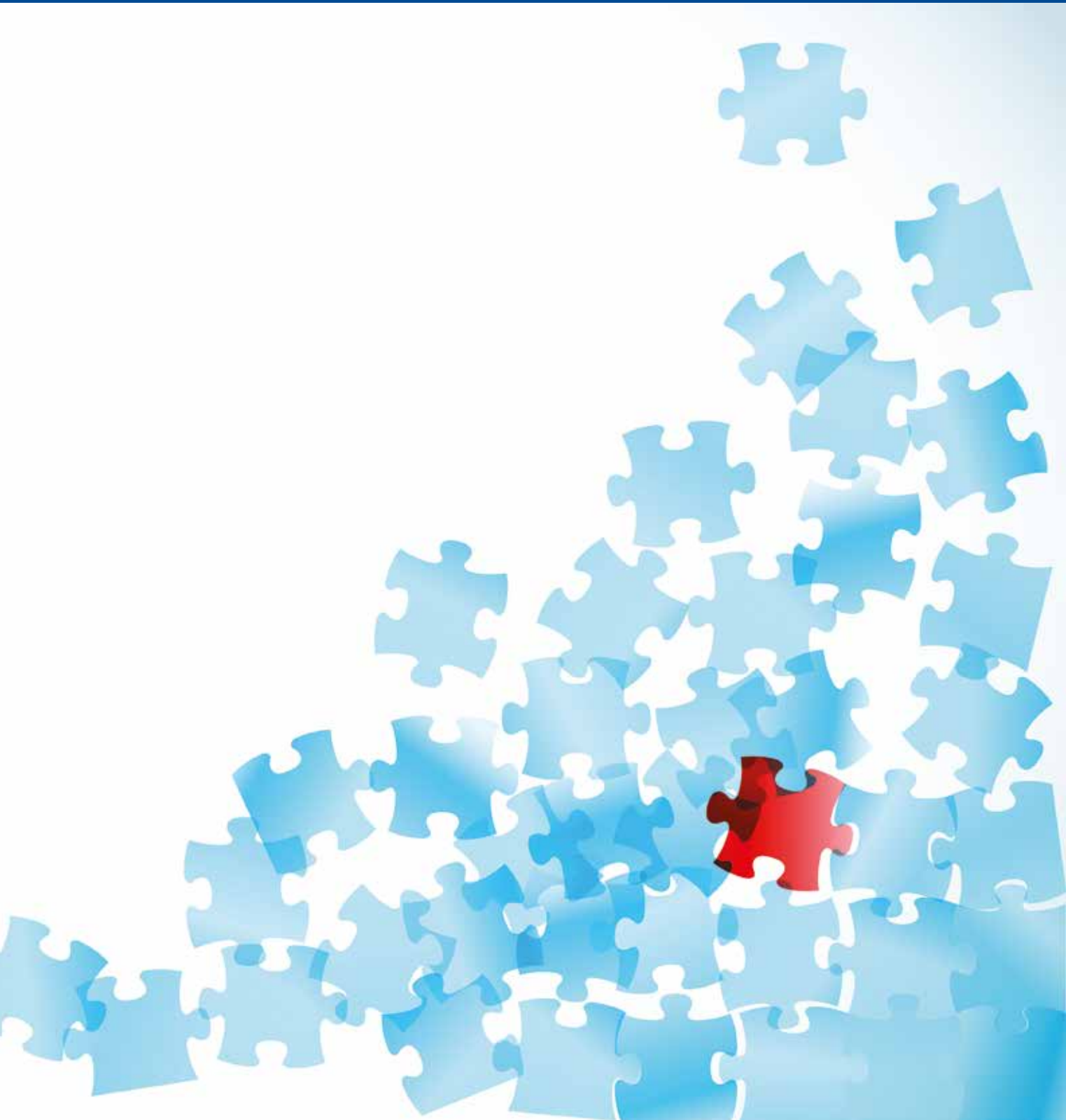
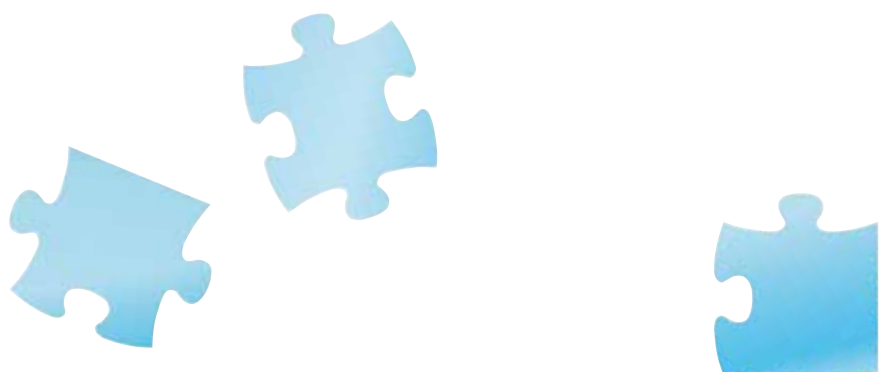


Evaluering av FACT-team i Norge

SLUTTRAPPORT – kortversjon



Av Anne Landheim og Sigrun Odden (red.)



Rapportens tittel: Evaluering av FACT-team i Norge – sluttrapport, kortversjon **Redaktører:** Anne Landheim og Sigrun Odden
Ansvarlig utgiver: Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykiske lidelser (NKROP), Sykehuset Innlandet HF
Utgitt: Hamar, juni 2020
Web: www.rop.no **Epost:** post@rop.no

Innhold

1. Innledning	4
2. Om evalueringen	5
3. Om FACT-teamene i evalueringen	6
4. Hvor modelltrofaste er FACT-teamene?	8
5. Hvordan er pasientflyten på FACT-tavla?	12
6. Hvilke tjenester gir FACT-teamene og kommunene?	13
7. Inkluderer FACT-teamene målgruppa?	15
8. Hvordan går det med brukerne 24 måneder etter inntak i FACT-teamene?	17
9. Er det en reduksjon i innleggelser og oppholdsdøgn etter inntak i FACT-teamene?	19
10. Hvilke erfaringer har brukerne?	21
11. Hvilke erfaringer har pårørende?	22
12. Hvilke erfaringer har teamansatte?	23
13. Hvilke erfaringer har samarbeidspartnerne?	24
14. FACT som recoveryorientert modell	26
15. FACT som samhandlingsmodell	27
16. Konklusjoner og anbefalinger	28

Forord

Dette er en kortversjon av sluttrapporten fra evalueringen av FACT-team i Norge. De viktigste resultatene presenteres i kortversjon, og de som ønsker å lese mer om resultatene henvises til sluttrapporten som er å finne på; <https://rop.no/actfact>

Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP) har på oppdrag fra Helsedirektoratet gjennomført en forskningsbasert evaluering av de sju første FACT-teamene i Norge. FACT (Flexible Assertive Community Treatment) er en samhandlingsmodell mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen, og retter seg mot personer med alvorlige psykiske lidelser og med store og sammensatte problemer. FACT-modellen er utviklet i Nederland, og er en tilpasning av ACT-modellen. De norske helsemyndighetene har siden 2009 stimulert til utprøving og implementering av samhandlingsmodeller, blant annet ACT og senere FACT. Det første FACT-teamet i Norge ble etablert i 2013, og i dag er det cirka 60 FACT-team inkludert forprosjekter. Det er lite kunnskap om nytteverdien og effekten av FACT-modellen nasjonalt og internasjonalt. Helsemyndighetene ønsket derfor at FACT-modellen, slik den blir tatt i bruk her i Norge, skulle evalueres på samme måte som ACT-teamene. Kunnskap fra evalueringen vil kunne gi innspill til en videre utvikling av FACT-modellen i Norge, noe som igjen kan styrke tilbudet til målgruppa.

Vi vil rette en stor takk til FACT-teamene som har deltatt i evalueringen: FACT Gamle Oslo, FACT Folgefonn, begge FACT-teamene ved DPS Kronstad, FACT Lister, FACT Sandnes og OBS-teamet i Stavanger (FACT Stavanger). Vi vil også rette en stor takk til brukere og pårørende som har blitt intervjuet og som har bidratt med sin kunnskap og sine erfaringer. Vi takker også samarbeidspartnere til FACT-teamene som har stilt opp på fokusgruppeintervjuer og formidlet sine erfaringer. Takk til Kari Lillehaug ved forskningsavdelingen i Sykehuset Inn-

landet for å ha samlet inn opplysninger om hvilke tjenester FACT-teamene har gitt. Takk til Heidi Hurlen Solbakken ved NKROP for bearbeiding av tabeller og figurer med utfyllende tekst i kapittel 10.

Det har vært et forskersteam ved NKROP som har gjennomført evalueringen. Anne Landheim og Sigrun Odden har i det store og hele planlagt og gjennomført evalueringen, og skrevet kapittel 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 12, 13, 14 og 15 i sluttrapporten. Hanne Clausen har gjennomført tjenestekartleggingen, skrevet kapittel 6 og deltatt på kapittel 14, og skrevet inn i metodedelen i kapittel 2. Lars Håvard Bakke ved NKROP har skrevet kapittel 3. Brukerundersøkelsen er gjennomført av Elisabeth Adams Kvam ved NKROP. Hun har samarbeidet med brukerspesialistene i FACT-teamene. Følgende brukerspesialister har deltatt i planlegging, datainnsamling, analyse av dataene og gjennomlesning av og kommentarer på kapittel 10: Johnny Olsen (FACT Folgefonn), Vibeke Hellesund (FACT Bergenhus), Svein Nygaard (FACT Årstad/Ytrebygd), Sven Helge Lian (FACT Lister), Knut-Jarle Lunde (Stavanger OBS), Jetmira Emini (FACT Bydel Gamle Oslo) og Siren Thuen Thomesen (FACT Sandnes). Ann-Mari Lofthus (PhD med medforskingserfaring) har deltatt i datainnsamlingen. Kapittel 10 om brukerundersøkelsen er skrevet av Elisabeth Adams Kvam. Randi Martinsen og Berit Bronken ved Høgskolen i Innlandet har gjennomført pårørendeundersøkelsen, skrevet i kapittel 11 i metodedelen.

Helsedirektoratet har finansiert evalueringen. Vi har fulgt vitenskapelige krav til forskning og de forskningsetiske retningslinjene for oppdragsforskning.

Evalueringsgruppa står inne for resultatene fra evalueringen, og eventuelle feil og mangler i rapporten.

7. mai 2020

– for forskergruppa, Anne Landheim og Sigrun Odden

1. Innledning

Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP) har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet gjennomført en forskningsbasert evaluering av de sju første FACT-teamene i Norge (Flexible Assertive Community Treatment team).

FACT-modellen er nederlandsk, og i hovedsak utviklet gjennom praktisk erfaring med ACT-modellen (Veldhuizen, 2007). Både ACT og FACT skal gi helhetlige og integrerte tjenester til personer med alvorlige psykiske lidelser. Tjenestene skal gis oppsøkende i brukernes hjem og lokalsamfunn fra et tverrfaglig sammensatt team som skal ha ansvar for oppfølging av både helse og sosiale forhold (Stein og Test 1980, Allness og Knoedler 2003). Teamet skal bestå av sykepleiere/vernepleiere, psykiater, psykolog, bruker-spesialist, sosionom, russpesialist og arbeidsspesialist. Mens ACT fokuserer på de mest alvorlige pasientene med behov for langvarig oppfølging og behandling, fokuserer FACT på alle pasientene med alvorlig psykisk lidelse og langvarig og sammensatte tjenestebehov i et opptaksområde. Hovedtanken bak FACT er å tilby både ACT og mindre intensiv case management oppfølging fra ett og samme team. Oppfølgingen vil da variere mellom mindre intensiv oppfølging i stabile perioder og intensiv oppfølging (ACT) ved tilbakefall eller krise ut fra pasientens situasjon. Målet med FACT-modellen er å styrke tilbudet til personer med alvorlige psykiske lidelser og som har behov for tjenester fra mange nivåer og instanser. En viktig målsetting med FACT-modellen er gjennom ulike tiltak å styrke brukernes evne til å mestre livet så godt som mulig ute i samfunnet. Navnet «Assertive Community Treatment» gjenspeiler dette, og en recoveryorientert praksis er sentralt i FACT-modellen.

For å lykkes, er det vesentlig at teamet følger opp brukerne der de oppholder seg, på områder der personen ønsker å lykkes, og at oppfølgingen skjer kontinuerlig og over tid (Stein og Test, 1980; Allness og Knoedler; 2003, Veldhuizen, 2013).

For å skape helhetlige og koordinerte tjenester som tar ansvar for både helse- og sosiale forhold, er det i Norge lagt vekt på at teamene forankres i en organisatorisk forpliktende samhandling mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjeneste (Helsedirektoratet, 2019).

De norske helsemyndighetene har siden 2009 stimulert til utprøving og implementering av samhandlingsmodeller, blant annet ACT og FACT. Det første FACT-teamet i Norge ble etablert i 2013. I dag er det cirka 60 FACT-team, inkludert forprosjekter. Det er lite kunnskap om nytteverdien og effekten av FACT-modellen nasjonalt og internasjonalt. Helsemyndighetene ønsket derfor at FACT-modellen skulle evalueres på samme måte som ACT-teamene (Landheim m fl., 2014).

Kunnskap fra evalueringen vil gi innspill til en videre utvikling av FACT-modellen i Norge, noe som igjen kan styrke tilbudet til målgruppa. Resultater fra evalueringen vil også svare opp etterspørselen etter forskning som sier noe om hvordan samhandling faktisk foregår, og ikke minst hva som er brukernes erfaringer med FACT.

Det er viktig at kunnskapen fra evalueringen føres tilbake til FACT-teamene og deres samarbeidspartnere, og til de som skal videreutvikle helse- og omsorgstjenestene på lokalt og nasjonalt nivå.

2. Om evalueringen

Formålet med den forskningsbaserte evalueringen var å undersøke i hvilken grad FACT-teamene arbeidet i henhold til FACT-modellen, hvilken nytteverdi FACT-teamene hadde for brukerne, om brukerne fikk helhetlige og integrerte tjenester, og hvilke erfaringer pasienter, pårørende, teamansatte og samarbeidspartnere hadde med FACT-teamet og modellen.

Følgende problemstillinger ble belyst i evalueringen:

- Hvordan er FACT-teamene organisert (opptaksområde, forankring og teamsammensetning)?
- Hvor modelltrofaste er FACT-teamene?
- Hvordan bruker teamene FACT-tavla?
- Hvilke tjenester gir FACT-teamene og kommunene til brukerne?
- Hvilken målgruppe rekrutterer FACT-teamene?
- Hvordan er pasientforløpet ved behandling og oppfølging fra FACT-teamene?
- Er det en endring i innleggelser og oppholdsøgn i psykisk helsevern (med og uten tvang) når vi sammenligner to år før inntak og fra inntak og påfølgende to år?
- Hvilke erfaringer har brukere, pårørende, teamansatte og samarbeidspartnere med FACT-teamene?

For å belyse de ulike problemstillingene i evalueringen ble det samlet inn data fra brukere, pårørende, ansatte i FACT-teamene, samarbeidspartnere og fra ulike lokale journalsystemer i sju FACT-team. Data-materialet er både kvalitativt og kvantitativt. De ulike undersøkelsene belyser forskjellige problemstillinger, og danner et samlet grunnlag for en omfattende evaluering av de sju FACT-teamene.

Det er viktig å påpeke at de sju FACT-teamene er ulike med hensyn til målgruppe og organisering. Dette vanskeliggjør en sammenligning av teamene. Vi har valgt å presentere resultatene samlet sett, og vi kommenterer forskjeller mellom team der de er påfallende.

Evalueringen er godkjent av Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, Norsk senter for forskningsdata og personvernombudet i Sykehuset Innlandet.



3. Om FACT-teamene i evalueringen

De sju FACT-teamene som deltok i evalueringen ble etablert i perioden fra 2013 til 2016. Teamene var geografisk plassert i Sør-Norge, med fem team i Helse Vest RHF, og to i Helse Sør-Øst RHF. Det var store forskjeller mellom teamene når det gjaldt størrelsen på opptaksområdet. Det største opptaksområdet var i underkant av 120 000 innbyggere, mens det minste var i underkant av 20 000 innbyggere. To av teamene hadde opptaksområde i spredtbygde områder, mens de øvrige fem teamene opererte i mer urbane områder. FACT-teamene var tverrfaglig sammensatt, og de aller fleste ansatte hadde helse- og sosialfaglig utdanning og erfaring. De fleste teamene hadde brukerspesialist, mens de i mindre grad hadde personer dedikert til rollen som arbeidsspesialist eller russpesialist.

12 måneder etter oppstart hadde de sju FACT-teamene inkludert til sammen 402 brukere. Etter 24 måneder hadde de inkludert til sammen 620 personer, med en variasjon mellom teamene fra 40 til 153 brukere (Tabell 1).

Tabell 1

Antall brukere rekruttert til FACT-teamene 12 og 24 måneder etter oppstart

Team	Antall brukere 12 måneder	Antall brukere 24 måneder
Team 1	38	40
Team 2	92	122
Team 3	82	140
Team 4	102	153
Team 5	38	52
Team 6	25	44
Team 7	25	69
TOTALT	402	620

Samtlige team ble etablert på bakgrunn av en samarbeidsavtale mellom spesialisthelsetjenesten og første-linjen (en eller flere kommuner/bydeler). De fleste av samarbeidsavtalene omfattet forpliktelser mellom partene på både faglige, personellmessige, administrative og økonomiske områder.

Ett team var organisatorisk plassert i kommunen, ett i både kommune og spesialisthelsetjeneste (Tverrfaglig spesialisert rusbehandling/TSB). De øvrige teamene var organisatorisk plassert i Distriktpsikiatrisk senter (DPS). De fleste teamene hadde delt arbeidsgiveransvar mellom spesialisthelsetjeneste og kommune/bydel. Personalansvar og økonomiansvaret for teamene var ofte plassert på et høyere organisatorisk nivå enn teamleder, mens det faglige ansvaret stort sett lå i teamet hos psykiater, eventuelt i samarbeid med teamleder.

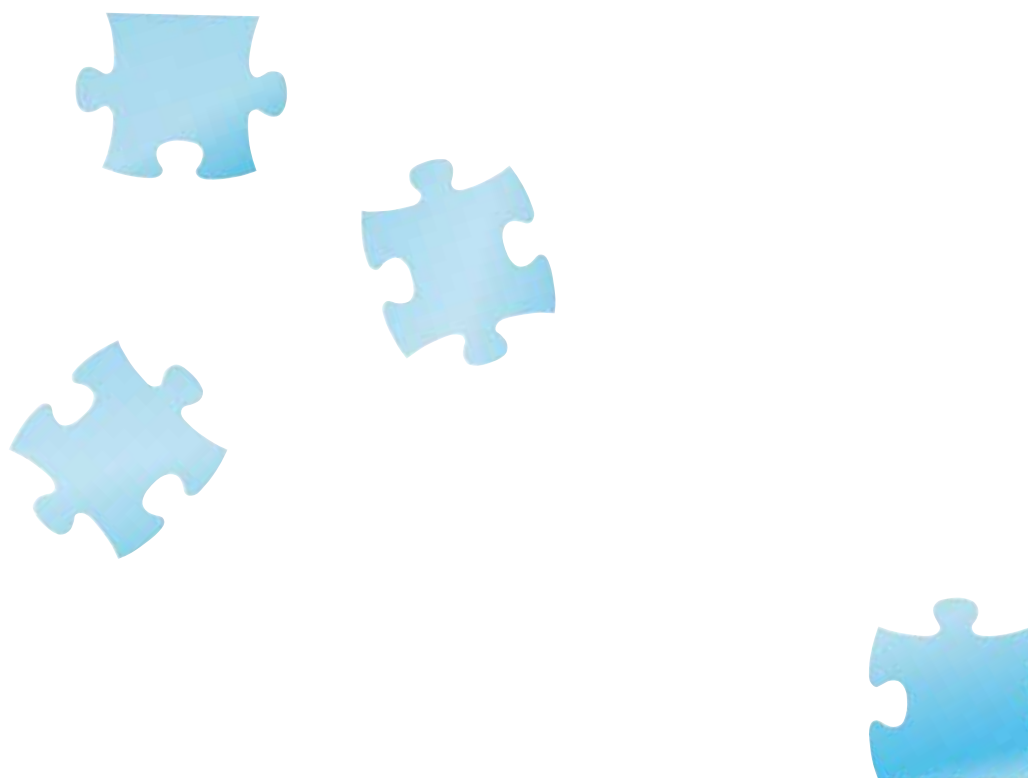
Måten teamene valgte å organisere seg på ser ut til å være tilpasset de lokale forholdene. FACT-team i rurale områder hadde ofte flere kommuner de samarbeidet med. Det kan by på utfordringer med mange aktører som skal samhandle og samarbeide med FACT-teamet. Med delte stillinger kan teamtilnærmingen bli skadelidende. Ansatte vil sannsynligvis jobbe mye med brukere i egen kommune og mindre med andre brukere i FACT-teamet. De vil ha FACT-teamet i ryggen, men ikke være fullt integrert i teamet. Små kommuner har ofte mindre ressurser både økonomisk og personalmessig, noe som kan medføre vanskelige prioriteringer. Hvis de opplever at resultatene ikke står i forhold til hva de har bidratt med, kan de måtte trekke seg fra samhandlingen.

Ett av FACT-teamene i evalueringen hadde forpliktende samarbeidsavtaler med flere små kommuner. Kommunene bidro ikke med personalressurser eller økonomi inn i teamet, men bidro med arbeidsinnsats overfor FACT-teamets brukere i sin kommune i samarbeid med FACT-teamet. Det kan være en praktisk og realistisk løsning i rurale områder, selv om det ikke er i tråd med modellen.

Samarbeidspartnerne til FACT-teamene vurderte det som viktig at teamene hadde ansatte fra både kommunen og spesialisthelsetjenesten. En slik organisering gjør at teamet har en fot i begge leire, noe de mente styrket brobyggerfunksjonen. Det ble også vektlagt at en forankring/organisering ved DPS bringer teamet nærmere spesialisthelsetjenesten, og at med spesialister i teamet får de spesialisthelsetjenesten ut i kommunen. Team som hadde svak forankring til DPS, savna ofte sterkere involvering fra spesialisthelsetjenesten, og de så det som en hindring for å få til en helhetlig behandlingstjeneste.

FACT-teamene var ulikt organisert, men vi fant ikke at det hadde betydning for hvordan det gikk med bru-

kerne eller om ulik organisering hang sammen med en reduksjon i antallet oppholdsdøgn i psykisk helsevern. Hvordan teamene var organisatorisk forankret, hadde heller ingen systematisk variasjon med teamenes totale skår for modelltrofasthet. Datamaterialet ga ikke grunnlag for å si at én organisasjonstilknytning var bedre enn en annen. De teamansatte og samarbeidspartnerne i FACT-teamene framhevet at team med forankring i både spesialisthelsetjeneste og kommune måtte forholde seg til to lovverk og to journalsystemer. Ulik tilgang var et hinder for effektiv oppfølging. De mente det vanskeliggjorde samhandlingen i teamet, og at det kunne være vanskelig å få informasjon om brukeren fra andre instanser.



4. Hvor modelltrofaste er FACT-teamene?

Teamenes troskap mot FACT-modellen ble vurdert med den nederlandske FLEXIBLE ACT scale 2010. Teamene ble vurdert cirka 24 måneder etter oppstart. FACT-skalaen er presentert i den norske ACT-håndboka (Aakerholt, 2013). Skalaen består av 60 elementer inndelt i sju hovedområder. Hvert element skåres på en fempunktsskala ut fra grad av implementering. Skåringene mellom 1 og 5 tolkes slik: 1–3: Ikke godkjent modelltrofasthet, 3.1–3.3: Moderat modelltrofasthet, 3.4–4.0: Tilfredsstillende modelltrofasthet, 4.1–5.0: Meget bra modelltrofasthet.

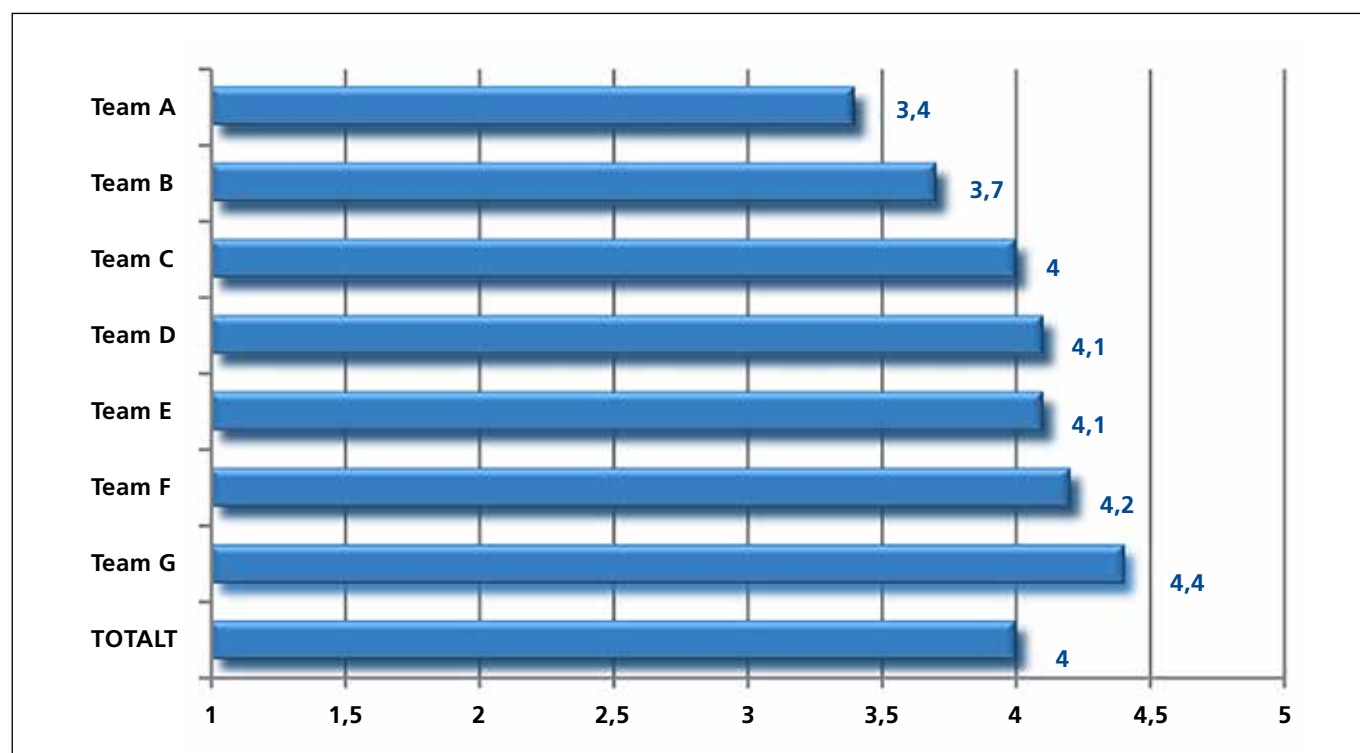
Etter 24 måneder hadde fire av teamene i evalueringen implementert modellen med meget bra modelltrofasthet og tre team med tilfredsstillende modelltrofasthet. De enkelte teamenes totalskår varierte mellom 3.4 og 4.4. Gjennomsnittlig totalskår var 4.0. Ifølge CCAF, sertifiseringscenteret for FACT- og ACT-team i Ned-

erland, er skår 3.4 og høyere tilstrekkelig for å få sertifisering som FACT-team. Vurdering av modelltrofasthet viste at FACT-modellen kan implementeres med bra modelltrofasthet i ulike norske kontekster. Både urbane og rurale områder var representert blant teamene i evalueringen, og det var team med ulik organisering.

Resultatene er sammenlignbare med resultatene fra Sverige og Nederland. En undersøkelse av sju svenske team viste 3.9 i gjennomsnitt etter 18 måneder med variasjon for de enkelte team fra 3.7 til 4.6 (Svensson et al., 2017). En nederlandsk FACT-studie av tre FACT-team viste totalskårene 3.6, 4.2, og 4.3 etter to år (Nugter et al., 2016). Figur 1 viser totalskår for hvert av teamene i den norske evalueringen.

Hvis vi ser på skåren for de sju hovedområdene finner vi at etter 24 måneder hadde FACT-teamene i eva-

Figur 1 Totalskår for 7 team



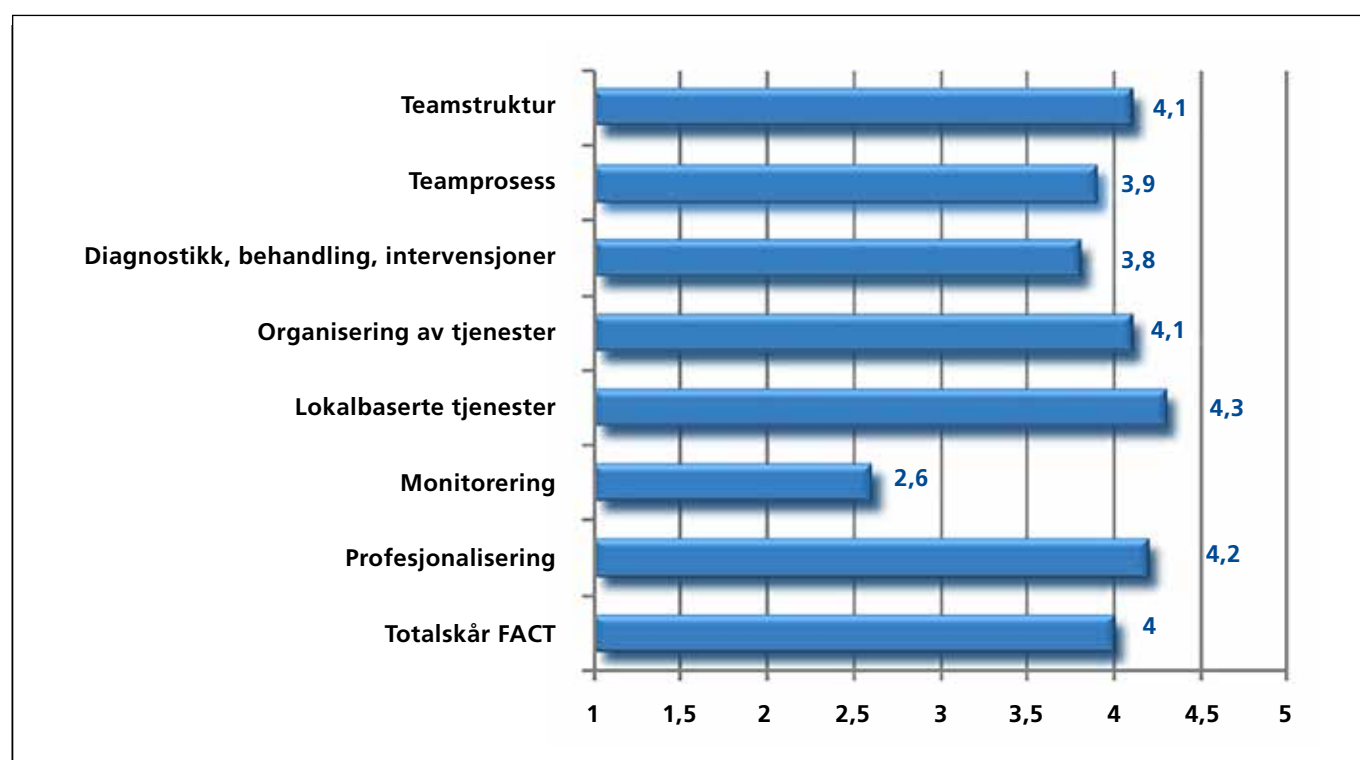
lueringen implementert fire av FACT-skalaens sju hovedområder med meget bra modelltrofasthet, to med tilfredsstillende modelltrofasthet og ett med ikke godkjent modelltrofasthet. Gjennomsnittskårene for de sju hovedområdene og total gjennomsnittskår for FACT-skalaen vises i figur 2.

Teamene hadde i gjennomsnitt meget bra modelltrofasthet for hovedområdet Teamstruktur, som betyr at de hadde en bemanning som var flerfaglig og i stor grad i tråd med FACT-modellens krav. Hovedområdet Teamprosess, som kartlegger teamenes interne arbeidsmåter, hadde tilfredsstillende modelltrofasthet. Elementer som teamtilnærming og kontaktfrekvens for brukere som hadde case management oppfølging hadde tilfredsstillende modelltrofasthet, mens teamtilnærming og kontaktfrekvens for brukere med intensiv oppfølging ikke fikk godkjent modelltrofasthet.

Hovedområdet Diagnostikk, behandling og intervensjoner hadde tilfredsstillende modelltrofasthet. Mange ulike behandlingsformer, som kognitiv atferdsterapi, psykoedukasjon mot brukers familie og flerfaglig, praktiske behandlingstjenester, hadde meget bra modelltrofasthet, mens FACT-modellens krav til behandlingsplaner og kriseplaner var lite implementert.

Hovedområdene Organisering av tjenester og Lokalbaserte tjenester hadde begge meget bra modelltrofasthet. Teamenes oppsøkende og lokalbaserte arbeid var i stor grad i tråd med FACT-modellen, det samme kan sies om de organisatoriske rammene for å ta inn og beholde brukerne, mens ivaretagelse av 24-timers tilgjengelighet og krisetjenester ikke var implementert i teamene. Hovedområdet Monitorering fikk heller ikke godkjent modelltrofasthet, og kan ikke sies å være implementert i teamene.

Figur 2 Gjennomsnittskårer for FACT-skalaens hovedområder (7 team)



De sju hovedområdene inneholder totalt 60 elementer og teamene fikk meget bra modelltrofasthet på over halvparten av elementene. Det gjaldt viktige deler, som at teamene i stor grad jobba oppsøkende og klarte å beholde brukerne i teamet. FACT-tavlemøte, deltakelse og kriterier for bruk av tavla, som er viktig for koordinering av arbeid og informasjon i teamet, kan også framheves som meget bra.

Tydelige forbedringsområder var den rutinemessig resultatkartleggingen (monitoreringen) av brukernes livskvalitet, hjelpebehov og sosiale fungering. Det samme gjaldt teamenes arbeid med behandlingsplaner og kriseplaner. Teamtilnærming og kontaktfrekvens for brukere som får intensive tjenester fikk ikke godkjent modelltrofasthet. Krisetjenester og 24-timers tilgjengelighet var heller ikke implementert. I tillegg fikk stillingskategoriene russpesialist og rehabiliteringsspesialist ikke godkjent modelltrofasthet.

Modelltrofasthet

FACT-modellen ble implementert med meget bra og tilfredsstillende modelltrofasthet i alle teamene. Det gjaldt team i både urbane og rurale områder og team med ulik organisering.

Hvilke utfordringer gir FACT-modellen?

Ut fra vurderingen av modelltrofasthet i teamene diskuterer vi her utfordringer med FACT-modellen opp mot erfaringer som kom fram gjennom andre delundersøkelser, spesielt fokusgruppeintervjuene med teamansatte.

Når det gjelder den lave skåren på monitorering mente mange teamansatte at «skjemaveldet» i arbeidet ble en barriere, og de mente det gikk ut over relasjonen de hadde til brukerne. Den lave svarprosenten i pasien-

tutredningen i evalueringen viste også at det var motstand mot kartleggingsarbeid. FACT-modellen har krav om at standardisert kartlegging av høy kvalitet skal gjennomføres årlig, og brukes i den individuelle oppfølgingen av brukerne. Innføring av pakkeforløp vil også kreve kartlegging av pasientene. For å oppfylle kravene om monitorering, er det en utfordring både å jobbe med motivasjon blant ansatte for å se betydningen av kartlegging, og å finne kartleggingsverktøy som oppleves som nyttige av de ansatte i det kliniske arbeidet.

I fokusgruppene ga teamansatte uttrykk for at de gjerne ville utarbeide behandlingsplanene mer i tråd med den recoveryorienterte måten som ligger i FACT-modellen, hvor behandlingsplanen skal utarbeides sammen med bruker. I planen skal brukerens ressurser og styrker beskrives, og bruker og teamansatte skal sammen beskrive de individuelle målene for rehabilitering. Behandlingsplanen vil da ikke alltid samsvare med krav til behandlingsplan hos teamenes moder-organisasjoner i kommunene og spesialisthelsetjenesten. Brukerne var ofte lite interessert i å ha sitt eget eksemplar av behandlingsplanene, noe som kan tyde på at de ikke opplevde det som sin egen plan. I tillegg hadde de ofte flere behandlingsplaner fra instansene de mottok tjenester fra. Det hadde vært en forbedring av tjenestene om bruker hadde hatt én felles behandlingsplan hvor de involverte instansers rolle og funksjon var beskrevet, ut fra et overordnet mål om at tjenestene skal være helhetlig og integrerte.

Kravet om 24-timers tilgjengelighet og krisetjenester var ikke implementert i teamene. Teamene opplevde utvidet åpningstid som urealistisk. Det ble først og fremst begrunna med økonomi, men også med at teamtilnærmingen ville bli skadelidende med innføring av turnusordninger, hvor alle ansatte ikke kunne delta på det daglige tavlemøtet. Utvidet åpningstid i FACT-teamene ble etterspurt både av pårørende, brukere og samarbeidspartnerne. I tillegg til å gi mulighe-

ter til økt oppfølging av aktiviteter, ville det gitt økt tilgjengelighet fra teamene i flere krisesituasjoner.

Brukernes kriseplaner var sjelden tilgjengelig hos akutt-tjenestene, og ansatte opplevde det som et strukturelt problem at akutt-tjenester, som legevakt, ikke ønska kriseplaner fra FACT-teamene. Eksisterende akutt-tjenester er ikke alltid tilgjengelig nok for brukerne i FACT-teamene. En FACT-bruker skal kunne ta kontakt med en tjenesteyter som kjenner deres situasjon, 24 timer i døgnet. I pårørendeundersøkelsen ble det rapportert om tunge veier til innleggelse. FACT-modellens krav om brukerstyrte senger var ikke tilfredsstillt. Det ville vært et viktig bidrag til å forenkle og forkorte veien til innleggelse. Sett fra pårørendeundersøkelsen framstår det som spesielt viktig å styrke krisetjenestene. Selv om tiltakene må adresseres utover det enkelte FACT-teamet, vil vi konkludere med at krisetjenestene bør styrkes i FACT-teamene. Det kan gjøres ved utvidet åpningstid for teamene, at brukerne har én kriseplan som er tilgjengelig for akutt-tjenestene, og at tilgang til brukerstyrte senger for målgruppa økes.

Teamene hadde ikke godkjent modelltrofasthet for kontakthypighet og teamtilnærming for brukergruppa som var på tavla (intensiv behandling). Det kan skyldes lav prioritering av dem som trenger intensiv oppfølging, men det kan også ha andre forklaringer. Både tjenestekartleggingen og fidelityvurderingen viste at det var liten forskjell for kontakthypigheten til brukere med intensiv og mindre intensiv behandling. Det kan skyldes at de norske teamene har en annen målgruppe enn de nederlandske, som gjør at det er behov for jevnere kontakthypighet i brukergruppa generelt. Reiseavstander kan påvirke kontakthypigheten. Brukere på tavla kan også få intensive tjenester ved at kommunen er inne med tjenester, noe som ikke registreres i fidelityvurderingen. Teamansatte mente det var nødvendig å se tjenestene brukerne fikk fra kommunen i sammenheng med tjenestene fra teamet,

og at summen av tjenester da ble tilstrekkelig. Ulempen er at det da blir mange personer å forholde seg til for brukerne, og at tjenestene må koordineres for å bli integrerte og helhetlige.

Til tross for de positive resultatene for implementering av FACT-modellen i Norge, er det grunn til å vurdere den nederlandske FACT-skalaens egnethet i Norge. FACT-skalaen er en omfattende skala som består av i alt 60 elementer som skal skåres på en fempunktsskala. Ut fra erfaringene i evalueringsarbeidet er ikke alle elementene i skalaen like sentrale, samtidig er viktige områder for arbeidet i FACT-teamene i Norge ikke dekket, det gjelder særlig forhold som knyttes til samhandlingen mellom ulike tjenester på to forvaltningsnivåer og problemer med ulike lovverk. FACT-skalaen har ett element som kartlegger samhandling, det sier at FACT-teamet skal ha kontakt med seks instanser i løpet av seks måneder. Dette gir liten mening i norsk sammenheng, hvor samhandlingen er langt mer omfattende, og burde fanges på en bedre og mer relevant måte. Ett av teamene i evalueringen hadde egen «NAV-spesialist» i teamet, ansatt både i FACT-teamet og i NAV, noe som kan være et godt eksempel i en eventuell tilpassing av FACT-modellen til norske forhold. En annen utfordring er at FACT-skalaen ikke definerer målgruppe for FACT-teamet. Sett ut fra uklarheter og uenigheter rundt målgruppe i mange team, kunne det argumenteres for tydeligere signaler om målgruppe i skalaen. Siden det er vesentlige sider ved handlingsrommet for å jobbe i tråd med FACT-modellen som ikke fanges opp i skalaen, bør det vurderes en norsk tilpassing av FACT-modellen, bedre tilpasset det norske tjenestesystemet og norske geografiske forhold.

5. Hvordan er pasientflyten på FACT-tavla?

En vesentlig side ved FACT-modellen er at oppfølgingen fra FACT-teamet skal variere mellom intensiv oppfølging (ACT) ved krise eller tilbakefall/førverring og mindre intensiv oppfølging i stabile perioder. Ved behov for intensivert av tjenestene skal brukerne føres opp på FACT-tavla og få teambasert oppfølging.

Fem av teamene i evalueringen registrerte hvem som var/ikke var på tavla og årsaken til tavleoppholdet hver uke i sitt andre driftsår. Resultatene viste at de fem teamene i gjennomsnitt hadde 20 prosent av brukerne ført på tavla per uke, noe som sammenfaller med den nederlandske manualen. Variasjonene mellom teamene var imidlertid stor, fra 14 prosent til 45 prosent. 2/3 av alle brukerne i teamenes andre år hadde vært ført på tavla minst en gang. Det betyr at 1/3 av brukerne fikk ordinær case management oppfølging gjennom hele året. Av samtlige brukere i teamene hadde 44 prosent vært på tavla på grunn av behov for intensiv oppfølging, 32 prosent fordi de var nye i teamet, og 26 prosent fordi de var innlagt. Brukerne som hadde vært ført på tavla hadde i gjennomsnitt vært det i 15 uker i løpet av året.

Tavlemetodikken og teamtilnærmingen ble sterkt framheva som positive sider ved FACT-arbeidet av de ansatte i FACT-teamene, fordi det skapte et felles ansvar for brukerne i teamet og sikra en bedre oppfølging enn med mer individuelt ansvar.

Flertallet av teamets brukere hadde hatt teamoppfølging (vært på tavla) i løpet av året, men størstedelen av året hadde de hatt case management oppfølging. I vurderingen av modelltrofasthet så vi lite skille mellom intensiv og mindre intensiv oppfølging både når det gjaldt teamtilnærming og kontaktfrekvens, og teamene fikk ikke godkjent modelltrofasthet for intensiv oppfølging. Noen teamansatte sa at tavleoppfølging betydde at teamet hadde økt oppmerksomhet på brukeren, men ikke nødvendigvis tettere oppfølging, og andre sa at de koblet kommunen tettere på ved tavleoppfølging. Det gir grunn til å stille spørsmål ved hvilken forskjell det faktisk gir for brukere å bli ført på FACT-tavla. Hvis instanser teamet samarbeider med, er de som øker sin innsats ved tavleoppfølging, blir koordinering og samhandling ekstra viktig for å sikre at behandlingen blir helhetlig. Teamtilnærming er en viktig del av FACT-modellen, og det er viktig med oppmerksomhet på teamtilnærmingen ved begge nivåene for tavlestatus.

Pasientflyt på FACT-tavla

- 2/3 av brukerne fikk intensiv behandling (tavleoppfølging) i minst en periode i løpet av året.
- Brukerne som hadde vært ført på tavla, hadde i gjennomsnitt vært det i 15 uker i løpet av året.

6. Hvilke tjenester gir FACT-teamene og kommunene?

Informasjon om hvilke tjenester de sju FACT-teamene hadde gitt til brukerne ble hentet fra teamenes lokale elektroniske journalsystemer i helseforetak og kommuner/bydeler.

Tjenester fra alle de sju FACT-teamene er registrert for en periode på fire måneder i teamenes andre driftsår. Informasjon om hvilke tjenester kommunene ga brukerne, ble innhentet fra kommunale vedtak som var registrert i de lokale journalsystemene i kommuner og bydeler. Registreringen ble gjort i teamenes andre driftsår og gjelder for samtlige brukere.

Tjenester fra FACT-teamene

Resultatene fra tjenestekartleggingen i FACT-teamene viste at teamene i stor grad jobbet oppsøkende. I gjennomsnitt var 85 prosent av ansikt-til-ansikt møtene som FACT-teamene hadde med brukerne, ute i lokalmiljøet. Dette betyr at kravene i modellen om at minst 80 prosent av ansikt-til-ansikt kontaktene med brukerne skal foregå på brukernes arena, ble møtt.

Det var noe variasjon mellom teamene men de fleste oppfylte dette kravet. FACT-teamene møtte hver bruker i gjennomsnitt en gang per uke, men også her var det stor variasjon.

Kontaktene handlet i stor grad om støttesamtaler, medikamentell behandling eller praktisk hjelp med bolig, økonomi og egenomsorg. Det er mulig at støttesamtaler kan være en samlebetegnelse som inneholder mer spesifikt behandlingsinnhold. Andelen kontakter som gjaldt rusbehandling var lav. Det er mulig at arbeid med rusproblemer i liten grad har blitt journalført, eller at det har blitt registrert med andre koder.

En annen forklaring kan være at teamene i for liten grad har oppmerksomhet på utredning og behand-

ling av rusproblemer. Vi ser fra fidelityvurderingen at russpesialistrollen i flere team er ubesatt. I noen av FACT-teamene er kunnskapen og kompetansen om rusbehandling lav, mens i andre team er den godt ivaretatt. Det var også registrert lav andel familie/nettverkssamtaler og andel kontakter der pårørende hadde vært til stede i møtet. Både rusbehandling og familie- og nettverksarbeid kan derfor være forbedringsområder for de norske FACT-teamene.

Vi fant at det var en del variasjon mellom team i innhold i kontaktene. Dette kan henge sammen med ulik arbeidsdeling mellom team, DPS og kommuner i forskjellige områder, lange reiseavstander eller forskjeller i teamenes bemanning, både faglig sammensetning og antall kliniske teammedlemmer. Samlet sett fant vi likevel at teamene ga et bredt spekter av helse- og sosialfaglige tjenester, i tråd med intensjonen med FACT-modellen. I om lag en tredjedel av kontaktene deltok personer fra primær- eller spesialisthelsetjenesten.

FACT-teamene hadde i størst grad registrert samarbeid med den kommunale hjemmetjenesten, og da vanligvis om medikamentell behandling. Det var mindre registrert samarbeid med enheter i spesialisthelsetjenesten, inkludert døgnavdelinger i psykisk helsevern.

Tjenester fra kommuner/bydeler

To tredjedeler av brukerne hadde minst ett vedtak om kommunale tjenester i teamenes andre driftsår, samtidig som de fikk tjenester fra FACT-teamet. De fleste vedtakene var av lang varighet og det var stort sett vedtak om individuell oppfølging fra psykiske helse-tjenester.

Hovedinnholdet i vedtakene var støtteterapi/-samtaler, medikamentell oppfølging og koordinering av

tjenester. Dette var i stor grad tilsvarende de tjenestene brukerne oftest fikk fra FACT-teamene, men fordi dataene om kommunale vedtak var på gruppenivå hadde vi ikke mulighet til å undersøke om tjenestene var parallelle eller et koordinert samarbeid mellom teamene og de kommunale tjenestene. Dersom de kommunale tjenestene ikke ble gitt i samarbeid med FACT-teamene, fikk brukerne parallelle tjenester fra FACT-team og fra kommuner/bydeler. Noen steder vil dette være nødvendig, fordi tilgangen til og omfanget av tjenester kan variere, og reiseavstandene kan være lange.

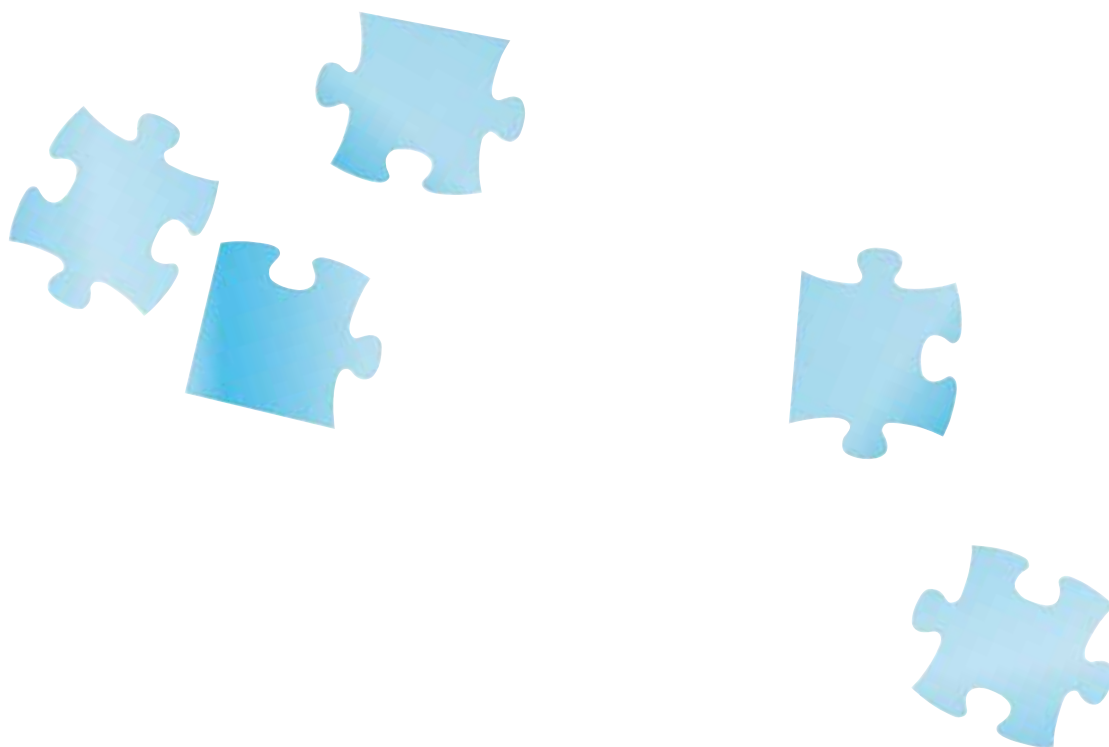
Det må imidlertid presiseres at når kommunene gir en større del av tjenestene, så er det svært viktig at teamene har full oversikt over alle hjelpetilbudene brukerne har, og at FACT-teamene koordinerer tjenestene for å sikre helhetlig og kontinuerlig behandling og oppfølging.

Tjenester fra FACT-teamene:

- *I all hovedsak oppsøkende virksomhet*
- *Kontakthypighet: i gjennomsnitt én kontakt i uka*
- *Bredt spekter av tjenester, men mye støttesamtaler/-terapi og medikamentell behandling*

Kommunale tjenester:

- *2/3 av brukerne har langvarige vedtak om tjenester fra kommunene samtidig med FACT-oppfølging*
- *Flest vedtak om psykiske helsetjenester*
- *Støttesamtaler, medikamentell behandling, koordinering og praktisk hjelp, er mest vanlig tjenester*



7. Inkluderer FACT-teamene målgruppa?

For å belyse problemstillingen om hvilken målgruppe som ble inkludert i de sju FACT-teamene ble det innhentet anonymiserte data om kjennetegn ved samtlige brukere som ble inkludert i teamenes første driftsår. En viktig målsetting med FACT er å rekruttere den definerte målgruppa, og at de klarer å beholde kontakten med brukerne over tid. Ifølge FACT-håndboka er målgruppa for FACT-team alle personer med alvorlig psykisk lidelse i et opptaksområde, som fungerer dårlig på mange områder i livet, og som har behov for samordnet hjelp og oppfølging fra flere instanser (Veldhuizen 2013). Ifølge håndboka kan et FACT-team ha cirka 200 brukere med en case-load på maksimalt 1:15. FACT-team i rurale strøk med et lavt befolkningsgrunnlag hadde en utvidet målgruppe og færre brukere i teamet. Disse teamene har også lange reiseavstander ut til flere av brukerne. Samlet sett hadde de sju første FACT-teamene etter to år 620 brukere i et opptaksområde på 360 000 innbyggere (18 år og eldre). Det utgjør 0,2 promille av befolkningsgrunnlaget. Ut fra dette kan det være potensial for å etablere flere FACT-team der det er befolkningsgrunnlag til det.

FACT-teamene ser ut til å ha nådd målgruppa slik den defineres i FACT-håndboka. Det er variasjon i valg av målgruppe mellom FACT-teamene der team i de større byene i all hovedsak inkluderer personer med psykoselidelse. FACT-team i mindre tett befolkede områder har en mer utvidet målgruppe, men det er fortsatt cirka halvparten av brukerne som har en psykoselidelse. En utfordring for FACT-team i mindre befolkningstette områder der målgruppa for FACT er utvidet er at kravet til breddekunnskap blant de ansatte blir større. Det er grunn til å stille spørsmål ved om det i opptaksområdet til FACT-teamene som i all hovedsak inkluderer personer med psykoselidelse, er andre brukere som også har behov for oppfølging og behandling fra et FACT-team. Det kan være personer med andre alvorlige psykiske lidelser, som har et lavt funksjonsnivå og der de ordinære tjenestene ikke når fram. 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, 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.

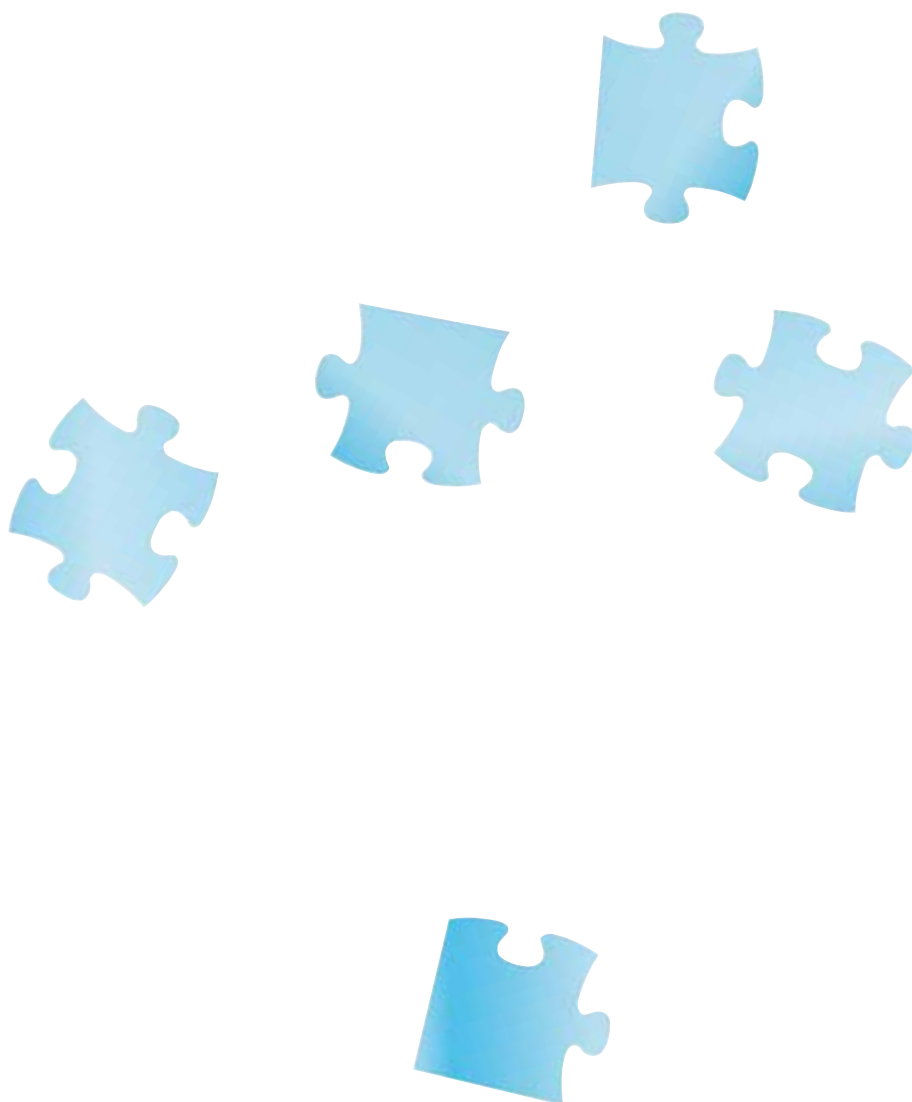
Et viktig mål i FACT-modellen er at brukerne skal få kontinuerlig oppfølging og behandling fra teamet. FACT-teamet skal arbeide aktivt oppsøkende for å etablere kontakt, og de skal beholde kontakten med brukeren så lenge det er behov for det. Hvis personen ikke ønsker kontakt, skal teamet med ulike metoder arbeide med kontaktetablering. Et FACT-team skal ikke gi opp å etablere kontakt og de skal følge opp brukere som kan være vanskelig å holde i behandling og oppfølging. For å belyse dette spørsmålet har vi innhentet opplysninger fra de sju FACT-teamene over hvor mange brukere som av ulike grunner hadde avsluttet kontakten med teamet i løpet av det andre driftsåret. Ifølge FACT-modellen beregnes frafall slik: antallet personer som teamene har avsluttet kontakten med, enten fordi de ikke klarer å oppnå kontakt og/eller at teamet avsluttet kontakt med brukeren på grunn av negativ atferd, og der brukeren ikke blir overført til andre tjenester. Ut fra denne definisjonen finner vi at FACT-teamene har et lavt frafall (under fire prosent årlig). De klarer å beholde kontakten med personer som er inkludert i teamene. Dette er en viktig måloppnåelse da målgruppa i mange tilfeller har forholdt seg til mange og fragmenterte tjenester, og der det har manglet kontinuitet i tjenestene.

Andelen brukere med psykiske lidelser og problematisk bruk av rusmidler varierer mellom teamene. To av FACT-teamene har i all hovedsak brukere med både alvorlige psykiske lidelser og problematisk bruk av rusmidler. I de fem andre teamene varierer andelen fra 25 til 50 prosent. FACT blir foreslått som et viktig behandlings- og oppfølgingstilbud til personer med både alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse i blant annet Opptappingsplanen for rusfeltet og i Nasjonal

faglig retningslinje for personer med samtidig psykisk lidelse og ruslidelse (Helse og omsorgsdepartementet; 2016-2020, Helsedirektoratet 2012). Det er viktig at denne målgruppa, som ofte har store og sammensatte problemer, også ivaretas av FACT-teamene. De fleste samarbeidspartnerne, særlig fra kommunene, mente at målgruppa til FACT-teamene bør utvides. Personer med rusproblemer, alvorlig atferdsproblematikk, lavt funksjonsnivå og med store og sammensatte problemer ble nevnt spesielt. Det var et generelt syn at diagnosekriteriet bør tillegges mindre vekt, og at en i større grad tar hensyn til funksjonsnivå, slik at de som har store og sammensatte behov også blir ivaretatt.

Målgruppene i FACT-teamene:

- *FACT-team i de store byene rekrutterer i all hovedsak personer med psykoselidelse*
- *FACT-team i mindre befolkningstette områder har en utvidet målgruppe*
- *FACT-teamene klarer å beholde kontakten med brukerne og oppnå kontinuitet i tjenesten*



8. Hvordan går det med brukerne 24 måneder etter inntak i FACT-teamet?

En sentral problemstilling i evalueringen har vært om brukerne har oppnådd bedring to år etter inntak i FACT-teamene. Sentrale utfallsmål var; hovedbeskjeftigelse, hovedinntektskilde, bosituasjon, bruk av rusmidler, symptombelastning, helse- og sosial fungering, funksjonsnivå og livskvalitet. FACT-teamene har benyttet en standardisert utredningspakke både ved inntak og to år etter inntak for den enkelte bruker. Totalt sett var det 74 brukere som ble utredet både ved inntak og 24 måneder etter inntak. Svarprosenten er lav (20%), og de som har deltatt i denne delundersøkelsen kan ikke sies å være representative for alle brukere som ble inkludert i FACT-teamenes første driftsår. Selv om det kun er 74 personer som har deltatt i oppfølgingsundersøkelsen, er dette også personer med alvorlige psykiske lidelser og med store og sammensatte hjelpebehov. 70 prosent oppfyller kriteriene for en psykoselidelse ved inntak i teamet. I tillegg hadde de et lavt funksjonsnivå målt med GAF-F ved inntak (GAF-F, median: 42), og flere hadde et rusmisbruk som tilleggsproblem (61% ved inntak).

For de 74 personene vi har fulgt i to år finner vi at de har oppnådd bedring på flere ulike områder i livet. Flere var i meningsfylt aktivitet eller under utdanning to år etter inntak i teamet, det var ingen flere i ordinært arbeid. Flere hadde uføretrygd som hovedinntektskilde, og færre mottok sosialhjelp. Det var en bedring når det gjaldt bolig og boforhold, vurdert av både brukere og behandlere. Vi finner en positiv endring når det gjaldt både praktisk og sosial fungering (målt med PSF og HoNOS). Det var også en positiv endring for symptombelastning på flere områder, men ikke for symptomer på angst og depresjon. Det var ingen vesentlig reduksjon i andelen som hadde problematisk bruk av rusmidler, men det var en reduksjon i alvorlighetsgrad for problematisk bruk av alkohol (målt med bruk av AUDIT). Brukernes egen opplevelse av livskvalitet var bedret på de fleste områdene målt med MANSA. Grunnleggende behov i livet som meningsfylt aktivitet og et bra sted å bo ser

ut til å ha blitt bedre etter inntak i FACT-teamene. Det er viktig å påpeke at endringene ikke er store, men det er positive og statistisk signifikante endringer på de fleste områder i livet. For en pasientgruppe som i utgangspunktet har en høy symptombelastning og et lavt funksjonsnivå, må dette betraktes som gode resultater. Når vi har undersøkt om brukerne har oppnådd bedring i en tidsperiode på to år, er dette kort tid.

Det er et spørsmål hvor mye en kan forvente av endring og bedring, og på hvilke områder, for en pasientgruppe som i utgangspunktet har alvorlige psykiske lidelser og et lavt funksjonsnivå. Denne undersøkelsen har ikke et randomisert kontrollert studiedesign, men observasjonsstudiedesign. Vi har fulgt den enkelte bruker i en tidsperiode på to år og undersøkt om det er endring på ulike områder livet, og vi har ingen kontrollgruppe som ikke har fått tilbud om FACT-team. Vi kan derfor ikke med sikkerhet si at endringene skyldes oppfølging og behandling fra FACT-teamene. Det er få brukere som har gitt samtykke til å delta i undersøkelsen, og det har vært vanskelig for teamene å utrede brukerne. Resultatene kan ikke sies å være representative for alle som ble inkludert i FACT-teamene. Det er viktig å huske på at dette også er personer med alvorlige psykiske lidelser, et lavt funksjonsnivå, og med store og sammensatte problemer.

Sammenlignet med evalueringen av de 12 første norske ACT-teamene finner vi også blant brukere i de sju norske FACT-teamene en positiv endring på flere områder i livet, men i motsetning til brukere i ACT rapporterer brukerne i FACT-teamene også om en bedring i livskvalitet. Opplevd livskvalitet er imidlertid gjennomgående lavere for brukere i FACT-teamene sammenlignet med brukere i ACT-teamene.

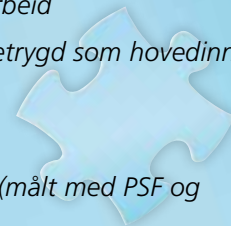
Målgruppa i FACT-teamene kan ikke uten videre sammenlignes med brukere i ACT-team, og vi ser at

de FACT-brukerne som deltok i evalueringen hadde noe lavere symptombelastning og høyere funksjonsnivå ved inntak i teamet sammenliknet med de brukerne som deltok i ACT-evalueringen.



Brukerne viser en bedring på følgende områder to år etter inntak i FACT:

- *Meningsfylt aktivitet, men ingen endring når det gjelder andelen i ordinært arbeid*
- *Stabil inntekt i form av uføretrygd som hovedinntektskilde*
- *Bolig og boforhold*
- *Praktisk og sosial fungering (målt med PSF og HoNOS)*
- *Symptombelastning på flere områder, men ikke når det gjelder symptomer på angst og depresjon.*
- *Reduksjon i alvorlighetsgrad når det gjelder problematisk bruk av alkohol (AUDIT)*
- *Egen opplevelse av livskvalitet på de fleste områder i livet*



9. Er det en reduksjon i innleggelser og oppholdsdøgn etter inntak i FACT-teamene?

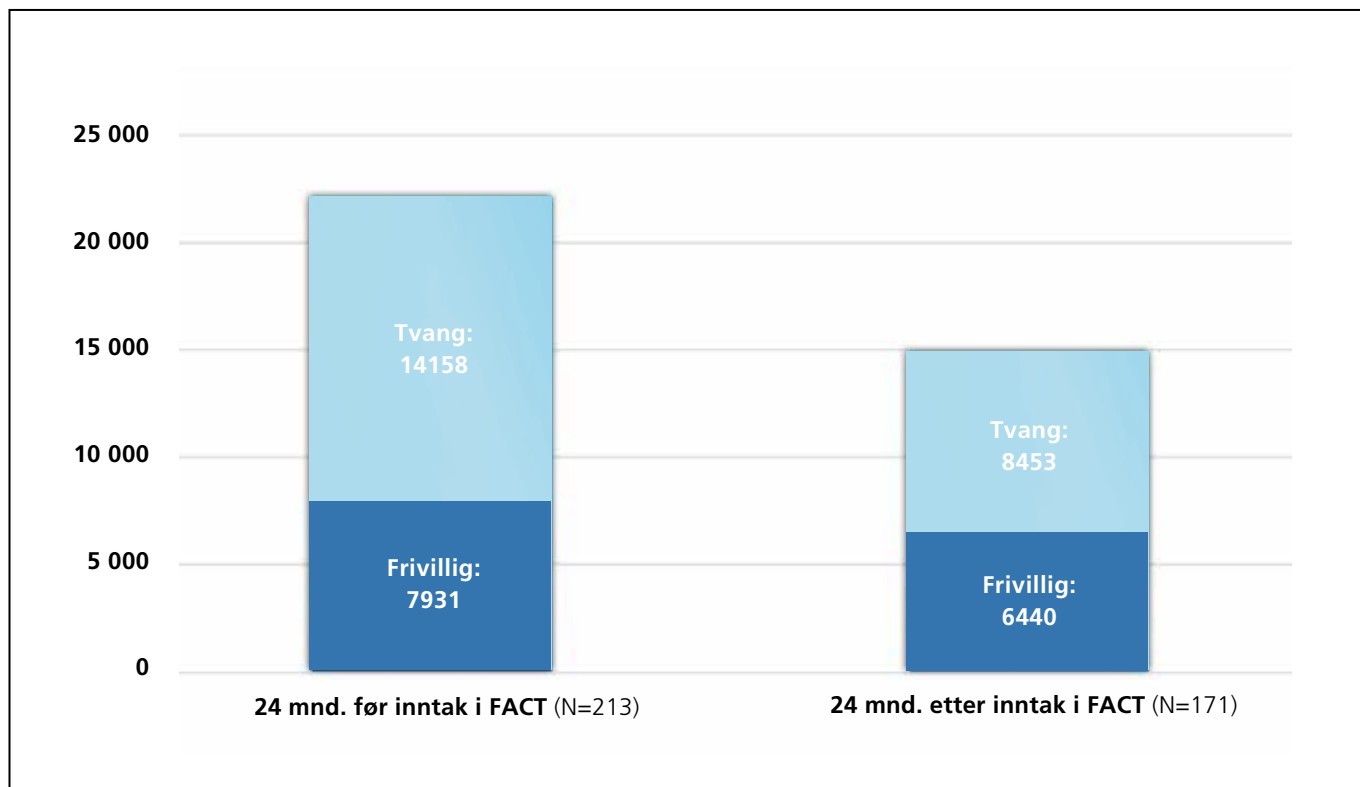
I evalueringen har vi undersøkt om det var en endring i innleggelser og oppholdsdøgn med og uten tvang i psykisk helsevern etter oppfølging og behandling fra FACT-teamene. Vi har innhentet opplysninger fra teamene for samtlige brukere som var inkludert i de sju FACT-teamenes første driftsår, og som har vært fulgt opp av teamene i minst 24 måneder (N=370). Vi har sammenlignet de to siste årene før brukerne ble tatt inn i teamet med to år etter inntak i teamet. Opplysningene er innhentet fra lokale journalsystemer, og sendt til evalueringsteamet i anonymisert form.

Resultatene viser at det er en signifikant reduksjon i antallet brukere som har vært innlagt i psykisk helsevern etter inntak i FACT sammenlignet med toårsperioden før inntak. Det er like mange innleggelser etter

inntak i FACT, men andelen innleggelser på tvang er redusert med 42 prosent. Antallet oppholdsdøgn totalt er redusert med 33 prosent etter inntak i FACT, og vi finner en reduksjon på 40 prosent når det gjelder antallet oppholdsdøgn på tvang etter inntak. Figur 3 viser antallet oppholdsdøgn med og uten tvang i løpet av toårsperioden før og etter inntak i FACT-teamene.

En viktig målsetting i FACT-modellen er å bidra til at brukerne lever livene sine bedre ute i samfunnet, og at de i mindre grad er innlagt i psykisk helsevern. Det er også et mål å redusere innleggelser og oppholdsdøgn på tvang. Det er ikke nødvendigvis et mål å redusere innleggelser i psykisk helsevern, men det er særlig viktig at innleggelsene ikke er på tvang. Som vi ser er antallet innleggelser omtrent det samme etter inntak i

Figur 3 Antall oppholdsdøgn i psykisk helsevern med og uten tvang før og etter inntak i FACT



FACT-teamene sammenlignet med toårsperioden før inntak, men det er flere frivillige innleggelser og de varer kortere. En mulig forklaring kan være at brukerne fanges opp tidligere fordi FACT-teamene følger dem tettere opp. Dette kan gjøre at brukerne får tidligere hjelp, slik at de ikke trenger like lange innleggelser for å oppnå bedring, og at det er mindre behov for å bruke tvang. Det kan også være at varigheten av innleggelsene er kortere fordi brukerne følges tett opp av FACT-teamet, og derfor kan skrives ut tidligere.

Vi finner det samme mønsteret som beskrevet over i samtlige sju FACT-team, selv om det varierer hvor stor reduksjon det er i oppholdsdøgn totalt og under tvang. Fem av teamene har en reduksjon i antallet oppholdsdøgn på tvang som varierer fra 50 til 97 prosent. To av teamene har en reduksjon i oppholdsdøgn på tvang på cirka 20 prosent. Det ene av disse teamene har få innleggelser i psykisk helsevern og få innleggelser og oppholdsdøgn på tvang. Det er ingen sammenheng mellom høy total fidelitetskår og reduksjon i oppholdsdøgn i psykisk helsevern i de syv FACT-teamene. Vi finner heller ingen sammenheng mellom måten teamene er organisert på og reduksjon i oppholdsdøgn. Det er grunn til å tro at kjennetegn ved målgruppa har større betydning for å tolke variasjonen i oppholdsdøgn på tvang. I og med at vi kun fikk tillatelse til å innhente opplysninger om oppholdsdøgn og innleggelser i psykisk helsevern i anonymisert form, har vi ikke mulighet til å gjøre analyser som kan forklare variasjonen.

Den sterke nedgangen i oppholdsdøgn generelt, og særlig på tvang, skiller seg fra tall på landsbasis i samme perioden. Nasjonale tall viser at det ikke er noen vesentlig nedgang i antallet oppholdsdøgn på tvang (Helsedirektoratet IS-2888, Helsedirektoratet IS-2812). Når det gjelder oppholdsdøgn i psykisk helsevern nasjonalt og på frivillig basis, er det en nedgang på cirka 3 prosent årlig (SSB, 2019). Resultatene fra denne evalueringen viser en nedgang på 30 prosent i en periode på fire år. Det er viktig å kommentere at

frivillige innleggelser i psykisk helsevern kan være ønsket og hensiktsmessig. En nedgang i frivillige innleggelser i psykisk helsevern er derfor ikke en målsetting for alle brukerne.

Disse resultatene viser det samme mønsteret som vi fant i evalueringen av ACT-team i Norge (Landheim m fl., 2014). Det var en noe sterkere nedgang i antallet oppholdsdøgn på tvang i ACT-teamene, men tallene omfattet kun pasienter som hadde gitt samtykke til å delta i evalueringen. I denne delundersøkelsen av FACT-team er samtlige brukere i teamenes første driftsår inkludert.

Innleggelser og oppholdsdøgn i psykisk helsevern:

- *Det er ingen endring i antallet innleggelser totalt etter inntak i FACT, men en reduksjon i innleggelser på tvang på 42 prosent*
- *Det er en nedgang i antallet oppholdsdøgn totalt i psykisk helsevern etter inntak i FACT som tilsvarer 7196 døgn (33 prosent)*
- *Det er en nedgang i antallet oppholdsdøgn på tvang i psykisk helsevern etter inntak i FACT som tilsvarer 5 705 døgn (40 prosent)*

10. Hvilke erfaringer har brukerne?

I samarbeid med brukerspesialistene i teamene ble det gjennomført en brukerundersøkelse, hvor 89 brukere ble intervjuet med hjelp av et strukturert spørreskjema, som hadde både lukka og åpne svaralternativ.

Undersøkelsen viste god brukertilfredshet. Målt med Client Satisfaction Questionnaire var flertallet av brukerne fornøyd med kvalitet, type og omfang av tjenester fra teamene. De fleste syntes at FACT-teamet var bedre enn tidligere tjenester, de ville valgt å gå tilbake til FACT, hvis de skulle søke hjelp igjen, og de ville anbefalt FACT til en venn som skulle trenge lignende hjelp. 90 prosent svarte at de alt i alt var svært fornøyd eller stort sett fornøyd med tjenestene de hadde fått fra FACT-teamet. Totalskåren for CSQ var 26 av 32, som var tilsvarende med brukerundersøkelsen i ACT-teamene (Heiervang m fl., 2014).

De fleste informantene svarte at samarbeidet med FACT-teamet hadde vært bra. 65 prosent mente at deres mening ble lagt vekt på da behandlinga starta. Det var kun et fåtall som svarte at deres personlige frihet ble begrensa av FACT-teamet. Brukerne ga uttrykk for stor tilfredshet med FACT-teamets spesifikke arbeidsmåte. Et stort flertall var fornøyd med den tverrfaglige og oppsøkende tilnærmingen, og syntes ikke at teamet hadde vært for pågående eller påtrengende. Flexibilitet og det å bli møtt av ett team ble vektlagt. Informantene la vekt på de gode og langvarige relasjoner til de teamansatte og opplevelsen av å bli møtt med respekt. De erfarte at de ble sett og hørt. FACT-teamene i evalueringen hadde vanlig arbeidstid. Flertallet av brukerne hadde ikke mottatt mye hjelp fra teamet utenom åpningstid, men det er viktig å understreke at noen faktisk fikk oppfølging selv om teamene ikke hadde utvidet åpningstid (17 prosent).

Det var noen områder der teamene kunne vært bedre. Det gjaldt manglende informasjon om muligheten til å lese journalene sine, at de i liten grad hadde fått informasjon om hva medisiner gjør med dem, og at de i

liten grad hadde fått hjelp til å redusere bivirkninger av medisiner. Brukermedvirkning og deltakelse i egen behandling er et viktig prinsipp i FACT-modellen. Dette blir ytterligere diskutert i avsnittet om FACT som recoveryorientert modell.

Erfaringer fra brukerne:

- *Stor tilfredshet med kvalitet, type og mengde tjenester fra FACT-teamene*
- *Fornøyd med oppsøkende og tverrfaglig tilnærming fra ett team*
- *Oppløvd at teamansatte la til rette for gode, langvarige relasjoner*
- *Manglende informasjon om medisiner og hjelp til å redusere bivirkninger av medisiner*

11. Hvilke erfaringer har pårørende?

Hensikten med denne delstudien var å belyse pårørendes erfaringer og vurderinger når det gjaldt behandlingen og oppfølgingen både de som pårørende og deres nærmeste hadde fått etter at de ble inkludert i FACT-teamet. De pårørendes erfaringer med FACT-teamet ble innhentet gjennom fokusgruppeintervju med pårørende i fire FACT-team. Pårørende ble intervjuet i totalt fem fokusgrupper. Det var 3-7 deltakere i hver gruppe, og totalt 25 pårørende ble intervjuet.

Pårørende var fornøyde med oppfølgingen fra FACT-teamene og understreket at denne måten å organisere tjenesten på må bestå. De opplevde at organisering av tjenesten i FACT-team har endret oppfølgingen av alvorlig psykisk syke fra en tjeneste som de tidligere oppfattet som svært fragmentert til en mer systematisk og helhetlig tjeneste. De opplevde at veien mellom både bruker og helsetjenesten og mellom pårørende og helsetjenesten, hadde blitt betydelig kortere etter oppstart av FACT. Tjenesten ble beskrevet som natt og dag sammenlignet med erfaringene fra tidligere oppfølging. De pårørende visste hvem de kunne ta kontakt med og var dermed trygge på at brukerne ble ivaretatt i et godt system. Det å ha noen å ringe til, diskutere med og dele ansvaret med, var områder som ble trukket frem som særlig betydningsfulle. De opplevde at FACT-teamet bidro til bedre tilgjengelighet, og en mer helhetlig tjeneste med bedre kontinuitet.

Flere av de pårørende uttrykte at de hadde lite informasjon om FACT-teamenes ansvar, rolle og funksjon. De hadde fått høre om tilbudet mer eller mindre tilfeldig. Enkelte steder var FACT-team et begrep de ikke hadde noe forhold til. De ønsket også mer opplæring og støtte i pårørenderollen, spesielt hvordan de kunne forholde seg i utfordrende situasjoner. Flere av de pårørende etterlyste at FACT-teamet hadde utvidet åpningstid, slik at de kunne være der i krisesituasjoner. I samtlige fokusgrupper var kriseforebygging og krisehåndtering et område de pårørende var veldig opptatt av. De periodene da de opplevde forverring

av sykdommen hos sine nærmeste, ble beskrevet som særskilt vanskelige. Mange trakk fram at slike perioder ofte ender opp med politi, makt og tvang. I dårlige faser i sykdomsforløpet motsetter ofte brukeren seg behandling og fornektet at de trenger hjelp, noe som gjør det ekstra vanskelig når FACT-teamet ikke er tilgjengelig. Opplevelsene de selv hadde med å måtte hanke inn sine nærmeste og gå veien om legevakt/akuttmottak og kjøre dem på sykehus, fremsto som en ekstra belastning. Det ble også uttrykt et ønske om og behov for en bedre samordning mellom ulike instanser med sømløse overganger, spesielt i krisesituasjoner. De pårørende etterlyste bedre samarbeid og koordinering mellom somatiske helsetjenester, FACT-teamet, politi og fastlege. Fastlegens funksjon som 'navet' for samordningen av tjenestene ble ansett som viktig, men noen opplevde at kontinuiteten og samarbeidet med fastlegen ikke fungerte som det skulle. De pårørende uttrykte bekymring for brukernes helse. Mer støtte og hjelp i bosituasjonen som for eksempel innkjøp, rengjøring, personlig hygiene, meningsfulle aktiviteter og sosialt fellesskap kunne ha bedret brukernes helse. Selv om det var forbedringsområder understreket de pårørende at denne måten å organisere tjenesten på må bestå.

Erfaringer fra pårørende:

- *Fornøyde med oppfølgingen fra FACT-teamene og ønsket at FACT må bestå*
- *Bedre tilgjengelighet og en mer helhetlig tjeneste enn tidligere*
- *Opplevde større trygghet, mindre stress og mer tillit i kontakten med FACT-teamet sammenlignet med andre tjenester*
- *Opplevde at akutt-tjenestene ikke var gode nok, og de ble ofte sittende alene med ansvaret*

12. Hvilke erfaringer har teamansatte?

Teamansattes erfaringer ble kartlagt med kvalitative fokusgrupper i sju FACT-team, hvor alle ansatte deltok. Det var en positiv holdning til FACT-modellen blant teamansatte, og en dominerende erfaringen var at brukergruppa fikk en bedre oppfølging i FACT. Det ble lagt vekt på at FACT-modellen ga en struktur på arbeidet som førte til målretta og faglig god behandling og oppfølging. Flere faktorer ved modellen ble spesielt vektlagt som viktig for å gi god oppfølging av brukerne. Den teambaserte tilnærmingen og tverrfagligheten ble oftest nevnt som det de ansatte satte pris på ved FACT-modellen. Det skapte et felles ansvar for brukerne i teamet og sikra en bedre oppfølging, enn med mer individuelt ansvar. Det å jobbe oppsøkende og langsiktig, ble også ofte vektlagt som viktig, det samme ble teamenes tilgjengelighet, fleksibilitet og bredde i tjenestetilbudet til brukerne.

Teamansattes erfaringer var at den nederlandske FACT-modellen fungerte i Norge, men at det var utfordringer knytta til enkelte deler av modellen. Det var blant annet ulike meninger blant de teamansatte om resultatkartlegging (monitoreringen), 24-timers tilgjengelighet og krisetjenester. Dette ble tatt opp i avsnittet om modelltrofasthet. Det ble påpekt at det todelte tjenestesystemet i Norge krevde samhandling mellom ulike instanser uten at modellen tok opp hvordan samhandling skulle foregå. Teamet måtte forholde seg til ulikheter i ressurser, verdier og kultur i kommuner og spesialisthelsetjenesten i tillegg til ulike lovverk, journal- og kommunikasjonssystem.

Samhandlingen med andre tjenester i kommune og spesialisthelsetjeneste foregikk på ulike måter. Teamansatte erfarte at de var «tett på» de kommunale tjenestene og rapporterte i all hovedsak om godt samarbeid. De mente at FACT-teamet hadde ansvar for koordinering av tjenestene, og at de i stor grad hadde oversikt over hva brukerne mottok av tjenester, selv om de fikk tjenester fra ulike instanser. Samhandlingen krevde koordinering, og det var ulike erfaringer rundt

koordineringen av tjenester. Flere tok opp at koordineringsarbeidet for å få mest mulig helhet i tjenestene, innebar mye arbeid og kunne være utfordrende.

Erfaringer fra teamansatte:

- *FACT-modellen har verktøy og krav som gir struktur og mer målretta behandling*
- *Den teambaserte tilnærmingen og tverrfagligheten er spesielt viktig, den styrker fagligheten og reduserer sårbarheten*
- *Samhandling og koordinering er tidkrevende og utfordrende med ulike lovverk, journal- og kommunikasjonssystemer*

13. Hvilke erfaringer har samarbeidspartnerne?

En del av evalueringsoppdraget var å undersøke hvilke erfaringer samarbeidspartnere hadde med FACT-teamene. Vi gjennomførte fokusgruppeintervju med sentrale samarbeidspartnere i kommunen/bydelen og spesialisthelsetjenesten fra seks FACT-team. De fleste var deltakere i styringsgruppe eller prosjektgruppe tilknyttet FACT-teamene, og de fleste var ledere enten i en kommunal etat eller i spesialisthelsetjenesten. Tema i fokusgruppeintervjuene var hvilke erfaringer samarbeidspartnerne hadde med FACT-teamet når det gjaldt organisering, teamets plass i tjenestesystemet, som samhandlingsmodell, målgruppe, hvordan modellen fungerer for den definerte målgruppa, og om FACT er en framtidsrettet modell. Intervjuene ble gjennomført i teamenes tredje driftsår.

Samarbeidspartnerne opplevde at FACT-teamene fungerer som en brobygger mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Fra kommunene sies det at FACT-teamet gjør veien inn til spesialisthelsetjenesten kortere, og at teamet selv bidro med spesialistfunksjoner ut i kommunen. Samarbeidspartnere fra spesialisthelsetjenesten uttrykte at FACT-teamet bidro til at pasientene blir fulgt opp etter utskrivelse, og at teamet har en sentral funksjon i å føre pasientene ut igjen i kommunen og sørge for at de får nødvendige tjenester der. Samarbeidspartnere var godt fornøyd med at FACT-teamet driver oppsøkende virksomheten, og at teamet bidrar med praktiske gjøremål, noe de mener styrker relasjonen til brukerne. Tilgjengelighet til FACT-teamet og den fleksible arbeidsmåten ble vektlagt. Det blir også framhevet at teamet ikke gir seg, selv om brukeren i utgangspunktet ikke ønsker hjelp. Noen mente det var utfordrende at det er så mange tjenester særlig i kommunen, og det er et spørsmål om hvordan FACT-teamet innpasses i det ordinære tjenestesystemet. Det stilles spørsmål ved hvilken rolle og hvilket ansvar FACT-teamet skal ha, sett opp mot de andre tjenestene. Det var også en holdning blant noen av samarbeidspartnerne at FACT-teamet ikke skal erstatte de ordinære tjenestene. Det ble reist spørsmål ved om FACT-teamet skal være

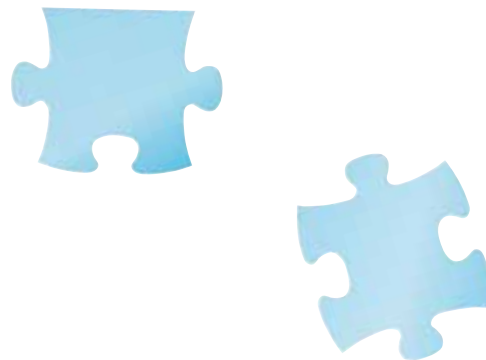
en tjeneste ved siden av de andre tjenestene, eller om det skal integreres i det eksisterende tjenestesystemet. De fleste samarbeidspartnerne, særlig fra kommunene, mente at målgruppa til FACT-teamene bør utvides. Personer med alvorlig atferdsproblematikk, lavt funksjonsnivå og med store og sammensatte problemer ble nevnt spesielt. Det var et generelt syn at diagnosekriteriet bør dempes noe, og at en i større grad legger vekt på funksjonsnivå, og at de som har store og sammensatte behov også blir ivaretatt. De fleste samarbeidspartnerne uttrykte bekymring over at FACT-teamene har ulike journalsystemer, at de jobber etter ulike lovverk, og at de i varierende grad benytter og har tilgang til felles digitale kommunikasjonsløsninger. Flere samarbeidspartnere mente at FACT-teamet bør ha utvidet åpningstid, både for å ivareta kriser og for å bistå brukerne ettermiddag og kveld.

Erfaringer fra samarbeidspartnerne:

- *FACT-teamene er en brobygger mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten*
- *Kommunene: FACT-teamene bringer spesialisthelsetjenesten ut i kommunene, og gjør veien til spesialisthelsetjenesten kortere. Teamet bidrar med faglig veiledning og kompetanse.*
- *Spesialisthelsetjenesten: FACT-teamene følger opp brukerne før under og etter innleggelser. Teamet sørger for at pasienter som kommer fra lange innleggelser blir ivaretatt i kommunen.*

Samlet sett var brukere, pårørende, teamansatte og samarbeidspartnere fornøyd med FACT-teamene. Alle partene opplevde at FACT var en god tjenestemodell for målgruppa. De ga alle uttrykk for at FACT var et bedre tilbud til brukerne enn de ordinære tjenestene. En rekke av de samme elementene ble framhevet som positivt ved FACT-teamenes arbeid. Det gjaldt teamenes oppsøkende virksomhet, det brede spekteret av tjenester, fleksibiliteten og kontinuitet i kontakten med brukerne. Disse elementene ble framhevet som viktige både av brukerne, pårørende, samarbeidspartnere og teamansatte.

Dette er flere av de samme komponentene som ble beskrevet i Burns sin artikkel om kjerneelementer i ACT-modellen som var viktige for å forklare nedgang i oppholdsdøgn i psykisk helsevern (Burns, 2010). Ut fra erfaringene i de ulike delundersøkelsene framstår det som viktig at disse elementene ivaretas av FACT-teamene, og at de også bør være sentrale i videre utvikling av andre typer samhandlingsteam i Norge.



14. FACT som recoveryorientert modell

En viktig målsetting med FACT-modellen er gjennom ulike tiltak å styrke brukernes evne til å mestre livet så godt som mulig ute i samfunnet. Navnet «Assertive Community Treatment» gjenspeiler dette, og en recoveryorientert praksis er sentralt i FACT-modellen. Viktige prinsipper for recoveryorientert praksis er å gi brukeren støtte til håp, personlig ansvar/brukerinvolvering, sosial integrasjon, tilhørighet i lokalsamfunnet, positive sosiale nettverk, meningsfulle aktiviteter, positiv identitet, personlig vekst og livskvalitet (Davidson, 2003; Deegan, 1996; Frese&Davis, 1997; Mead&Copeland 2000; Ware, Hopper, Tugenberg, Dickey&Fisher, 2007). Ifølge FACT-modellen skal tiltakene som gis fra teamet ta utgangspunkt i de behovene som brukerne har, det være seg bolig, økonomi, psykiske helseproblemer, rusproblemer og meningsfylt aktivitet (Veldhuizen, 2007). I tillegg skal FACT-teamet bidra til økt integrasjon og tilhørighet i lokalsamfunnet (nabolag, fritidsaktiviteter, tilgang til positive sosiale nettverk). Den recoveryorienterte måten å arbeide på skal ta utgangspunkt i en behandlingsplan som skal utarbeides sammen med brukeren. På den måten medvirker brukeren aktivt i sin egen behandling og oppfølging.

Ulike datakilder fra evalueringen viser at FACT-teamene gir flerfaglige, praktiske og helhetlige tjenester, de jobber oppsøkende der brukerne lever livene sine, og de bidrar til kontakt med familie, venner og sosialt nettverk. Når det gjelder å gi støtte til deltakelse i lokalsamfunnet og særlig nabolaget, skårer ikke FACT-teamene i Norge like høyt. Det å støtte slike aktiviteter innebærer blant annet at teamet også er til stede ettermiddager og kveld. Mange sosiale aktiviteter foregår på denne tida av døgnet, og med FACT-teamenes begrensede åpningstider er ikke de nødvendige rammebetingelsene til stede. FACT-teamene deltar imidlertid i fritidsaktiviteter og de forsøker å styrke brukernes deltakelse på slike arenaer. Når det gjelder å støtte brukeren i å delta i meningsfulle aktiviteter, finner vi at langt flere av brukerne er i en eller annen form

for aktivitet to år etter inntak i FACT-teamene. Det er imidlertid få brukere som er i ordinært arbeid eller under utdanning. Et viktig mål for om praksis er recoveryorientert, er om brukerne selv opplever at egne behov og ønsker blir tatt hensyn til i behandlingen og oppfølgingen fra FACT-teamet. Det er også et mål at de opplever bedre livskvalitet etter oppfølging og behandling fra teamet, og at de blir møtt med respekt og gis håp for framtida. Alt i alt ser vi at FACT-teamene er godt på vei når det gjelder brukermedvirkning og det å møte brukerne med respekt. Dette blir framhevet i brukerundersøkelsen. Det er imidlertid et forbedringspotensial når det gjelder deltakelse og utforming av behandlingsplaner, og det å informere og ta med brukerne i beslutninger om medisiner. Ellers finner vi at brukerne rapporterer om bedring i livskvalitet på de fleste områder i livet slik det er målt med MANSA. Dette er et viktig mål for om FACT-teamene har bidratt på en slik måte at livet oppleves bedre, selv om de fortsatt kan ha alvorlige symptomer og et rusmisbruk. Det er langt færre innleggelses og oppholdsdøgn på tvang etter inntak i FACT-teamene. Dette er også et viktig mål på livskvalitet og at livet ser ut til å leves bedre ute i samfunnet.

FACT-teamene har et potensial når det gjelder å arbeide mer recoveryorientert. Opplæring i *Illness Management and Recovery* kan være en måte å styrke recoveryorientert praksis på.

15. FACT som samhandlingsmodell

Bakgrunnen for å etablere FACT-modellen i Norge var det todelte skillet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, og manglende samhandling mellom de to nivåene. Tjenestene til personer med alvorlige psykiske lidelser og med store og sammensatte problemer er ofte preget av fragmentering og mangel på koordinering. Målet med FACT-satsningen var å styrke tilbudet til personer med alvorlige psykiske lidelser og som hadde behov for tjenester fra mange nivåer og instanser. FACT skulle være en forpliktende samhandlingsmodell mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten, og sørge for at brukerne fikk helhetlige og integrerte tjenester. Ideelt sett skal FACT-teamet gi de fleste helse- og velferdstjenester fra teamet. På den måten kan brukerne få én dør inn, og møte færre tjenesteaktører.

Samlet sett viste resultatene i evalueringen at FACT gir et bedre tilbud til personer i målgruppen i forhold til det de hadde fått tidligere. Evalueringen har gjennom flere datakilder vist at FACT-teamene gir mange tjenester, og en stor bredde av tjenester (helhetlige tjenester). De bistår brukeren med alt fra praktiske gjøremål, medisiner, støttesamtaler, bolig, økonomi og meningsfylte aktiviteter til ordinært arbeid. FACT-teamene har tverrfaglig kompetanse, de jobber sammen om den enkelte bruker, og de har et felles ansvar for brukerne. FACT-teamene er ulikt organisert, men felles for dem er at de har ansatte med erfaring fra både kommunen og spesialisthelsetjenesten. Det muliggjør at brukeren får både en helse- og sosialfaglig oppfølging. Resultatene fra tjenestekartleggingen viste at kommunene fortsatt gir tjenester som delvis overlapper tjenestene fra FACT-teamene. Det gjaldt særlig psykiske helsetjenester i kommunen som støttesamtaler, medikamentell behandling og praktisk bistand. De teamansatte rapporterte at de i hovedsak hadde oversikt over de fleste tjenestene som gis fra andre instanser, og at de hadde en koordinerende rolle. Det er likevel grunn til å tro at brukerne fortsatt får en del parallelle tjenester, og det er et spørsmål om de opplever det samlede tjenestetilbudet som helhetlig og integrert. I tjenestekartleggingen så vi at det var omfattende sam-

handling rundt særlig medisiner, og det framsto som et område hvor det er vesentlig at teamene har oversikt og ansvar. De teamansatte mente de i stor grad hadde en slik oversikt, og at de fulgte opp virkninger og bivirkninger av medisiner. For at teamet skal ha oversikt over medisinering som administreres av kommunens hjemmetjeneste eller psykiatritjeneste forutsetter det at administreringen rapporteres i PLO-meldinger eller andre digitale kommunikasjonssystemer. Hvis slike meldinger ikke gis fra kommunen til teamet, vil teamet ha vanskeligheter med å ha en oversikt over medisiner, og om brukeren faktisk får medisiner slik det er foreskrevet. Det er viktig å huske på at kommunens hjemmetjeneste eller psykiatritjeneste ikke har en aktivt oppsøkende tilnærming. Hvis brukeren ikke er å treffe hjemme, reiser ikke tjenestene ut igjen mange ganger, noe FACT-teamene gjør. Det er viktig med gode digitale kommunikasjonssystemer som sikrer informasjonsflyt mellom teamet og de som sørger for medisiner i kommunene. FACT-teamenes teamtilnærming med blant annet tavlemetoden styrker muligheten for å gi alle nødvendige helse- og velferdstjenester fra teamet. For at teamene skal kunne ivareta et bredt spekter av tjenester må de ha tilstrekkelige ressurser og kompetanse. I tillegg vil det uansett være noen tjenester som skal ivaretas av andre, for eksempel somatisk helse, bolig og økonomi. Det er spesielle utfordringer i rurale strøk der FACT-teamet kan ha lange reiseavstander til flere av brukerne. Kommunen bidrar da ofte med flere av tjenestene, gjerne i samarbeid med teamet. I tilfeller der kommunene gir tjenester som teamet kunne gitt, er det viktig at teamet har oversikt over disse tjenestene, og at de sørger for at tjenestene er mest mulig koordinerte og integrerte.

FACT framstår som et viktig skritt på veien for å gi mer helhetlige og integrerte tjenester til den definerte målgruppa. Men det bør avklares hvilken rolle og plass FACT-teamene skal ha i det ordinære tjenestesystemet. Skal de fleste tjenester gis fra FACT-teamet eller skal fortsatt andre instanser i kommunen og spesialisthelsetjenesten bidra i en samhandling rundt den enkelte bruker?

16. Konklusjoner og anbefalinger

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 for 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. Innleggelse og oppholdsdøgn i psykisk helsevern på tvang er nesten halvert etter inntak i FACT-teamene sammenlignet med to år før inntak.
14. Brukere, pårørende, teamansatte og samarbeidspartnerne 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, samarbeidspartnerne og teamansatte.
16. Brukerne rapporterte om manglende informasjon og medvirkning når det gjelder medisinbruk.
17. Ulike lowerk, journalsystemer og digitale 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.

Anbefalinger

1. FACT-team bør videreføres som samhandlingsmodell, men til en bredere målgruppe enn personer med psykoselidelse. I regioner med tilstrekkelig befolkningsgrunnlag bør en vurdere om det er grunnlag for både ACT og FACT.
2. Viktige komponenter i FACT-modellen som oppsøkende virksomhet, teamtilnærming, tverrfaglighet, et bredt tjenestetilbud fra teamet og kontinuitet i behandlingen bør sikres og videreføres. Dette gjelder også etablering av andre samhandlingsmodeller.
3. Det bør utarbeides en norsk FACT-skala tilpassa en norsk kontekst. Den bør blant annet inneholde elementer om samhandling, og kriterier for helhetlige og integrerte tjenester.
4. Det bør det være én felles, norsk standard for behandlingsplaner basert på brukernes mål og ønsker som utarbeides og fylles ut i samarbeid med brukerne. I planene bør også samarbeidspartneres rolle og funksjon beskrives, slik at bruker får én felles behandlingsplan.
5. Krisetjenestene for målgruppa må styrkes slik at veien til akutt-tjenester blir kortere. Tiltak kan være: utvidet åpningstid for FACT-teamene, at brukerne har én kriseplan som er tilgjengelig for akutt-tjenestene og tilgang til brukerstyrte senger for målgruppa.
6. Innsats for å integrere brukeren i lokalsamfunn bør styrkes (arbeid, utdanning, meningsfylt aktivitet, sosialt nettverk, fritidsaktiviteter). Tiltak kan være: utvidet åpningstid i FACT-teamet for å delta i ulike aktiviteter på brukerens arenaer, tydeligere satsning på jobbmestrende oppfølging (IPS) og trening i livsmestring (IMR).
7. Brukerne bør informeres om virkninger og bivirkninger av medisiner, og de bør tas med på beslutninger om medisinbruk.
8. Teamansattes kunnskaper og praksisutøvelse om integrert behandling av rus og psykiske lidelser, IMR og IPS bør styrkes.
9. For å styrke samhandlingen mellom ulike tjenester og nivåer bør digitale kommunikasjonsløsninger tilrettelegges.
10. Lovverk og journalsystemer må utvikles og tilpasses slik at de fremmer god samhandling i teamet.
11. For at brukerne skal få helhetlige og integrerte tjenester bør FACT-teamene ideelt sett gi de fleste tjenestene fra teamet. Alternativt må teamet ha et overordnet ansvar over hvilke tjenester som gis fra andre instanser. Teamet må da koordinere tjenestene for å oppnå helhetlige og integrerte tjenester for brukeren.



Referanser

Allness DJ, Knodler WH. A manual for ACT start-up: based on the PACT model of community treatment for persons with severe and persistent mental illnesses. Arlington, Va; National Alliance for the Mentally Ill; 2003.

Burns T. The rise and fall of assertive community treatment? *Int Rev Psychiatry.* 2010;22(2):130–7. <https://doi.org/10.3109/09540261003661841>.

Davidson L, White W. The concept of recovery as an organizing principle for integrating mental health and addiction services. *J Behav Health Serv Res.* 2007;34:109-20.

Deegan PE. Recovery as a journey of the heart. *Psychiatric Rehabilitation Journal.* 1996;19(3):91–97.

Frese FJ, Davis WW. The consumer-survivor movement, recovery, and consumer professionals. *Professional Psychology: Research and Practice.* 1997;28:243–245.

Heiervang, K. S., Westerlund, H., Bjørgen, D., Lofthus, A.-M., Lauveng, A., & Ruud, T. (2014). Bruker spør bruker om ACT. En undersøkelse om brukeres erfaringer med tilbudet fra ACT-team.

Helse- og omsorgsdepartementet. Opptappingsplanen for rusfeltet (2016-2020). In: omsorgsdepartementet Ho, editor. Proposisjon til stortinget Prop 15 S. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet; 2016-2020.

Helsedirektoratet. Tvang i psykisk helsevern. Status etter lovendringene i 2017. Rapport IS-2888.

Helsedirektoratet. Tvang i psykisk helsevern. Utvikling i perioden 2013 – 2017. Rapport IS-2812.

Landheim A, Ruud T, Odden S, Clausen H, Heiervang K, Stuen H. Utprøving av ACT-team i Norge - Hva viser resultatene? Nasjonal kompetansetjeneste ROP, Sykehuset Innlandet HF; 2014.

Mead S, Copeland M. What recovery means to us: Consumers' perspectives. *Community Mental Health Journal.* 2000;36:315–328.

Nugter MA, Engelsbel F, Bahler M, Keet R, van Veldhuizen R. Outcomes of Flexible Assertive Community Treatment (FACT) Implementation: A Prospective Real Life Study. *Community mental health journal.* 2016;52(8):898-907.

Stein LI, Test MA. Alternative to mental hospital treatment: I. conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Arch Gen Psychiatry.* 1980;37(4):392–7. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1980.01780170034003>

Statistisk sentralbyrå/SSB 2019. 06922: Statistikkbanken, spesialisthelsetjenesten. Aktivitet og døgnplasser, etter tjenesteområde og helseforetak 2002-2018.

Svensson B, Hansson L, Markström U, Lexén A. What matters when implementing Flexible Assertive Community Treatment in a Swedish healthcare context: A two-year implementation study. *International Journal of Mental Health.* 2017:1-15.

van Veldhuizen J.: FACT Flexibel Assertive Community Treatment: Visjon, modell og organisering av FACTmodellen. Norsk oversettelse Norsk kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, 2013. van Veldhuizen J, Bahler M. Manual: Flexibel Assertive Community Treatment: Vision, model, practice and organization. CCAF. 2013.

van Veldhuizen R. FACT: A Dutch version of ACT. *Community Ment Health J.* 2007;43(4):421–33. <https://doi.org/10.1007/s10597-007-9089-4>.

Ware NC, Hopper K, Tugenberg T, Dickey B, Fisher D. Connectedness and Citizenship: Redefining Social Integration. *Psychiatric Services.* 2007;58(4):469–474.

Aakerholt A. 2013. ACT-håndbok (Inkludert beskrivelse av FACT-modellen) https://rop.no/globalassets/dokumenter/act-handbok_2014.pdf (lest:24.10.19).

