyppige diskusjoner om ulike tilnærminger og løsninger på daglige utfordringer. Faglig uenighet kan oppstå, men pasientene er avhengige av et samlet team som ikke fortaper seg i lange og prinsipielle diskusjoner. Et viktig prinsipp er å ha hyppige, men korte evalueringer hvor man fortløpende vurderer teamets praksis. I slike sammenhenger er personlige ressurser og erfaringer og engasjement for recoveryorientert arbeid viktig. Det å skape et godt klima som kan ivareta gleder og suksesser, men også gi rom for å stå i tunge dager der man ikke helt får det til, blir både en lederoppgave og et ansvar for alle i

teamet. Et slikt klima er helt nødvendig for også å kunne snakke om motgang, usikkerhet, tvil og uenighet.

Fidelityskalaen punkt 57 handler om refleksjon rundt egen praksis. Det handler ikke bare om å kunne modellen, men også om å kunne reflektere over det å møte en pasient, eller «den andre», der vedkommende bor og lever sitt liv. Hvordan opptrer vi på den andres arena, og hva gjør slike møter med oss?

FACT vil ikke passe for fagpersoner som primært er opptatt av yrkesroller, og som hevder at noen oppgaver ikke passer deres profesjon. Det å arbeide

aktivt oppsøkende betyr å kunne være fleksibel og hjelpe brukere med ting som ikke alltid står i lærebøkene. Punkt 61 i fidelityskalen understreker teamånd. Det handler om entusiasme og engasjement, men også om evne til fleksibilitet og det å gi gjensidig støtte og ivareta god stemning de ansatte imellom. Det er viktig å skape en så trygg stemning i teamet at alle kan snakke like greit om så vel suksesser, som egne tabber i det daglige arbeidet. Åpenhet og raushet innad i teamet vil ofte smitte over på måten pasientene blir møtt og ivaretatt på.



13 Samhandlingsmodellen

Prinsippene for samhandling, det vil si organiseringen av tjenestene fra FACT, er beskrevet i punktene 40–42 i fidelitetskalaen. Målgruppen for FACT mottar helsetjenester fra både kommunen/bydelen og spesialisthelsetjenesten. I tillegg er flere andre kommunale tjenester involvert (f. eks. NAV). Begrunnelsen for etablering av først ACT-team, senere FACT, er at brukergruppen ofte har falt ut av tjenester som baserer seg på og forutsetter at brukerne selv oppsøker aktuelle tjenester og tjenesteytere.

Når noen brukere faller utenfor, kan det handle om at tjenestene ikke henger sammen, er vanskelig tilgjengelige og/eller er preget av uklar ansvarsdeling. Denne brukergruppen blir ofte omtalt som lite motiverte, men makten til å definere noen som ikke motivert ligger oftest hos tjenesteyterne.

13.1 Overordnet ansvar hos FACT

Ifølge FACT-modellen skal teamet i utgangspunktet gi de fleste tjenester (jf. de syv C-ene og byggesteinene), ha den kompetansen som kreves, og være tverrfaglig sammensatt. Både ansvar for å gi disse tjenestene og for å inneha kompetansen er i Norge delt mellom to forvaltningsnivåer: kommune og spesialisthelsetjeneste.

Ved etablering av FACT har det derfor vært nødvendig med en forpliktende samhandlingsavtale på systemnivå mellom de nevnte instansene. I dette ligger en forståelse av at aktuelle pasienter vil få ufullstendig eller mangelfull behandling dersom teamet bare omfatter tjenester fra ett nivå. Avtalen skal være forankret på toppnivå og beskrive partenes forpliktelser og bidrag i samhandlingen (punktene 40–42 i fidelitetskalaen).

Slik FACT-modellen er utformet og tenkt, skal teamet bestrebe seg på å gi de fleste tjenestene. De skal sørge for helhetlig behandling og individuell oppfølging rettet mot brukerens behov og

ønsker. Det kan være mot fritidsaktiviteter, kontakt med andre instanser i hjelpeapparatet, økonomi og trygd, støtte i hjemmet, arbeid og meningsfylt aktivitet, kontakt med familie og sosialt nettverk, nabolag og tilhørighet i lokalsamfunnet, somatisk oppfølging, medisiner og psykoterapi. Så vil det være tjenester som det er vanskelig å ivareta i teamet slik helsetjenestene i Norge er organisert. Fastlegesystemet ivaretas ikke av FACT, men FACT har ansvar for at pasienten har en fastlege, og at legen og teamet oppdateres om helsetilstanden til pasienten, i henhold til taushetsplikten. For somatiske tilstander stiller fastlege diagnose og foreskriver behandling. FACT har ansvar for at behandlingen følges opp. Så kan det være tilfeller med omfattende somatisk oppfølging hvor kommunal hjemmesykepleie må supplere FACT, bemannede botiltak hvor både FACT og personalet i boligen følger opp, og oppfølging i bolig som er så omfattende at flere enn FACT må trå til (jf. pas F, kap. 7). Utlevering av medisiner er i de fleste sammenhenger et klart samarbeidsanliggende mellom FACT og hjemmebaserte tjenester i kommunen/bydelen. Uansett må oversikten over tiltak og ansvaret for oppfølging ligge hos FACT. Det er viktig å unngå at det gis parallelle tjenester fra teamet og andre instanser, enten det er kommunale tjenester eller spesialisthelsetjenester. Et stikkord er at tjenestene skal gis integrert.

Så er det oppgaver som må gjøres utenfor teamets arbeidstid. Kriser kommer ofte på kveldstid eller i helger. Her må teamet inngå i forpliktende samarbeid med andre instanser og tjenesteytere. Teamet skal ifølge modellen være involvert i innleggelse, under innleggelse og ved utskrivning og etter innleggelse. Både krise- og behandlingsplan blir viktige verktøy.

Når somatisk eller psykiatrisk sykehus, rusbehandlingsinstitusjoner, spesialister utenfor institusjon eller politiet og rettsvesenet er involvert, er det viktig at FACT ivaretar helheten og ansvaret for oppfølging både før, under og etter eventuelt døgnopphold/soning. For pasienter i en stabil

bedringsprosess kan psykoterapi gitt av andre være hensiktsmessig, gitt at det ikke er kapasitet i teamet, og/eller som en del av en utskrivelsesprosess. Da vil det være FACT som bestiller i tråd med behandlingsplanen, og ut fra brukerens ønske. Så lenge brukeren fortsatt er pasient i FACT, vil det være teamet som har det overordnede ansvaret for at også slik behandling følges opp. Avtalen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen handler blant annet om å bidra med ressurser inn i FACT, inkludert årsverk. Avtalen mellom FACT og kommunen handler blant annet om å ha oversikt over hvilke tjenester pasientene får fra kommunen, utover det teamet gir. Case manageren koordinerer samarbeidet med kommunale tjenesteytere, og tjenestene beskrives i pasientens behandlingsplan. Avtalen mellom FACT og spesialisthelsetjenesten handler om noe av det samme, altså en oversikt over tjenester som gis av andre enn teamet, dialog rundt inntak og utskriving, god dokumentasjon gjennom journal-systemer og at tjenestene beskrives i behandlingsplanen.

Evalueringen av FACT peker på at behandlingsplanene i liten grad er i tråd med de kravene FACT-modellen setter. Planene beskriver ikke

hvilke andre instanser som gir tjenester. Videre er kriseplaner ikke alltid tilgjengelige for akuttjenestene. Påførende etterlyser dessuten oppfølging etter åpningstid.

Det er en oppgave for FACT-teamene, sammen med brukerne, å utforme og følge opp behandlingsplaner slik at de inkluderer alle aktuelle tjenester både i og utenfor FACT. Gevinsten vil være at personer med omfattende hjelpebehov får et forutsigbart, kontinuerlig og integrert tilbud.

Oppsummert skal et FACT-team sørge for at brukeren får helhetlige tjenester (dekke ulike behov hos brukeren), og at tjenestene gis på en samlet og koordinert måte. Tiltakene bør nedfelles i en felles behandlingsplan. Det er viktig å understreke at FACT skal ha full oversikt og det overordnede koordineringsansvaret for alt som gjøres. Dersom dette ansvaret delegeres, kan man igjen havne i en situasjon med fragmenterte tjenester til en pasientgruppe som ikke bør ha det.

Referanser:

Bähler, M., van Veldhuizen, J., van Vugt, M., Delespaul, P., Kroon, H., Lardinois, J. og Mulder, N. (2010). *Fidelity scale FACT*, Certification Centre for ACT and FACT (CCAF).

Burns, T., Firn, M. og Lindqvist, B. (2005). *Samhällsbaserad psykiatrisk vård: en handbok för praktiker*. Studentlitteratur.

Delespaul, PAEG og Consensusgroep EPA (Cahn WDG, Drukker M., Van der Gaag M., Van Heugten T., Van Hoof F., Keet R., Kroon H., Mulder N., Van Os J., Slooff C.J., Sytema S., van Veldhuizen R., van Weeghel J., Wiersma D., Willemsen E. og Wunderink L.), 'Consensus over de aard en omvang van de EPA populatie', (2012). (submitted) *Tijdschrift voor Psychiatrie*, The Netherlands.

Drake, R. E., Essock, S. M., Shaner, A., Carey, K. B., Minkoff, K., Kola, L., ... og Rickards, L. (2001). Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness, *Psychiatric services*, 52(4), 469–476.

Drake, R. E., Bond, G. R. og Becker, D. R. (2012). *Individual placement and support: An evidence-based approach to supported employment*. Oxford University Press.

Gråwe, R. W. og Holter, M. (2009). *Mestring av rus- og psykiske problemer: et gruppebasert lærings- og mestringsprogram*. Tapir akademisk forlag.

Helsedirektoratet (2014). *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjeneste*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet. (2013). *Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser (Nasjonal faglige retningslinjer IS-1957)*. Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2016). *Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet* [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 24. januar 2017, lest 29. juni 2023).

Helsedirektoratet (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser Sammensatte tjenester – samtidig behandling (IS-1948)*. Helsedirektoratet.

Horsfall, J., Cleary, M., Hunt, G. E. og Walter, G. (2009). Psychosocial treatments for people with co-occurring severe mental illnesses and substance use disorders (dual diagnosis): A review of empirical evidence. *Harvard review of psychiatry*, 17(1), 24–34.

IMR-nettverket. (2022). *Om IMR*. Se imr-nettverket.no

Kelly, T. M., Daley, D. C. og Douaihy, A. B. (2012). Treatment of substance abusing patients with comorbid psychiatric disorders. *Addictive behaviors*, 37(1), 11–24.

Landheim A., Odden, S., Clausen, H., Heiervang, K., Stuen, H. K. og Ruud, T. (2014). *Utprøving av ACT-teamene i Norge. Hva viser evalueringen? (Evaluering av ACT team. Sluttrapport)*. Nasjonal kompetanse-tjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, Sykehuset Innlandet HF.

Landheim, A., Hoxmark, E. M., Aakerholt, A. og Aasbrenn K. (2017). *Potensialet for Assertive Community Treatment (ACT) og Fleksibel ACT (FACT) i Norge* (Rapport nr. 3/2017). Nasjonal kompetanse-tjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP), Høgskolen i Innlandet og Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA).

Landheim, A. og Odden, S. (2020). *Evaluering av FACT-team i Norge. Sluttrapport. Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse* (NKROP), Sykehuset Innlandet HF.

Landheim, A., Odden, S. og Clausen, H. (2022). Samhandlingsmodeller ACT & FACT. I Lien, L. og Lie T. W. (Red.), *Sammensatte problemer, sammenvevde tiltak*. (1.utg., s. 237–259). Fagbokforlaget.

- Lie, T., Håland, M. E., Stevenson, B. og Nesvåg, S. (2017). *Tjenestemottakere med rus- og psykiske helseproblem i kommunene* (BrukerPlan – årsrapport 2017. Helse Stavanger HF).
- Mary, L. (2011). Bird V., Le Boutillier C. Williams J. og Slade M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445–452.
- McFarlane, W. R. (2016). Family interventions for schizophrenia and the psychoses: A review. *Family process*, 55(3), 460–482.
- Monroe-DeVita, M., Moser, L. L. og Teague, G. B. (2013). *The tool for measurement of assertive community treatment (TMACT). Implementing evidence-based practices in behavioral health*. Center City, MN: Hazelden.
- Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) (2023). *Etablerings- og driftshåndbok for FACT-team*.
- Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP) (2023). *Fleksibel ACT – Arbeidsbok – FACT fidelitetskala 2017R – Norsk versjon 2023*.
- Slade, M. (2017). *100 råd som fremmer recovery. En veiledning for psykisk helsepersonell* (Rapport nr. 2/2017). NAPHA – Nasjonalt kompetansesenter for psykiskhelsearbeid.
- Ryan, P. og Morgan, S. (2004). *Assertive outreach: A strengths approach to policy and practice*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Salyers, M. P. og Tsemberis, S. (2007). ACT and recovery: Integrating evidence-based practice and recovery orientation on assertive community treatment teams. *Community mental health journal*, 43, 619–641.
- St.prp. nr. 63 (1997–98). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006 Endringer i statsbudsjettet for 1998*.
- Stein, L. I. og Test, M. A. (1980). Alternative to mental hospital treatment: I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of general psychiatry*, 37(4), 392–397.
- Teague, G. B., Bond, G. R. og Drake, R. E. (1998). Program fidelity in assertive community treatment: Development and use of a measure. *American journal of orthopsychiatry*, 68(2), 216–233.
- van Veldhuizen J., Bahler M. *Manual: Flexible Assertive Community Treatment: Vision, model, practice and organization*. CCAF. 2013.
- van Veldhuizen J.: *FACT Flexible Assertive Community Treatment: Visjon, modell og organisering av FACT-modellen*. (2014) Norsk oversettelse, Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (2014).
- Aakerholt A. (2013). *ACT-håndbok (Inkludert beskrivelse av FACT-modellen)*. Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (2013).
- Vi viser også til www.rop.no og www.napha.no for mer litteratur om FACT og ACT. I *ACT-håndbok*, 2. utgave, er det også en utførlig referanseliste og oversikt over fordypningslitteratur.

Vedlegg 1: Om FACT-fidelityskalaer

Hvorfor modelltrofasthet?

FACT-modellen har raskt blitt utbredt i Norge, og det er FACT-team i alle deler av landet – i urbane og rurale områder. Det er stor variasjon i konteksten teamene inngår i, noe som bidrar til variasjon i organisering og fungering. En standardisert modell gjør det mulig for FACT-teamene å vurdere i hvor stor grad de jobber etter modellen. Vurdering av modelltrofasthet gjør man for å undersøke om modellen er implementert, det vil si at man vurderer i hvilken grad et team jobber i tråd med FACT-modellen. Det gjør det mulig for teamet å vurdere seg mot en idealtypisk standard og mot andre team, og å se sin egen utvikling over tid. Vurdering av modelltrofasthet har primært betydning for kvalitets- og forbedringsarbeid i de enkelte FACT-teamene. En systematisk vurdering av modelltrofasthet i norske team kan sikre at utviklingen av FACT i Norge ikke fjerner seg for langt fra den opprinnelige FACT-modellen.

I evaluerings- og forskningsarbeid er teamenes modelltrofasthet avgjørende for å vite hva man evaluerer, og for å kunne si noe om nytte og effekt av modellen.

Utviklingen av fidelityskalaene

En vurdering av modelltrofasthet forutsetter en klart definert skala. Det finnes to etablerte skalaer for å vurdere FACT-teams modelltrofasthet. Den første nederlandske FACT-fidelityskalaen ble utarbeidet i 2008 (Bähler M., van Veldhuizen J.R., van Vugt M.D. et al. *De FACT-schaal: FACTs. Heiloo/ Utrecht; 2008*) og var inspirert av fidelitysskalaen for ACT (DACTS) fra 1998. 2008-skalaen ble revidert i 2010, da kalt FLEXIBLE ACT SCALE, og brukt for å vurdere FACT-teamenes modelltrofasthet fram til lansering av FACT FIDELITY SCALE 2017.

FLEXIBLE ACT SCALE 2010 ble oversatt til norsk i 2013 uten at man i særlig grad tilpasset den til norske forhold. Skalaen ble tilgjengelig som vedlegg i *ACT-håndboka* (Aakerholt 2013). Den har blitt brukt i evalueringen av norske FACT-team og

av NKROP og NAPHA i forbindelse med ekstern fidelitymåling av team. 2010-skalaen består av 7 hovedområder med til sammen 60 delskalaer som skåres på en 5-punktsskala.

2017-skalaen kom i en ny revidert versjon i mars 2022 («FLEXIBLE ACT WERKBOEK – FACT SCHAAL 2017R (Revisie van maart 2022)»). Denne er oversatt til norsk (FLEKSIBEL ACT – ARBEIDSBOK – FACT FIDELITYSKALA 2017R – Norsk versjon 2023). 2017R består blant annet av en skåringsdel for kjerneelementer i FACT-modellen i tillegg til åtte fokusområder (tema) som kartlegges og skåres. Siden 2010-skalaen har mer detaljerte og presise formuleringer for praksis enn 2017R, er den godt egnet til innlæring av modellen og til fidelityvurdering i de første oppstartsårene for nyetablerte team. Skalaen vil også være aktuell etter dette for team som ønsker å re-etablere en grunnstruktur etter modellen, for eksempel i forbindelse med større organisatoriske endringer eller store utskiftninger av ansatte i teamet. 2017R, med sin åpne form, er mer tilrettelagt for kvalitets- og utviklingsarbeid i team som har vært i drift noen år, og som kjenner FACT-modellen godt. Skalaen tar høyde for lokale tilpasninger til modellen, slik som ulikheter i målgruppe og lokale forhold.

I tillegg til fidelityskala for ordinære FACT-team er det utviklet egne fidelityskalaer for FACT-sikkerhetsteam (forensic) og FACT ung-team.

Måleinstrumentet:

FACT Fidelityskala 2010, norsk revisjon 2023

Det har vært positive erfaringer med bruk av den nederlandske 2010-skalaen i Norge. Cirka 50 team har hittil blitt fidelityvurdert (per juni 2023). Erfaringene har likevel vært at viktige sider av arbeidet i de norske teamene ikke fanges opp, og at ikke alle delskalaene er like relevante. På bakgrunn av erfaringer med den nederlandske 2010-skalaen har det blitt utarbeidet en revidert skala som er mer tilpasset norske FACT-team i 2023 (*FACT-fidelityskala 2010 – norsk revisjon 2023*).

Det er ulikheter i geografi og organisering av helse- og sosialtjenester mellom Norge og Nederland som ligger til grunn for en norsk revidering av den nederlandske FACT-skalaen. Bosettingsmønster og

befolkningsgrunnlag har betydning for antall brukere og caseload i et FACT-team.

Den reviderte skalaen har derfor blitt tilpasset et team med 100 brukere i stedet for tidligere 200 brukere, og forholdstallet mellom ansatte og brukere har blitt satt til 1 : 10 i stedet for 1 : 15. Økt bemanning og færre brukere per ansatt kompenserer for lange reiseavstander og gjør at modellens krav om intensiv behandling og teamtilnærming kan opprettholdes. For å oppnå FACT-teamenes målsetting om å gi helhetlige og integrerte tjenester bør de fleste tjenestene gis av teamet. Når tjenester gis av andre instanser, blir samarbeid vesentlig for at tjenestene skal oppleves som helhetlige og integrerte. FACT-teamenes samarbeid med kommune/bydel og spesialisthelsetjenesten er særegent for FACT-team i Norge, og den reviderte skalaen har inkludert tre nye delskalaer for å vurdere dette (40, 41 og 42).

En skala fra 2010 trenger også faglig oppdatering, og den reviderte skalaen har lagt lista høyere for behandling og intervensjoner med skåringskriterier som er mer spesifikke og relevante. Målet med den nye skalaen er at den skal være mer relevant og mer tilpasset norske FACT-team, samtidig som den skal bevare det sentrale innholdet fra den nederlandske 2010-skalaen og troskap mot den opprinnelige FACT-modellen.

Den reviderte skalaen består fortsatt av 7 hovedområder med til sammen 61 delskalaer. Her er en kort beskrivelse av de 7 hovedområdene:

Tabell 1 **Hovedområder i FACT-fidelityskala 2010 – norsk revisjon 2023**

1. Teamstruktur	15 delskalaer
2. Teamprosess	10 delskalaer
3. Behandling og intervensjoner	14 delskalaer
4. Organisering av tjenester	10 delskalaer
5. Lokalbaserete tjenester	4 delskalaer
6. Monitorering	3 delskalaer
7. Profesjonalisering	5 delskalaer

- **Teamstruktur** kartlegger bemanning av teamet, primært teamets stillingsandeler for ulike profesjoner og faggrupper: psykiater, psykolog, sykepleier/vernepleier, ansatt med somatisk kompetanse, sosionom, brukerspesialist, recovery-spesialist, russpesialist, arbeids- og utdannings-spesialist, merkantilt ansatt og teamleder. Det vurderes også hvor mange brukere teamet har per ansatt (caseload), om teamet har full bemanning, og om de ansatte arbeider heltid i teamet.
- **Teamprosess** ser på teamets interne arbeidsmåter, inkludert FACT-tavla med oppskalering og nedskalering av intensitet på behandling og oppfølging. Antall kontakter teamansatte har med brukerne, og hvor mange teamansatte brukerne møter ansikt til ansikt, er en del av teamprosess-området.
- **Behandling og intervensjoner** er et omfattende område som beskriver hva teamet gir av behandling og oppfølging til brukerne: støtte til mestring av hverdagen og integrering i lokalmiljøet, medikamentell behandling, kunnskapsbasert psykoterapi, arbeid, utdanning og annen arbeidsrettet aktivitet, integrert behandling av ruslidelse og psykisk lidelse (IDDT), individuell somatisk oppfølging og psykoedukasjon til brukere og pårørende. Innhold og evaluering av behandlingsplanene inngår i dette området.
- **Organisering av tjenester** kartlegger de organisatoriske rammene for teamets tjenester: samhandlingen med kommune og spesialisthelsetjeneste, organisering av krisetjenester og døgnopphold samt inntak og utskrivning av brukere i teamet.
- **Lokalbaserete tjenester** tar opp teamets oppsøkende arbeid og samarbeid med brukernes sosiale nettverk.
- **Monitorering** går på teamets bruk av instrumenter for å vurdere endringer hos brukerne og endringer i teamets arbeidspraksis.
- **Profesjonalisering** omhandler refleksjon rundt egen praksis, opplæring av ansatte, recovery-orientering og teamkultur.

Vedlegg 2:

FACT-fidelityskala 2010

Norsk revisjon 2023

FACT-fidelityskala 2010 (norsk revisjon 2023) bygger på den nederlandske FACT-fidelityskala 2010. CCAF har de immaterielle rettighetene til FACT-fidelityskala 2010. Skalaen er utviklet av Michiel Bähler, Remmers van Veldhuizen, Maaïke van Vugt, Philippe Delespaul, Hans Kroon, John Lardinois og Niels Mulder. Engelsk-språklig versjon av FACT-fidelityskala 2010 er tilgjengelig på CCAF sine nettsider (ccaf.nl).

FORORD

Dette dokumentet presenterer en norsk revidering av den nederlandske FLEXIBLE ACT SCALE 2010. En vurdering av modelltrofasthet forutsetter en klart definert skala. Det finnes to etablerte skalaer for å vurdere FACT-teams modelltrofasthet: FLEXIBLE ACT SCALE 2010 og FACT FIDELITY SCALE 2017 (2017-skalaen kom i en ny revidert versjon i mars 2022 [«FLEXIBLE ACT WERKBOEK – FACT SCHAAL 2017R - Revisie van maart 2022»])

I Nederland ble FLEXIBLE ACT SCALE 2010 brukt for å vurdere FACT-teamenes modelltrofasthet fram til lansering av FACT FIDELITY SCALE 2017. FLEXIBLE ACT SCALE 2010 ble oversatt til norsk i 2013 uten noen særlige tilpassinger til norske forhold. Skalaen ble tilgjengelig som vedlegg i den norske ACT-håndboka utgitt av NKROP i 2013.

Den har blitt brukt i evalueringen av norske FACT-team og av auditeringsteam fra NKROP og NAPHA. 2017R-skalaen er per august 2023 ennå ikke tatt i bruk til ekstern auditering av norske team.

Målet for den norske revisjonen er å få en skala som er bedre tilpasset og mer relevant for norske FACT-team. Ut fra bosettingsmønster og befolkningsgrunnlag i Norge har den reviderte skalaen fått lavere caseload enn den nederlandske skalaen, og teamstrukturen er tilpasset et team med 100 brukere i stedet for 200 brukere. Vi har tatt inn nye delskalaer om FACT-teamenes samarbeid med kommune og spesialisthelsetjeneste siden denne samhandlingen er vesentlige i norske FACT-team. For å oppnå bedre differensiering, fange opp forskjeller mellom team og endringer over tid har vi gjort endringer i skåringskriteriene i mange delskalaer. Målet er likevel å bevare det sentrale innholdet i den opprinnelige 2010-skalaen, og den norske reviderte skalaen har derfor hovedsakelig samme struktur og består av sju hovedområder og 61 delskalaer.

2010-skalaen har mer detaljerte og presise formuleringer for praksis enn 2017R, og den kan derfor være egnet til innlæring av modellen og til fidelityvurdering for nye team. 2017R har en mer åpne form, og vi mener den kan være egnet for kvalitets- og utviklingsarbeid i team som har vært i drift noen år og som kjenner FACT-modellen godt.

Vurdering av modelltrofasthet gjøres for å undersøke om et FACT-team har implementert modellen og jobber i tråd med den. FACT-skalaen er et viktig instrument for å kvalitetssikre arbeidet i teamet. Den gir retningslinjer for organisering av teamet, profesjonssammensetning, aktivitet og arbeidsmetoder i teamet.

Skalaens 61 delskalaer skåres på en fem-punkts skala der 1 er laveste nivå for modelltrofasthet og 5 er høyeste nivå. Hvert hovedområde skåres ved å ta summen av de enkelte delskalaene, delt på antall delskalaer innen aktuelt hovedområde. Totalsummen for alle hovedområdene skåres ved å ta summen av alle delskalaene, delt på totalt antall delskalaer (61). Totalskåren og gjennomsnittskåren for hvert av de sju hovedområdene knyttes til disse fargekategoriene:

4,1 – 5,0	Meget bra modelltrofasthet (Grønt)
3,4 – 4,0	Tilfredsstillende modelltrofasthet (Lysegrønt)
3,1 – 3,3	Moderat modelltrofasthet (Gult)
1,0 – 3,0	Ikke tilfredsstillende modelltrofasthet (Rødt)

En arbeidsgruppe ved NKROP har hatt ansvar for revidering av FACT-fidelityskala 2010 med innspill fra en arbeidsgruppe hos NAPHA. Helsedirektoratet har også kommentert og vært involvert i revideringen av skalaen. Skalaen er pilotert i noen norske team i 2022.

Følgende personer har deltatt i prosessen: Anne Landheim, Kari Nysveen, Silje Nord-Baade, Anne-Katrine Kroken, Thomas Kulbrandstad, Gaute Strand, Trond Hatling, Gretha Evensen, Marianne Borthen, Stig Herman Nygård og Olav Oxholm.

For arbeidsgruppa ved NKROP, Sigrun Odden

TEAMSTRUKTUR						
		1	2	3	4	5
1	FORHOLDET BRUKERE/ANSATTE					
→	Teamet har 10 brukere eller mindre per årsverk (merkantilt ansatt regnes ikke med).	Flere enn 25 brukere per ansatt.	20 - 24	16 - 19	11 - 15	Forholdet brukere/ansatte er 10:1 eller lavere.
2	BEMANNING					
→	Teamet har full bemanning (få eller ingen ledige stillinger).	Teamet har de siste 12 månedene hatt mindre enn 50% bemanning.	50% - 64%	65% - 79%	80% - 94%	Teamet har i løpet av de siste 12 månedene hatt 95% eller høyere bemanning.
3	HELTIDSANSATTE					
→	Teammedlemmene har hovedansettelse i teamet. (Antall årsverk/teammedlemmer)	Ansatte har i gjennomsnitt mindre enn 50% av et årsverk.	50% - 59%	60% - 69%	70% - 79%	Ansatte har i gjennomsnitt minst 80% av et årsverk.
4	PSYKIATER					
→	Teamet har minst ett årsverk for psykiater per 100 brukere.	Mindre enn 20% av ett årsverk.	20% - 39%	40 - 79%	80% - 99%	Teamet har minst ett årsverk for psykiater per 100 brukere.
5	PSYKOLOG					
→	Teamet har minst ett årsverk for psykolog per 100 brukere.	Mindre enn 20% av ett årsverk.	20% - 39%	40 - 79%	80% - 99%	Teamet har minst ett årsverk for psykolog per 100 brukere.
6	RUSSPESIALIST					
→	Teamet har minst ett årsverk for russpesialist (som en definert rolle i teamet) med minst ett års utdanning eller erfaring fra behandling/oppløpling av ruslidelse. (Kan innehas av teammedlem i annen rolle/funksjon.)	Mindre enn 20% av ett årsverk.	20% - 39%	40 - 79%	80% - 99%	Teamet har minst ett årsverk for russpesialist (som en definert rolle i teamet) med minst ett års utdanning eller erfaring fra behandling/oppløpling av ruslidelse.
7	ARBEIDS- OG UTDANNINGSPESIALIST					
→	Teamet har minst ett årsverk for arbeid- og utdanningspesialist per 100 brukere, fortrinnsvis med oppløpling i og/eller erfaring med IPS-modellen.	Mindre enn 20% av ett årsverk.	20% - 39%	40 - 79%	80% - 99%	Teamet har minst ett årsverk for arbeid- og utdanningspesialist per 100 brukere, fortrinnsvis med oppløpling i og/eller erfaring med IPS-modellen.

TEAMSTRUKTUR					
	1	2	3	4	5
8 BRUKERSPESIALIST					
→ Teamet har minst ett årsverk for brukerspesialist per 100 brukere.	Mindre enn 20% av ett årsverk.	20% - 39%	40 - 79%	80% - 99%	Teamet har minst ett årsverk for bruker-spesialist per 100 brukere.
9 RECOVERYSPELIALIST					
→ Teamet har minst ett årsverk for recoveryspesialist (som en definert rolle i teamet). (Kan innehas av teammedlem i annen rolle/funksjon.)	Mindre enn 20% av ett årsverk.	20% - 39%	40 - 79%	80% - 99%	Teamet har minst ett årsverk for recovery-spesialist.
10 SYKEPLEIER / VERNEPLEIER					
→ Teamet har minst to årsverk for sykepleier/vernepleier per 100 brukere. Minst en med spesialkompetanse innen psykisk helse. Begge har minst ett års erfaring innen psykisk helse.	Mindre enn 40% av ett årsverk.	40% - 99%	1,0 - 1,39 årsverk.	1,4 - 1,99 årsverk.	Teamet har minst to årsverk for sykepleier/vernepleier per 100 brukere. Minst én har spesialkompetanse innen psykisk helse. Begge har minst ett års erfaring innen psykisk helse.
11 ANSATT MED SOMATISK KOMPETANSE					
→ Teamet har minst ett årsverk for ansatt med relevant erfaring – og kunnskap fra somatikk. (Kan innehas av teammedlem i annen rolle/funksjon.)	Mindre enn 20% av ett årsverk.	20% - 39%	40 - 79%	80 - 99%	Teamet har minst ett årsverk for ansatt med relevant erfaring – og kunnskap fra somatikk.
12 SOSIONOM					
→ Teamet har minst ett årsverk for sosionom per 100 brukere.	Mindre enn 20% av ett årsverk.	20% - 39%	40 - 79%	80% - 99%	Teamet har minst ett årsverk for sosionom per 100 brukere.
13 MERKANTIL ANSATT					
→ Teamet har minst ett årsverk for merkantil ansatt per 100 brukere.	Mindre enn 20% av ett årsverk.	20% - 39%	40 - 79%	80% - 99%	Teamet har minst ett årsverk for merkantil ansatt per 100 brukere.
14 TEAMLEDER					
→ Teamet har ett årsverk for teamleder.	Mindre enn 20% av ett årsverk.	20% - 39%	40 - 79%	80% - 99%	Teamet har ett årsverk for teamleder.
15 CASE MANAGER					
→ Teamet har minst fire årsverk for case manager-funksjon per 100 brukere (ulike profesjoner kan være case-managere).	Mindre enn 60% av ett årsverk.	60% - 1,59 årsverk.	1,6 - 2,59 årsverk.	2,6 - 3,9 årsverk.	Teamet har minst fire årsverk for case manager per 100 brukere.

TEAMPROSSE						
		1	2	3	4	5
16 TEAMTILNÆRMING						
→	Alle brukere i FACT-teamet møter minst fire teammedlemmer fra ulike faggrupper/spesialistfunksjoner ansikt-til ansikt i løpet av ett år (inkl. psykiater).	Mindre enn 50%.	50% - 59%	60% - 69%	70% - 89%	90% eller flere av brukerne møter minst fire teammedlemmer fra ulike faggrupper/spesialistfunksjoner ansikt-til-ansikt i løpet av ett år (inkl. psykiater).
17 TEAMTILNÆRMING VED INTENSIV OPPFØLGING (bruker som står på tavla)						
→	Teamet fungerer som et team, ikke som individuelle tjenesteytere. Alle teammedlemmene kjenner og jobber med alle brukerne som står på tavla.	Mindre enn 10% av brukerne møter minst tre team-medlemmer i løpet av to uker.	10% - 36%	37% - 63%	64% - 89%	Minst 90% av brukerne møter minst tre teammedlemmer i løpet av to uker.
18 FACT-TAVLEMØTE						
→	Teamet møtes daglig for å planlegge og gjennomgå tjenestetilbudet til alle brukerne som står på tavla (inkludert digitalt møte/videokonferanse).	Tre ganger eller færre per uke.		Fire ganger per uke.		Fem ganger per uke.
19 DELTAKELSE PÅ FACT-TAVLEMØTE						
→	Alle teammedlemmer (inkludert psykiater) på jobb deltar på FACT-tavlemøte (inkludert digitalt møte/videokonferanse).	Mindre enn 60%.	60% - 69%	70% - 79%	80% - 89%	Minst 90% av de ansatte (inkludert psykiater) er til stede på FACT-tavlemøtet.
20 FLEKSIBEL BEHANDLING						
→	1) Teamet oppskalere og nedskalere intensiviteten av behandlingen gjennom hele forløpet. (brukere på tavla/ikke på tavla) 2) Teamet har klare kriterier for oppskalering og nedskalering av behandlingen. 3) Aktuelle formelle og uformelle nettverk involveres i oppfølgingen. 4) Teamet har ressurser og fleksibilitet til å øke intensiteten i behandlingen opp til daglig kontakt med den enkelte bruker.	Ingen av kriteriene oppfylles.	Ett av kriteriene oppfylles.	To kriterier oppfylles.	Tre kriterier oppfylles.	Alle fire kriterier oppfylles.
21 KONTAKTFREKVENNS (brukere på tavla)						
→	Brukere som står oppført på tavla får hyppige besøk (ansikt-til-ansikt-kontakt).	Mindre enn en direkte kontakt per uke.	Én per uke.	To per uke.	Tre per uke.	Minst fire direkte kontakter per uke (ansikt-til-ansikt-kontakt).

TEAMPROSESS					
	1	2	3	4	5
22	KONTAKTFREKVENNS (brukere som ikke står på tavla)				
→	Brukere som ikke står oppført på tavla får regelmessig besøk av teamet (beregnet antall kontakter i gjennomsnitt i en periode på fire uker) (ansikt-til-ansikt-kontakt).	I gjennomsnitt 1 - 1,4 direkte kontakter i løpet av fire uker.	I gjennomsnitt 1,5 - 2,9 direkte kontakter i løpet av fire uker.	I gjennomsnitt 3 - 3,9 kontakter i løpet av fire uker.	I gjennomsnitt fire direkte kontakter eller mer i løpet av fire uker (ansikt-til-ansikt-kontakt).
23	INDIVIDUELL BEHANDLINGSPLAN: prosess				
→	1) Behandlingsplanen utformes av case manager i samarbeid med bruker, og eventuelt pårørende. 2) Behandlingsplanen diskuteres og vedtas på et tverrfaglig teammøte med minst fire ulike faggrupper/spesialistfunksjoner til stede. 3) Kommune og spesialisthelsetjeneste er involvert i utarbeiding av behandlingsplanen når det er aktuelt.	Ett eller ingen av kriteriene oppfylles.	To kriterier oppfylles.		Alle tre kriterier oppfylles.
24	MERKANTIL ANSATT: innhold i rollen				
→	1) Deltar aktivt på de daglige teammøtene. 2) Ajourfører og koordinerer teamets timeplaner. 3) Utfører administrative oppgaver og foretar teamets registreringer. 4) Ivaretar koordinerende oppgaver. 5) Bistår personalet både når de er ute og inne på kontoret 6) Er bindeledd mellom pasienten og personale (f.eks. bistår besøkende og mottar telefoner fra brukere/pårørende/ nettverk).	Ett av kriteriene oppfylles.	Tre kriterier oppfylles.	Fire kriterier oppfylles.	Fem til seks kriterier oppfylles.
25	TEAMLEDER: innhold i rollen				
→	1) Jobber regelmessig klinisk (>30 %) som teammedlem. 2) Arbeider aktivt for at FACT-modellen følges. 3) Er alltid til stede på FACT-møtene. 4) Er til stede på behandlingsplanmøtene.	Ingen kriterier oppfylles.	To kriterier oppfylles.	Alle fire kriterier oppfylles.	Alle fire kriterier oppfylles.

BEHANDLING OG INTERVENSJONER					
	1	2	3	4	5
26	MESTRING AV HVERDAGEN				
→	<p>Teamet tilbyr oppsøkende og praktisk individuell oppfølging rettett mot følgende områder:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Støtte i bolig. 2) Egenomsorg (inkl. ernæring, hygiene og søvn). 3) Bistand til innkjøp. 4) Følge til andre tjenester. 5) Økonomi. 	Teamet tilbyr oppfølging rettett mot to av områdene og samarbeider med andre instanser rundt de andre områdene.	Teamet tilbyr oppfølging rettett mot tre av områdene og samarbeider med andre instanser rundt de andre områdene.	Teamet tilbyr oppfølging rettett mot fire av områdene og samarbeider med andre instanser rundt det siste området.	Teamet tilbyr oppsøkende og praktisk individuell oppfølging rettett mot alle fem områder.
27	DELTAKELSE I LOKALMILJØET				
→	<p>Teamet tilbyr individuell støtte rettett mot:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kontakt med familie. 2) Aktivitetstilbud (til utvalgte målgrupper). 3) Aktivitetstilbud (ordinære tilbud til befolkningen generelt). 4) Netverksbygging (uorganisert/uformell). 5) Nabolag og nærmiljø (individnivå/gruppenivå). 	Teamet tilbyr oppfølging rettett mot to av områdene.	Teamet tilbyr oppfølging rettett mot tre av områdene.	Teamet tilbyr oppfølging rettett mot fire av områdene.	Teamet tilbyr oppfølging rettett mot alle fem områder.
28	NYE BRUKERE				
→	<p>Nye brukere står på tavla i minst tre uker slik at de kan møte flere teammedlemmer med ulik fagbakgrunn og for at teammedlemmene skal kunne danne seg en førsteoppfatning.</p>	Noen ganger.	Skjer strukturert, - minst tre teammedlemmer møter brukeren og danner seg en førsteoppfatning.	Skjer strukturert, - minst tre teammedlemmer møter brukeren og danner seg en førsteoppfatning og rapporterer til teamet.	Skjer strukturert, - minst fire teammedlemmer møter brukeren og danner seg en førsteoppfatning og rapporterer til teamet.
29	INDIVIDUELL BEHANDLINGSPLAN				
→	<p>(evaluering og oppdatering) Inkluderer eventuelle tjenester fra både FACT-team, kommunebydel og spesialisthelsetjeneste.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Behandlingsplanen for alle brukere evalueres hver 12. uke (eller i tråd med krav i aktuelt pasientforløp) på et tverrfaglig teammøte. 2) Case manager evaluerer behandlingsplanen med bruker og ev. pårørende i forkant av hver evaluering i teammøtet. 3) Behandlingsplanen for alle brukere skal ha en grundig gjennomgang og oppdatering minst hver 12. måned. 4) Den årlige oppdateringen av behandlingsplanen inkluderer resultater fra utredning (ROM). 5) Bruker spiller en aktiv rolle i den årlige oppdateringen av behandlingsplanen. 	To kriterier oppfylles.	Tre kriterier oppfylles.	Fire kriterier oppfylles.	Alle fem kriterier oppfylles.

BEHANDLING OG INTERVENSJONER

	1	2	3	4	5
30 INDIVIDUELL BEHANDLINGSPLAN					
→ (innhold) Flertallet av brukernes behandlingsplaner oppfyller kriteriene under: 1) inneholder individuelle mål for rehabilitering innen ulike livsområder. 2) har fokus på brukernes egne behov og egne ønsker. 3) tydeliggjør brukerens styrker og ressurser. 4) inkluderer brukerens egen innsats for å nå målene. 5) er skrevet i et lett forståelig språk.	Ett av kriteriene oppfylles.	To kriterier oppfylles.	Tre kriterier oppfylles.	Fire kriterier oppfylles.	Minst 80% av brukerne har behandlingsplan hvor alle fem kriteriene oppfylles.
31 MEDIKAMENTELL BEHANDLING					
→ (psykofarmaka) 1) Teamet har oversikt over den enkelte brukers psykofarmakologiske behandling. 2) Teamet sørger for at brukere får psykofarmaka i henhold til anbefalinger i veiledere og retningslinjer. 3) Brukere får informasjon om virkninger og bivirkninger og om anbefalt bruk av forordnede medikamenter. 4) Brukere deltar aktivt i avgjørelser om medikamenter (samvalg). 5) Teamet har et ansvar for å sikre at brukere mottar medikamenter når de er forordnet. 6) Brukere får informasjon om kontrollert nedtrapping av medikamenter og alternativer til medikamentell behandling. 7) Teamet har systematisk kartlegging og oppfølging av brukernes symptomer, bivirkninger og interaksjoner.	Teamet har liten oppmerksomhet på medikamentell behandling.	Ett av kriteriene oppfylles.	To eller tre kriterier oppfylles.	Fire eller fem kriterier oppfylles (inkl. pkt. 3 og 5).	Seks eller sju kriterier oppfylles.
32 PSYKOEDUKASJON					
→ Teamet jobber med psykoedukasjon til bruker. 1) Gir kunnskap om ulike former for psykiske lidelser og eller/ rus-utfordringer til flertallet av brukerne. 2) Har dialog om strategier for problemløsning ifm. vanskeligheter som følge av lidelsen med flertallet av brukerne. 3) Har dialog om å forebygge tilbakefall med flertallet av brukerne. 4) Har dialog om familien/pårørendes involvering med flertallet av brukerne. 5) Gir psykoedukasjon i gruppe (erfaringsdeling og kunnskapsformidling) til minst 20% av brukerne.	Teamet har liten oppmerksomhet på psyko- edukasjon.	Ett av kriteriene oppfylles.	To kriterier oppfylles.	Tre eller fire kriterier oppfylles.	Alle fem kriterier oppfylles.

BEHANDLING OG INTERVENSJONER					
	1	2	3	4	5
33 PSYKOEDUKASJON RETTET MOT BRUKERS PÅRØRENDE					
→	<p>Teamet har liten oppmerksomhet på psykoedukasjon mot brukers pårørende.</p> <p>1) Gir kunnskap om ulike former for psykiske lidelser og/eller rusutfordringer.</p> <p>2) Har dialog om strategier for problemløsning ifm vanskeligheter som følge av lidelsen.</p> <p>3) Har dialog om familiens/pårørendes rolle.</p> <p>4) Gir opplysninger og tips om støttegrupper pårørende kan ta kontakt med.</p> <p>5) Gir tilbud om psykoedukasjon i gruppe (erfaringsdeling og kunnskapsformidling) til minst 20% av pårørende.</p> <p>6) Følger modellen for Familiepsykoedukasjon (FPE) og minst 20% av pårørende får FPE (enfamiliegruppe eller flerfamiliegruppe).</p>	Ett av kriteriene oppfylles.	To eller tre kriterier oppfylles.	Fire eller fem kriterier oppfylles.	Alle seks kriterier oppfylles.
34 KUNNSKAPSBASERT PSYKOTERAPI					
→	<p>(manualbasert)</p> <p>Teamet gir kunnskapsbasert psykoterapi (f.eks. CBT, DBT, MBT, MCT, EMDR) i tråd med brukers mål og individuelle behandlingsplan. Terapien gis i henhold til retningslinjer og veiledere.</p>	5% av brukerne.	10% av brukerne.	15% av brukerne.	Minst 20% av brukerne har i løpet av de siste 12 måneder fått kunnskapsbasert psykoterapi i henhold til egne mål og individuell behandlingsplan. Terapien er gitt i hht. retningslinjer og veiledere.
35 KUNNSKAPSBASERT PSYKOTERAPI					
→	<p>(elementer)</p> <p>Teamet gir elementer av kunnskapsbasert psykoterapi for mestring av spesifikke symptomer og atferdsregulering i henhold til brukers mål og individuelle behandlingsplan.</p>	Under 20% av brukerne.	20 - 49% av brukerne.	50 - 79% av brukerne.	Minst 80% av brukerne har i løpet av de siste 12 måneder fått elementer av kunnskapsbasert psykoterapi for mestring av spesifikke symptomer og atferdsregulering. Terapien er gitt i henhold til brukers egne mål og individuelle behandlingsplan.

BEHANDLING OG INTERVENSJONER

	1	2	3	4	5
36	FOKUS PÅ ARBEID OG UTDANNING				
→	Ingen kriterier oppfylles	Ett til to kriterier oppfylles.	Tre kriterier oppfylles.	Fire kriterier oppfylles	Alle fem kriterier oppfylles.
	<p>Teamet har en bred tilnærming til meningsfull aktivitet, utdanning og arbeid, med utgangspunkt i den enkelte brukers behov og ønsker:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Teamet jobber systematisk for at brukerne skal ha tilgang på meningsfulle arbeidsrettede aktiviteter/og eller tiltak 2) Teamet gir bistand til mestring og deltakelse i ordinært arbeid og utdanning 3) Hele teamet holder oppe visjonen om at tilknytning til ordinært arbeidsmarked/utdanningsystem skal være en mulighet for alle brukerne 4) Teamet samarbeider aktivt med IPS jobbspesialister i NAV ovenfor brukere i teamet 5) Teamets innsats rundt meningsfull aktivitet, utdanning og arbeid baseres utelukkende på den enkelte brukers behov og ønsker 				
37	ANDEL BRUKERE I ARBEID OG UTDANNING				
→	Ingen brukere er i ordinært arbeid, utdanning, IPS eller andre arbeidsrettede tiltak.	1 - 19%	20 - 29%	30 - 49%	50% eller flere av brukerne er i utdanning eller arbeidsrettede tiltak, og minst 15% av disse er i formelle IPS-løp eller ordinært arbeid/ordinære utdanningsløp.
38	MODELL FOR INTEGRERT BEHANDLING AV ROP (IDDT)				
→	<p>Teamet bruker hovedsakelig tradisjonell modell. Ingen kriterier oppfylles.</p> <p>Hele teamet har fokus på integrert behandling og jobber iht en fasespesifikk og ikke-konfronterende behandlingsmodell.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Observerer og vurderer hvordan rus- og psykisk lidelse interagerer. 2) Bruker stadiene i endringsprosessen i behandlingen. 3) Bruker motiverende intervju. 4) Bruker prinsipper for kognitiv atferdsterapi. 5) 90% eller flere av brukerne med behov for behandling av ROP mottar den fra teamet. 	Ett eller to kriterier oppfylles.	Tre kriterier oppfylles.	Fire kriterier oppfylles.	Alle fem kriterier oppfylles.
39	INDIVIDUELL SOMATISK OPPFØLGING				
→	<p>Teamet har liten oppmerksomhet på somatisk oppfølging.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Teamet har oversikt over brukernes somatiske helse. 2) Teamet gjør årlige somatiske undersøkelser. 3) Teamet følger brukere som har behov for det, til relevant behandling og oppfølging. 4) Teamet har oversikt over den enkelte brukers somatiske medikamenter. 5) Teamet har dokumentasjon på hvem som følger opp og sørger for oppfølging av hver enkelt medisinske tilstand. 6) Teamet kommuniserer med brukernes fastlege og andre som følger opp somatisk helse. 	Ett av kriteriene oppfylles.	To eller tre kriterier oppfylles.	Fire eller fem kriterier oppfylles.	Alle seks kriterier oppfylles.

ORGANISERING AV TJENESTER					
	1	2	3	4	5
40 TEAMET ER EN FORPLIKTENDE SAMHANDLING MELLOM KOMMUNE/ BYDEL OG SPESIALISTHELSETJENESTE					
→	<p>Ett eller to kriterier oppfylles.</p> <p>1) Teamet er basert på en skriftlig samarbeidsavtale mellom kommune/bydel og spesialisthelsetjeneste. 2) Avtalen er forankret på toppnivå hos partene (primært kommunedirektør/adm. dir. i sykehus) 3) Avtalen beskriver konkret partenes bidrag og forpliktelser. 4) Begge parter bidrar med forholdsmessige ressurser inn i teamet (stillinger/ økonomiske midler). 5) Teammedlemmene er ansatt både i kommune og spesialisthelsetjeneste. 6) Teamet har møter om samarbeidet og utviklingen av teamet med kommunale ledere (minst en gang per år). 7) Teamet har møter om samarbeidet og utviklingen av teamet med ledere fra spesialisthelsetjenesten (minst en gang per år).</p>	<p>Tre kriterier oppfylles.</p>	<p>Fire kriterier oppfylles.</p>	<p>Fem eller seks kriterier oppfylles.</p>	<p>Alle sju kriterier oppfylles.</p>
41 TEAMETS SAMARBEID MED KOMMUNE/BYDEL					
→	<p>Ingen av kriteriene oppfylles.</p> <p>Vedrørende tjenester gitt av kommune/bydel utover tjenester gitt av teamet: 1) Teamet har oppdatert oversikt over hva brukerne får av tjenester fra kommune/bydel. 2) Den enkelte case manager koordinerer og har løpende kontakt/ dialog med ansatte i kommunen som gir tjenester til de enkelte brukerne. 3) For brukere som får tjenester fra kommune/bydel deles informasjon fra journalsystem mellom kommune/bydel og FACT-team. 4) Brukernes behandlingsplan beskriver tjenester fra både FACT-team og kommune/bydel.</p>	<p>Ett av kriteriene oppfylles.</p>	<p>To kriterier oppfylles.</p>	<p>Tre kriterier oppfylles.</p>	<p>Alle fire kriterier oppfylles.</p>
42 TEAMETS SAMARBEID MED SPESIALISTHELSETJENESTE					
→	<p>Ingen av kriteriene oppfylles.</p> <p>Vedrørende spesialisthelsetjenester utover tjenester gitt av teamet: 1) Teamet har oppdatert oversikt over hva brukerne får av tjenester fra spesialisthelsetjenesten. 2) Det er gjensidig dialog om behandling/oppfølging ved inntak og utskrivning av pasienter til/fra spesialisthelsetjenesten. 3) Det er god dokumentasjon gjennom journalsystemer ved inntak/ utskrivning av pasienter til/fra spesialisthelsetjenesten som deles mellom spesialisthelsetjeneste og FACT-team. 4) Brukernes behandlingsplan beskriver tjenester fra både FACT-team og spesialisthelsetjeneste der det er aktuelt.</p>	<p>Ett av kriteriene oppfylles.</p>	<p>To kriterier oppfylles.</p>	<p>Tre kriterier oppfylles.</p>	<p>Alle fire kriterier oppfylles.</p>

ORGANISERING AV TJENESTER						
		1	2	3	4	5
43	HÅNDTERING AV INKLUSJONSKRITERIER					
→	<p>1) Teamet har veldefinerte inntakskriterier mht. målgruppen.</p> <p>2) Inntakskriteriene brukes også i praksis.</p> <p>3) Et inntaksteam vurderer henvisningene.</p> <p>4) Alle brukerne oppfyller teamets inntakskriterier.</p>	Ingen av kriteriene oppfylles.	Kriterium 1 oppfylles.	Kriteriene 1 og 2 oppfylles.	Kriteriene 1, 2 og 3 oppfylles.	Alle kriterier oppfylles, og minst 95% av brukerne oppfyller inntakskriteriene.
44	24 TIMERS TILGJENGELIGHET OG KRISETJENESTER					
→	<p>Teamet har døgnskuttjenesteverd ansvar for å bistå brukerne når det oppstår en krise.</p> <p>1) Mellom kl. 8 og kl. 20 er teamet tilgjengelig innen to timer ved en kritesituasjon.</p> <p>2) Mellom kl. 20 og kl. 8 og i helger har teamet en vaktordning for å bistå bruker og ved behov ta kontakt med aktuell akuttjeneste.</p> <p>3) Hvis akuttjenester i spesialisthelsetjenesten mottar henvendelse ved kritesituasjon, har de tilgang til brukernes kriseplaner i FACT (mestringsplaner).</p> <p>4) Hvis kommunale akuttjenester (legevakt) mottar henvendelse ved kritesituasjon, har de tilgang til brukernes kriseplaner i FACT (mestringsplaner).</p> <p>5) Hvis henvendelser besvares av annen instans enn teamet, kontakter de teamet så raskt som mulig (i løpet av ett døgn).</p> <p>6) Mer enn 80% av teamets brukere har oppdaterte kriseplaner (mestringsplaner) som inneholder individuelt tilpassede strategier for brukeren og klare retningslinjer for tjenestene ved behov for intervensjon.</p>	Ett av kriteriene oppfylles.	To kriterier oppfylles.	Tre kriterier oppfylles.	Fire eller fem kriterier oppfylles.	Alle seks kriterier oppfylles.
45	TILGJENGELIGE SENGER I DØGNAVDELINGEN					
→	Teamet har enkelt tilgang til senger (i spesialisthelsetjenesten) forbeholdt FACT, som f.eks. kan brukes i kritesituasjoner og/eller som en brukerstyrt seng.	Teamet har ikke tilgang til slike senger.	Teamet har ikke tilgang til slike senger.	Teamet har i visse situasjoner tilgang til slike senger.	Teamet har i visse situasjoner tilgang til slike senger.	Teamet har alltid tilgang til slike senger.
46	INVOLVERING I INNLEGGELSE (psykisk helsevern/TSB)					
→	Teamet tar initiativ til og er involvert i innleggelse. (se bort fra korte akuttinnleggelse på ett døgn eller mindre)	Mindre enn 5%.	5% - 34%	35% - 64%	65% - 94%	95% eller flere av innleggelsene skjer etter initiativ fra teamet.

ORGANISERING AV TJENESTER						
		1	2	3	4	5
47	BESØK UNDER INNLEGGELSE (psykisk helsevesen/TSB)					
→	Dersom brukere er innlagt (se bort i fra korte akuttinnleggelses på ett døgn eller mindre), er teamet hyppig på besøk (ansikt-til-ansikt kontakt eller digital kontakt ved lange avstander).	Under 20% av brukere som er innlagt, får besøk av teammedlem hver uke.	20% - 39%	40% - 59%	60% - 79%	Mer enn 80% av brukere som er innlagt, får besøk av teammedlem hver uke.
48	PLANLEGGING AV UTSKRIVELSE (psykisk helsevern/TSB)					
→	Teamet samarbeider med døgnavdelingene og er involvert i møter der utskrivelser planlegges (se bort fra korte innleggelses på ett døgn eller mindre).	Teamet er involvert i mindre enn 5% av utskrivelsene.	5% - 34%	35% - 64%	65% - 84%	Teamet er involvert i alle møter der utskrivelser planlegges for alle innlagte brukere. 85% eller flere av utskrivelsene skjer i samarbeid med teamet.
49	LAV DROP-OUT OG OPPFØLGING ETTER UTSKRIVELSE FRA FACT					
→	1) Færre enn fem prosent av teamets brukere ble skrevet ut uten henvisning i løpet av siste 12 måneder. 2) Avslutning skjer gradvis etter at team og bruker har blitt enige. 3) Teamet har ordnet med klare avtaler og god oppfølging. 4) Overføringer som ikke går etter planen evalueres.	Ingen av kriteriene oppfylles.	Ett av kriteriene oppfylles.	To kriterier oppfylles.	Tre kriterier oppfylles.	Alle fire kriterier oppfylles.

LOKALBASERTE TJENESTER						
	1	2	3	4	5	
50	OPPSØKENDE					
→	Teamet har fokus på utvikling av ferdigheter for å kunne fungere i lokalsamfunnet. Mer enn 80% av kontaktene skjer derfor utenfor kontorene.	Mindre enn 40% av direkte kontakter med brukerne skjer i lokalsamfunnet.	40% - 49%	50% - 59%	60% - 79%	80% eller flere av det totale antallet direkte kontakter skjer i lokalsamfunnet (utenfor kontorene).
51	METODER FOR AKTIVT OPPSØKENDE ARBEID					
→	Teamet bruker mange ulike virkemidler for å holde kontakt med brukerne og sikre tilknytning til teamet: 1) Motiverende og attraktive tiltak for brukeren som for eksempel å dele ut mat/kaffe/klær og gi veiledning ved økonomiske problemer. 2) Spontane møter ute, aktivt oppsøkende ute i brukernes lokalmiljø. 3) Ved behov; juridiske virkemidler (f.eks. tvungen psykisk helsevern eller tvungen forvaltning).	Teamet er passivt i å engasjere brukerne.	Prøver å engasjere i begynnelsen, men fokuserer stort sett på de mest motiverte brukerne.	Bruker aktivt en av de tre virkemidlene for å engasjere.	Bruker aktivt to av tre virkemidler for å engasjere.	Teamet benytter konsekvent gjennomtenkte strategier fra motiverende og oppsøkende helsehjelp til juridiske virkemidler.
52	SAMARBEID MED SOSIALT NETTVERK NÅR BRUKERE HAR BEHOV FOR INTENSIVT TJENESTETILBUD (står på tavla)					
→	Teamet gir støtte og opplæring/veiledning til personer i det sosiale nettverket med eller uten brukeren til stede (f.eks. til familie-medlemmer, huseier, arbeidsgiver).	Teamet har hatt kontakt med personer i det sosiale nettverket til færre enn 20% av brukerne på tavla i løpet av den siste måneden.	20% - 39%	40% - 59%	60% - 79%	Teamet har hatt kontakt med personer i det sosiale nettverket til 80% eller flere av brukerne på tavla i løpet av den siste måneden.
53	SAMARBEID MED SOSIALT NETTVERK NÅR BRUKER HAR BEHOV FOR MINDRE INTENSIVT TJENESTETILBUD (ikke står på tavla)					
→	Teamet gir støtte og opplæring/veiledning til personer i det sosiale nettverket med eller uten brukeren til stede (f.eks. til familiemedlemmer, huseier, arbeidsgiver).	I løpet av de siste seks månedene har teamet hatt kontakt med personer i det sosiale nettverket til mindre enn 20% av brukerne.	20% - 39%	40% - 59%	60% - 79%	I løpet av de siste seks månedene har teamet hatt kontakt med personer i det sosiale nettverket til 80% eller flere av brukerne som ikke står på tavla.

MONITORERING						
		1	2	3	4	5
54	ROUTINE OUTCOME MONITORING (ROM) – innhold					
→	<p>Teamet bruker standardiserte og validerte instrumenter for å kartlegge.</p> <p>1) Brukerens psykiske og sosiale fungering, inkludert bruk av rusmidler.</p> <p>2) Hjelpebehov.</p> <p>3) Livskvalitet.</p> <p>4) Kartleggingen gjøres minst en gang per år.</p> <p>Eksempler på instrumenter: HoNOS, MANSA, PSF. (Noen kartleggingsverktøy dekker flere områder.)</p>	Teamet oppfyller ingen av kriteriene.	Ett av kriteriene oppfylles og minst 80% av brukerne gjennomgår slik kartlegging.	To av kriteriene oppfylles og minst 80% av brukerne gjennomgår slik kartlegging.	Tre av kriteriene oppfylles og minst 80% av brukerne gjennomgår slik kartlegging.	Alle fire kriterier oppfylles og minst 80% av brukerne gjennomgår en slik standardisert kartlegging av høy kvalitet. Det er god informasjon om alle fire kriteriene.
55	ROUTINE OUTCOME MONITORING (ROM) – bruk					
→	Teamet bruker ROM både i den individuelle oppfølgingen av brukerne, som en del av behandlingsplanen og for å evaluere behandlingsforløpet og teamets arbeid.	Bruker ikke ROM.	Bruker ROM i behandlingsplanene til noen brukere (under 30%).	Bruker ROM i behandlingsplanen og den individuelle oppfølgingen av et flertall av brukerne.	Bruker ROM for å evaluere behandlingsforløpet.	Teamet bruker ROM både i den individuelle oppfølgingen av brukerne, som en del av behandlingsplanen og for å evaluere behandlingsforløpet og teamets arbeid.
56	FORBEDRINGPROSESS FACT					
→	Teamet gjennomfører monitorering av teamets FACT-praksis og bruker informasjonen til å forbedre teamet. Monitoreringen skjer med bruk av standard FACT-fidelityskala.	Teamet har ikke gjennomført noen monitorering med bruk av standard FACT-skala de siste 12 månedene.	Teamet har gjennomført intern monitorering med bruk av standard FACT-skala de siste 12 månedene.	Teamet har gjennomført ekstern monitorering med bruk av standard FACT-skala de siste 12 månedene.	Teamet har gjennomført intern monitorering med standard FACT-skala og brukt monitoreringen til forbedringsprosess i teamet i løpet av de siste 12 måneder.	Teamet har gjennomført ekstern monitorering med FACT-skala og brukt monitoreringen til forbedringsprosess i teamet i løpet av de siste 12 måneder.

PROFESJONALISERING

	1	2	3	4	5
57 REFLEKSJON RUNDT EGEN PRAKSIS					
→	Ingen møter.	Ett møte.	To møter.	Tre - fire møter.	Teamet har hatt minst fem møter til refleksjon om egen FACT-praksis for alle teammedlemmer i løpet av de siste 12 måneder.
58 OPPLÆRING I FACT OG KUNNSKAPSASERTE METODER					
→	Færre enn 20% av teammedlemmene.	21% – 39%	40% – 59%	60% – 79%	Flere enn 80% av teammedlemmene får opplæring/videreutdanning i FACT eller kunnskapsbaserte metoder hvert år.
59 OPPLÆRING I MESTRINGSORIENTERT OPPFØLGING/RECOVERY					
→	Færre enn 20% av teammedlemmene. Ingen av teammedlemmene har fått opplæring.	20% – 39% 1% – 14%	40% – 59% 15% – 29%	60% – 79% 30% – 39%	80% eller flere har fått opplæring i mestringsrelaterede tjenester/recovery i løpet av de siste 12 måneder. 40% eller flere har fått opplæring i mestringsrelaterede tjenester/recovery i løpet av de siste 12 måneder.

PROFESJONALISERING					
	1	2	3	4	5
60	FOKUS PÅ RECOVERY-BASERTE TJENESTER				
→	Ingen eller ett kriterium oppfylles.	To kriterier oppfylles.	Tre kriterier oppfylles.	Fire eller fem kriterier oppfylles.	Alle kriterier oppfylles.
	<p>1) Teamet har stor oppmerksomhet rettet mot bedringsprosesser utover medisiner og symptomlette (f.eks. hva brukeren selv opplever som viktig, trenger eller ønsker seg, livssituasjon, levekår og nettverk/lokalsamfunn).</p> <p>2) Teamet har ansatt/ansatte med egen brukererfaring som en likeverdig og integrert del av teamet.</p> <p>3) Teamet har tilbud om eller legger til rette for deltagelse i grupper for brukerstøtte og mestring.</p> <p>4) Brukernes behandlingsplaner har et tydelig - og lett identifiserbart recoveryfokus (jf. punkt 30 i denne skalaen).</p> <p>5) Teamet bruker aktivt overordnede recoveryprosesser i oppfølgingen som f.eks.: Tilknytning, Håp, Identitet, Mening, og Myndiggjøring (CHIME).</p> <p>6) Teamet skreddersyr sin praksis ved bruk av systematiske tilbakemeldinger/feedback fra brukerne.</p>				
61	TEAMÅND				
→	Ingen eller ett av utsagnene stemmer.	To utsagn stemmer.	Tre utsagn stemmer.	Fire utsagn stemmer.	Alle fem utsagnene stemmer. Entusiastisk og godt motivert team.
	<p>1) God stemning i teamet. (hyggelig, omgjengelig, avstresset)</p> <p>2) Samhold i teamet. (støttende, engasjerende og involverende)</p> <p>3) Felles filosofi. (enighet om arbeidsmetoder og målsetting for teamet)</p> <p>4) Teamet satser på kvalitet og innovasjon.</p> <p>5) Få tegn på trøtthet/slitenhet i teamet.</p>				

