

Evaluering av FACT-team i Norge

SLUTTRAPPORT



Av Anne Landheim og Sigrun Odden (red.)

Rapportens tittel: Evaluering av FACT-team i Norge – Sluttrapport
Anne Landheim og Sigrun Odden (red.)

Utgitt: Hamar, 30. april 2020

Ansvarlig utgiver: Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk
og psykisk lidelse (NKROP), Sykehuset Innlandet HF

www.rop.no
post@rop.no

Innhold

Forord	4
Sammendrag	6
DEL A: Om FACT og evalueringen.....	13
1. Innledning.....	13
1.1 Satsningen på ACT og FACT i Norge.....	13
1.2 Om FACT modellen	14
1.3 Kunnskapsgrunnlaget for FACT	15
2. Om evalueringen.....	16
2.1 Innledning.....	16
2.2 Formål og problemstillinger	16
2.3 Materiale og metode.....	18
2.3.1 Om pasientutredningen ved inntak og etter 24 måneder.....	19
2.3.2 Innleggelse og oppholdsdøgn i psykisk helsevern ved bruk av registerdata	22
2.3.3 Modelltrofasthet mot FACT-modellen	22
2.3.4 Registrering av tavleopplysninger	24
2.3.5 Registrering av hvilke tjenester FACT-teamene gir.....	25
2.3.6 Registrering av kommunale tjenester	26
2.3.7 Undersøkelse om erfaringer fra brukerne.....	28
2.3.8 Undersøkelse om erfaringer fra pårørende	30
2.3.9 Undersøkelse om erfaringer fra teamansatte	31
2.3.10 Undersøkelse om erfaringer fra samarbeidspartnere	32
Del B: Om FACT-teamene.....	34
3. En beskrivelse av FACT-teamene i evalueringen.....	34
3.1 Oppstart, organisering og opptaksområde i det enkelte team.....	34
3.2 Ansvarsplassering, FACT-tavle og journalsystemer	36
3.3 Målgruppe i teamene	38
3.4 Bemanning i teamene	41
3.5 Oppsummering.....	44
4. Modelltrofasthet i FACT-teamene.....	45
4.1 Måleinstrumentet FACTs 2010.....	45
4.2 Teamstruktur	46
4.3 Teamprosess.....	47
4.4 Diagnostikk, behandling og intervensjoner	48
4.5 Organisering av tjenester	49
4.6 Lokalbaserete tjenester.....	50
4.7 Monitorering	51
4.8 Profesjonalisering.....	52
4.9 Forskjeller mellom team	52
4.10 Modelltrofasthetsvurderinger i Sverige og Nederland.....	54
4.11 Oppsummering.....	55
5. Bruk av FACT-tavla.....	57

5.1 Brukere på tavla; Antall, årsaker og varighet.....	57
5.2 Oppsummering.....	60
6. Tjenester fra FACT-teamene og fra kommunene/bydelene	61
6.1 Tjenester fra FACT-teamene	61
6.1.1 Grad av oppsøkende arbeid.....	61
6.1.2. Hyppighet av kontakt.....	62
6.1.3 Innhold i kontakter med brukerne	63
6.1.4 Teamenes samhandling med andre.....	64
6.1.5 Teamenes samhandling med pårørende.....	65
6.2 Vedtak om kommunale tjenester.....	66
6.2.1 Andel kommunale vedtak.....	66
6.2.2 Innhold i tjenestene fra kommune/bydel	67
6.2.3. Varighet av vedtak om kommunale tjenester	67
6.3 Oppsummering.....	68
DEL C: Om brukerne	70
7. FACT-teamenes målgruppe.....	70
7.1 Rekruttering til FACT-teamene	70
7.2 Har FACT-teamene nådd målgruppa?.....	71
7.3 Klarer FACT-teamene å beholde kontakten med brukerne?.....	72
7.4 Oppsummering.....	73
8. Hvordan går det med brukerne 24 måneder etter inntak i FACT-teamene?	75
8.1 Hovedbeskjeftigelse, hovedinntekt og bosituasjon.....	75
8.2 Symptombelastning og funksjonsnivå målt med GAF	77
8.3 Praktisk og sosial fungering målt med PSF	78
8.4 Helse- og sosial fungering målt med HoNOS	79
8.5 Psykiatriske symptomer målt med Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS).....	80
8.6 Rusproblemer målt med AUDIT og Dudit	82
8.7 Livskvalitet målt med MANSA.....	82
8.8 Oppsummering.....	83
9. Innleggelses og oppholdsdøgn i psykisk helsevern etter inntak i FACT-teamene?.....	85
9.1 Brukere innlagt i psykisk helsevern før og etter inntak i FACT.....	85
9.2 Antall innleggelses i psykisk helsevern før og etter inntak i FACT	86
9.3 Oppholdsdøgn i psykisk helsevern før og etter inntak i FACT	87
9.4 Oppsummering.....	88
DEL D: Erfaringer med FACT-modellen.....	90
10. Erfaringar frå brukarane	90
10.1 Brukartilfredsheit	90
10.2 Samarbeid og felles forståing.....	92
10.3 Tvang og personleg fridom	94
10.4 Medisineringspraksis og journalinnsyn.....	95
10.5 FACT-teamets spesifikke arbeidsmåte	96
10.6 Resultat frå dei opne spørsmåla.....	97
10.7 Oppsummering.....	99

11. Erfaringer fra pårørende	101
11.1 Bedre tilgjengelighet og kontinuitet i tjenesten etter FACT	101
11.2 Bedret anerkjennelse av pårørendes kunnskap	102
11.3 FACT-teamets tilgjengelighet i akutte situasjoner.....	103
11.4 Større trygghet og mindre stress etter FACT	105
11.5 Pårørendes oppfatning av brukerens helse	106
11.6 Samordning av tjenestetilbudene.....	107
11.7 Oppsummering.....	108
12. Erfaringer fra teamansatte.....	110
12.1 Erfaringer med ulike deler av FACT-modellen.....	110
12.2 FACT-teamenes samarbeid med kommune og spesialisthelsetjeneste.....	114
12.3 Synspunkter på nederlandsk modell i Norge	118
12.4 Generelle synspunkter på FACT-modellen.....	119
12.5 Oppsummering.....	120
13. Erfaringer fra samarbeidspartnere.....	122
13.1 FACT-teamet i skjæringsfeltet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten	122
13.2 Erfaringer med organisering av FACT-teamet.....	123
13.3 Hvilken målgruppe skal FACT-teamet inkludere?	125
13.4 Er FACT-team et godt tilbud til målgruppa?	126
13.5 Utfordringer med FACT-teamet.....	127
13.6 Er FACT-modellen framtidsrettet?.....	129
13.7 Oppsummering.....	129
Del E: Avslutning.....	132
14. Oppsummering og diskusjon.....	132
14.1 FACT-teamenes organisering og erfaringer fra teamansatte og samarbeidspartnere.....	132
14.2 Følger teamene FACT-modellen, og hvilke utfordringer er det med modelltrofasthet?	133
14.3 Hvordan er pasientflyten på FACT-tavla?	136
14.4 Tjenester fra FACT-teamene og fra kommunene	137
14.5 Inkluderer FACT-teamene målgruppa?	138
14.6 Hvordan er pasientforløpet ved behandling og oppfølging fra FACT-team?	139
14.7 Er det en reduksjon i døgnopphold etter inntak i FACT-teamene?	140
14.8 Hva er erfaringene med FACT-modellen?.....	141
14.9 FACT som recoveryorientert modell	143
14.10 FACT som samhandlingsmodell	144
14.11 Konklusjoner og anbefalinger.....	146

Forord

Nasjonal kompetansetjeneste ROP 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. Resultater fra evalueringen vil også svare opp etterspørselen etter forskning som sier noe om hvordan samhandling faktisk foregår, og hva som er brukernes erfaringer med FACT. Det er viktig at kunnskapen fra evalueringen føres tilbake til FACT-teamene og deres samarbeidspartnere i kommunen og spesialisthelsetjenesten, og til de som skal videreutvikle helse- og omsorgstjenestene, det være seg helsemyndigheter, politikere på lokalt og nasjonalt nivå.

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 Innlandet 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 forskerteam ved Nasjonal kompetansetjeneste ROP 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 og 14. Anne Landheim er prosjektleder for evalueringen. 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 medforskningserfaring) 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 kapittel 11 og underkapittel 2.3.8 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.

24. april 2020

For forskergruppa,
Anne Landheim
Sigrun Odden

Sammendrag

Bakgrunn

Nasjonalt kompetansetjeneste ROP har på oppdrag fra Helsedirektoratet gjennomført en forskningsbasert evaluering av de sju første FACT-teamene i Norge (Flexible Assertive Community Treatment team). FACT i Norge 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. Bakgrunnen for satsningen på FACT er det fragmenterte tjenesteapparatet og den manglende samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. 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, 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 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.

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. For å belyse de ulike problemstillingene i evalueringen ble det samlet inn data fra brukere, pårørende, ansatte i FACT-teamene, samarbeidspartnere og ulike lokale journalsystemer. Datamaterialet 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.

Teamene i evalueringen

Fem FACT-team var fra Helse Vest RHF, og to fra Helse Sør-Øst RHF. To team hadde opptaksområde i spredtbygde områder, mens de øvrige fem opererte i mer urbane områder. Teamenes opptaksområder varierte fra i underkant av 20 000 innbyggere til opp mot 120 000 innbyggere. Det var stor variasjon når det gjaldt organisering av teamene. Ett team var organisatorisk plassert i kommunen, ett i både kommune og spesialisthelsetjeneste (TSB), de øvrige teamene var plassert i DPS. De fleste teamene hadde delt arbeidsgiveransvar mellom spesialisthelsetjeneste og kommune/bydel.

Modelltrofasthet i teamene

FACT-modellen ble implementert med meget bra eller tilfredsstillende modelltrofasthet i alle de sju teamene som deltok i evalueringen vurdert med den nederlandske FLEXIBLE ACT scale 2010. Over halvparten av FACT-skalaens 60 elementer hadde meget bra modelltrofasthet i gjennomsnitt. Det gjaldt viktige deler, som at teamene i stor grad jobba oppsøkende, ga flerfaglige, praktiske

behandlingstjenester 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. Teamene hadde en flerfaglig bemanning som i stor grad var i tråd med modellen. Tydelige forbedringsområder var den rutinemessig resultatkartleggingen (monitoreringen) av brukerne og behandlingsplaner. Det samme gjaldt 24-timers tilgjengelighet og krisetjenester, teamtilnærming og kontaktfrekvens for brukere som skulle ha intensiv oppfølging.

Bruk av FACT-tavla

Oppfølging i FACT-modellen skal variere mellom mindre intensiv oppfølging i stabile perioder og intensiv oppfølging ved tilbakefall eller krise, der brukerne skal føres på FACT-tavla og få teambasert, intensiv oppfølging. I løpet av FACT-teamenes andre driftsår ble 2/3 av alle brukerne ført på tavla minst en gang. Det betyr at 1/3 av brukerne fikk ordinær oppfølging gjennom hele året. De fleste hadde vært på tavla på grunn av behov for intensiv oppfølging. 44 prosent av alle brukerne har vært på tavla på grunn av behov for intensiv oppfølging, 32 prosent av alle brukerne har vært på tavla fordi de var nye brukere i teamene, og vel 26 prosent på grunn av innleggelse. Brukerne som hadde vært ført på tavla, hadde i gjennomsnitt vært det i 15 uker i løpet av året.

Tjenester fra FACT-teamene og fra kommunene/bydelene

FACT-teamene jobbet stort sett oppsøkende og ute på brukernes arena. Kontakten med brukerne handlet i stor grad om støttesamtaler, medikamentell behandling eller praktisk hjelp med bolig, økonomi og egenomsorg. Teamene ga et bredt spekter av helse- og sosialfaglige tjenester. I om lag en tredjedel av kontaktene med brukerne deltok også andre instanser fra primær- eller spesialisthelsetjenesten. Teamene samarbeidet mest med hjemmetjenesten, og da vanligvis om medikamentell behandling. 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 helsetjenester. 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. 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 presisere 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 sikre helhetlig og kontinuerlig behandling og oppfølging.

FACT-teamenes målgruppe

De sju første FACT-teamene hadde etter to år cirka 620 brukere i et samlet 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-team i de større byene hadde i all hovedsak inkludert personer med psykoselidelse. FACT-team i mindre tett befolkede områder hadde en mer utvidet målgruppe. Det er grunn til å stille spørsmål

ved om det i opptaksområdet til FACT-teamene som hovedsakelig inkluderer personer med psykoselidelse, er andre brukere som også har behov for oppfølging og behandling fra et FACT-team. To av FACT-teamene i evalueringen inkluderer i all hovedsak personer med rus- og psykiske lidelser, mens andelen med rusproblemer i de andre FACT-teamene ligger på mellom 25 og 50 prosent. Vi fant at FACT-teamene hadde et lavt frafall (under 4 prosent årlig). Det viser at de klarte å beholde kontakten med brukere som er inkludert i teamene, og at de sørget for kontinuitet. Dette er en viktig måloppfyllelse da målgruppa i mange tilfeller har forholdt seg til mange og fragmenterte tjenester, og der det har manglet kontinuitet i tjenestene.

Hvordan går det med pasientene 24 måneder etter inntak i FACT-teamene?

Formålet med FACT-modellen er at brukerne skal oppnå bedring over tid når det gjelder bosituasjon, meningsfulle aktiviteter, funksjonsnivå, bruk av rusmidler, symptombelastning og livskvalitet. For de 74 personene vi har fulgt i to år fant vi at de har oppnådd bedring på ulike områder i livet. Flere var i meningsfylt aktivitet eller under utdanning to år etter inntak i teamet. Det var ingen endring når det gjaldt andelen i ordinært arbeid, og det var kun én person i ordinært arbeid ved begge tidspunkt. Flere hadde uføretrygd som hovedinntektskilde, og færre mottok sosialhjelp to år etter inntak i teamet. Det var en bedring når det gjaldt bolig og boforhold, vurdert av både brukere og behandlere. Vi fant en positiv endring når det gjaldt praktisk og sosial fungering (målt med PSF og HoNOS). Det var også en positiv endring for symptombelastning på flere områder, men ikke symptomer på angst og depresjon. Det var ingen vesentlig reduksjon i andelen med problematisk bruk av rusmidler, men en reduksjon i alvorlighetsgrad for problematisk bruk av alkohol (Audit). Brukernes egen rapportering av livskvalitet var bedret på de fleste områdene målt med MANSA.

Er det en reduksjon i døgnopphold etter inntak i FACT-teamene?

Samtlige personer som ble inkludert i de sju FACT-teamenes første driftsår ble inkludert i denne delstudien. Vi kartla antallet innleggelser og oppholds døgn med og uten tvang i psykisk helsevern i en fireårsperiode; to år før og to år etter at de ble inkludert i FACT-teamene. Resultatene viste at det var en signifikant reduksjon i *antallet brukere som hadde vært innlagt* i psykisk helsevern etter inntak i FACT sammenlignet med toårsperioden før inntak. Det var like mange *innleggelser* etter inntak i FACT, men andelen innleggelser på tvang var redusert med 42 prosent. *Antallet oppholdsdøgn* totalt var redusert med 33 prosent etter inntak i FACT, og vi fant en reduksjon på 40 prosent når det gjaldt antallet oppholdsdøgn på tvang to år etter inntak i teamet.

Erfaringer fra brukerne

Den kvantitative intervjuundersøkelsen til FACT-teamenes brukere viste god brukertilfredshet. Målt med Client Satisfaction Questionnaire var flertallet av informantene fornøyd med både kvaliteten og omfanget av tjenester. Flertallet ville gått tilbake til FACT-teamet 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 stor sett fornøyd med tjenestene de hadde mottatt. De fleste sa at samarbeidet med FACT-teamet hadde vært bra, de var fornøyd med den tverrfaglige og

oppsøkende tilnærminga, og de syntes ikke at teamet hadde vært for pågående eller påtrengende. Gode og langvarige relasjoner til teamansatte ble framheva av mange brukere. Informasjon og medvirkning når det gjaldt medisinspraksis og journalinnsyn framstod som potensielle forbedringsområder sett fra brukernes ståsted.

Erfaringer fra pårørende

Pårørende var fornøyde med oppfølgingen fra FACT-teamene og understreket at denne måten å organisere tjenesten på *må* bestå. 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. FACT ble sagt å ha en positiv påvirkning på deres trygghet og helse. Pårørende trakk fram at de ønsket mer informasjon om FACT-teamets rolle og ansvar. De ønsket også mer opplæring og støtte i pårønderollen, 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. Det ble også uttrykt et ønske om og behov for en bedre samordning og mer sømløse overganger mellom ulike instanser, spesielt i krisesituasjoner.

Erfaringer fra teamansatte

Det var en positiv holdning til FACT-modellen blant de teamansatte, og de opplevde at teamene ga et godt tilbud til brukerne. De la vekt på at modellen ga en struktur på arbeidet som førte til målretta, god behandling. Flere faktorer ved modellen ble framheva som viktig for god oppfølging av brukerne. Det å jobbe oppsøkende og langsiktig, ble framheva som viktig, det samme ble teamenes tilgjengelighet, fleksibilitet og bredde i tjenestetilbudet til brukerne. Teamarbeid og tverrfaglighet ble ofte nevnt som det de ansatte satte mest pris på ved FACT. Det ble påpekt at det todelte tjenestesystemet krevde samhandling mellom ulike instanser uten at FACT-modellen sier noe om hvordan samhandlingen skal foregå. FACT-ansatte rapporterte om godt samarbeid med de kommunale tjenestene, men erfarte at koordineringsarbeidet kunne være tidkrevende og til dels utfordrende. De teamansatte mente de i stor grad hadde oversikt over hva brukerne mottok av tjenester selv om tjenester ble gitt fra ulike instanser.

Erfaringer fra samarbeidspartnere

Samarbeidspartnerne opplevde at FACT-teamene fungerte som en brobygger mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Fra kommunene ble det sagt at FACT-teamet gjorde 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 ble fulgt opp etter utskrivelse, og at teamet hadde en sentral funksjon i å føre pasientene ut igjen i kommunen og sørge for at de fikk nødvendige tjenester der. Samarbeidspartnere var godt fornøyd med at FACT-teamet drev oppsøkende virksomhet, og at teamet bidro med praktiske gjøremål, noe de mente styrket relasjonen til brukerne. Tilgjengelighet til FACT-teamet og den fleksible arbeidsmåten ble vektlagt. Det ble stilt spørsmål ved hvilken rolle og hvilket ansvar FACT-teamet skulle ha, sett opp mot de andre tjenestene. De fleste samarbeidspartnerne, særlig fra kommunene,

mente at målgruppa til FACT-teamene burde utvides. Personer med alvorlig atferdsproblematikk, lavt funksjonsnivå og med store og sammensatte problemer ble spesielt nevnt. De fleste samarbeidspartnerne uttrykte bekymring over at FACT-teamet hadde ulike journalsystemer, at de jobbet etter ulike lovverk, og at de i varierende grad benyttet og hadde 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.

FACT som samhandlingsmodell

Bakgrunnen for å etablere FACT-team i Norge var at tjenestene til personer med alvorlige psykiske lidelser og med store og sammensatte problemer ofte var preget av fragmentering og mangel på koordinering. Målet med FACT-satsningen var å styrke tilbudet til personer med alvorlige psykiske lidelser som hadde behov for tjenester fra mange nivåer og instanser. FACT skulle være en forpliktende samhandlingsmodell mellom kommune 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. Dette ble framhevet av brukerne, de pårørende, teamansatte og samarbeidspartnerne. 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 eksisterende 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? Ulike lovverk, ulike journalsystemer og ulike kommunikasjonsystemer ble nevnt av flere som begrensninger på muligheten for samhandling. Disse faktorene utfordret målet om at alle tjenester skal gis fra FACT-teamet.

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 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 lovverk, 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.

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.

DEL A: Om FACT og evalueringen

1. Innledning

Nasjonalt kompetansetjeneste ROP har fått i oppdrag av Helsedirektoratet å gjennomføre en forskningsbasert evaluering av de sju første FACT-teamene i Norge. FACT (Flexible Assertive Community Treatment team) 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 (Veldhuizen, 2007). De norske helsemyndighetene har siden 2009 stimulert til utprøving og implementering av samhandlingsmodeller, blant annet ACT og senere FACT. I perioden fra 2009 og fram til 2013 ble det etablert 14 ACT-team i Norge. De 12 første ACT-teamene ble evaluert av NKROP og FOU-avdelingen i divisjon for psykisk helsevern ved Akershus Universitetssykehus (Landheim m fl., 2014). 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 internasjonalt. Helsemyndighetene ønsket derfor at FACT-modellen slik den blir tatt i bruk her i Norge, skulle evalueres på samme måte som ACT-teamene.

1.1 Satsningen på ACT og FACT i Norge

Bakgrunnen for å prøve ut og etablere ACT og FACT 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 var ofte preget av fragmentering og mangel på koordinering (Helse- og omsorgsdepartementet 2008-2009, Helse- og omsorgsdepartementet 2014-2015, Helsedirektoratet 2019). Målet med ACT og FACT-satsningen var å styrke tilbudet til personer med alvorlige psykiske lidelser og som hadde behov for tjenester fra mange nivåer og instanser. ACT og FACT skulle være en forpliktende samhandlingsmodell mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, og sørge for at brukerne fikk kontinuerlige, helhetlige og integrerte tjenester. Anbefalinger om disse modellene finner vi i flere nasjonale faglige retningslinjer og veiledere, i opptrappingsplanen for psykisk helse, i Opptrappingsplanen for rus (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016-2020), i pakkeforløpene for psykisk helse og rus (Helsedirektoratet, 2019), i Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022) (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017-2022) og i Nasjonal helse- og sykehusplan for 2020-2023 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019-2020).

Den nasjonale evalueringen av de 12 første ACT-teamene i Norge viste at ACT-teamene hadde lyktes med å implementere mange av kjerneelementene i modellen. Brukerne av teamene viste en bedring på flere viktige livsområder, og antallet oppholds døgn både med og uten tvang ble halvert i løpet av en observasjonsperiode på to år. Brukere, pårørende, samarbeidspartnere og teamansatte opplevde at teamene klarte å gi tjenester til en gruppe mennesker som var vanskelig å nå med de ordinære tjenestene. Forskergruppa konkluderte med at utprøvingen av ACT-team i Norge var et

vellykket modellforsøk, og at modellen burde videreføres også til andre regioner i Norge (Landheim m fl., 2014). En systematisk kunnskapsoppsummering fra Cochrane konkluderer med at ACT i forhold til standard psykisk helsevern reduserer hyppigheten og lengden på sykehusinnleggelser, særlig for team med høy modelltrofasthet, bedrer boligforhold og sysselsetting, og gir høyere pasienttilfredshet (Marshall & Lockwood, 1998; Dietrich, 2010, 2017).

Det var imidlertid flere spørsmål som ble reist i forbindelse med utprøvingen og evalueringen av ACT-teamene i Norge. For det første opplevde særlig kommunene at ACT-teamene inkluderte en for snever målgruppe, og at det var personer i kommunene som hadde behov for samhandlingsteam, men som ikke fikk det. For det andre kom det fram at ACT-teamene som i utgangspunktet skulle gi helhetlige og integrerte tjenester i varierende grad gjorde det. Kommunen var fortsatt inne med tjenester, og det kunne være uavklart hvem som skulle gi hvilke tjenester. Dette spørsmålet er nok spesielt aktuelt i Norge der vi har mange kommunale tjenester. For det tredje krever ACT store opptaksområder, helst med et opptaksområde på minst 50 000 innbyggere. Mange kommuner er langt unna dette kravet, og det ble et spørsmål om hvor stor utbredelse ACT-modellen kunne få i Norge. Som et svar på noen av disse spørsmålene har det i løpet av de siste årene blitt opprettet flere FACT-team i Norge. Begrunnelsen for å etablere FACT-team var at de skulle favne flere personer med alvorlig psykiske lidelser, også de som ikke hadde behov for like intensive tjenester som ACT-brukerne (Firn et al., 2012). I tillegg åpner modellen opp for et mindre opptaksområde, og er slik sett mer tilpasset norske forhold. Målet er å følge opp *alle brukerne* med alvorlige psykiske lidelser i et område, mens ACT-teamene kun tar ca. 20 prosent av brukerne med alvorlig psykisk lidelse. FACT-team er ikke ment som en erstatning for ACT-team, og i store opptaksområder kan det være behov for begge tilbudene.

1.2 Om FACT modellen

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. Hovedtanken bak FACT er å tilby intensiv og mindre intensiv behandling fra ett og samme team, med intensiv oppfølging (ACT) ved tilbakefall eller krise ut fra pasientens situasjon. Når teamet gir full ACT-oppfølging jobber det etter prinsippet for delt caseload hvor pasienten får oppfølging fra hele teamet (Veldhuizen 2007). «Fleksibiliteten» i FACT viser til variasjon mellom de to nivåene for oppfølging: intensiv oppfølging for cirka 20 prosent av pasientene (ACT), og mindre intensiv behandling (Case management/CM) for cirka 80 prosent av pasientene. Med denne vekslingen i arbeidsmetodikken kan FACT ha dobbelt så mange brukere som ACT og slippe å skrive ut pasienter som har vært stabile over tid. Et FACT-team kan ifølge den nederlandske manualen ha 200 brukere i et opptaksområde på cirka 50 000 innbyggere, og forholdet brukere per behandler kan være opp til 15 brukere per behandler (Veldhuizen, 2013).

ACT og FACT bruker i hovedsak samme arbeidsmetoder og prinsipper. Det tverrfaglige teamet består av sykepleiere/vernepleiere, psykiater, psykolog, brukerspesialist, sosionom, russpesialist og arbeidsspesialist. Målet for teamet er å gi helhetlige og koordinerte tjenester, individuell praktisk

oppfølging rettet mot alt fra fritidsaktiviteter og økonomi til medisinerings. Det skal gi behandling etter evidensbaserte metoder og det skal lære brukerne hvordan de best mulig kan takle sykdommen, og hvordan de best mulig kan ta vare på seg selv. De skal jobbe mot et liv med meningsfulle aktiviteter og deltakelse i samfunnet. Teamet skal ha kontakt med brukers familie og nettverk. Et sentralt mål er å redusere innleggelses i psykisk helsevern, og leve livet best mulig ute i samfunnet. Sammen med brukeren skal de utarbeide individuelle mål for oppfølgingen med utgangspunkt i brukerens egne ønsker, styrker og ressurser.

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. Målet med både ACT og FACT er å øke brukernes mestring og deltakelse i samfunnet, og bidra til økt livskvalitet. For å lykkes med det, er det vesentlig at teamet følger opp brukerne der de oppholder seg, på områder der personen ønsker å lykkes, og at oppfølgingen skjer kontinuerlig 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 organisatoriske forpliktende samhandling mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjeneste (Helsedirektoratet, 2019). Innholdet i FACT-modellen beskrives mer detaljert i kapittel 4 om teamenes modelltrofasthet.

1.3 Kunnskapsgrunnlaget for FACT

Det er gjort noe forskning på FACT-modellen. En artikkel fra 2014 har oppsummert forskning fra fem studier som er publisert om FACT. Fire av studiene er fra Nederland, og én fra Storbritannia. Oppsummeringen viser at en ikke finner signifikant bedring hos brukere i FACT-team når det gjelder symptomreduksjon eller funksjonsnivå. Forfatterne konkluderer med at det er manglende evidens for effekten eller nytteverdien av FACT-modellen (Norden og Norlander, 2014). Denne oppsummeringen har blitt kritisert, blant annet fordi flere av enkeltstudiene viser noe bedring for de brukerne som var i FACT, sammenlignet med brukere i annen type behandling og oppfølging (Veldhuizen m fl., 2015). Nyere forskning som har undersøkt nytteverdien av FACT for brukerne gir ikke entydige resultater (Svensson, Hansson, Lexen, 2018; Lexen, Svensson, 2016, Nugter et al., 2016; Kortrijk H et al., 2019). Det er også gjort lite forskning på implementering av FACT-modellen. I en svensk studie etterlyses forskning som belyser eksterne faktorer som kan ha innvirkning på implementeringsprosessen, slik som organisatoriske, økonomiske, sosiale og politiske forhold. Det etterlyses også mer forskning generelt på implementering av modeller som ACT og FACT (Svensson, Hansson, Markström, Lexén, 2017). Oppsummert viser dette at kunnskapsgrunnlaget er noe begrenset når det gjelder nytteverdien av FACT for brukerne, og hvorvidt FACT kan implementeres i andre kontekster. Det synliggjør viktigheten av å evaluere en norsk utprøving av FACT-modellen. I tillegg er det verdt å merke seg at det etterlyses forskning som konkret belyser samhandlingsmodeller, og hvordan koordineringen og samhandlingen rundt tilbudet til målgruppen faktisk foregår. Det etterlyses også mer forskning om hvordan brukerne selv erfarer og opplever slike samhandlingsmodeller (Norges forskningsråd, 2019).

2. Om evalueringen

Dette kapitlet tar opp hvordan evalueringen er gjennomført, og går inn på den metodiske tilnærmingen til de mange delundersøkelsene som inngår i evalueringen. Om du primært ønsker å lese om resultatene, kan du gå direkte til kapittel 3.

2.1 Innledning

Evalueringen omfatter de sju første FACT-teamene i Norge. I og med at FACT-modellen er utviklet i Nederland og under andre rammebetingelser, er et viktig spørsmål om modellen lar seg implementere i en norsk kontekst, og i ulike norske kontekster. Norge er kjennetegnet av lav befolkningstetthet og lange reiseavstander sammenlignet med Nederland. Vi har også et annet tjenestesystem, med omfattende tjenester i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. I tillegg har vi to tjenestenivåer (kommune og spesialisthelsetjeneste), som ikke er godt nok samordnet for personer med store og sammensatte problemer. FACT-teamene skal sørge for at personer som har behov for tjenester både fra kommunen og spesialisthelsetjenesten får det gjennom at FACT-teamene skal være en forpliktende samhandling mellom de to nivåene. Et hovedmål med FACT er at brukerne skal leve livet best mulig ute i samfunnet med økt livskvalitet, økt funksjon, meningsfylt aktivitet og integrasjon i lokalsamfunnet. Et viktig mål er derfor å redusere behovet for langvarige og hyppige innleggelse i psykisk helsevern.

Kunnskap fra evalueringen vil kunne 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.

Norsk senter for forskningsdata (NSD) har gitt tilrådning til evalueringen. Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) har godkjent innhenting av anonymiserte data fra lokale journalsystemer (DPS og kommune). Dette gjelder data om innleggelse og oppholdsdøgn i psykisk helsevern, og vedtak om kommunale tjenester.

2.2 Formål og problemstillinger

Formålet med den forskningsbaserte evalueringen er å undersøke i hvilken grad FACT-teamene arbeider i henhold til FACT-modellen, hvilken nytteverdi FACT-teamene har for brukerne, om brukerne får helhetlige og integrerte tjenester, og hvilke erfaringer pasienter, pårørende, teamansatte og samarbeidspartnere har med FACT-teamet og modellen. Et viktig formål er å undersøke om FACT-modellen gir gode resultater i en norsk kontekst.

Vi skulle i utgangspunktet sammenligne resultater fra FACT-evalueringen med resultater fra evalueringen av de 12 første norske ACT-teamene. Det samme evalueringsdesignet skulle benyttes.

En sammenligning av resultatene har blitt gjort i begrenset grad da ACT-teamene inkluderte en mer alvorlig og ensartet målgruppe enn det FACT-teamene har gjort. Å sammenligne resultater fra to studier med ulik målgruppe kan føre til misforståelser, da forskjeller som framkommer kan skyldes andre forhold enn forskjeller mellom ACT og FACT.

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.

I denne rapporten benyttes både begrepene pasient og bruker om hverandre da FACT-teamene er en forpliktende samhandling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Følgende problemstillinger er belyst i evalueringen:

1. Hvordan er FACT-teamene organisert (opptaksområde, forankring og teamsammensetning)?

- a) Hvordan er teamene sammensatt når det gjelder antallet ansatte, faglig bakgrunn og erfaring fra kommune og DPS?
- b) Hvordan er teamene organisatorisk forankret?

2. Hvor modelltrofaste er FACT-teamene?

- a) I hvilken grad følger teamene FACT-modellen, og hvor stor variasjon er det mellom team?

3. Hvordan bruker teamene FACT-tavla?

- a) Hvor stor andel av alle inkluderte pasienter (med og uten samtykke) er på tavla (mottar ACT-oppfølging) i løpet av teamets andre år?
- b) Hvor lenge er pasientene ført opp på tavla, og hvilke grunner oppgis for tavleoppføring?

4. Hvilke tjenester gir FACT-teamene og kommunene til brukerne?

- a) Hvilke tjenester (innhold og omfang) gir FACT-teamene alene til brukerne og hvilke tjenester gir de sammen med andre instanser?
- b) Hvilke tjenester gir kommunene/bydelene (innhold og omfang) til brukerne i FACT-team?

5. Hvilken målgruppe rekrutterer FACT-teamene?

- a) Hva kjennetegner pasientene som nås av FACT-teamene (sivil status, bosituasjon, psykiatriske diagnoser, psykisk symptombelastning, rusproblemer, praktisk/sosial fungering og livskvalitet)?
- b) Hvordan samsvarer teamenes målgruppe med målgruppa slik den er beskrevet i FACT-modellen?

6. Hvordan er pasientforløpet ved behandling og oppfølging fra FACT-teamene?

- a) Får pasientene et bedret forløp (bosituasjon, arbeid/meningsfylt aktivitet, hovedinntektskilde, psykisk helse, rusproblem, praktisk og sosial fungering og livskvalitet) ved oppfølging fra FACT-team?
- b) Er det en endring i innleggelser og oppholdsdøgn i psykisk helsevern (med og uten tvang) når vi sammenligner to år før inntak og fra inntak og påfølgende to år?

7. Hvordan er erfaringene med FACT-teamene?

- a) Hvilke erfaringer har brukerne, og hvor tilfreds er de med FACT-teamet?
- b) Hvilke erfaringer og vurderinger har *pårørende* når det gjelder behandlingen og oppfølgingen deres nærmeste har fått fra FACT-teamet? Hvilke erfaringer og opplevelser har de i rollen som pårørende?
- c) Hvilke erfaringer har *teamansatte* med FACT-modellen? Hvilke synspunkter har de på modellen og kriteriene for troskap mot FACT-modellen?
- d) Hvilke erfaringer har sentrale *samarbeidspartnere* med FACT-teamene når det gjelder organisering, målgruppe og samhandling?

2.3 Materiale og metode

For å belyse de ulike problemstillingene i evalueringen har vi samlet inn data fra brukere, pårørende, ansatte i FACT-team, samarbeidspartnere og ulike lokale journalsystemer (spesialisthelsetjenesten og kommunen). Datamaterialet 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. Evalueringen har fulgt det enkelte team i tre år.

Samtlige brukere som ble inkludert i teamenes første år, skulle inkluderes i evalueringen, og det skulle innhentes samtykke fra brukerne om å delta i evalueringen. Deler av evalueringen er gjort som retrospektive tverrsnittstudier, der vi har spurt ulike informanter i siste fase av utprøvingen, om deres erfaringer med FACT-modellen.

Evalueringen består totalt av følgende delundersøkelser/datakilder:

1. Kjennetegn hos brukerne ble kartlagt ved inntak i teamet ved bruk av Pasientutredningspakken.
2. Pasientforløp ble belyst ved å kartlegge pasientene ved inntak i teamet og to år etter ved bruk av Pasientutredningspakken.
3. Innleggelser og oppholdsdøgn med og uten tvang i psykisk helsevern ble undersøkt ved bruk av data fra lokale journalsystemer (to år før og to år etter inntak i teamet).
4. Vurdering av teamenes modelltrofasthet er gjennomført én gang, cirka to år etter at teamet startet (dato for inntak av første bruker).
5. Registrering av hvilke tjenester FACT-teamene gir brukerne, både innhold og omfang, ble innhentet fra lokale journalsystemer.
6. Registrering av hvilke tjenester kommunene gir brukerne ble innhentet fra kommunale vedtak registrert i lokale journalsystemer.

7. Teamenes bruk av FACT-tavla ble registrert i teamenes andre driftsår.
8. Brukernes tilfredshet og erfaringer med FACT-team ble undersøkt med kvantitative intervjuer etter to år i teamet.
9. Pårørendes tilfredshet og erfaringer med FACT-teamene ble undersøkt med fokusgruppeintervju etter cirka to år.
10. Teamansattes erfaringer med FACT-modellen ble undersøkt med fokusgruppeintervju cirka to år etter oppstart av teamet.
11. Samarbeidspartneres erfaringer med FACT-teamene ble undersøkt med fokusgruppeintervju cirka tre år etter oppstart av teamet.

2.3.1 Om pasientutredningen ved inntak og etter 24 måneder

For å belyse hva som kjennetegner brukerne som nås av FACT-teamene, og hvordan dette samsvarer med Helsedirektoratets beskrivelse av målgruppa og FACT-modellen, skulle teamene utrede samtlige brukere som ble inkludert det første driftsåret. Det ble utarbeidet en pasientutredningspakke med ulike kartleggingsverktøy som teamene ble anbefalt å bruke. Utredningen skulle være en del av teamenes vanlige kliniske virksomhet og utgangspunkt for videre behandling og oppfølging. Brukerne skulle gi samtykke til at opplysninger fra utredningen kunne brukes i evalueringen. Det ble utarbeidet en samtykkeerklæring som brukerne skulle signere.

I forkant av datainnsamlingen fikk FACT-teamene opplæring i pasientutredningspakken fra Odden og Landheim. I tillegg var det utarbeidet en veiledning for hvordan datainnsamlingen skulle foregå.

Pasientutredningen skulle gjennomføres så raskt som mulig etter at en ny bruker ble inkludert i teamet, og det var brukerens situasjon og helsetilstand ved inntak i teamet som skulle registreres, med unntak av der det var presisert at det skulle baseres på et annet tidsrom (f.eks. siste 12 måneder før inntak). Det var hovedsakelig den behandleren som kjente brukeren best, som skulle fylle ut skjemaene i pasientutredningspakken, enten sammen med bruker eller basert på tilgjengelige opplysninger om brukeren. Den samme utredningspakken ble benyttet 24 måneder etter at brukeren ble inkludert i teamet. Brukeren ble da kartlagt på nytt med de samme kartleggingsverktøyene og spørsmålene som ved inntak.

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

Populasjon, utvalg og svarprosent

Totalt ble 402 brukere inkludert i FACT-teamene det første driftsåret, og disse skulle i utgangspunktet utredes ved inntak og etter 24 måneder. De sju FACT-teamene fylte ut utredningspakker for 106 brukere ved inntak i teamet. Den lave andelen utfylte pasientutredningspakker ga ikke grunnlag for å si noe sikkert om hva som kjennetegner dem som ble inkludert i de sju teamenes første driftsår. Vi valgte derfor å innhente anonymiserte data fra alle

sju teamene om alder, kjønn, hoveddiagnose, andel med rusmiddelproblemer, GAF-F og GAF-S og andel på TUD. Av hensyn til anonymitet kunne vi ikke innhente flere opplysninger. Disse dataene er grunnlaget for å belyse problemstillingen om hva som kjennetegner brukere som ble inkludert i FACT-teamenes første driftsår.

Av 402 brukere var det 32 brukere som av ulike grunner falt fra i perioden på to år. 370 brukere som var inkludert i teamenes første driftsår, var fortsatt i FACT-teamene to år etter oppstart. Av 370 brukere har teamene innhentet samtykke og fylt ut pasientutredningspakker for 74 brukere ved begge måletidspunkt; dvs. ved inntak og 24 måneder etter inntak i teamet. Det utgjør en svarprosent på 20. Samtykke og svarprosent varierte mellom FACT-teamene (10%-63%). Ett av teamene klarte ikke å fylle ut utredningspakker for noen av pasientene etter to år. Det vil si at resultatene som omfatter forløp har inkludert brukere fra seks av FACT-teamene. De 74 brukerne som vi har forløpsdata for, kan ikke sies å være representative for resten av populasjonen. Vi kan derfor ikke generalisere resultatene til å gjelde samtlige brukere som ble inkludert i FACT-teamenes første driftsår. Resultatene sier noe om forløpet til de 74 brukerne som ble kartlagt. Dette er også personer med alvorlige psykiske lidelser, et lavt funksjonsnivå og som har behov for omfattende og langvarige tjenester.

Den lave svarprosenten både når det gjelder samtykke og utredningspakkene kan skyldes flere forhold. For flere av brukerne ble det av ulike grunner ikke innhentet samtykke. I noen team opplevde de teamansatte det som krevende å skulle utrede brukerne med ei omfattende utredningspakke i en hektisk hverdag. I noen tilfeller hadde brukerne vært i FACT-teamet en stund før utredningen var aktuell. Dette gjorde at de ansatte syntes det var vanskelig å huske brukerens situasjon tilbake i tid slik den var ved inntak. Noen brukere falt også fra i løpet av teamenes to første driftsår, og var ikke i teamet to år etter oppstart.

Om kartleggingsverktøyene

Kartleggingsverktøyene i pasientutredningspakken er verktøy som FACT-teamene ble anbefalt å bruke i sitt kliniske arbeid med utredning av brukere og monitorering av behandlingen til brukerne. Det er valgt ut kartleggingsverktøy som skal være klinisk nyttige, og som samtidig skal gi relevante data til den forskningsbaserte evalueringen. Flere av instrumentene (f.eks. BPRS, MANSA, HoNOS) er også brukt i tidligere studier av ACT og FACT, slik at det er mulig å sammenligne med slike studier. Tabellen på neste side gir en oversikt over kartleggingsverktøyene i pasientutredningspakken.

Tabell 2.1 Oversikt over kartleggingsverktøy i pasientutredningen for bruk ved inntak og 24 måneder etter inntak.

Verktøy	Områder	Fylles ut av
Skjema for livssituasjon og helse	Sosiodemografiske kjennetegn, beskjeftigelse, hovedinntektskilde, bosituasjon, psykiatrisk diagnose, rusproblemer, tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, sosialt nettverk	Behandler fyller ut skjemaet på bakgrunn av opplysninger fra brukeren eller sammen med brukeren
BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale)	Type og alvorlighetsgrad av psykiatriske symptomer	Behandler fyller ut skjemaet på bakgrunn av opplysninger fra brukeren eller sammen med brukeren, gjør vurderinger og skårer
GAF (splittet versjon, GAF-S og GAF-F)	Symptombelastning og funksjonsnivå	Behandler fyller ut skjemaet på bakgrunn av opplysninger om brukeren, gjør vurderinger og skårer
HoNOS (The Health of the Nation Outcome Scales)	Helse og sosial fungering	Behandler fyller ut skjemaet på bakgrunn av opplysninger om brukeren, gjør vurderinger og skårer
PSF (Skjema for praktisk og sosial fungering)	Praktisk og sosial fungering	Behandler fyller ut skjemaet på bakgrunn av opplysninger om brukeren, gjør vurderinger og skårer
AUDIT DUDIT	Bruk av rusmidler det siste året	Bruker fyller ut eller behandler intervjuer bruker/pasient
MANSA (Manchester Short Assessment of Quality of Life)	Livskvalitet innenfor ulike områder	Bruker fyller ut eller behandler intervjuer bruker

Vurdering av pasientutredningspakken

Samtlige brukere som var inkludert i de sju FACT-teamenes første driftsår skulle i utgangspunktet kartlegges med bruk av pasientutredningspakka. De fleste av verktøyene skulle fylles ut av behandler basert på opplysninger om den enkelte bruker. Datamaterialet skulle gi oss kunnskap om hva som kjennetegnet brukere som ble inkludert i FACT-teamenes første driftsår, og hvordan det hadde gått med brukerne to år etter inntak i teamet.

Flere av kartleggingsverktøyene som er valgt ut er utviklet for å gjelde personer med alvorlig symptomatologi (BPRS, HoNOS og PSF). Når brukerne utredes sammenlignes de ofte med andre i

samme målgruppe, og ikke befolkningen generelt. Det kan gi kunstig lave skårer, og deres symptomatologi kan framstå bedre enn den egentlig er. Bruker skal skåre sin vurdering av egen livskvalitet her og nå ved bruk av MANSA. Hvordan de fyller ut skjemaet, vil være avhengig av hvordan brukeren har det i den aktuelle situasjonen. Disse forholdene kan virke inn på svarene som blir gitt. AUDIT og Dudit er utviklet for å avdekke om en person har problemfylt bruk av rusmidler eller ikke. For personer med langvarig og alvorlig rusmiddelavhengig er ikke de to verktøyene like godt egnet. De får ikke godt nok fram problemomfanget og eventuell endring over tid.

2.3.2 Innleggelser og oppholdsdøgn i psykisk helsevern ved bruk av registerdata

Vi har innhentet anonymiserte data om innleggelser og oppholdsdøgn i psykisk helsevern i perioden 24 måneder før inntak i FACT-teamet, og fra inntak i teamet og påfølgende 24 måneder. Opplysningene er innhentet fra lokale journalsystemer og omfatter *samtlig brukere* som var inkludert i de sju teamenes første driftsår, og som hadde vært i teamet i to år (N=370 brukere). Opplysningene ble registrert på et eget skjema av merkantilt ansatt ved det enkelte FACT-team, og levert til evalueringsgruppa i anonymisert form. Der en pasient under en innleggelse har skiftet status fra tvang til frivillig, er dette registrert når en har registrert antallet oppholdsdøgn med og uten tvang. Det var fire personer som i all hovedsak var innlagt i hele perioden etter inntak i FACT-teamet. Disse personene er tatt ut av datamaterialet da teamet ikke har vært et behandlings- og oppfølgingstilbud for pasienten ute i samfunnet. Personers om har vært innlagt i psykisk helsevern utenfor egen region er ikke registrert i datamaterialet som er hentet inn. Vi går ut fra at det gjelder et fåtall av brukerne.

Opplysningene om innleggelser og oppholdsdøgn er anonymiserte, og kan kun benyttes deskriptivt. Det er ikke mulig å gjøre analyser av om det er variasjon mellom brukerne når det gjelder endring i innleggelser og oppholdsdøgn før og etter inntak i FACT-teamene.

2.3.3 Modelltrofasthet mot FACT-modellen

Vurdering av modelltrofasthet i FACT-teamene gjøres for å undersøke i hvilken grad FACT-modellen er implementert i teamene, det vil si i hvilken grad de jobber i tråd med modellen. Modelltrofasthet forutsetter en klart definert modell, og her er nederlandske FLEXIBLE ACT scale 2010 (FACTs 2010) brukt for å vurdere teamene som deltok i evalueringen. Ved at teamene vurderes for modelltrofasthet, blir praksis i teamene mer transparent, det blir mulig å vurdere hvordan FACT-teamene jobber, og det kan produseres meningsfulle sammenligninger. For det enkelte teamet er det mulig å bruke fidelityvurderingene i sitt interne kvalitetsarbeid, det gir et solid grunnlag for å diskutere teamets praksis. For evalueringen er det avgjørende å få informasjon om hvordan teamene jobber, for å vite om det er FACT-team som evalueres. Og det er et sentralt mål i evalueringen å kartlegge i hvilken grad FACT-teamene har implementert FACT-modellen. Vi brukte den nederlandske skalaen uten å gjøre noen tilpasninger til norske forhold, for også å kunne belyse forskjeller mellom FACT i Nederland og Norge.

Måleinstrumentet FLEXIBLE ACT scale (FACTs)

Teamenes troskap mot FACT-modellen ble vurdert med bruk av FLEXIBLE ACT scale (FACTs). Det nederlandske sertifiseringscenteret CCAF, som har ansvaret for sertifiseringen av ACT- og fleksible ACT-team, har opphavsrettighetene til FACT 2010-skalaen. Skalaen ble oversatt til norsk fra den engelske versjonen fra 2010, og den er presentert som vedlegg i den norske ACT-håndboka (Aakerholt, 2013). Den engelske versjonen er tilgjengelig på CCAF sin nettside (www.ccaf.nl). For nærmere beskrivelse av FACT 2010-skalaen, se kapittel 4.

Datainnsamling / Fidelity-gjennomføring

I forkant av evalueringen (høsten 2015) fikk evalueringsteamet opplæring av CCAF, to dager hos CCAF i Nederland og to dager på Hamar med Remmers van Veldhuizen, som er en av grunnleggerne av FACT-modellen.

Alle teamene i evalueringen ble vurdert en gang i løpet av evalueringsperioden. For seks av teamene ble vurderingen gjennomført 24 måneder etter at teamet starta som FACT-team, mens ett team hadde vært i drift i mer enn 24 måneder. Det første teamet ble vurdert i november 2016, det siste i juni 2018.

To personer gjennomførte fidelity-vurderingene i alle sju teamene som deltok i evalueringen. De var til stede i hvert team en arbeidsdag, og gjorde skåringer hver for seg før de ble enige om felles skåringer. Teamene fikk resultatene presentert i en rapport med begrunnelse for hver av skåringene. Denne rapporten var utgangspunktet for en dialog med teamet for å få fram eventuell utfyllende informasjon og sikre riktig tolking av innsamlede data. Da endelige skåringer var fastsatt, var evalueringsteamet tilbake i teamet og presenterte resultatene. Resultatene ble diskutert med FACT-teamene, og mange av teamene jobbet med å forbedre områder der de hadde lav skår.

I tillegg til besøket i teamet, gjorde FACT-teamet en betydelig jobb i forkant av fidelity-besøket. Det enkelte teamet bidro med informasjon om teamet og brukerne i teamet i form av svar på spørreskjema i løpet av ukene før fidelitygjennomføringen. Fidelity-målingen bygger på følgende datakilder:

- 1) Observasjon av ett FACT-tavlemøte
- 2) Observasjon av ett behandlingsmøte
- 3) Intervju med teamleder
- 4) To gruppeintervju med teamansatte
- 5) Behandlingsplaner (seks tilfeldig utvalgte fra brukere med samtykke)
- 6) Spørreskjema fylt ut i forkant av fidelitybesøk som inneholder:
 - a. Informasjon om teamet og organisering av teamet
 - b. Informasjon om ansatte, deres yrkesbakgrunn og opplæring
 - c. Antall brukere, rekruttering og utskrivning av brukere
 - d. Opplysninger om de ti siste sykehusinnleggelser og -utskrivelser
 - e. Tjenester fra teamet og hvor stor andel av brukerne som får ulike intervensjoner

- f. Omfang av lokalbaserte tjenester (oppsøkende virksomhet, samarbeid med andre)
- g. Basert på utvalgte journaler; Informasjon om omfang av delt caseload i teamet, kontaktfrekvens, oppsøkende kontakter, kontakter med brukers nettverk, behandlingsplan, kriseplan, rehabiliteringsmål og ROM (rutinemessig resultatmåling).

Vurdering

Vi opplevde det som positivt at vi kun var to personer som gjennomførte fidelitymålingen, og at begge var til stede ved gjennomføringen i alle teamene. Det bidro til å sikre at skåringene ble gjort mest mulig likt i teamene.

Tilbakemeldinger fra teamene tyda på at teamet opplevde å bli sett, og at det var relevante perspektiver i målingen. Teamene ga tilbakemeldinger på at fidelityvurderingene ble opplevd som nyttig for diskusjon om hvordan teamet jobber, og hvordan det bør jobbe framover.

Det er viktig å ta med i vurderingen av fidelitymålingene at vi brukte den nederlandske modellen uten tilpassing til norsk kontekst. Det er mange ulikheter i den nederlandske og norske konteksten som påvirker forhold som ligger til grunn for skåringene. I arbeidet med vurdering av modelltrofasthet ble det derfor understreket at det ikke nødvendigvis var et mål å skåre høyest mulig på alle deler av skalaen. Avvik fra modellen kan bidra til å si noe om hvilke deler av modellen som er lite egna i norsk sammenheng, og må ses i sammenheng med hvilke erfaringer de norske teamene har med å arbeide etter modellen. For å kunne vurdere hvor relevant og nyttig modellen er for norske forhold, må resultater fra fidelitymålingene ses i sammenheng med erfaringer sentrale aktører har med FACT-modellen. Teamansattes erfaring med FACT-modellen tas opp i kapittel 12.

Sammenlignet med fidelityvurdering av ACT-teamene hvor fidelityskalaen TMACT har detaljert manual for skåringene, har FACT-skalaen ingen manual for skåring. Kriteriene for skåring i FACT-skalaen var ikke alltid lett å tolke, noen var upresise eller ikke like entydige. Det kan ha ført til at vi har tolket skåringene ulikt fra det som var intensjonen da skalaen ble utviklet. I og med at det var de samme to personene som gjennomførte fidelityvurdering i alle teamene, ble tolkningen gjort likt. Elementer som var vanskelig å skåre, var for eksempel Inntak i FACT (tjenestedekning), hvor det skal skåres hvor stor andel av kvalifiserte brukere i opptaksområdet som er inkludert i teamet. FACT-skalaen registrerer samhandling i ett element i modellen, med krav om kontakt med seks instanser i løpet av seks måneder. Elementet er lite relevant i norsk praksis, samhandling mellom instanser burde vært registrert på en bedre måte. Sammenlignet med bruk av TMACT, opplevde vi også at det var en svakhet at rollene til de ulike profesjonene ikke var dekket i FACT-skalaen, og at målgruppa ikke var definert i skalaen.

2.3.4 Registrering av tavleopplysninger

FACT-teamene veksler mellom to nivåer for oppfølging. Det gis intensivert oppfølging i kriser og ustabile perioder og regelmessig oppfølging fra case manager i stabile perioder. Ved behov for intensivering av tjenestene føres brukeren på FACT-tavla og får teambasert ACT-oppfølging. FACT-

tavla er derfor et viktig instrument i arbeidet til FACT-teamene, og bruken av FACT-tavla gir viktig informasjon om tjenestene fra FACT-teamene.

Vi har fått opplysninger fra teamene om bruk av FACT-tavla i hele teamenes andre driftsår. Hensikten med denne delundersøkelsen er å få vite hvor stor andel av brukerne som er ført på tavla og får intensive tjenester (ACT), hvorfor de er på tavla, og hvor lenge de er der. Teamene har registrert for hver uke hvem som var på tavla eller ikke for alle brukere, anonymt for brukere uten samtykke og personidentifiserbart for de som hadde gitt samtykke til evalueringen. Dette ble samlet inn i form av et Excel-ark fra hvert team bestående av 52 kolonner som viste antall brukere som hadde oppføring på FACT-tavla for hver av årets 52 uker. Tavleoppholdet ble registrert i tre kategorier: Intensiv oppfølging (ACT), innleggelse (sykehus) og ny bruker i teamet. Ut fra Excel-arkene har vi telt opp antall brukere på tavla i perioden. Vi har sett på frekvenser og gjort krysskjøringer for å se variasjoner mellom team, og vi har gjort gjennomsnittsberegninger for varigheten av tavleoppholdene.

Vurdering

Fire team leverte tavleregistreringer med høy kvalitet selv om de brukte ulike typer tavler. Ett team hadde bare lagra tavlene annenhver uke. Her er det i etterkant fylt ut hvor det var et sammenhengende løp av uker med tavleoppføringer, men for dette teamet er det en underrapportering av tavleopphold. To team hadde ikke mulighet til å levere data fra tavlene, fordi de ikke var lagra på en tilfredsstillende måte.

Vi mener at dataene gir et godt inntrykk av hvordan teamene brukte FACT-tavle, men datamaterialet har ikke høy presisjon siden det kun bygger på ukentlig rapportering fra tavlene og ikke tar hensyn til det eksakte antallet brukere i teamet til ethvert tidspunkt. For brukere som hadde gitt samtykke til deltakelse i evalueringen, hadde vi planlagt å koble tavleregistreringen til kartleggingen av teamets tjenester for å se hvordan omfang og intensitet på tjenester fra teamet varierte for brukere på og av tavla. Siden det var en liten andel av brukere vi hadde samtykke fra, og det manglet data fra ulike team i tavleregistreringen og tjenesteregistreringen, var det 58 brukere vi kunne gjøre denne analysen for og kun 14 av disse hadde tavleoppføring i den aktuelle perioden. Det var derfor knyttet høy usikkerhet til disse resultatene, og vi har valgt å ikke presentere dem.

2.3.5 Registrering av hvilke tjenester FACT-teamene gir

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

Formål og plan for bruk av data om tjenester fra FACT-teamene

Data om FACT-teamets kontakter med brukerne skulle gi informasjon om teamets aktiviteter og beskrive den kontakten og behandlingen den enkelte bruker hadde fått i løpet av fire måneder i teamenes andre driftsår. Teamenes praksis skulle belyses ut fra grad av oppsøkende arbeid (kontakter ute, på kontor, per telefon), fordeling av ulike typer aktivitet i kontakten. Samhandling

med andre tjenester og pårørende ble registrert med hvilke andre tjenester som deltok i kontakten og om pårørende var til stede. Behandlingen som den enkelte bruker fikk i løpet av de fire månedene, skulle belyses ut fra grad av oppsøkende arbeid (kontakter ute, på kontor, per telefon) og innholdet i kontakten.

Registrering av tjenester fra FACT-teamene

Tjenester fra alle de syv FACT-teamene er registrert for perioden 1. januar - 30. april i teamenes andre driftsår. Forskergruppen fikk tilgang til informasjon om FACT-teamenes kontakter med 103 brukere som hadde samtykket til å delta i evalueringen og som hadde hatt minst én registrert kontakt med teamet i denne perioden. Alle kontaktene som var journalført, ble registrert på et skjema av ansatte i teamene eller av forsker med tilgang til journalsystemene. Deretter ble skjemaene oversendt til forskergruppen. Informasjon som ble registrert var tidspunkt for kontakt (årstall og ukenummer), hvor kontakten var (ute på brukers arena, på kontoret, telefon/elektronisk kontakt, bemannet bolig), koder for innholdet i kontaktene og hvilke andre tjenester som eventuelt deltok i kontakten.

Vurdering av kvaliteten på data om tjenester fra FACT-teamene

Forskergruppen fikk tilgang til data om tjenester fra alle FACT-teamene fra en periode på fire måneder. Hensikten med å velge teamenes andre driftsår var for å få en representativ periode der teamene var etablerte og hadde oppnådd kontakt med brukerne. Ved å velge ut en periode på fire måneder antok vi at vi ville få informasjon om et bredt spekter av teamenes arbeid, og at vi ville få tilgang til informasjon om hendelser som ikke skjer hyppig, som for eksempel kontroll av tvangsvedtak utenfor døgningstitusjon (TUD). Erfaringene fra evalueringen av ACT-team, der teamene selv registrerte alle kontaktene de hadde med alle brukerne på et registreringsskjema (ukeskjema), viste at om lag 70-85 prosent av kontaktene ble registrert. Det er også rimelig å anta at ikke alle kontakter journalføres, for eksempel korte telefonsamtaler eller uformelle møter med brukere eller samarbeidspartnere, slik at antallet kontakter vi har fått informasjon om kan være lavere enn det reelle antallet kontakter teamene har med eller om brukerne. Ut fra en samlet vurdering mener vi at dataene gir et godt grunnlag, for å beskrive hvordan FACT-teamenes praksis har vært for de brukerne som hadde samtykket til å delta i evalueringen. Det er mulig at brukere som ikke har samtykket er vanskeligere å nå, har flere eller færre kontakter og annet innhold i kontaktene. Vi mener likevel at noen av dataene vil kunne være representative for hele populasjonen, særlig sett i sammenheng med andre kilder, som f.eks. data fra troskapsmålingene og tavledata. Dette gjelder spesielt for omfanget av oppsøkende arbeid og samarbeid med andre tjenester og pårørende. Resultatene fra data om FACT-teamenes kontakter med brukerne er rapportert i kapittel 6 (avsnitt 6.2).

2.3.6 Registrering av kommunale tjenester

Informasjon om hvilke tjenester kommunene ga brukerne, ble innhentet fra kommunale vedtak som var registrert i de lokale journalsystemene i kommuner og bydeler.

Formål og plan for bruk av informasjon om kommunale tjenester

Formålet med å innhente data om kommunale vedtak var å undersøke omfanget og innholdet i tjenestene brukere i FACT-team fikk fra kommunen mens de også ble fulgt opp av FACT-teamet. Type vedtak og stikkordene om innholdet i vedtaket skulle si noe om innholdet, og andel brukere som hadde minst et vedtak samt varigheten av vedtakene skulle gi informasjon om omfanget. Det ble innhentet anonymiserte opplysninger om hvilke kommunale vedtak brukere i de syv FACT-teamene hadde i løpet av teamenes andre driftsår.

Registrering av vedtak om kommunale tjenester

Informasjon om kommunale vedtak ble registrert for FACT-teamenes andre driftsår. Data ble hentet inn om type kommunalt vedtak (psykisk helsetjeneste, rusbehandling, hjemmesykepleie, hjemmetjeneste og bemannet bolig), antall personer som hadde et slikt vedtak, varighet av vedtaket (1-3 måneder, 4-6 måneder eller 7-12 måneder) og noen stikkord om innholdet i vedtaket. Vi innhentet informasjon om tjenester som personer med psykiske helseplager ofte har og som er ment gitt av FACT-teamene, eller som teamene bør ha oversikt over og koordinere for å ivareta den helhetlige behandlingen som brukerne har behov for. Økonomisk bistand og arbeidsrettede tjenester fra NAV er ikke tatt med her selv om mange brukere med alvorlige psykiske lidelser og behov for langvarig oppfølging har tjenester herfra. Årsaken er at disse tjenestene ikke kan ivaretas av FACT-teamene. I noen kommuner og bydeler er rustjenesten under NAV slik at det var vanskelig å finne ut om brukerne mottok økonomiske eller arbeidsrettede tjenester eller om de fikk oppfølging i forbindelse med rusmisbruk. Når dette ikke har kommet klart fram i dataene, så har disse vedtakene blitt tatt ut av oversikten. Det er derfor mulig at antallet som har fått oppfølging for sin ruslidelse/sitt rusmisbruk, er noe høyere enn det som framgår av denne rapporten.

Informasjon ble innhentet og registrert av ansatte i FACT-teamene, dersom de hadde tilgang til kommunalt journalsystem, eller av ansatte i kommune/bydel. Underveis i evalueringsperioden så vi at det var få brukere som samtykket til å delta i evalueringen. Det var likevel viktig å få en så god oversikt som mulig over omfanget av og innholdet i kommunale tjenester til brukerne som følges opp av FACT-teamene. Nasjonal etisk komite godkjente derfor at informasjon om vedtak for alle brukere i hvert FACT-team kunne gis til forskergruppen i anonymisert form på teamnivå.

Vurdering

Kommuner/bydeler hadde organisert sine tjenester ulikt, og de hadde ulik praksis for hvordan brukere fikk tilgang til dem. Noen steder var det et krav om vedtak før brukerne kunne få tjenester mens andre steder var dette ikke nødvendig. Derfor er det mulig at kommunale tjenester som brukerne i FACT-teamene har fått, ikke har blitt registrert. Det er også mulig at brukeren i praksis ikke har fått tjenestene, eller at de har fått tjenestene i mindre grad enn de har hatt vedtak om. Dette har det ikke vært mulig å undersøke fordi informasjon er innhentet om vedtak og ikke ved å gjennomgå den løpende journalen til den enkelte bruker.

2.3.7 Undersøkelse om erfaringer fra brukerne

Utforming av undersøkinga

Framgangsmåten for brukarundersøkinga var strukturerte intervju med 34 spørsmål med faste svaralternativ og fem opne spørsmål. Det standardiserte tilfredsheitsmålet Client Satisfaction Questionnaire (Larsen, Attkisson, Hargreaves, & Nguyen, 1979) utgjorde åtte av spørsmåla med faste svaralternativ. Dei resterande spørsmåla dekte følgjande område: Samarbeid og felles forståing, tvang og personleg fridom, informasjon om medisiner og journalinnsyn og sentrale trekk ved FACT. Intervjua avslutta med fem opne spørsmål kor det ikkje var gitt noko svaralternativ, og informanten kunne svare fritt og med sine egne ord. Utgangspunktet for utarbeiding av undersøkinga var «Bruker spør bruker om ACT» (Heiervang et al., 2014), som besto av totalt 85 spørsmål. Etter erfaringar frå ACT-studien korta vi ned talet på spørsmål for å sikre at omfanget ikkje ville kunne gå utover svarprosenten. Vi valte å omformulere nokre av spørsmåla som ikkje var del av standardiserte måleverktøy der vi såg at dette kunne gjere dei meir forståelege og presise. Til dømes delte vi opp og endra spørsmålet «*Blir din oppfatning og erfaring med virkninger og bivirkninger av medisiner tatt alvorlig?*» til dei følgjande tre spørsmål: «*Har du fått informasjon om hvorfor du bør/skal ta medisiner?*»; «*Har du fått informasjon om hva medisiner kan gjøre med kroppen din/deg?*»; «*Har du fått hjelp til å redusere eventuelle bivirkninger?*».

Utkast til intervjuguide blei testa ut i desember 2017 og januar 2018 med eit utval informantar som samtykka til å bli intervjuet, men som ikkje hadde vore i FACT tilstrekkeleg lenge til å delta i studien. Forslag til endelege justeringar etter erfaringane frå pilotintervjua blei lagde fram og drøfta på arbeidsgruppemøte i januar 2018.

Utval og svarprosent

Inklusjonskriteriet for deltaking i brukarundersøkinga var at pasienten skulle ha vore i FACT-teamet i minst 24 månadar. Eit team deltok ikkje i brukarundersøkinga fordi dei hadde for få med samtykke. I dei seks teama som deltok i undersøkinga, var det totalt 347 pasientar som hadde vore to år i teamet, og av desse intervjua vi 89 pasientar med samtykke. Det gir ein svarprosent på 26. Det er viktig å påpeke at 89 personar ikkje kan seiast å vere representative for alle som var i behandling og oppfølging frå FACT-teama. På grunn av det låge talet brukarar, er det heller ikkje mogleg å seia noko om forskjellar mellom teama.

Datainnsamling

Gjennomføring av intervju: Intervjua blei gjennomførte i samarbeid med brukarspesialistane i dei seks FACT-teama i 2018 (brukarspesialistane si rolle i prosjektet er skildra i detalj seinare i dette kapitlet). Intervjuet blei gjennomført der det passa for informanten: I heimen deira, på FACT-kontoret eller på kafé. Nokre informantar valte å skrive svara på dei opne spørsmåla sjølv, men i dei fleste tilfella skreiv intervjuaren ned svara som blei gitte. Eit intervju tok om lag 45 minutt.

Analyser

Spørsmåla med faste svaralternativ er analyserte ved bruk av deskriptive analysar i SPSS. Svara på dei opne spørsmåla blei analyserte ut frå prinsippa for tekstanalyse av kvalitative data skildra av Malterud (2013). Kvam las først gjennom alle 89 intervjua ut frå spørsmålet «*Kva fortel informantane om sine møte med FACT?*», før ho sorterte teksten i meiningsberande einingar. Materialet er ikkje transkribert tale, og er difor tolka med fokus på tema. Formuleringar og språklege vendingar er ikkje vektlagde. Den påfølgande analysen resulterte i tema som i nokon grad overlappa med dei opprinnelege, men analysen av det fullstendige materialet førte også til nokre endringar. Tema blei grundig drøfta med forskargruppa og arbeidsgruppa undervegs i analysearbeidet.

Brukarspesialistane si rolle i brukarundersøkinga

Brukarspesialistane deltok i alle delar av forskingsprosessen med unntak av utforming av prosjektskildringa. Arbeidet innebar å delta på fem samlingar. I tillegg gjorde brukarspesialistar intervju og deltok i å førebu tilbakeføringsmøte med teama. I dei tre første samlingane fokuserte vi på å utarbeide design for studien, gi opplæring i intervju og intervjurolla, utarbeide prosedyrar og spørjeskjema og drøfte forskningsetiske dilemma. Vinteren 2017-2018 rekrutterte erfaringskonsulentar fleire informantar til undersøkinga. I datainnsamlingsfasen var det brukarspesialistane som avtalte intervju med informantane, og mange intervju blei gjennomførte med brukarspesialist som intervjuar. I siste fase samarbeidde arbeidsgruppa om å tolke data og skrive resultatkapittelet.

Ifølgje FACT-manualen er rolla til brukarspesialisten å bruke «egne sykdomserfaringer og egne erfaringer med hjelpesystemet, til å støtte bedringen hos andre brukere». Gjennom å gi «generell informasjon om bedring, rehabilitering og brukerrettigheter og bidra med generell erfaringskunnskap om ulike former for behandling og rådgivning» (van Veldhuizen, 2013), er intensjonen at brukarspesialisten kan treffe pasienten på ein nær og personleg måte. I teamet er rolla til brukarspesialisten å fremje brukaren sine interesser og å sørge for at brukarperspektivet blir halde i hevd.

Å systematisere brukarerfaringar kan seiast å vere i tråd med mandatet til brukarspesialisten, sidan hensikta er å bidra til praksisutvikling ut frå tilbakemeldingar frå brukarar. Rolla som brukarspesialist gjorde at dei sto i ei særstilling til å kunne forklare formålet med forskinga og såleis innhente fleire samtykke. Brukarspesialistane var opptekne av å finne gode måtar å formidle til brukarane at formålet med undersøkinga var å bidra til betre tenester, og at dei gjennom forskingsarbeidet ville legge vekt på å tale brukarane si sak. Brukarspesialisten er bindeledd mellom brukarane og teamet, og har slik ei særleg viktig rolle i å framheve verdien av å samle kunnskap om brukarane si oppleving av hjelpa dei får. I planleggings- og førebuingssfasen var tydeleggjering av rolla som intervjuar eit viktige tema, mellom anna omsynet til teieplikta og moglege situasjonar som kunne utfordre eit ryddig skilje mellom rollene som erfaringskonsulent i FACT-teama og intervjuar i forskingsprosjektet. Vi drøfta mogleiken til at erfaringskonsulentar

kunne gjere intervju i andre team enn der dei jobba til dagleg, men små stillingsprosentar i kombinasjon med lange reiseavstandar gjorde at dette syntest som ei dårleg løysing. Vi valte ei løysing kor brukarspesialistane gjorde intervju i eige team, og la i rekrutteringsfasen og informasjonen til informantane vekt på at informasjon frå intervju med den enkelte informanten ikkje skulle gå tilbake til teamet. Gjennomføringsansvarleg var kontinuerleg tilgjengeleg for drøfting og rettleiing på telefon, og erstatta eller hjalp brukarspesialisten som intervjuar dei gongane vi i samråd vurderte at dette var tenleg.

Refleksjonsmøte med teama

Våren 2019 besøkte Kvam alle seks FACT-teama. I samarbeid med brukarspesialist i det aktuelle teamet inviterte vi til ein samtale på om lag nitti minutt som hadde to formål: Den første hensikta var å formidle resultatane frå studien slik at teama fekk høve til å bruke desse i internt kvalitetsforbetringsarbeid. Det andre formålet var at vi ønskte å inkludere klinikarar sine perspektiv i diskusjonen av resultatane frå studien. Møta tok form som ein samtale, med intensjon om å skape eit rom der teama kunne dele sine tankar om resultatane og reflektere over eigen praksis. Handtering av pasientar sin rett til journalinnsyn er døme på eit tema som stimulerte til diskusjon i alle teama. Fleire teamtilsette uttrykte at refleksjonsmøtet var eit etterlengta høve til å setje seg saman og drøfte etiske dilemma og klargjere ulike omsyn i kliniske vurderingar.

Vurdering

Ein styrke ved denne brukarundersøkinga er den tette involveringa av brukarspesialistar. Ein annan styrke er den aksjonsforskningsprega framgangsmåten der ein sentral del av arbeidet har vore å føre resultatane tilbake til teama. Refleksjonsmøta har gitt ei betre forståinga av resultatane, og har også vore ein arena kor teama har hatt høve til å reflektere over eigen praksis. Svakheita ved brukarundersøkinga er fyrst og fremst at talet på informantar er for lågt til at resultatane kan generaliserast til alle brukarane i FACT-teama. På grunn av det låge talet brukarar, er det heller ikkje mogleg å seia noko om forskjellar mellom teama. For å kartlegge brukarane sine erfaringar, hadde det ideelle vore også og gjennomført ei kvalitativ undersøking som kunne gått djupare inn på korleis brukarane hadde opplevd oppfølginga frå teamet. Resultatane frå brukarundersøkinga vert presentert i kapittel 10.

2.3.8 Undersøking om erfaringar fra pårørende

Hensikten med denne delstudien var å belyse pårørendes erfaringar og vurderingar når det gjelder behandlingen og oppfølgingen både de som pårørende og deres nærmeste har fått etter at de ble inkludert i FACT-teamet. Pårørendes erfaringar ble innhentet ved bruk av fokusgruppeintervju i fire FACT-team.

Inklusjonskriteriene var nære brukere til pårørende som hadde vært i FACT team i minst to år. De ble rekruttert via FACT-teamene, og rekrutteringen foregikk i to trinn. Brukerne ble først forespurt om samtykke til at pårørende kunne rekrutteres til å delta i fokusgruppeintervju før pårørende selv ble forespurt. Både brukere og pårørende signerte samtykkeerklæringer.

Det var planlagt å gjennomføre fire fokusgruppeintervju i fire av de sju FACT-teamene som deltok i den nasjonale evalueringen. På grunn av stort frafall på ett av stedene, ble pårørende som allerede var rekruttert, invitert til å delta i et supplerende fokusgruppeintervju. Pårørende ble derfor intervjuet i totalt fem fokusgrupper. Det var 3-7 deltakere i hver gruppe. Alle intervjuene ble tatt opp på lydbånd, transskribert og analysert i tråd med prinsipper for kvalitativ innholdsanalyse.

Overordnede problemstillinger som ble drøftet i fokusgruppeintervjuene var:

- Hvilke erfaringer pårørende har med oppfølging fra FACT-team
- Hvilken betydning deltakelse i FACT-teamene har hatt for pårørende og bruker
- Hvordan oppfølging fra FACT-team evt. skiller seg fra tidligere oppfølging

Totalt 25 pårørende (17 kvinner og 8 menn) i alderen 37-78 år fra land- og bykommuner ble intervjuet. Av disse var 17 foreldre til bruker (seks fedre og elleve mødre), fire var søsken, to var voksne barn, mens to oppga å ha en annen nær relasjon. Av de 25 som deltok, representerte sju av dem tre familier. De fleste har vært pårørende over flere tiår og har dermed lang erfaring i denne rollen.

Vurdering

Intervjuene ble ledet av moderator og co-moderator som sørget for at alle kom til orde og at temaene ble belyst. Intervjuformen var åpen og de pårørende ble oppfordret til å snakke fritt om sine erfaringer. De pårørende uttrykte en spenning i å møte andre pårørende og fortelle egen historie i fokusgruppeintervjuene. I forkant av intervjuet hadde noen vært urolige for hvem som var med. Dette gjaldt særlig på små steder der «alle kjenner alle». Dialogen og interaksjonen under intervjuene var likevel preget av engasjement og et behov for å fremme sine erfaringer og synspunkter. Noen uttrykte i etterkant av intervjuene at det hadde vært godt å sette ord på sin egen situasjon og oppdage at de hadde mange felles utfordringer.

2.3.9 Undersøkelse om erfaringer fra teamansatte

For å kartlegge ansattes erfaringer med FACT-modellen ble det gjennomført kvalitative intervjuer i alle sju FACT-teamene. Det ble gjennomført som fokusgruppeintervjuer i hvert enkelt team i perioden fra februar 2017 til august 2018. Alle teamansatte som var på jobb intervjudagen, deltok i fokusgruppene, som hadde en varighet på cirka halvannen time.

Intervjuene ble gjennomført den samme dagen som teamet fikk tilbakemelding fra fidelityvurderingen fra evalueringsteamet. Det var de samme personene som var moderatorer for fokusgruppene som hadde gjennomført fidelitymålingene i teamene.

Fokusgruppeintervjuene hadde disse hovedtemaene:

- Synspunkter på teamets fidelityvurdering
- Erfaringer med FACT-modellen

- Samarbeid med andre tjenester
- Tanker om framtida til teamet

Intervjuene fungerte som en samtale mellom de ansatte i teamet ut fra noen overordnede spørsmål som ble stilt av moderator. Moderator sørget for at alle hovedtemaene ble dekket, men hadde ingen detaljert styring av intervjuene. Intervjuformen var åpen, og de ansatte ble oppfordret til fritt å formulere sine synspunkter og erfaringer.

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

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

Vurdering

De ansatte i FACT-teamene kjente hverandre godt og var vant til interne diskusjoner i teamet. Inntrykket fra intervjuene var at det kom fram ærlige synspunkter i en mangfoldig og variert diskusjon, og at fokusgruppene ga et godt bilde av teamansattes erfaringer. I et fokusgruppeintervju med mange deltakere, er det likevel alltid en fare for at noen ikke gir uttrykk for sine meninger, eller at enkeltpersoner preger diskusjonen. For å redusere dette problemet ble det flere ganger under intervjuet tatt en runde rundt bordet for å få fram alles meninger og ytringer. Resultater fra fokusgruppeintervjuene er presentert i kapittel 12.

2.3.10 Undersøkelse om erfaringer fra samarbeidspartnere

En del av evalueringsoppdraget var å undersøke hvilke erfaringer sentrale samarbeidspartnere hadde med FACT-teamene. Vi gjennomførte fokusgruppeintervju med sentrale samarbeidspartnere i kommunen/bydelen og spesialisthelsetjenesten fra seks FACT-team. For ett av FACT-teamene klarte vi ikke å rekruttere nok deltakere til fokusgruppeintervju. Etter to forsøk på rekruttering valgte vi å ikke gjennomføre intervjuet.

Utvalget av informanter ble gjort ved at FACT-teamene ble spurt om å rekruttere personer som hadde hatt en sentral rolle i planlegging og oppstart av teamet. Ofte var dette deltakere i styringsgruppe eller prosjektgruppe tilknyttet FACT-teamene. De fleste var ledere enten i en kommunal etat eller i spesialisthelsetjenesten. Fastlegen deltok ikke i fokusgruppeintervjuene, og datamaterialet sier derfor ikke noe om deres syn på samhandlingen med FACT-teamene.

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. Fokusgruppeintervjuene foregikk enten i lokalene til FACT-teamet eller på en nøytral plass i nærheten av der FACT-teamet var lokalisert. To personer fra evalueringsteamet deltok i intervjuet der den ene var moderator og ledet fokusgruppeintervjuet. Moderator sørget for at temaene i intervjuguiden ble dekket, og var opptatt av å styre dialogen i minst mulig grad. Det var et viktig poeng å få fram en diskusjon blant deltakerne. Det var også viktig at alle skulle komme til orde, og vi sørget derfor for å ta en runde rundt bordet slik at alles synspunkter skulle komme fram. Intervjuene varte fra én til en og en halv time.

Intervjuene ble tatt opp på lydbånd, og det ble skrevet grundige og omfattende referat fra hvert intervju. Analyse av intervjuene ble gjennomført etter prinsippene for kvalitativ innholdsanalyse, og med utgangspunkt i referatene og lydbåndopptakene. Sitatene i resultatkapitlet er basert på tekst som ble skrevet underveis i intervjuene. Vi anser meningsinnholdet som dekkende, men det kan være noe språklig avvik fra det som ble direkte formidlet/uttrykt. Vi har forsøkt å sette sitatene i sammenheng med den konteksten de ble formidlet i. Resultater fra fokusgruppeintervjuene er presentert i kapittel 13.

Del B: Om FACT-teamene

3. En beskrivelse av FACT-teamene i evalueringen

I dette kapitlet vil vi presentere en oversikt over de sju FACT-teamene som ble inkludert i evalueringen. Vi gir en oversikt over når teamene startet opp, hvordan teamene var organisert, opptaksområde, ledelsesforankring, FACT-tavle, journalsystemer, definert målgruppe, hvordan teamene var sammensatt og teammedlemmenes faglige bakgrunn. Denne informasjonen er i all hovedsak basert på opplysninger fra teamene som ble gitt i forbindelse med modelltrofasthetsmålingene som ble gjennomført 24 måneder etter teamenes oppstart.

3.1 Oppstart, organisering og opptaksområde i det enkelte team

Tabellen under gir en oversikt over hvordan de sju norske FACT-teamene var organisert, når de ulike teamene startet opp, teamenes opptaksområde, befolkning over 18 år i opptaksområdet pr. 2018, og antall pasienter/brukere inkludert i teamet etter 24 måneder.

Tabell 3.1 Oppstart, organisering og opptaksområde i det enkelte team

Team	Oppstart (første inntak)	Organisatorisk plassering (DPS eller delt ansvar)	Opptaksområde
FACT Folgefonn	September 2014	Organisatorisk plassert under Helse Fonna HF, Folgefonn DPS, som har arbeidsgiveransvar. Samarbeidsavtale mellom Helse Fonna HF og kommunene Jondal, Kvinnherad, Odda og Ullensvang.	Kommunene Jondal, Kvinnherad, Odda og Ullensvang. 19 395 innbyggere 40 pasienter
FACT Gamle Oslo	Oktober 2013	Organisatorisk plassert under Lovisenberg Diakonale sykehus HF, Lovisenberg DPS. Delt arbeidsgiveransvar mellom Lovisenberg DPS (6 ansatte), og Bydel Gamle Oslo (5 ansatte). Prosjekteier: Bydel Gamle Oslo.	Bydel Gamle Oslo 46 378 innbyggere 122 pasienter
FACT Kronstad - Bergenhus	Oktober 2014	Organisatorisk plassert under Helse Bergen HF, Kronstad DPS. Samarbeidsavtale mellom Helse Bergen HF og Bergen kommune om ACT-team fra 2009 ligger til grunn for samarbeidet om FACT-teamet. Kommunen finansierer ett årsverk i teamet.	Bydel Bergenhus 34 728 innbyggere 140 pasienter
FACT Kronstad - Årstad og Ytrebygda	Oktober 2014	Organisatorisk plassert under Helse Bergen HF, Kronstad DPS. Samarbeidsavtale mellom Helse Bergen HF og Bergen kommune om ACT-team fra 2009 ligger til grunn for samarbeidet om FACT-teamet. Kommunen finansierer ett årsverk i teamet.	Bydelene Årstad og Ytrebygda 53 848 innbyggere Bydel Årstad: 35 112 innbyggere Bydel Ytrebygda: 18 736 innbyggere

			153 pasienter
FACT Lister	November 2015	Organisatorisk plassert under Sykehuset Sørlandet HF, Lister DPS. Samarbeidsavtale mellom Lister DPS og kommunene Farsund, Flekkefjord, Hægebostad, Kvinesdal, Lyngdal og Sirdal.	Kommunene Farsund, Flekkefjord, Hægebostad, Kvinesdal, Lyngdal og Sirdal. 28 320 innbyggere. 52 pasienter
FACT Sandnes	Juni 2016	Organisatorisk plassert under Sandnes kommune. Delt arbeidsgiveransvar mellom Sandnes kommune (15 ansatte) og Helse Stavanger HF, Sandnes DPS (2 ansatte).	Sandnes kommune 57 283 innbyggere 44 pasienter
OBS-team Stavanger	Juni 2016	Organisatorisk plassert under Helse Stavanger HF, Avd. rus og avhengighetsbehandling og Stavanger kommune. Delt arbeidsgiveransvar mellom Helse Stavanger HF, avd. rus og avhengighetsbehandling (8 ansatte) og Stavanger kommune (8 ansatte).	Kommunene Stavanger, Randaberg, Rennesøy og Finnøy. 117 967 innbyggere 69 pasienter

Oppsøkende behandlingsteam Stavanger (OBS) startet med inntak av brukere høsten 2006, og definerte å jobbe etter FACT-modellen fra 2016. De to teamene knyttet til Kronstad DPS er en fusjon av den tidligere psykoepoliklinikken og det tidligere ACT-teamet ved Kronstad DPS.

De øvrige FACT-teamene i evalueringen startet opp i løpet av perioden fra oktober 2013 til juni 2016. De sju teamene var alle geografisk plassert i Sør-Norge. Fem er etablert i Helse Vest RHF, og to i Helse Sør-Øst RHF.

I Oslo og Bergen ga FACT-teamene tilbud til avgrensede områder/bydeler og målgruppe. FACT Gamle Oslo hadde bydel Gamle Oslo som sitt opptaksområde, mens de to FACT-teamene ved Kronstad DPS tilsammen inkluderte brukere fra tre bydeler. OBS-teamet Stavanger inkluderte noen av randkommunene til Stavanger, og hadde klart størst befolkningsgrunnlag blant de sju teamene. FACT Sandnes var bydekkende, og var det eneste av de sju teamene som var organisatorisk plassert i kommunen. FACT Lister var det teamet flest samarbeidspartnere samhandlet om; seks kommuner og ett DPS. FACT Folgefonn hadde lavest befolkningsgrunnlag og færrest årsverk av de sju teamene.

Variasjonen i **befolkningsgrunnlaget** mellom de sju teamene var stor, fra i underkant av 20 000 til i underkant av 120 000 personer over 18 år. FACT Folgefonn og FACT Lister representerte team i spredtbygde områder (rurale FACT-team). Disse var først og fremst karakterisert av at opptaksområdet hadde spredt bosetning og relativt lange reiseavstander, noe som skapte særskilte utfordringer for teamene.

Ved tidspunktet for gjennomføring av fidelitymålingene vel to år etter teamene startet opp, var det 620 pasienter i teamene. Dette svarte til omkring 0,17 prosent av befolkningen over 18 år i

opptaksområdene samlet. Mellom de sju teamene varierte prosentandelen mye, fra 0,06 prosent (lavest) til 0,4 prosent (høyest).

Samtlige FACT-team hadde en **samarbeidsavtale** mellom helseforetak og kommune/bydel, men det var til dels store variasjoner mellom avtalene når det kom til omfang og detaljer. Graden av forpliktende og likeverdig samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og førstelinjen (en eller flere kommuner/bydeler) slik det kom til uttrykk i samarbeidsavtalene, varierte. Flere av samarbeidsavtalene beskrev partenes forpliktelser overfor hverandre, og overfor sine respektive organisasjoner i relasjon til teamet. Dette kunne dreie seg om en plikt overfor samarbeidsparten om informasjon om nyansettelser, og om å forplikte seg til lønnsutgifter o.a. som kom som en følge av samarbeidet om teamet. Også forpliktelsen til å informere om teamet i sin organisasjon, og at alle avtalepartene skulle motta lik informasjon om teamets økonomi og utvikling, var nevnt i flere av avtalene. Andre avtaler nevnte lite utover partenes ressursbidrag til teamet.

For fem team ble det valgt en modell der FACT-teamet var **organisatorisk plassert** i DPS. I ett av disse teamene var alle teammedlemmer ansatt i DPS, mens i de andre ble en eller flere stillinger finansiert av kommune/bydel, selv om hele teamet var organisatorisk plassert i DPS. Ett team var organisatorisk plassert i kommunen, hvor to ansatte i spesialisthelsetjenesten hadde arbeidssted i kommunen. Det siste teamet var organisert i både kommune og helseforetak (TSB), og hadde delt arbeidsgiveransvar med like mange ansatte i begge tjenestenivåene.

3.2 Ansvarsplassering, FACT-tavle og journalsystemer

I dette underkapitlet viser vi plasseringen av vesentlige ansvarsområder for teamene, utviklingen av teamets elektroniske FACT-tavle, og om og hvordan teamet dokumenterte i flere journalsystemer.

Tabell 3.2 Plassering av ansvarsområder, utvikling av elektronisk tavle og journalsystemer

Team	Teamets organisatoriske plassering og plassering av vesentlige ansvarsområder	Elektronisk tavle og journalsystemer
FACT Folgefonn	Organisatorisk plassering: DPS Personalansvar: Teamleder Faglig ansvar: Psykiater i teamet Økonomisk ansvar: Seksjonsleder (DPS- leder)	Egenutviklet elektronisk tavle Dokumenterer i ett journalsystem
FACT Gamle Oslo	Organisatorisk plassering: DPS - (delt arbeidsgiveransvar) Personalansvar: Seksjonsleder DPS og prosjektleder BGO Faglig ansvar: Psykiater i teamet Økonomisk ansvar: Seksjonsleder / prosjektleder	Elektronisk tavle innkjøpt som ferdig produkt Teamet dokumenterer i ett journalsystem. Bydelsansatte har null-prosent stilling i DPS for tilgang til teamets felles journalsystem, og har også tilgang til journalsystemer i bydel og NAV.

FACT Kronstad - Bergenhuis	Organisatorisk plassering: DPS Personalansvar: Seksjonsleder Faglig ansvar: Seksjonsoverlege Økonomisk ansvar: Seksjonsleder	Egenutviklet elektronisk tavle. Dokumenterer i ett journalsystem. NAV-ansatt har tilgang til NAV's system, og er ansatt i null-prosent stilling i DPS for tilgang til teamets felles journalsystem. Informasjon som skal dokumenteres i begge systemer, skannes eller skrives inn to ganger.
FACT Kronstad - Årstad / Ytrebygda	Organisatorisk plassering: DPS Personalansvar: Seksjonsleder Faglig ansvar: Seksjonsoverlege Økonomisk ansvar: Seksjonsleder	Egenutviklet elektronisk tavle. Dokumenterer i ett journalsystem. NAV-ansatt har tilgang til NAVs system, og er ansatt i null-prosent stilling i DPS for tilgang til teamets felles journalsystem. Informasjon som skal dokumenteres i begge systemer, skannes eller skrives inn to ganger.
FACT Lister	Organisatorisk plassering: DPS Personalansvar: Teamleder Faglig ansvar: Psykiater sammen med teamleder Økonomisk ansvar: Teamleder	Egenutviklet elektronisk tavle, basert på tavle fra annet FACT-team. Dokumenterer i ett journalsystem.
FACT Sandnes	Organisatorisk plassering: Kommune - (delt arbeidsgiveransvar) Personalansvar: Prosjektleder Faglig ansvar: Teamleder Økonomisk ansvar: Prosjektleder	Fått elektronisk tavle som er utviklet av annet team. Dokumenterer i flere journalsystemer. DPS ansatte har praksisplass i kommunen for tilgang. Informasjon som skal stå i begge systemer blir enten skannet eller skrevet to ganger.
OBS-team Stavanger	Organisatorisk plassering: Kommune/TSB. (delt arbeidsgiveransvar) Personalansvar: Virksomhetsleder Faglig ansvar: Virksomhetsleder /fagleder Økonomisk ansvar: Virksomhetsleder	Egenutviklet elektronisk tavle i samarbeid med KORFOR. Dokumenterer i flere journalsystemer. Ansatte har null-prosent stilling for å få tilgang til det andre journalsystemet. Informasjon må skrives inn to ganger for dokumentasjon i begge systemer.

De sju teamene var organisatorisk plassert på forskjellig vis i sine respektive organisasjoner. Ansvaret for de vesentlige ansvarsområdene personal, fag og økonomi var ulik i de sju teamene.

I tre av de sju teamene hadde teamleder **personalansvar** for de ansatte, mens det for de fire øvrige var plassert på et høyere organisatorisk nivå, som prosjektleder eller seksjonsleder.

I fire av de sju teamene hadde teamets overlege, eventuelt sammen med teamleder, det **faglige ansvaret** for tilbudet. I ett team var det teamets fagleder sammen med teamleder som hadde ansvaret, mens i de to øvrige teamene var fagansvaret lagt til overlege på et høyere organisatorisk nivå.

I to av de sju teamene hadde teamleder det **økonomiske ansvaret** for teamet, mens det for de øvrige fem var lagt til et organisatorisk høyere nivå, som DPS-leder, prosjektleder eller seksjonsleder.

Samtlige sju team brukte **elektronisk tavle**. Ett team hadde kjøpt inn tavlen som et ferdig utviklet produkt, mens tre team hadde utviklet tavlen på egenhånd. To team hadde utviklet sin tavle på bakgrunn av tavler fra andre team, mens ett team hadde utviklet sin tavle i samarbeid med et kompetansesenter.

Fem av de sju teamene **dokumenterte** i ett journalsystem Teamansatte med annen organisatorisk tilhørighet enn til den hvor journalsystemet var tilknyttet, hadde en null-prosent stilling i den andre organisasjonen for å få tilgang til teamets journal. To team dokumenterte i flere journalsystemer. Det ene av disse hadde ordnet tilgang ved hjelp av null-prosent stilling, mens det andre hadde en ordning hvor teamansatte var ansatt med praksisplass i den andre organisasjonen for å få tilgang.

3.3 Målgruppe i teamene

FACT-håndboken (Veldhuizen, 2013) fremhever at FACT-modellen er utviklet for å gi tilbud til *alle* personer i et opptaksområde som har en *alvorlig psykisk lidelse*, og at det er fem kriterier som avgjør om en person hører til denne gruppen pasienter:

«En psykisk lidelse der oppfølging/behandling er påkrevet.

Alvorlig svikt i sosial fungering.

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.»

På denne bakgrunn er **målgruppen for FACT-team** beskrevet slik:

Mennesker med ulike lidelser, som psykoselidelser, alvorlige affektive lidelser (depresjon, bipolar lidelse) og angstlidelser, personlighetsforstyrrelser, organiske lidelser, autisme, ADHD, utviklingsforstyrrelser, alvorlige rusavhengighetsproblemer og kombinasjoner av disse (Veldhuizen, 2013).

I tabellen under presenteres teamenes egen beskrivelse av de inntakskriterier de har for sin virksomhet, slik den er gitt i forbindelse med modelltrofasthetsmålingen etter 24 måneders drift.

Tabell 3.3 Inntakskriterier for teamene

Team	Inntakskriterier
FACT Følgefonn	<ol style="list-style-type: none"> 1. Behandling er påkrevd 2. Tilstanden er ikkje av forbigående art, men gjennomgripande og langvarig 3. Alvorleg svikt i sosial fungering 4. Det er naudsynt å samordna hjelp og oppfølging frå ulike instansar for å gjennomføre ein behandlingsplan 5. FACT FDPS lokal tilpassing av modell og tilbod: Unge menneske (18-25) med mistanke om alvorleg psykisk lidning som ikkje klarar å nyttiggjere seg ordinært poliklinisk eller kommunalt tilbod. Skal likevel skje i tett samarbeid med kommunalt tilbod der det er mogleg.
FACT Gamle Oslo	<p>Alle voksne over 18 år som har eller det er mistanke om har en alvorlig psykisk lidelse, definert som schizofreni, schizoaffektiv lidelse eller bipolar lidelse (type 1) som hoveddiagnose og som er i behov av oppfølging og behandling.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. En psykisk lidelse der oppfølging/behandling er påkrevet (ikke i symptomatisk remisjon) 2. Alvorlig svikt i sosial fungering (ikke i funksjonell remisjon) 3. Det er årsakssammenheng mellom disse to kriteriene; det vil si at personens funksjonssvikt skyldes den psykiske lidelsen 4. Tilstanden er ikke av forbigående art, men gjennomgripende og langvarig 5. Det er nødvendig med samordnet hjelp og oppfølging fra profesjonelle oppfølgere for å gjennomføre en behandlingsplan. Med samordnet hjelp menes koordinerte tjenester fra sykehus og bydel. <p>Unntak:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasienter med alvorlig psykisk lidelse og alvorlig ruslidelse som blir ivaretatt av ROP og bydelens Psykisk helse- og rusteam (PHRT).
FACT Kronstad - Bergenhus	<p>Voksne over 18 år med alvorlig psykisk lidelse innen schizofrenispekteret (jf. ICD-10, F20-29):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Schizofreni - Paranoid psykose, vedvarende vrangforestillingslidelse - Schizotyp lidelse - Akutte og forbigående psykoser - Indusert psykose - Schizoaffektiv lidelse <p>Andre typer sammensatte psykoser av ikke-organisk eller organisk betinget karakter i kombinasjon med funksjonssvikt, og som er i behov av behandling og / eller rehabilitering.</p> <p>Personer med samtidig psykoselidelse og rusmisbruk i henhold til ROP-veileder.</p> <p>Personer med sammensatte problemstillinger karakterisert av utviklingsforstyrrelse (psykisk utviklingshemming eller autisme) med en samtidig gjennomgripende psykoseproblematikk.</p>
FACT Kronstad – Årstad / Ytrebygda	<p>Voksne over 18 år med alvorlig psykisk lidelse innen schizofrenispekteret (jf. ICD-10, F20-29):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Schizofreni - Paranoid psykose, vedvarende vrangforestillingslidelse - Schizotyp lidelse - Akutte og forbigående psykoser - Indusert psykose - Schizoaffektiv lidelse <p>Andre typer sammensatte psykoser av ikke-organisk eller organisk betinget karakter i kombinasjon med funksjonssvikt, og som er i behov av behandling og / eller rehabilitering.</p> <p>Personer med samtidig psykoselidelse og rusmisbruk i henhold til ROP-veileder.</p>

	Personer med sammensatte problemstillinger karakterisert av utviklingsforstyrrelse (psykisk utviklingshemming eller autisme) med en samtidig gjennomgripende psykoseproblematikk.
FACT Lister	Målgruppe (18+) <ul style="list-style-type: none"> • Personer med alvorlige psykiske lidelser, eventuell i kombinasjon med rusproblematikk. • Personer med lite eller ingen oppmøtekompetanse eller som ikke kan benytte seg av ordinære behandlingstilbud.
FACT Sandnes	Inntaksrutiner FACT 1. Henvisninger vurderes av inntaksteam angående prioritet ut fra prioriteringsforskriften og inntakskriterier. Rett til nødvendig helsehjelp skal gis dersom inntakskriterier og § 2 i prioriteringsforskriften er innfridd. <ol style="list-style-type: none"> a. Hovedkriterier (<i>alle må være oppfylt</i>) <ol style="list-style-type: none"> i. Kjent alvorlig psykisk lidelse eller begrunnet mistanke om alvorlig psykisk lidelse hos personer over 18 år. ii. Oppfølging over tid forventes å kunne bedre helsetilstand og funksjonsnivå b. Tilleggs-kriterier A (<i>minst to</i>) <ol style="list-style-type: none"> i. Alvorlig rusmiddelmissbruk ii. Svak boevne iii. Flere fengselsopphold iv. Sosial isolasjon v. Avviser hjelp fra hjelpeapparatet eller samarbeider ikke c. Tilleggs-kriterier B (<i>minst et</i>) <ol style="list-style-type: none"> i. Ikke fullstendig utredet. ii. Ikke søkt hjelp eller blitt fanget opp av hjelpeapparatet iii. Eksisterende hjelpeapparat har ikke klart å komme i posisjon i forhold til pasienten. 2. Vurderingsfrist er 10 dager etter henvisning er mottatt. 3. Inntak fortløpende. I tillegg til sykehusets kriterier har kommunen følgende kriterier: Bruker skal ha samtidig ruslidelse og alvorlig psykisk lidelse eller begrunnet mistanke om dette. Lavt funksjonsnivå.
OBS-team Stavanger	Hovedkriterier: <ul style="list-style-type: none"> - Alvorlig psykisk lidelse (eller mistanke om) - ikke etablert i beh.forhold i spesialisthelsetjenesten - oppfølging over lang tid forventes å kunne bedre helse og funksjonsnivå Tilleggs-kriterier A: <ul style="list-style-type: none"> - alvorlig rusmiddelmissbruk - svak boevne - flere fengselsopphold - sosial isolasjon - avviser hjelp/samarbeider ikke Tilleggs-kriterier B: <ul style="list-style-type: none"> - uønsket av en eller flere hjelpeinstanser - avvist i spes.helsetj. pga rus og/eller personlighetsforstyrrelse - ikke skikkelig utredet pga stadig avbrutte innleggelse/utredninger - ikke tidligere søkt hjelp eller «fanget opp» av hjelpeapparatet - andre deler av hjelpeapparatet har ikke klart å komme i posisjon til å hjelpe pas. Alle hovedkriterier må innfris, samt minimum 2 tilleggs-kriterier fra kategori A og minimum 1 tilleggs-kriterie fra kategori B.

Av **inntakskriteriene** fremkommer det til dels store forskjeller i teamenes målgrupper. Tre av sju team avgrenset målgruppen til personer innenfor schizofrenispekteret eller til personer med schizofreni, schizoaffektiv lidelse eller bipolar lidelse (type 1) som hoveddiagnose. Disse tre teamene skulle med andre ord gi sitt tilbud til personer med psykoselidelser, dersom de også oppfylte forskjellige tilleggskriterier. Ett team hadde som spesifikt inntakskriterium at personen skal ha samtidig ruslidelse og alvorlig psykisk lidelse. Flere av teamene fremhevet at mistanke om alvorlig psykisk lidelse, sammen med tilleggskriterier, kunne være tilstrekkelig inntaksgrunnlag. For øvrig var variasjonen mellom teamenes inntakskriterier nokså stor, fra enkle funksjonsbeskrivelser til detaljerte nivåinndelte kriterielister.

Teamene var mer kortfattet når det gjaldt **utskrivningskriteriene**. De fleste la til grunn at teamet over lengere tid skulle ha forsøkt å komme i kontakt med pasienten uten å lykkes, eller at pasienten av forskjellige grunner ikke lenger kunne eller skulle motta tilbud om oppfølging fra teamet. Felles for teamenes utskrivningskriterier var at det ofte måtte ligge faglig skjønn til grunn for utskrivelse fra teamet. Det var for de fleste team derfor flere konkrete og formelle kriterier som måtte oppfylles for å bli inkludert som pasient, mens det var mer skjønnsmessige vurderinger som lå til grunn ved utskrivelse fra teamet.

3.4 Bemanning i teamene

Det stilles krav om at FACT-teamene skal være tverrfaglig sammensatt. I følge FACT fidelityskala skal et team med 200 brukere ha en sammensetning som nevnt nedenfor:

- Psykiater: minst ett årsverk
- Psykolog: minst ett årsverk
- Brukerspesialist: minst 0,6 årsverk
- Sosionom: minst ett årsverk
- Sykepleiere / spesialsykepleiere innen psykisk helse og rus: minst fire årsverk, hvorav minst to har spesialkompetanse og omfattende erfaring innen psykisk helse
- Rusfaglig spesialist: minst to årsverk
- Arbeidsspesialist: minst ett årsverk
- Spesialist i rehabilitering: minst to årsverk

Blant de ansatte skal teamet ha case managere med minst seks årsverk.

(Aakerholt, 2013)

Tabellen nedenfor viser antall ansatte, antall årsverk, ansattes utdanningsbakgrunn, antall ansatte med case-management (CM) ansvar og hvorvidt det enkelte team hadde spesialistfunksjoner. Opplysningene om de teamansatte er hentet fra skjemaet teamene sendte inn i forkant av modelltrofasthetsmålingen, som ble gjennomført 24 måneder etter oppstart. Ansatte som hadde sluttet, vært sykemeldt eller i permisjon over 3 måneder, ble ikke tatt med i denne oversikten.

Tabell 3.4 Bemanning, utdanningsbakgrunn og spesialistfunksjoner i det enkelte team etter 24 måneder

Team	Bemanning etter 24 måneder
FACT Folgefonn	<p>Antall ansatte: 8. Årsverk: 4,9</p> <p>Teamleder (sosionom), 1 psykiater (0,2), 1 psykolog (0,2) 2 sykepleiere (1,3), 1 sosionom, 1 ergoterapeut, 1 brukerspesialist (0,2)</p> <p>Antall CM: 7 Har russpesialist og brukerspesialist.</p>
FACT Gamle Oslo	<p>Antall ansatte: 11. Årsverk: 10,6</p> <p>Teamleder (sykepleier), 1 merkantilt ansatt, 2 psykiatere (1,6), 1 psykolog, 2 sykepleiere, 1 vernepleier, 1 sosionom, 1 ergoterapeut, 1 markedsøkonom</p> <p>Antall CM: 7 Har russpesialist og arbeidsspesialist.</p>
FACT Kronstad - Bergenhus	<p>Antall ansatte: 13. Årsverk: 11</p> <p>Teamleder (psykolog) 1 merkantilt ansatt (0,6), 3 psykiatere (1,8), 4 sykepleiere, 1 ergoterapeut, 1 sosionom, 1 IPS (NAV), 1 erfaringskonsulent (0,6)</p> <p>Antall CM: 7 Har arbeidsspesialist, brukerspesialist og Housing first-spesialist.</p>
FACT Kronstad - Årstad / Ytrebygda	<p>Antall ansatte: 15. Årsverk 14,6</p> <p>Teamleder (psykiater), 1 merkantilt ansatt, 2 psykiatere, 3 psykologer 2 sykepleiere (1,8), 2 vernepleiere 1 sosionom, 1 IPS (NAV), 1 erfaringskonsulent (0,8), 1 seksjonsleder</p> <p>Antall CM: 8 Har arbeidsspesialist og brukerspesialist.</p>
FACT Lister	<p>Antall ansatte: 13. Årsverk: 10,15</p> <p>Teamleder (sykepleier), 1 merkantilt ansatt (0,9), 1 psykiater (0,40), 1 psykolog 4 sykepleiere (2,0), 4 vernepleiere (3,85), 1 fagarbeider</p> <p>Antall CM: 7 Har russpesialist og brukerspesialist.</p>

FACT Sandnes	<p>Antall ansatte: 18. Årsverk: 13,85</p> <p>Teamleder (sosionom), 1 merkantilt ansatt (0,25), 1 psykiater (0,2), 5 sykepleiere (4,4), 1 sosionom, 3 vernepleiere, 1 barnevernspedagog, 1 førskolelærer (0,5) 3 brukerspesialister (2,5), 1 prosjektleder</p> <p>Antall CM: 9 Har brukerspesialister og NAV spesialist.</p>
OBS-team Stavanger	<p>Antall ansatte: 14. Årsverk: 12,2</p> <p>Virksomhetsleder (sosionom), 2 merkantilt ansatt (1,0), 1 psykolog (0,5), 2 sykepleiere, 2 vernepleiere, 3 sosionomer (2,9), 1 barnevernspedagog, 1 brukerspesialist, 1 ufaglært (0,8)</p> <p>Antall CM: 7 Har russpesialist og brukerspesialist.</p>

Alle de sju FACT-teamene var tverrfaglig sammensatt, og de fleste ansatte hadde både grunn- og videreutdanning innenfor helse- og sosialfaglig høgskoleutdanning med lang yrkeserfaring. Mange teamansatte hadde relevant tilleggsutdanning. Alle teamene hadde sykepleiere ansatt, mens fem av teamene også hadde en eller flere vernepleiere. En eller flere psykiatere var ansatt i forskjellige stillingsstørrelser i seks av teamene på registreringstidspunktet. Fem av sju team hadde ansatt en eller flere psykologer i forskjellige stillingsstørrelser, mens fire av sju team hadde allokert rollen som arbeidsspesialist til en ansatt i teamet. Fire av teamene hadde allokert rollen som rusfaglig spesialist (russpesialist) til en ansatt. Av de sju teamene var det seks som hadde ansatt mellom en og tre brukerspesialister i forskjellige stillingsstørrelser da registreringen ble gjennomført, mens det var seks av teamene som hadde merkantilt personell ansatt. For øvrig varierte yrkesbakgrunnen til de teamansatte. Noen var ufaglærte eller hadde yrkesfagutdanning, andre hadde utdanning som ergoterapeuter, førskolelærere, sosionomer, barnevernspedagoger eller markedsøkonom.

Samtlige team hadde mellom sju og ni **case-managere (CM)**. Antallet pasienter i teamet som får CM-oppfølging samsvarte i stor grad med antall pasienter/brukere inkludert i teamet. I ett team oversteg antallet pasienter som fikk CM-oppfølging antallet pasienter/brukere som var inkludert i teamet. Dette tydet på at det i teamet var besluttet å knytte mer enn en CM til flere av pasientene/brukerne. I gjennomsnitt hadde de 52 CM i de sju teamene 12,3 pasienter/brukere i CM-oppfølging.

Antall **årsverk** varierte. Gjennomsnittlig antall årsverk i de sju FACT-teamene etter 24 måneder var 11 årsverk, som også var medianen. Etter 24 måneders drift hadde det minste teamet 4,9 årsverk og det største teamet 14,6 årsverk. Det hadde vært relativt liten utskiftning av teammedlemmer i løpet av siste tolv måneder før registreringen. Totalt var det da ti teammedlemmer som hadde sluttet i de

sju teamene. I ett enkelt team hadde fem teammedlemmer sluttet, mens andre team hadde liten eller ingen utskiftning i perioden.

3.5 Oppsummering

De sju FACT-teamene 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.

Samtlige sju FACT-team ble etablert på bakgrunn av en samarbeidsavtale mellom spesialisthelsetjenesten og førstelinjen (en eller flere kommuner/bydeler). De fleste av samarbeidsavtalene omfattet forpliktelser mellom partene på både faglige, personellmessige, administrative og økonomiske områder. Ett av teamene var organisatorisk plassert i kommunen, ett hadde delt organisatorisk plassering i både kommune og spesialisthelsetjeneste (TSB), mens de øvrige var organisatorisk plassert i DPS. De fleste teamene hadde delt arbeidsgiveransvar mellom spesialisthelsetjeneste og kommune/bydel. Personalansvar og økonomiansvaret for teamet 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.

Det var store forskjeller mellom teamene når det gjaldt størrelsen på opptaksområdet. Det største opptaksområdet var i underkant av 120 000 innbyggere over 18 år, mens det minste var i underkant av 20 000 innbyggere over 18 år. To av teamene hadde opptaksområde i spredtbygde strøk, 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. De fleste av teamene hadde ansatt en eller flere brukerspesialister i forskjellige stillingsstørrelser, mens rollene som arbeidsspesialist og russpesialist var tillagt ansatte i teamene i mindre grad.

Tre av teamene hadde avgrenset målgruppen til bare å omfatte personer med psykoselidelser. Ett team hadde som spesifikt inntakskriterium at pasienten/brukeren hadde samtidig alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse. Samtlige team hadde spesifiserte inntakskriterier, men kriteriene varierte mye mellom teamene. Utskrivningskriteriene varierte også mellom teamene, men var i de fleste tilfeller mer skjønnsbasert enn inntakskriteriene.

4. Modelltrofasthet i FACT-teamene

I dette kapitlet presenteres resultater fra fidelityvurderingen av de sju FACT-teamene. Vi ser på resultater for alle teamene samla, deretter på forskjeller mellom teamene. Kapittel 2.3.3 sier mer om gjennomføringen av modelltrofasthetsvurderingene.

4.1 Måleinstrumentet FACTs 2010

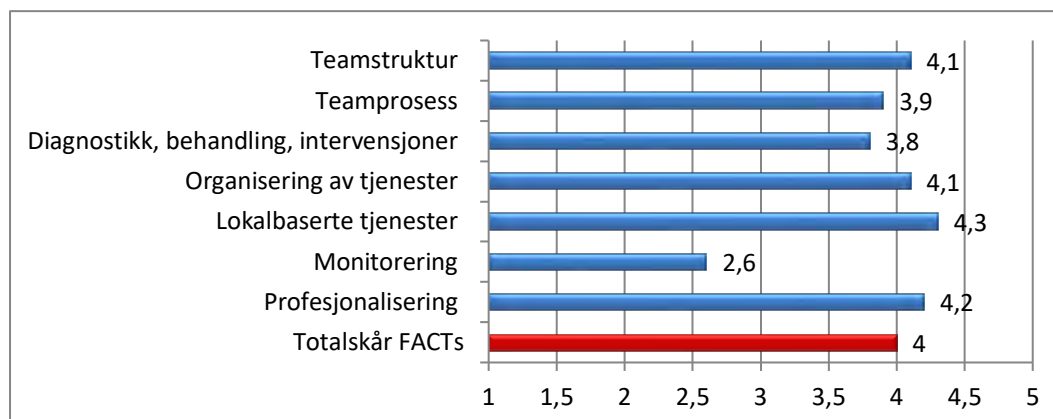
Vi brukte FLEXIBLE ACT scale 2010 (www.ccaf.nl). FACTs 2010 består av 60 elementer i sju hovedområder. Hvert element skåres på en fem-delt skala, hvor 1 er laveste nivå og betyr at det ikke er implementert og 5 er høyeste nivå for modelltrofasthet. Jo høyere totalskår et team har, jo mer jobber det i tråd med modellen. 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. Tabellen under viser oversikt over hovedområdene i FACTs 2010.

Tabell 4.1 Hovedområder i FACTs 2010

1. Teamstruktur	12 elementer som kartlegger bemanningen av teamet
2. Teamprosess	12 elementer som kartlegger teamets interne arbeidsmåter
3. Diagnostikk, behandling, intervensjoner	13 elementer som kartlegger behandling og intervensjoner teamet yter pasienter/brukere
4. Organisering av tjenester	10 elementer som kartlegger organisatoriske rammer for teamets tjenester
5. Lokalbaserte tjenester	5 elementer som kartlegger teamets tjenester i lokalsamfunnet
6. Monitorering	3 elementer som kartlegger teamets rutinemessige resultatkartlegging av pasient/bruker
7. Profesjonalisering	5 elementer som kartlegger opplæring og veiledning i teamet

Gjennomsnittskårene for de sju hovedområdene og total gjennomsnittskår for FACT-skalaen vises i figur 4.1.

Figur 4.1 Gjennomsnittskårer for FACT-skalaen (7 team)

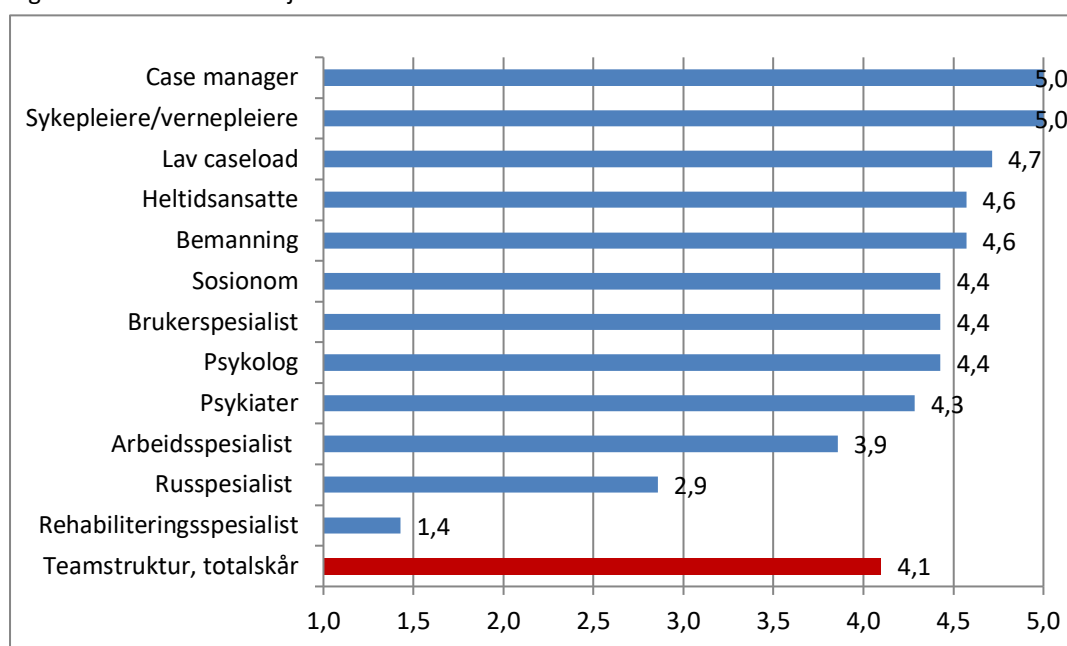


Fire av FACT-skalaens hovedområder hadde meget bra modelltrofasthet sett for de sju teamene samla, som betyr at de var bra implementert. Det gjaldt *Lokalbaserte tjenester*, *Profesjonalisering*, *Teamstruktur* og *Organisering av tjenestene*. To av hovedområdene hadde tilfredsstillende modelltrofast: *Teamprosess* og *Diagnostikk, behandling og intervensjoner*. *Monitorering* var det eneste hovedområdet som hadde ikke godkjent modelltrofasthet. I det følgende skal vi se på hver av de sju hovedområdene.

4.2 Teamstruktur

Hovedområdet *Teamstruktur* tar opp bemanningen av FACT-teamet. Figur 4.2 viser samla gjennomsnittsskårer for alle sju teamene for de 12 elementene som inngår i denne hovedområdet.

Figur 4.2 Teamstruktur. Gjennomsnittsskårer for 7 team



For elementene i *Teamstruktur* ble gjennomsnittsskåren for alle teamene 4,1. Det står for meget bra modelltrofasthet og indikerer at dette hovedområdet er meget bra implementert. De enkelte teamenes totalskår for *Teamstruktur* varierte mellom 3,7 og 4,6. Fire team hadde meget bra modelltrofasthet og tre team hadde tilfredsstillende modelltrofasthet.

For å få full skår på elementet *Lav caseload*, må antall brukere per ansatt ikke overstige 15. Vi ser av den høye modelltrofastheten at det gjaldt de fleste teamene. Teamene hadde også meget bra modelltrofasthet for elementene *Bemanning* og *Heltidsansatte*, som betyr at de i liten grad hadde ledige stillinger, og at ansatte i gjennomsnitt hadde minst 80 prosent stilling i teamet.

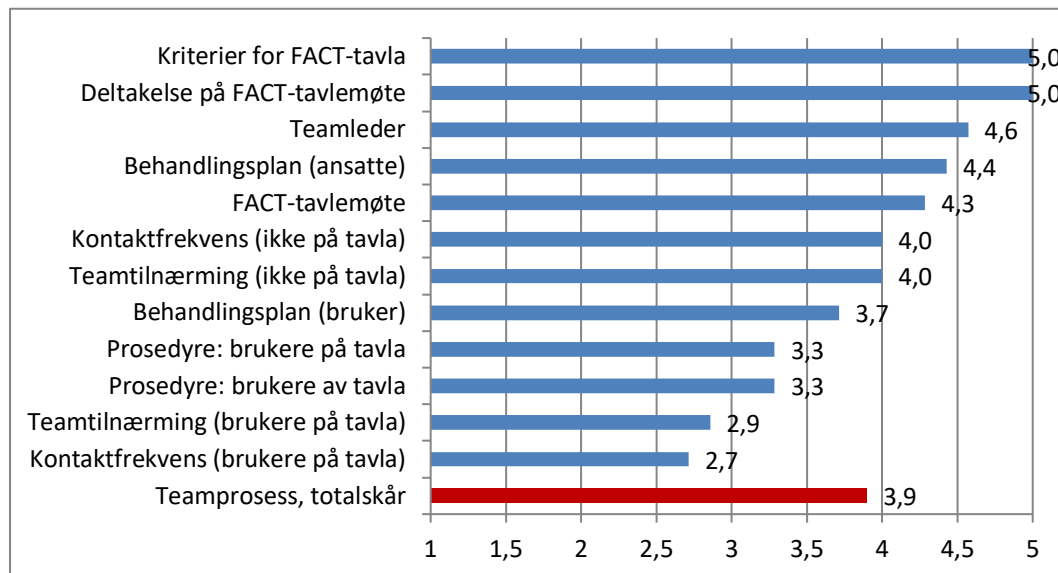
Et FACT-team skal ha en tverrfaglig personalgruppe med sykepleiere/vernepleiere, sosionom, psykolog, psykiater og brukerspesialist. Vi ser at teamene hadde meget bra modelltrofasthet i disse elementene. Teamene hadde også full skår for å ha tilstrekkelig antall case managere. For arbeidsspesialist (spesialist på individuell jobbstøtte) hadde teamene tilfredsstillende modelltrofasthet. De fleste teamene mangla spesialist i rehabilitering og mange team mangla

russpesialist (spesialist på behandling av rusmidler). Disse to elementene fikk ikke godkjent modelltrofasthet.

4.3 Teamprosess

Figur 4.3 viser gjennomsnittskårer for hovedområdet *Teamprosess*.

Figur 4.3 Teamprosess. Gjennomsnittsskårer for 7 team



For elementene i *Teamprosess* ble gjennomsnittskåren for alle teamene 3,9. Det står for tilfredsstillende modelltrofasthet, og det betyr at dette området er tilfredsstillende implementert. De enkelte teamenes gjennomsnittsskår varierte mellom 3,1 og 4,4. To team hadde meget bra modelltrofasthet, fire team hadde tilfredsstillende modelltrofasthet, og ett team hadde moderat modelltrofasthet.

FACT-tavla er viktig for å koordinere aktivitet og informasjon i teamet. Teamet skal møtes daglig for å planlegge og gjennomgå tjenestetilbudet til alle brukerne som står på tavla. Gjennomsnittskåren for dette elementet var 4,3 (meget bra modelltrofasthet), og alle ansatte deltok på FACT-tavlemøtene (5,0). FACT-skalaen definerer ti kriterier for når brukere skal oppgraderes til FACT-tavla, og teamene fikk full skår for å ha og bruke kriteriene for FACT-tavla. Når det gjelder prosedyrer for når bruker skal på og av FACT-tavla, hadde de fleste teamene forbedringspotensial med skår 3,3 og moderat modelltrofasthet.

Tilbudet til brukerne i et FACT-team skal gis fra ett team, ikke fra én behandler. FACT-skalaen har derfor krav om at alle brukerne i FACT-teamet skal møte minst fire teammedlemmer i løpet av ett år. På elementet *Teamtilnærming (brukere som ikke er på tavla)* hadde teamene en gjennomsnittsskår på 4,0 (tilfredsstillende modelltrofasthet). FACT-skalaen har som krav at alle teammedlemmer kjenner og jobber med alle brukerne som står på tavla. Full skår på elementet *Teamtilnærming (brukere på tavla)* krever at minst 90 prosent av brukerne på tavla møter minst tre teammedlemmer i løpet av to uker. FACT-teamene i evalueringen hadde en gjennomsnittsskår på 2,9

på dette elementet (ikke godkjent modelltrofasthet). For å skåre 3 kreves det at 37% av brukerne har møtt minst tre teammedlemmer i løpet av to uker.

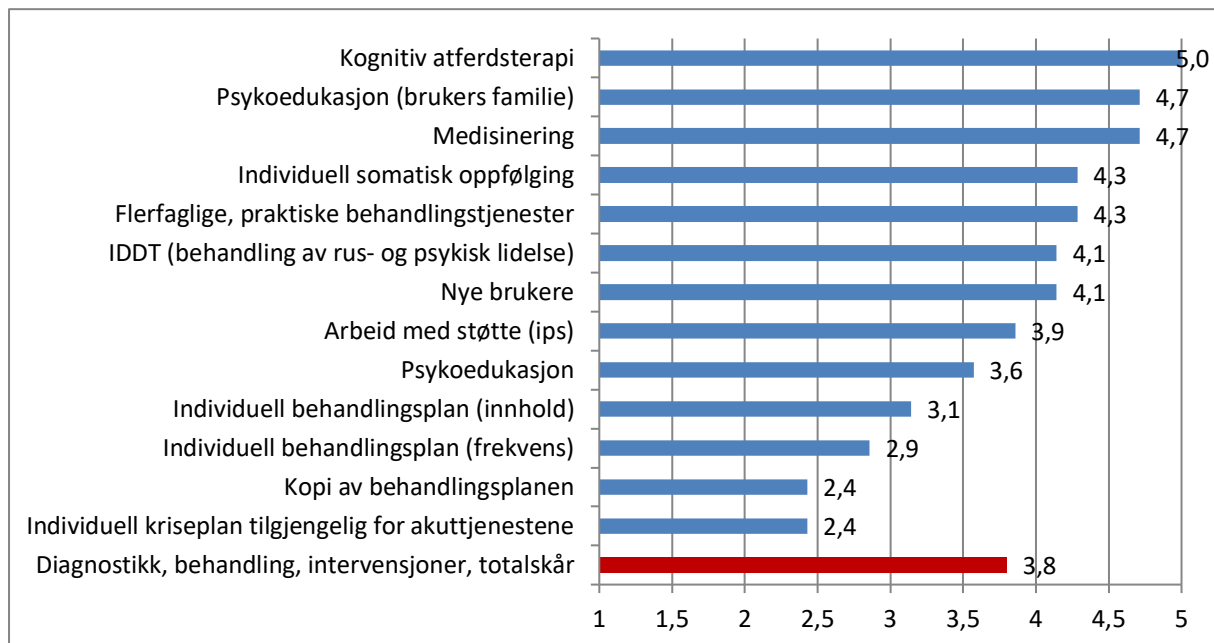
Intensiteten på tjenestene fra FACT-teamet er sentralt i FACT-modellen, og det er krav om at brukerne som står på tavla, skal ha minst fire direkte kontakter per uke. Teamene fikk ikke godkjent modelltrofasthet på elementet *Kontaktfrekvens (brukere på tavla)* med gjennomsnittsskår 2,7. For brukere som *ikke* står på tavla, skal kontaktfrekvensen være én direkte kontakt per uke, noe teamene fikk tilfredsstillende modelltrofasthet på med gjennomsnittsskår 4,0. Teamlederne i FACT-teamene fikk meget god modelltrofasthet, noe som betyr at de jobber regelmessig klinisk (< 30 %), de jobber for at modellen skal følges og deltar på alle tavlemøter og behandlingsmøter.

Behandlingsplanene skal utformes med minst fire profesjoner til stede. Dette hadde meget bra modelltrofasthet i teamene med gjennomsnittsskår 4,4. Behandlingsplanene skal utformes i samarbeid med brukerne, noe som hadde tilfredsstillende modelltrofasthet med gjennomsnittsskår 3,7.

4.4 Diagnostikk, behandling og intervensjoner

Gjennomsnittsskåre for hovedområdet *Diagnostikk, behandling og intervensjoner* vises i Figur 4.4.

Figur 4.4 Diagnostikk, behandling og intervensjoner. Gjennomsnittsskåre for 7 team



Diagnostikk, behandling og intervensjoner hadde tilfredsstillende modelltrofasthet med en total gjennomsnittsskår på 3,8. De enkelte teamenes gjennomsnittsskår varierte mellom 2,8 og 4,3. Tre team hadde meget bra modelltrofasthet, tre team hadde tilfredsstillende modelltrofasthet og et team hadde ikke godkjent modelltrofasthet.

FACT-teamene skal tilby oppsøkende flerfaglige behandlingstjenester retta mot områder som fritidsaktiviteter, støtte i bolig, kontakt med familie og nabolag, økonomi, medisinering og hjelp fra

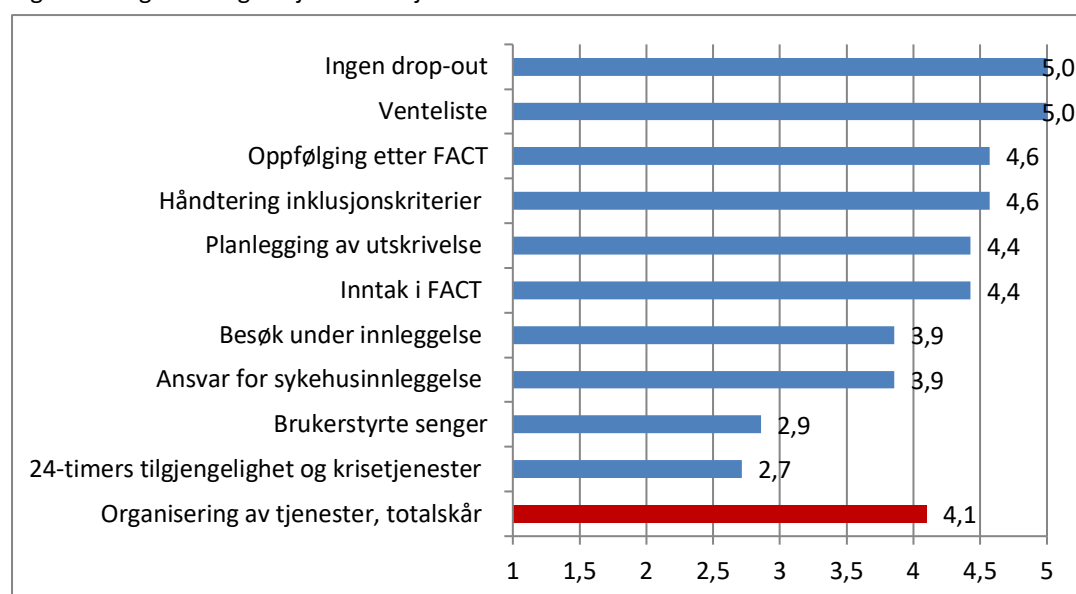
andre instanser. På elementet *Flerfaglige, praktiske behandlingstjenester* fikk teamene meget bra modelltrofasthet (4,3). Vi ser av figuren at teamene oppnådde meget bra modelltrofasthet for *Kognitiv atferdsterapi, Medisinering, Individuell somatisk oppfølging og IDDT (integrert behandling for rus og psykiske lidelser)*. *Psykoedukasjon til brukers familie* fikk også høy modelltrofasthet (4,7), mens *Psykoedukasjon til brukere* fikk tilfredsstillende modelltrofasthet (3,6). For psykoedukasjon til brukere, ble mange team trukket fordi de ikke tilbød psykoedukasjon i grupper. Teamene oppnådde meget bra modelltrofasthet for elementet *Nye brukere*. Det betyr at nye pasienter står på tavla i tre uker slik at de kan møte flere teammedlemmer med ulik bakgrunn. FACT-team skal hele tiden ha oppmerksomhet på arbeid, og jobbe mest mulig etter modellen Individual Placement and Support, som har det ordinære arbeidsmarkedet som mål for brukerne. Elementet *Arbeid med støtte* (ips) fikk tilfredsstillende modelltrofasthet (3,9).

Behandlingsplaner var et område med forbedringspotensial i FACT-teamene i evalueringen. Alle brukerne skal ha en behandlingsplan som er mindre enn ett år gammel, de skal ha en kriseplan som er tilgjengelig for akutt-tjenestene (døgnapne tilbud), og brukerne skal ha en kopi av behandlingsplanen sin. Disse elementene ble i liten grad oppfylt av teamene i evalueringen. Alle behandlingsplanene skal inneholde individuelle mål for rehabilitering innen ulike områder, og de skal ha fokus på brukernes egne behov og deres styrker og ressurser. Elementet om innholdet i behandlingsplanen fikk moderat modelltrofasthet (3,1), noe som også viser behov for forbedringer.

4.5 Organisering av tjenester

Figur 4.5 viser gjennomsnittskårer for hovedområdet *Organisering av tjenester*.

Figur 4.5 Organisering av tjenester. Gjennomsnittsskårer for 7 team



Hovedområdet *Organisering av tjenester* oppnådde teamene samla sett meget bra modelltrofasthet med gjennomsnittsskår 4,1. De enkelte teamenes gjennomsnittsskår varierte mellom 3,6 og 4,5. Fem team hadde meget bra modelltrofasthet, og to team hadde tilfredsstillende modelltrofasthet.

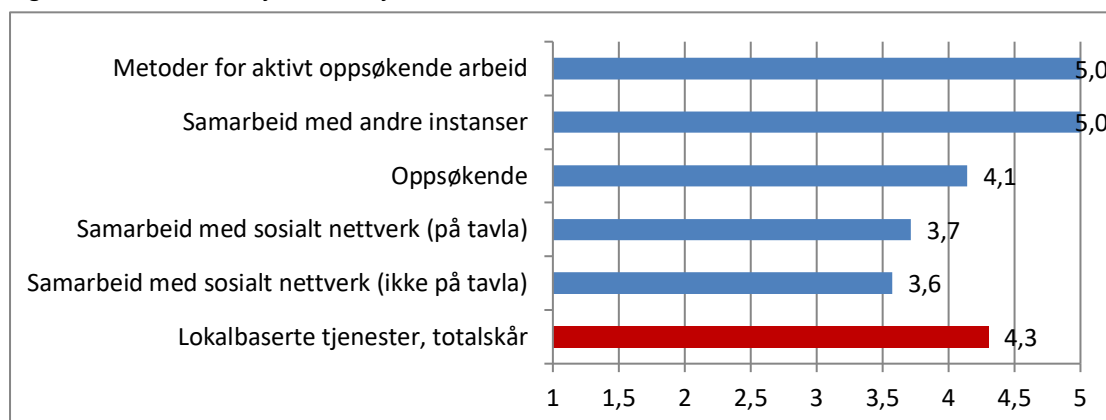
Færre enn fem prosent av brukerne forsvant eller ble skrevet ut fra teamet uten passende henvisning det siste året, teamene fikk dermed full skår for elementet *Ingen drop-out*. Ventetida for inntak av brukere i teamene hadde ikke vært lengre enn en måned i løpet av det siste året. Teamene hadde veldefinerte inklusjonskriterier som i stor grad ble praktisert i tråd med modellen. De oppnådde også høy modelltrofasthet for *Oppfølging etter utskrivelse fra FACT-teamet*. Det betyr at teamet vanligvis avslutter få brukere, og for de som avsluttes, skjer avslutningen gradvis med grunnlag i en felles avgjørelse mellom team og bruker og etter egna avtaler om oppfølging.

FACT-teamene skal være involvert i brukernes innleggelser og utskrivelser fra døgnenheter. Vi ser av figuren at teamene hadde meget bra modelltrofasthet for planlegging av utskrivelse fra døgnenheter, mens de hadde tilfredsstillende modelltrofasthet for elementene *Ansvar for innleggelser* og *Besøk under innleggelser*. For å få full skår, må teammedlemmer besøke innlagte brukere en gang i uka. Teamene fikk ikke godkjent modelltrofasthet for muligheten til å benytte *Brukerstyrte senger* for sine brukere. De fikk heller ikke godkjent modelltrofasthet for elementet *24-timers tilgjengelighet og krisetjenester*. Dette elementet innebærer at teamet skal være tilgjengelig innen to timer dersom det oppstår kriser. Ved kriser utenfor kontortid, skal det være konkrete avtaler med akutt-tjenester og brukeren skal kunne ta kontakt med tjenesteyter som kjenner deres situasjon 24 timer i døgnet.

4.6 Lokalbasererte tjenester

Figur 4.6 viser gjennomsnittskårer for hovedområdet *Lokalbaserte tjenester*.

Figur 4.6 Lokalbaserte tjenester. Gjennomsnittskårer for 7 team



Lokalbaserte tjenester hadde meget bra modelltrofasthet for teamene samla sett med en total gjennomsnittskår på 4,3. De enkelte teamenes gjennomsnittskår varierte mellom 4,2 og 4,6. Samtlige team hadde meget bra modelltrofasthet.

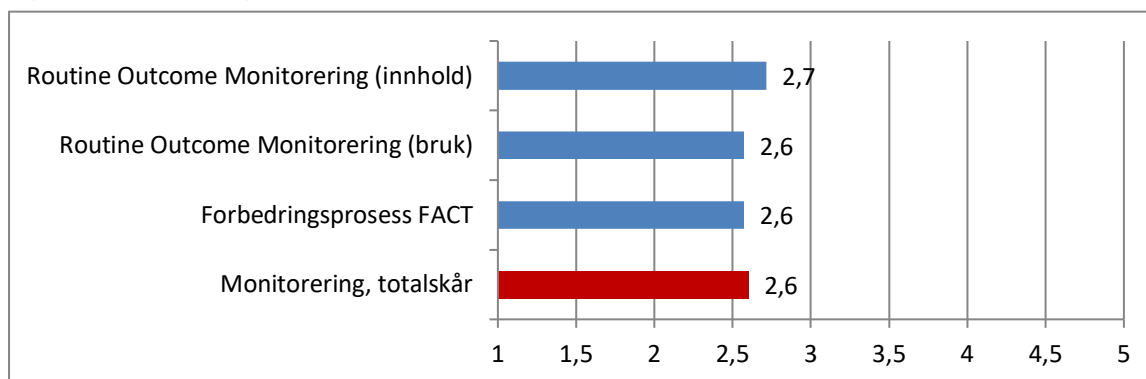
I følge FACT-skalaen skal 80 prosent av teamets kontakter med brukerne skje ute i lokalsamfunnet framfor i teamets lokaler. Teamene fikk meget bra modelltrofasthet for elementet *Oppsøkende* med skår 4,1. Teamene fikk full skår for å bruke mange ulike metoder for aktivt oppsøkende arbeid for å holde kontakt med brukerne og sikre tilknytning til teamet. Dette dreide seg om alt fra ulike former for praktisk hjelp i bolig til juridiske virkemidler. Teamene hadde omfattende samarbeid med andre

instanser. Kravet for å få full skår er at teamet samarbeider med minst fire andre instanser i løpet av seks måneder. Dette oppfylte samtlige team i evalueringen. Samarbeid med brukernes sosiale nettverk er vesentlig i hovedområdet *Lokalbasert tjenester*. Det er krav om at teamet skal ha hatt kontakt med personer i det sosiale nettverket til 80 prosent av brukerne på tavla i løpet av den siste måneden, og for 80 prosent av de som ikke står på tavla i løpet av de siste seks månedene. Teamene hadde tilfredsstillende modelltrofasthet på begge disse elementene (3,6 og 3,7).

4.7 Monitorering

Figur 4.7 viser gjennomsnittsskåre for hovedområdet *Monitorering*.

Figur 4.7 Monitorering. Gjennomsnittsskåre for 7 team



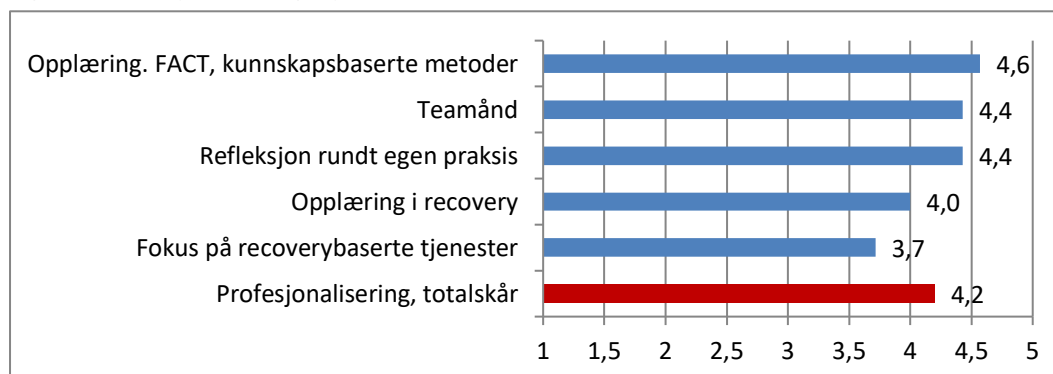
Hovedområdet *Monitorering* hadde total gjennomsnittsskår på 2,6, som betyr ikke godkjent modelltrofasthet. De enkelte teamenes gjennomsnittsskår varierte mellom 1,3 og 4,7. Fire team hadde ikke godkjent modelltrofasthet, ett team hadde meget bra modelltrofasthet, ett hadde tilfredsstillende og ett hadde moderat modelltrofasthet.

FACT-teamene skal rutinemessig bruke standardiserte og validerte instrumenter for å kartlegge brukernes psykiske og sosiale fungering, hjelpebehov og livskvalitet. Kartleggingen skal brukes både i oppfølgingen av den enkelte bruker og til å evaluere teamets arbeid. Teamenes gjennomsnittsskår på disse elementene tilsvarte ikke godkjent modelltrofasthet. Det samme gjaldt forbedringsprosessen for FACT-teamet, hvor det også skal være en formell og systematisk prosess.

4.8 Profesjonalisering

Figur 4.8 viser gjennomsnittskårer for hovedområdet *Profesjonalisering*.

Figur 4.8 Profesjonalisering. Gjennomsnittskårer for 7 team



Hovedområdet *Profesjonalisering* hadde meget bra modelltrofasthet med gjennomsnittskår 4,2. De enkelte teamenes gjennomsnittskårer varierte mellom 2,4 og 5. Seks team hadde meget bra modelltrofasthet og ett team hadde ikke godkjent modelltrofasthet.

At teammedlemmer får opplæring, er en vesentlig del av Profesjonaliseringsskalaen. Vi ser av figuren at teamene hadde meget bra modelltrofasthet for opplæring i FACT og kunnskapsbaserte metoder (4,6), mens de hadde tilfredsstillende modelltrofasthet for opplæring i mestringsorientert oppfølging/recovery (3,7). Teamene hadde meget bra modelltrofasthet for teamånd (4,4). Fokus på recoveryorienterte tjenester hadde tilfredsstillende modelltrofasthet. For å få full skår skal brukernes mål for recovery være reflektert i behandlingsplaner, de skal være lette å identifisere og følge brukernes tempo, og brukere skal henvises til grupper for brukerstøtte og mestring.

4.9 Forskjeller mellom team

Tabell 4.2 viser gjennomsnittskårene for de sju hovedområdene for hvert av de sju teamene.

Tabell 4.2 Gjennomsnittskårer for FACT-skalaens 7 hovedområder (7 team)

	Team 1	Team 2	Team 3	Team 4	Team 5	Team 6	Team 7	Total
Teamstruktur	4,3	4,5	4,4	4,6	3,7	3,8	3,7	4,1
Teamprosess	3,9	4,0	3,8	4,3	3,1	4,4	4,0	3,9
Diagnostikk, behandling og intervensjoner	3,8	3,8	4,2	4,3	3,5	4,3	2,8	3,8
Organisering av tjenester	4,5	4,5	4,1	4,3	4,2	3,7	3,6	4,1
Lokalbaserte tjenester	4,2	4,2	4,4	4,2	4,6	4,2	4,2	4,3
Monitorering	1,3	1,3	4,7	3,3	2,7	3,7	1,3	2,6
Profesjonalisering	4,4	4,4	4,6	5,0	4,2	4,6	2,4	4,2

Team 1 og team 2 hadde meget bra modelltrofasthet på teamstruktur, organisering av tjenester, lokalbaserte tjenester og profesjonalisering. De hadde tilfredsstillende modelltrofasthet på teamprosess og behandling og intervensjoner, og de hadde ikke godkjent modelltrofasthet på monitorering.

Team 3 hadde meget bra modelltrofasthet på alle hovedområdene med unntak av teamprosess hvor det hadde tilfredsstillende modelltrofasthet.

Team 4 hadde meget bra modelltrofasthet på alle hovedområder unntatt monitorering, hvor det hadde moderat modelltrofasthet.

Team 5 hadde meget bra modelltrofasthet på organisering av tjenester, lokalbaserte tjenester og profesjonalisering. Det hadde tilfredsstillende modelltrofasthet på teamstruktur, behandling og intervensjoner, moderat modelltrofasthet på teamprosess og ikke godkjent modelltrofasthet på monitorering.

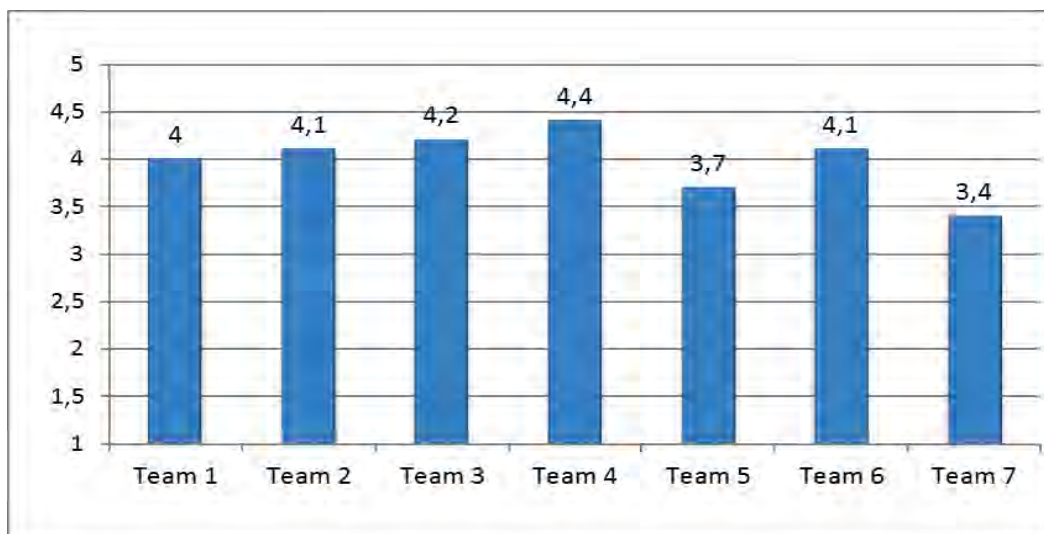
Team 6 hadde meget bra modelltrofasthet på teamprosess, behandling og intervensjoner, lokalbaserte tjenester og profesjonalisering. Det hadde tilfredsstillende modelltrofasthet på teamstruktur, organisering av tjenester og monitorering.

Team 7 hadde meget bra modelltrofasthet på lokalbaserte tjenester, tilfredsstillende modelltrofasthet på teamstruktur, teamprosess og organisering av tjenester. Det hadde ikke godkjent modelltrofasthet på behandling og intervensjoner, monitorering og profesjonalisering.

Alle teamene hadde meget bra modelltrofasthet på hovedområdet *Lokalbaserte tjenester*, variasjon i skårene var mellom 4,2 og 4,5. Fem team hadde meget bra modelltrofasthet på *Organisering av tjenester*, variasjonen i skårene var mellom 3,6 og 4,5. Fire team hadde meget bra modelltrofasthet på *Teamstruktur*, variasjonen i skårene var mellom 3,7 og 4,6. Tre team hadde meget bra modelltrofasthet på hovedområdet *Diagnostikk, behandling og intervensjoner*, variasjon for skåringene var mellom 2,8 og 4,3. To team hadde meget bra modelltrofasthet på *Teamprosess*, variasjon i skårene var mellom 3,1 og 4,4. Ett team hadde meget bra modelltrofasthet på hovedområdet *Monitorering*, variasjon i skåringene var mellom 1,3 og 4,7.

Figur 4.9 viser gjennomsnittlig totalskår for de enkelte teamene.

Figur 4.9 Totalskår for 7 team



De enkelte teamenes totalskår varierte mellom 3,4 og 4,4. Fire team hadde meget bra modelltrofasthet og tre team hadde tilfredsstillende modelltrofasthet. Gjennomsnitt for totalskåren i FACT-skalaen var 4,0 for teamene i evalueringen. Det betyr at teamene samla sett hadde tilfredsstillende modelltrofasthet, nær opp til meget bra modelltrofasthet.

4.10 Modelltrofasthetsvurderinger i Sverige og Nederland

Modelltrofasthetsvurderinger som er gjort i Sverige og Nederland viste sammenlignbare resultater med de norske teamene (Svensson et al., 2017, Nugter et al., 2016). En studie som omfatta sju team i Sør Sverige fra 2013 til 2016, viste store likheter med den norske vurderingen av modelltrofasthet. Teamene i den svenske undersøkelsen hadde tre hovedområder med meget bra modelltrofasthet, tre med tilfredsstillende og en med ikke godkjent modelltrofasthet (Svensson et al., 2017). I den norske undersøkelsen så vi at teamene hadde fire hovedområder med meget bra modelltrofasthet, to med tilfredsstillende og en med ikke godkjent modelltrofasthet. De svenske teamene skåra høyere enn de norske på *Organisering av tjenester* og på *Diagnostikk, behandling og intervensjoner*. De norske teamene skåra høyere enn de svenske på *Teamstruktur* og *Profesjonalisering*. De svenske teamene hadde etter 18 måneder 3,9 i gjennomsnitt på FACT 2010-skalaen, med variasjon for de enkelte team fra 3,7 til 4,6. De norske teamene hadde etter 24 måneder 4,0 i gjennomsnitt med variasjon for de enkelte team fra 3,4 til 4,4. Konklusjon fra den svenske studien av FACT-implemering var at FACT-modellen lot seg implementere med høy modelltrofasthet til tross for en svært sektorisert svensk helsetjeneste. Positive holdninger blant ansatte, tro på praksisen, og ønsket om å tilby FACT-tjenesten, så ut til å ha spilt en sentral rolle for implementeringen av en ny praksismodell i svensk psykisk helsetjeneste (Svensson et al., 2017).

En nederlandsk FACT studie som inkluderte modelltrofasthetsvurderinger etter FACT 2010-skalaen viste også resultater på samme nivå som de norske teamene. Denne studien fulgte 391 pasienter fra tre nyetablerte FACT team i Nord-Vest Holland i to år. Etter to år var FACTs totalskår i de tre teamene: 3,6, 4,2, og 4,3 (Nugter et al., 2016). De tre teamene i den nederlandske studien hadde altså omtrent lik gjennomsnittlig totalskår med de norske teamene. Det er verdt å

merke seg at de nederlandske teamene ikke hadde lav skår for monitorering, hvor både de norske og svenske teamene ikke fikk godkjent modelltrofasthet.

4.11 Oppsummering

Fire av FACT-skalaens sju hovedområder hadde meget bra modelltrofasthet sett for de sju teamene samla. Det gjaldt *Lokalbaserte tjenester, Profesjonalisering, Teamstruktur og Organisering av tjenestene*. To hovedområder hadde tilfredsstillende modelltrofast: *Teamprosess og Diagnostikk, behandling og intervensjoner*. *Monitorering* var eneste hovedområde som ikke hadde godkjent modelltrofasthet.

Viktige deler av modellen hadde meget bra modelltrofasthet. Mange av stillingskategoriene hadde meget bra modelltrofasthet. FACT-tavlemøte, deltakelse og kriterier for bruk av FACT-tavla, som er viktig for koordinering av arbeid og informasjon i teamet, kan også framheves som meget bra. Teamene jobba i stor grad oppsøkende og brukte mange metoder for oppsøkende arbeid, og de klarte å beholde brukerne i teamet.

Forbedringspotensial sees spesielt for den rutinemessig resultatkartleggingen (monitoreringen) av brukernes livskvalitet, hjelpebehov og sosiale fungering samt teamenes arbeid med behandlingsplaner og kriseplaner. Teamtilnærming og kontaktfrekvens for brukere som får intensive tjeneste fikk ikke godkjent modelltrofasthet. Det samme gjaldt 24-timers tilgjengelighet og krisetjenester. I tillegg fikk stillingskategoriene russpesialist og rehabiliteringsspesialist ikke godkjent modelltrofasthet.

Undersøkelsen av modelltrofasthet viste at FACT-modellen har blitt implementert med tilfredsstillende modelltrofasthet i de norske teamene. I følge CCAF, sertifiseringssenteret for FACT og ACT-team i Nederland, er skår 3.4 - 4.0 tilstrekkelig for å få sertifisering som FACT-team. Skår 4,1 og høyere vurderes som «eksellent» (www.ccaf.nl). Vurdering av modelltrofasthet i de sju teamene i evalueringen viste at FACT-modellen er relevant og 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.

Elementer i FACT-skalaen med meget bra modelltrofasthet:

- Lav caseload
- Heltidsansatte
- Full bemanning
- Sykepleiere/vernepleiere
- Psykiater
- Psykolog
- Brukerspesialist
- Sosionom
- Case manager
- FACT-tavlemøte
- Deltakelse på FACT-tavlemøte
- Kriterier for å bli satt på FACT-tavla
- Teamleder
- Behandlingsplan (flere profesjoner deltar)
- Flerfaglige, praktiske behandlingstjenester
- Nye brukere
- Medisinering
- Kognitiv atferdsterapi
- Psykoedukasjon rettet mot brukers familie
- Modell for behandling av rus- og psykisk lidelse (iddt)
- Individuell somatisk oppfølging
- Håndtering av inklusjonskriterier
- Venteliste
- Inntak i FACT
- Planlegging av utskrivelse
- Oppfølging etter utskrivelse fra FACT
- Ingen drop-out
- Oppsøkende
- Samarbeid med andre instanser
- Metoder for aktivt oppsøkende arbeid
- Refleksjon rundt egen praksis
- Opplæring i FACT og kunnskapsbaserte metoder
- Team-ånd

Elementer i FACT-skalaen med ikke godkjent modelltrofasthet:

- Spesialist i rehabilitering
- Spesialist på behandling av ruslidelser
- Kontaktfrekvens (tavlepasienter)
- Teamtilnærming ved intensiv oppfølging
- Individuell behandlingsplan (frekvens)
- Individuell kriseplan
- Kopi av behandlingsplanen
- 24-timers tilgjengelighet og krisetjenester
- Brukerstyrte senger
- Routine outcome monitoring (Innhold)
- Routine outcome monitoring (Bruk)
- Forbedringsprosess FACT

5. Bruk av FACT-tavla

Dette kapitlet tar opp «tavleflyten» i FACT-teamene. FACT-team skal veksle mellom å gi brukerne intensive tjenester (ACT) og mindre intensive tjenester (Case Management). Ved behov for intensivering av tjenestene skal brukerne føres opp på FACT-tavla. Å være ført på tavla betyr at teamet skal gi oppfølging etter ACT-prinsippet om felles caseload, hvor brukers status gjennomgås på daglig teammøte og flere teammedlemmer bidrar inn i behandling og oppfølging av brukeren. Bruk av FACT-tavla er viktig i FACT-arbeidet, og en problemstilling i evalueringen er å se på pasientflyten mellom ACT og case management-oppfølging.

5.1 Brukere på tavla; Antall, årsaker og varighet

Vi tar opp hvor stor andel av brukerne som var på tavla og varigheten av tavleoppholdene, og vi ser på variasjon mellom team og årsaker til tavleoppføring. Vi bygger på data fra teamene om deres bruk av FACT-tavla i deres andre driftsår (se kap. 2.3.4 for beskrivelse av datamaterialet).

Hvor stor andel av brukerne teamene hadde ført opp på FACT-tavla i løpet av det andre driftsåret, er vist i tabell 5.1.

Tabell 5.1 Brukere på tavla eller ikke i teamets andre år fordelt på ulike team. I prosent

	Team 1	Team 2	Team 3	Team 4	Team 5	Totalt
På tavla	63	61	61	87	80	66
Ikke på tavla	37	39	39	13	20	34
Totalt	(N=161)	(N=153)	(N=49)	(N=53)	(N=44)	100 (N=460)

I gjennomsnitt hadde 66 prosent av alle som hadde vært brukere i teamenes andre år vært ført på tavla minst en gang, noe som betyr at 2/3 av brukerne fikk intensiv oppfølging (ACT) i løpet av året. Vi ser at det varierte mellom teamene hvor stor andel av brukerne som hadde vært ført på tavla i løpet av året, fra 87 prosent i Team 4 til 61 prosent i Team 2 og 3. 1/3 av brukerne hadde ikke vært ført på tavla i løpet av året.

Det er flere grunner til at FACT-teamet fører brukere opp på FACT-tavla. Vi har opplysninger om tavleoppføringer på grunn av intensiv oppfølging (ACT), innleggelse (sykehus) og ny pasient i teamet. Tabell 5.2 viser hvor stor andel av teamets brukere som har vært i løpet av året på tavla av de tre årsakene.

Tabell 5.2 Brukere oppført på tavla på grunn av intensiv oppfølging, innleggelse og ny bruker. I prosent av alle brukere i teamets andre år *)

	Team 1	Team 2	Team 3	Team 4	Team 5	Totalt
Intensiv oppfølging	37% (N=161)	33% (N=153)	47% (N=49)	76% (N=53)	68% (N=44)	44% (N=460)
Innleggelse	24% (N=161)	21% (N=153)	22% (N=49)	40% (N=53)	39% (N=44)	26% (N=460)
Ny bruker	37% (N=161)	35% (N=153)	25% (N=49)	28% (N=53)	14% (N=44)	32% (N=460)

*) Tabellen summerer ikke til 100 fordi noen brukere har vært ført på tavla av flere årsaker)

For teamene samlet hadde 44 prosent av brukerne i teamenes andre år vært ført på tavla en eller flere ganger på grunn av intensiv oppfølging, med variasjon mellom teamene fra 33 prosent til 76 prosent. 26 prosent hadde vært ført på tavla på grunn av innleggelser, med variasjon mellom teamene fra 21 prosent til 39 prosent. 32 prosent av brukerne hadde vært ført på tavla fordi de var nye i teamet. Dette varierte mellom teamene fra 14 prosent til 37 prosent.

En stor andel av brukerne hadde vært ført på tavla i løpet av året, men hvordan er bildet uke for uke? Tabell 5.3 viser antall brukere som var på tavla i gjennomsnitt per uke for de 52 ukene i teamenes andre driftsår.

Tabell 5.3 Brukere på tavla i gjennomsnitt per uke *)

	Antall brukere på tavla i gjennomsnitt per uke	Andel av totalt antall brukere i teamet (N)
Team 1	27	17% (161)
Team 2	21	14% (153)
Team 3	9	17% (49)
Team 4	24	45% (53)
Team 5	11	25% (44)
Alle team samlet	91	20% (460)

*) Oppgitt antall er det totale antallet brukere teamet hadde i løpet av året, det er ikke tatt hensyn til at antall brukere i teamene kan variere fra uke til uke.

Team 1 som er det største teamet ut fra antall brukere, hadde også størst antall brukere på tavla fra uke til uke, med opp til 38 brukere i uka og i gjennomsnitt 27 brukere på tavla i uka. Team 4 som totalt hadde 53 brukere, hadde mange brukere på tavla sett ut fra totalt antallet brukere i teamet,

med et gjennomsnitt på 24 brukere i uka. Team 3 og 5 som er mindre team, hadde betydelig færre brukere på tavla med 9 og 11 i gjennomsnitt.

Tabell 5.4 viser hvor mange uker i gjennomsnitt brukerne var oppført på tavla fordelt på ulike årsaker til tavleoppføring. Dette vises totalt og fordelt på team.

Tabell 5.4 Gjennomsnitt antall uker på tavla for ulike årsaker til tavleoppføring fordelt på team

	Team 1	Team 2	Team 3	Team 4	Team 5	Totalt
Antall uker pga. intensiv behandling	12 (N=59)	10 (N=50)	8 (N=23)	25 (N=40)	13,5 (N=30)	14 (N=202)
Antall uker pga. innleggelse	9 (N=38)	6 (N=32)	9 (N=11)	6 (N=21)	5 (N=17)	7 (N=119)
Antall uker pga. «ny bruker»	6 (N=59)	7,5 (N=53)	5 (N=12)	6 (N=15)	12,5 (N=6)	7 (N=145)
Antall uker på tavla totalt	14 (N=101)	12 (N=93)	11 (N=30)	27 (N=46)	16 (N=35)	15 (N=305)

Gjennomsnittlig varighet på tavleopphold i løpet av året var totalt 15 uker, med spredning fra 1 til 52 uker. Varigheten på oppholdene varierte med hvorfor brukerne ble satt på tavla. Den gjennomsnittlige varigheten for tavleopphold på grunn av intensiv behandling var 14 uker, med variasjon mellom team fra 8 til 25 uker. Tavleoppholdene på grunn av innleggelse og på grunn av ny pasient var begge på 7 uker i gjennomsnitt. Selv om to tredjedeler av brukerne hadde vært på tavla i løpet av året, hadde de størstedelen av året ikke vært det, det vil si at de hadde hatt case management oppfølging mesteparten av året.

De fleste som ble ført på tavla hadde ett tavleopphold. Gjennomsnittet var 1,3 tavleopphold totalt, med variasjon mellom teamene fra 1,1 til 1,7. Tre brukere hadde fire tavleopphold, mens ni pasienter hadde ett opphold som varte gjennom hele året. Cirka 1/3 hadde vært på tavla i mer enn 13 uker i løpet av året.

Team 4 skiller seg ut med gjennomsnittlig lengere tavleopphold enn de andre teamene, det gjelder for intensiv behandling, men ikke for innleggelser og for nye brukere i teamet. Forskjeller mellom teamene har sammenheng både med ulik målgruppe og ulike bruk av FACT-tavla. Team 4 hadde både høyere andel brukere ført på tavla og gjennomsnittlig lengere varighet på tavleopphold på grunn av intensiv behandling. Dette teamet hadde en større andel brukere med TUD som hadde tavleoppføring gjennom hele perioden, noe som kan bidra til å forklare denne forskjellen. Team 3 hadde Excel-ark med fargekoder som FACT-tavle, hvor brukere med rød fargekode er skilt ut som intensiv behandling. Antall tavleoppføringer er underrepresentert fordi tavla bare ble lagra annen hver uke.

En nederlandsk studie har kartlagt noen av de samme spørsmålene som vi har gjort i denne undersøkelsen, og resultatene lar seg til dels sammenligne, selv om den nederlandske undersøkelsen hadde lengre kartleggingsperiode. I løpet av en periode på 2,5 år hadde 64,5 prosent av brukerne i de kartlagte nederlandske teamene vært ført på FACT-tavla (Nugter et al., 2016), mens vi så at 66 prosent av brukerne i vår undersøkelse hadde vært på tavla i løpet av ett år. Gjennomsnittlig varighet på tavleoppholdet i den nederlandske studien var 22 uker (Nugter et al., 2016). Vår undersøkelse hadde en større andel brukerne ført på tavla på grunn av innleggelser og på grunn av nye brukere i teamet enn den nederlandske undersøkelsen.

5.2 Oppsummering

I gjennomsnitt har 66 prosent av alle brukerne i teamenes andre år vært ført på tavla minst en gang. Det betyr at 1/3 av brukerne i de fem FACT-teamene fikk ordinær case management oppfølging gjennom hele året, mens 2/3 av brukerne fikk intensiv behandling (ACT) i minst en periode i løpet av året. 44 prosent av alle brukerne har vært på tavla på grunn av behov for intensiv oppfølging, 32 prosent av alle brukerne har vært på tavla fordi de var nye brukere i teamene, og vel 26 prosent på grunn av innleggelser. Hvor stor andel av brukerne som var på tavla hver uke, varierte mye mellom teamene (fra 14 til 45 prosent). Brukerne som hadde vært ført på tavla, hadde i gjennomsnitt vært det i 15 uker i løpet av året. Det er variasjon mellom teamene i bruk av tavle, ulik målgruppe i teamene og ulik type tavler spiller inn på tavlebruken i teamene.

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. Tjenester fra FACT-teamene og fra kommunene/bydelene

Et av hovedmålene med satsning på ACT og FACT er at brukere med behov for omfattende tjenester over tid skal få et koordinert og helhetlig tilbud slik at man unngår parallelle eller mangelfulle tjenester. I dette kapittelet presenterer vi data om hvilke tjenester brukerne i syv norske FACT-team har fått fra teamene og fra kommuner/bydeler i løpet av FACT-teamenes andre driftsår.

6.1 Tjenester fra FACT-teamene

I perioden 1. januar til og med 30. april i teamenes andre driftsår var det registrert til sammen 2554 kontakter med 103 brukere. Det samlede materialet er brukt til å beskrive teamenes praksis.

6.1.1 Grad av oppsøkende arbeid

Et viktig utgangspunkt for FACT-modellen er å oppsøke og tilby tjenester på brukernes arena (ute i lokalmiljøet/hjemme hos bruker). For 18 av de 2554 kontaktene var det ikke registrert sted (0,7 prosent). Disse 18 kontaktene er ikke med i tabellene 6.1 og 6.2.

Tabell 6.1 Sted/måte for kontakt med brukerne

Hvor kontakten med brukeren var	Antall kontakter	Prosent
Ute	1 555	61,3
I teamets kontorer/lokaler	293	11,5
Telefon-/elektronisk kontakt	652	25,7
Bemannet bolig	36	1,5
Registrerte kontakter i alt	2536	100,0

Over 60 prosent av alle de registrerte kontaktene var ute på brukernes arena mens om lag 25 prosent var telefonsamtaler eller elektronisk kontakt (SMS, e-post eller liknende). Telefon- eller elektronisk kontakt handlet i hovedsak om kortvarig oppfølging for praktisk tilrettelegging, spørsmål vedrørende medisiner, planlegging av behandling eller tiltak, støttesamtaler, eller der teamet ikke kom i kontakt med brukeren. Telefonkontakt er en viktig kommunikasjonsform i FACT-teamenes arbeid og for noen brukere kan det i perioder være den eneste formen for kontakt de ønsker.

For å kunne analysere hvor stor andel av kontaktene som har vært ved oppsøkende arbeid, altså å møte brukeren ansikt til ansikt hjemme, i bemannet bolig eller ute i samfunnet og ikke i teamets lokaler, har vi tatt ut telefon- og elektronisk kontakt i tabell 6.2. De 36 kontaktene som fant sted i bemannede boliger har blitt lagt sammen med «hjemme hos bruker/ute i samfunnet». Vi har også

tatt ut 37 ansikt-til-ansikt kontakter der det er registrert at brukeren ikke var til stede (1,9 prosent).

Tabell 6.2 Sted for ansikt-til-ansikt kontakter ved møte med bruker til stede

Kontakter ved møte (ansikt til ansikt)	Antall kontakter	Prosent
Hjemme hos bruker eller ute i samfunnet	1569	84,9
I teamets kontorer/lokaler	278	15,1
Antall kontakter ansikt til ansikt	1847	100

Kravene i FACT-modellen er at minst 80 prosent av ansikt-til-ansikt kontaktene skal være utenfor egne lokaler. I tabellen ser vi at nesten 85 prosent av kontaktene var ute på brukernes arena. Andelen oppsøkende arbeid varierte fra 20 til 95 prosent i de ulike teamene men de fleste teamene møtte brukerne ute i minst 80 prosent av kontaktene. Dette gir en overbevisende dokumentasjon på at teamene har jobbet oppsøkende slik FACT-modellen legger vekt på.

6.1.2. Hyppighet av kontakt

Hyppighet av kontakter eller intensitet av tjenestene måles som antall kontakter i gjennomsnitt per bruker per uke. Som nevnt i avsnitt 6.2.1 kan det være en del brukere som er vanskelig å få kontakt med, som i perioder ikke ønsker annet enn telefonkontakt eller er innlagt over tid i institusjon. Vi har derfor sett både på hyppighet av alle kontakter og hyppighet av ansikt-til-ansikt kontakter. FACT-modellen stiller kun krav til antall ansikt-til-ansikt kontakter per bruker per uke.

Av de totalt 2554 kontaktene som var registrert, var det 37 kontakter (1,9 prosent) der bruker ikke var til stede. Disse er utelatt i dette avsnittet. Totalt var det derfor 2517 kontakter med 103 brukere. Dette ga et gjennomsnitt på 1,4 kontakter per bruker per uke. Variasjonen var imidlertid stor og viste et gjennomsnitt på 0,05 - 7,5 kontakter per uke. De totalt 1847 ansikt-til-ansikt kontaktene med brukerne ga et gjennomsnitt på 1 kontakt per bruker per uke men også her var det stor variasjon (0,05 - 6,8 ansikt-til-ansikt kontakter per uke).

Vi fant også at gjennomsnittlig antall ansikt-til-ansikt kontakter med brukerne per uke varierte mellom team. To team møtte i gjennomsnitt hver bruker 1 gang per uke, mens de andre teamene i gjennomsnitt møtte hver bruker en gang hver 2. eller 3. uke. Innad i hvert team var det også stor variasjon i gjennomsnittlig antall ansikt-til-ansikt kontakter. Noen team møtte enkelte brukere sjeldnere enn 1 gang hver måned og inntil 1 gang hver 2. uke, mens andre team møtte brukerne mellom 1 gang hver 3. uke og inntil 7 ganger per uke.

Modellen har ulike krav til intensitet av kontakter dersom bruker står på FACT-tavlen eller ikke. Brukere som står på tavlen har behov for intensive tjenester og skal ideelt sett møte teamet minst 4

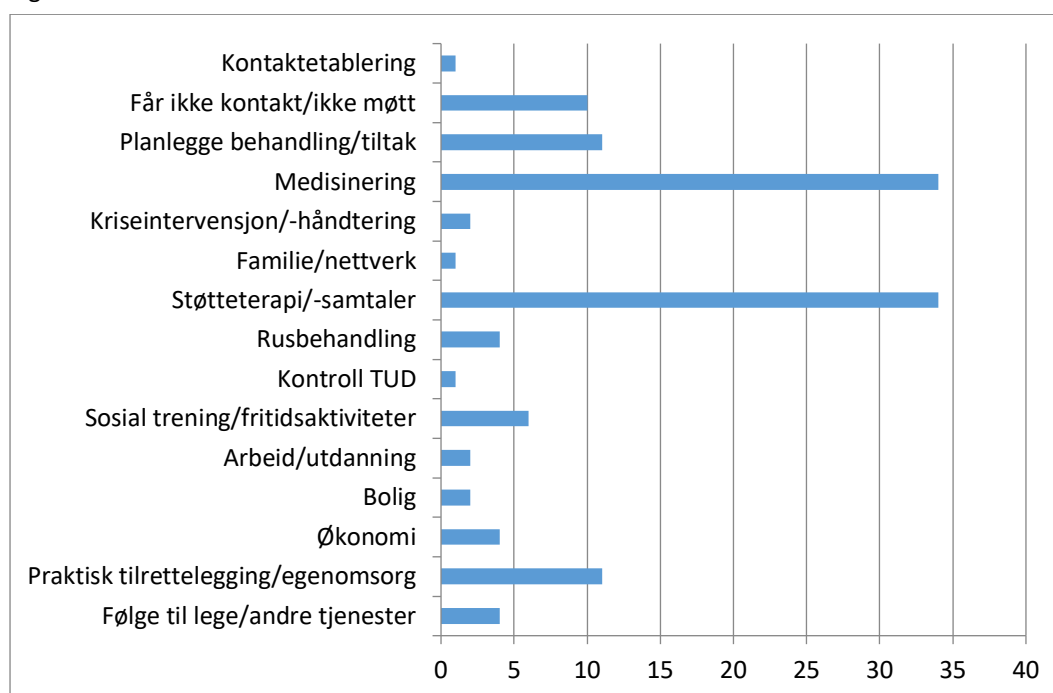
ganger per uke. Brukere som ikke står på tavlen skal møte teamet minst 1 gang per uke. Basert på disse data oppfyller to av teamene FACT-modellens krav til høy skåre for intensitet av kontakt med brukere som ikke står på tavlen.

6.1.3 Innhold i kontakter med brukerne

Figurene nedenfor viser prosentandel av kontakter fordelt på ulike typer innhold (typer aktivitet) ut fra de kodene som ble registrert. Dette beskriver FACT-teamenes profil når det gjelder behandlingstilbud og oppfølging.

I skjemaet for tjenester fra FACT-teamene kunne det registreres en kode for hovedinnhold og inntil tre tilleggskoder for innhold. For 42 av de 2554 kontaktene var det ikke registrert innhold (1,6 prosent). Disse kontaktene er ikke tatt med i figurene under. For 1403 kontakter (55 prosent) var det kun registrert en kode for hovedinnhold mens for 819 kontakter (32 prosent) var det registrert én tilleggskode, for 247 kontakter (9,7 prosent) var det registrert to tilleggskoder og for 43 kontakter (1,7 prosent) var det registrert tre tilleggskoder. De to neste figurene inneholder en samlet oversikt over innholdet som er registrert for totalt 2512 kontakter.

Figur 6.1 Innhold i kontaktene med brukerne



Det vanligste innholdet i kontakten var støtteterapi/støttesamtaler og medikamentell behandling. Deretter planlegging av behandling eller tiltak, ulike typer hjelp med praktisk tilrettelegging og egenomsorg, arbeid med sosial trening og fritidsaktiviteter og ulike typer hjelp eller trening angående bolig, arbeid og økonomi. Noen kontakter gjaldt også følge til fastlege eller andre tjenester. Det ble registrert relativt lite rusbehandling, tatt i betraktning at mange brukere også hadde et rusmisbruk (kapittel 7). Det er mulig at arbeid med rusproblemer kan ha vært en del av støttesamtaler eller i forbindelse med praktiske gjøremål og i liten grad har blitt journalført eller registrert med andre koder. Det var også registrert få familie/nettverkssamtaler, men det kan være

at dette ikke har blitt journalført eller registrert hvis pårørendearbeid ikke har hatt et spesifikt fokus i løpet av kontakten. I om lag 10 prosent av kontaktene hadde ikke teamet fått tak i eller møtt brukeren. Dette er en lav andel i og med at FACT-teamene skulle rekruttere brukere som har vært vanskelige å nå og beholde kontakt med i det ordinære tjenestesystemet.

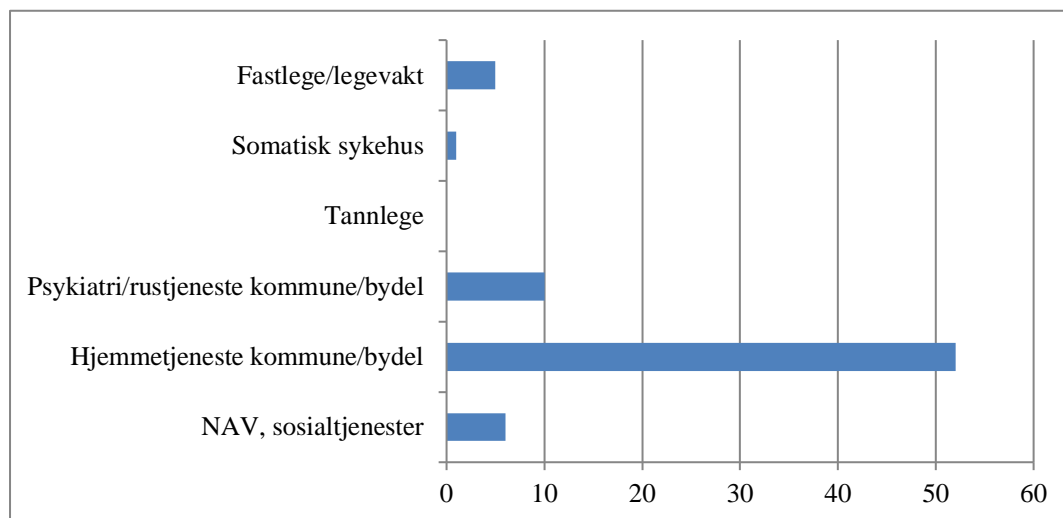
Teamene har mye felles i sin behandlingsprofil, og de fleste team brukte mye av tiden på samtaler (kontaktetablering, kriseintervensjon, støttesamtaler) og medikamentell behandling, men det var likevel en del variasjon i omfanget av de ulike typene innhold i kontaktene mellom teamene. Forskjellene varierte mellom team fra 24 til 63 prosent og fra 5 til 60 prosent for henholdsvis kontaktetablering/kriseintervensjon/støttesamtaler og medikamentell behandling. Et team oppga rusbehandling i 17 prosent av kontaktene, mens de andre teamene ikke hadde registrert dette eller registrert det i svært liten grad (1 - 3 prosent). Det var også stor variasjon i hvor ofte teamene hadde registrert at de brukte tid til praktisk hjelp med for eksempel arbeid, økonomi, egenomsorg eller husarbeid (2 - 33 prosent) og hjelp med sosial trening (1 - 25 prosent). Alle teamene hadde i liten grad registrert at de brukte tid på arbeid med brukernes sosiale nettverk (0 - 3 prosent).

6.1.4 Teamenes samhandling med andre

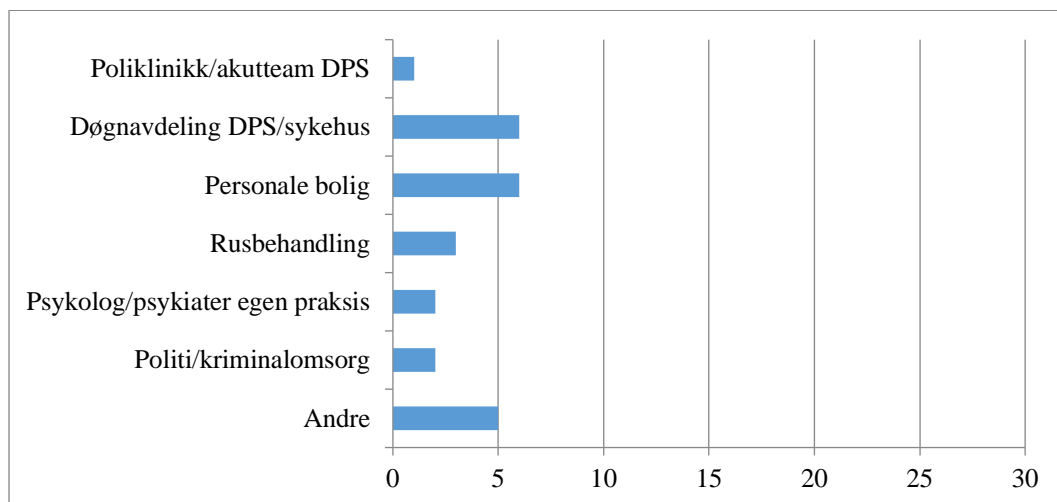
I journalgjennomgangen ble alle kontakter der FACT-teamene samarbeidet med andre instanser registrert. Av de 2554 kontaktene var andre tjenester til stede i 34 prosent (876 kontakter). Ved 1,6 prosent av kontaktene (42 kontakter) deltok mer enn én annen instans enn teamet. Teamet var eneste instans i 63 prosent av kontaktene (1609 kontakter).

Figurene nedenfor viser andel (prosent) av denne samhandlingen fordelt på de ulike samarbeidspartnerne. Samhandling skjer selvsagt også på andre måter som ikke fanges opp av denne registreringer.

Figur 6.3 Andel (prosent) av samhandlingen som var med primærhelsetjenesten og somatisk sykehus



Figur 6.4 Andel (prosent) av samhandlingen som var med psykisk helsevern og noen andre instanser



FACT-teamene hadde hyppigst samhandling med personale fra hjemmetjenesten og fra psykisk helsetjenester/rustjeneste i kommunen/bydelen. Det var også i noen grad samarbeid med personalet i døgnavdelinger ved DPS/sykehus og i bemannede boliger.

Om lag halvparten av kontaktene som var sammen med andre tjenester, handlet om medikamentell behandling, og teamene samarbeidet da hyppigst med hjemmetjenesten, men også noe med fastlegene og personalet i bemannede boliger. Ellers var det stor variasjon i innholdet og i hvem teamene samarbeidet med. Teamene samarbeidet med alle samarbeidspartnere om å gi støtte, jobbe med kriseintervensjoner og kontaktetablering. Teamene samarbeidet om praktisk hjelp og tilrettelegging med rus-/psykiatritjenesten og hjemmetjenesten i kommune/bydel, med personale i bemannede boliger og med døgnavdelinger ved DPS. Det var også noe samarbeid med NAV om praktisk hjelp med økonomi, bolig og arbeid. Samlet sett ser det ut til at teamene i størst grad samarbeidet med hjemmetjenesten, og da vanligvis om medikamentell behandling. Det meste av samarbeidet var sammen med andre kommunale enheter, inkludert fastlegene. Det var mindre registrert samarbeid med enheter i spesialisthelsetjenesten, inkludert døgnavdelinger i psykisk helsevern.

6.1.5 Teamenes samhandling med pårørende

Av de totalt 2554 kontaktene var det registrert at pårørende deltok i 78 kontakter (3 prosent) hvor 41 kontakter var sammen med bruker. 33 kontakter var registrert som telefon/elektronisk kontakt. Kontaktene der pårørende deltok handlet om støttesamtaler/kriseintervensjoner (22 prosent), familie/nettverksarbeid (22 prosent), noe om medikamentell behandling (10 prosent) og praktisk hjelp (6 prosent).

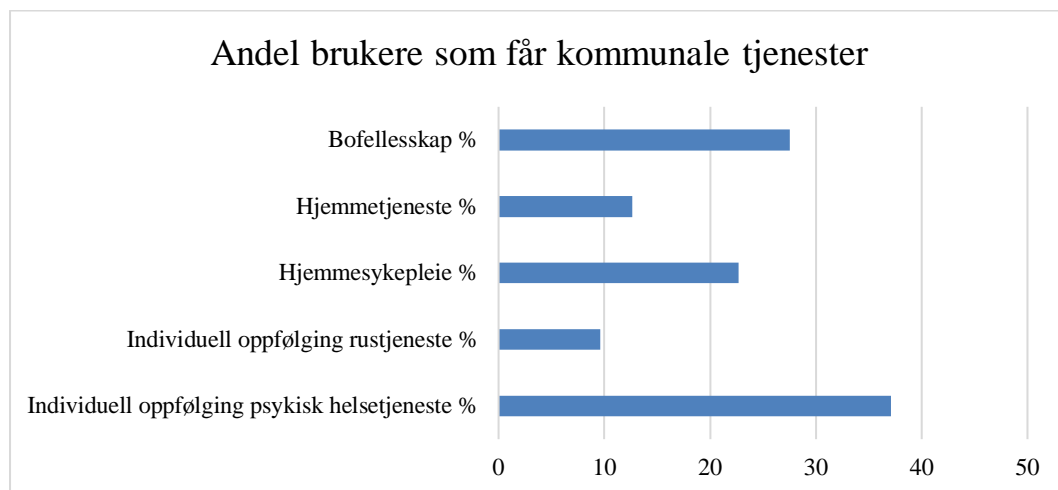
Mange av brukerne i FACT har få eller ingen personer i sitt sosiale nettverk. Andre ønsker kanskje ikke kontakt. Det kan også være at pårørende har vært til stede ved kontakten, dersom de bor sammen med bruker eller er på besøk uten at dette har blitt registrert. Likevel er den registrerte andelen kontakter med pårørende/personer i brukernes sosiale nettverk lav.

6.2 Vedtak om kommunale tjenester

6.2.1 Andel kommunale vedtak

Av de 349 brukerne som ble inkludert i FACT-teamenes første driftsår og som ble fulgt opp gjennom hele det andre driftsåret, var det 229 (66 prosent) som hadde minst et vedtak om tjenester fra kommune/bydel i løpet av teamenes andre driftsår. Andel brukere som hadde vedtak om kommunale tjenester varierte mellom team (33 - 89 prosent).

Figur 6.5 Vedtak fordel på type tjenester



Noen brukere hadde vedtak om tjenester fra flere kommunale enheter og kan derfor være representert i flere av søylene. Det var stor variasjon mellom de ulike FACT-teamene i hvilke vedtak om kommunale tjenester deres brukere hadde og som beskrevet i kapittel 2.3.6 kan dette skyldes ulik praksis rundt vedtak og tjenester i kommuner og bydeler, og at arbeidsdelingen mellom tjenestene varierte fra sted til sted.

Flest brukere hadde vedtak om individuell oppfølging fra psykisk helsetjeneste i kommune/bydel. I et team var det ingen brukere som hadde et slikt vedtak mens andel brukere i de seks andre FACT-team varierte fra 4 til 64 prosent. Andel brukere med vedtak om individuell oppfølging fra kommunal rustjeneste varierte fra 0 til 24 prosent, hjemmesykepleien fra 0 til 35 prosent, hjemmetjenesten fra 0 til 25 prosent, og andel brukere som bodde i bemannede boliger varierte fra 0 til 29 prosent.

6.2.2 Innhold i tjenestene fra kommune/bydel

Vedtakene er ofte generelle og gir lite informasjon om hvilke tjenester som blir gitt. De ansatte i FACT-teamene eller kommunene/bydelen skrev derfor ned stikkord om innholdet i de ulike vedtakene for å få mer detaljer.

Tabell 6.3 Innhold i vedtak om kommunale tjenester

Vedtak	Innhold
Individuell oppfølging fra psykisk helsetjeneste	støttesamtaler, medikamentell behandling, koordineringsarbeid
Individuell oppfølging fra rustjeneste	rusbehandling, støttesamtaler, koordineringsarbeid, medikamentell behandling (inkl. substitusjon)
Hjemmesykepleie	somatisk helsehjelp (infeksjoner, sårbehandling), medikamentell behandling, generell helsehjelp (kosthold/ernæring, trening)
Hjemmetjeneste	rengjøring, handle, matlaging, vaske klær, personlig hygiene, ferdighetstrening, støttesamtaler
Bemannet bolig	praktisk hjelp, ferdighetstrening, støttesamtaler

De fleste vedtakene handlet om å gi støtte og hjelp med koordinering av tjenester og praktisk hjelp, uavhengig av hvilke kommunale enheter som ga tjenesten. Unntaket var hjemmesykepleien som ga somatisk helsehjelp i tillegg til medikamentell behandling.

6.2.3. Varighet av vedtak om kommunale tjenester

Varighet av vedtakene ble delt inn i tre grupper: 0 til 3 måneder, 4 til 6 måneder eller 7 til 12 måneder. De aller fleste brukerne hadde vedtak som varte i 7 til 12 måneder (88 prosent), men det var forskjell mellom ulike typer tjenester. Andelen brukere som hadde vedtak med varighet på 7 til 12 måneder var lavest for hjemmesykepleie (71 prosent) og høyest for rustjenesten (95 prosent) og psykisk helsetjeneste (96 prosent). For hjemmetjeneste og bemannet bolig var andelen henholdsvis 83 og 92 prosent.

Fordelt på teamnivå ble noen grupper svært små. Ved å ta utgangspunkt i grupper på over 5 brukere var det liten variasjon mellom team i varighet av vedtak for de ulike tjenestene:

- Psykisk helsetjeneste: alle brukere hadde vedtak med varighet fra 7 til 12 måneder,
- Rustjeneste: 83 til 100 prosent,
- Hjemmesykepleie: 33 til 75 prosent,
- Hjemmetjeneste: 80 til 100 prosent og
- Bemannet bolig: 94 til 100 prosent.

6.3 Oppsummering

Informasjonen om tjenester fra FACT-teamene viste at teamene stort sett jobbet oppsøkende og ute på brukernes arena. Nesten 85 prosent av ansikt-til-ansikt møtene var utenfor teamets lokaler. Selv om det var noe variasjon, oppfylte de fleste teamene kravene i FACT-modellen om at minst 80 prosent av ansikt-til-ansikt kontaktene med brukerne skal foregå ute i lokalmiljøet.

Vi fant at hyppighet i antall kontakter med hver bruker per uke i gjennomsnitt var 1,4 for alle kontakter og 1 for antall ansikt-til-ansikt kontakter. Det var imidlertid stor variasjon mellom team og innad i hvert team. Det var bare to team som oppfylte kravet for høy skåre på punktet om hyppighet av tjenester til brukere som ikke står på FACT-tavlen.

Det var få kontakter der FACT-teamene ikke fikk kontakt med eller møtte brukerne. Vi kan ikke utelukke at kontakter der en ikke fikk tak i brukerne er underrapportert, eller at andelen kontakter der en ikke får tak i brukerne, er høyere blant personer som ikke samtykket til å delta i evalueringen. Samtidig kan dette også bety at teamene klarte å nå brukerne, noe som er en viktig målsetting for FACT-teamene.

Kontaktene handlet i stor grad om støttesamtaler, medikamentell behandling eller praktisk hjelp med bolig, økonomi og egenomsorg. Dette kan si noe om funksjonsnivået og behovet for å få hjelp og støtte til å dekke basale behov blant brukerne. Det er også mulig at andelen støttesamtaler ofte brukes fordi man jobber med flere ting i samme kontakt eller fordi støttesamtaler kan være en samlebetegnelse som inneholder mer spesifikt behandlingsinnhold. Vi så for eksempel at andelen rusbehandling som var registrert, var lav, samtidig som mange brukere hadde et rusmisbruk (kapittel 7). Det er mulig at arbeid med rusproblemer har vært en del av støttesamtalene eller i forbindelse med praktiske gjøremål, og i liten grad har blitt journalført, eller at det har blitt registrert med andre koder. Det var også registrert lav andel familie/nettverkssamtaler, og det kan være at dette ikke har blitt journalført eller registrert hvis pårørendearbeid ikke har hatt et spesifikt fokus i løpet av kontakten. En annen mulig forklaring kan være at mange brukere har et begrenset sosialt nettverk eller ikke ønsker at pårørende skal delta i oppfølgingen og behandlingen fra FACT-teamene (kapittel 10). Likevel er andelen kontakter som var registrert som familie/nettverksarbeid lav. Det samme fant vi for andelen kontakter der pårørende hadde vært til stede (om lag 3 prosent av kontaktene). Vi mener derfor at både rusbehandling og familie- og nettverksarbeid er forbedringsområder.

Det var en del variasjon mellom team i innhold i kontaktene. Det kan være flere forklaringer på hvorfor teamene har ulike profiler, for eksempel at arbeidsdelingen har blitt ivaretatt på forskjellige måter i de ulike DPS-områdene og i kommuner/bydeler. Noe av variasjonen kan også henge sammen med reiseavstander (urbane versus rurale strøk) eller forskjeller i teamenes bemanning, for eksempel faglig sammensetning og antall kliniske teammedlemmer. Samlet sett kan vi likevel si at teamene jobber helhetlig og tilbyr et bredt spekter av helse- og sosialfaglige tjenester, slik målsettingen med implementeringen av FACT-modellen er.

Personer i FACT-teamenes målgruppe har vanligvis behov for omfattende tjenester fra flere instanser selv om teamene gir mange og varierte tjenester. Derfor vil det være nødvendig å samarbeide med andre instanser for å møte brukernes behov og for å sikre kontinuitet og koordinerte tjenester. I om lag en tredjedel av kontaktene (34 prosent) deltok personer fra primær- eller spesialisthelsetjenesten. Vi fant at teamene i størst grad samarbeidet med hjemmetjenesten, og da vanligvis om medikamentell behandling. Det meste av samarbeidet var sammen med primærhelsetjenesten. Det var mindre registrert samarbeid med enheter i spesialisthelsetjenesten, inkludert døgnavdelinger i psykisk helsevern. Videre fant vi at 66 prosent av alle brukerne hadde minst et vedtak om kommunale tjenester i FACT-teamenes andre driftsår. De aller fleste vedtakene var av lang varighet (7 - 12 måneder). Flest brukere hadde vedtak om individuell oppfølging fra psykiske helsetjenester og hovedinnholdet var støtteterapi/-samtaler, medikamentell oppfølging og koordinering av tjenester. Det var stor variasjon mellom de ulike FACT-teamene i hvilke vedtak om kommunale tjenester deres brukere hadde, og som beskrevet i kapittel 2.3.6, kan dette skyldes ulik praksis rundt vedtak og tjenester i kommuner og bydeler, og at arbeidsdelingen mellom teamene og tjenestene varierte fra sted til sted.

Det var ikke mulig å undersøke om brukerne fikk parallelle eller koordinerte og helhetlige tjenester. Dersom de kommunale tjenestene ikke ble gitt i samarbeid med teamene, var dette parallelle tjenester. Noen steder vil likevel dette være nødvendig, for eksempel i rurale strøk der tilgangen til og omfanget av tjenester ofte er annerledes enn i tettbebygde strøk og i byer, og der reiseavstandene er lange. Når kommunene gir en større del av tjenestene, er det svært viktig at teamene har full oversikt over alle hjelpetilbudene brukerne har, og at teamene koordinerer tjenestene slik at brukerne er sikret 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
- Hjemmesykepleien følger i noen grad opp somatisk helse

DEL C: Om brukerne

7. FACT-teamenes målgruppe

I dette kapitlet vil vi presentere rekrutteringen av brukere til de sju FACT-teamene, hva som kjennetegner dem som ble rekruttert, og om teamene har klart å beholde kontakten med brukerne. Resultatene er basert på rapportering fra det enkelte team, og kjennetegn ved brukerne ved inntak er levert evalueringsteamet i anonymisert form.

7.1 Rekruttering til FACT-teamene

I tabellen under viser vi antallet brukere som FACT-teamene har rekruttert det første driftsåret, og hvor mange som er i det enkelte FACT-team 24 måneder etter oppstart.

Tabell 7.1 Antallet 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

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.

7.2 Har FACT-teamene nådd målgruppa?

Et viktig mål for evalueringen er å undersøke om de norske FACT-teamene inkluderer personer i henhold til kriteriene for målgruppe slik det er beskrevet i FACT-håndboka (se kapittel 3).

Tabellen under viser kjennetegn ved brukerne ved inntak i de sju FACT-teamet, og gjelder brukere som ble inkludert i teamenes første driftsår.

Tabell 7.2 Kjennetegn ved brukerne ved inntak i FACT-teamene. N=402.

Kjennetegn ved inntak	Team 1 N=25	Team 2 N=38	Team 3 N=25	Team 4 N=38	Team 5 N=82	Team 6 N=102	Team 7 N=92
Alder, gjennomsnitt	27 år	34 år	43 år	44 år	44 år	45 år	42 år
Kvinner, %-andel	28%	37%	21%	37%	37,5%	44%	36%
Hoveddiagnose, %-andel							
F10-f19	24%	24%	29%	8%	0	0	0
F20-f29	33%	32%	54%	59%	94%	86%	90%
F30-f39	14%	21%	0	13%	6%	6%	8%
F40-f49	19%	11%	4%	8%	0	0	0
F50-f59	0	0	0	0	0	0	0
F60-f69	5%	0	5%	6%	0	1%	0
Annet	5%	11%	0	6%	0	6%	2%
Har rusproblem, %-andel	100%	39%	95%	50%	41%	25%	40%
GAF-S, gjennomsnitt	40	43	46	30	42	44	44
GAF-F, gjennomsnitt	38	40	46,5	32	40	44	41
TUD, %-andel	0	0	17%	44%	47%	35%	34%

Som vi ser av tabellen over, varierer gjennomsnittsalderen fra 27 til 45 år. Andelen kvinner varierer fra 44 til 21 prosent. Tre av FACT-teamene inkluderer i all hovedsak personer med en psykoselidelse (F20 - F29), mens i to andre team er andelen med psykoselidelse mellom 50 og 60 prosent. I to av teamene er det cirka en tredjedel av brukerne med en psykoselidelse. To av FACT-teamene inkluderer i all hovedsak personer med rus- og psykiske lidelser, mens andelen med rusproblemer i de andre FACT-teamene ligger på mellom 25 og 50 prosent. Andelen brukere i FACT-teamene som har en personlighetsforstyrrelse (F60 - F69) som hoveddiagnose er lav. Funksjonsnivå er det målt med bruk av GAF-F ved inntak i teamet. Gjennomsnittsskåren varierer mellom teamene med lavest skår på 32 og høyest på 46,5. Når det gjelder symptombelastning målt med GAF-S varierer skåren fra 30 til 46. Andelen på tvungent psykisk helsevern utenfor døgn (TUD)

i de sju teamene varierer fra 0 til 47 prosent. Tre av FACT-teamene har en andel på TUD mellom 35 og 47 prosent.

FACT-teamene er forventet å rekruttere personer med alvorlige psykiske lidelser, et lavt funksjonsnivå og med store og sammensatte problemer. Basert på kartlegging av kjennetegn hos brukerne ved inntak i FACT-teamene, finner vi at teamene i all hovedsak inkluderer personer med alvorlig psykisk lidelse og et lavt funksjonsnivå. Gjennomsnittlig GAF-F-skår på 41, indikerer stor funksjonssvikt innen flere områder, og viser at brukerne fungerer dårlig når det gjelder dagligdagse praktiske oppgaver og sosial fungering. Vi finner også at FACT-teamene inkluderer personer med rusmisbruk/avhengighet i tillegg til psykiske lidelser og et lavt funksjonsnivå. Dette er i tråd med beskrivelsen av målgruppe slik det er definert både i FACT-håndboka og fra Helsedirektoratet. Det er interessant å merke seg at de sju FACT-teamene rekrutterer en noe forskjellig målgruppe sett ut fra diagnostiske kriterier. FACT-teamene i de største byene inkluderer i all hovedsak personer med psykoselidelse, mens i FACT-team med lavere befolkningstetthet inkluderes en utvidet målgruppe.

7.3 Klarer FACT-teamene å beholde kontakten med brukerne?

I løpet av FACT-teamenes *andre driftsår* var det 82 brukere som hadde avsluttet kontakten med teamene. I tabellen under viser vi hva som var grunnen til at kontakten med teamet ble avsluttet. Opplysningene er hentet fra det enkelte team ved rapportering i forbindelse med FACT-fidelityvurderingen cirka to år etter at teamet startet opp. Det gjelder informasjon om årsak til utskrivningen, og hvem som har hovedansvaret etter utskrivelse.

Tabell 7.3 Årsaker til avsluttet kontakt med FACT-teamene. I prosent. N=82.

Årsaker	Prosent (N)
Ikke lenger behov for FACT	11 (9)
Overført til mer intensiv behandling	6 (5)
Inkludert, men oppnådde ikke kontakt	26 (21)
Flyttet ut av opptaksområdet, og ble overført til andre tjenester	16 (13)
Flyttet ut av opptaksområdet uten oppfølging av andre tjenester	2 (2)
Døde	16 (13)
Andre grunner (langtidsopphold i psykisk helsevern, fengsel)	23 (19)
Totalt	100 (82)

Tabellen over viser at den viktigste grunnen til at brukerne avsluttet kontakten med FACT-teamet, var at teamet ikke klarte å oppnå kontakt. Dette gjaldt personer som teamet hadde tatt inn, og som i all hovedsak ikke ønsket kontakt, og der teamet hadde benyttet ulike metoder for kontaktetablering over lang tid (26 personer). 11 prosent av brukerne hadde ikke lenger behov for tjenester fra FACT-

teamet, og ble overført til de ordinære tjenestene. 16 prosent (13 av 82) døde i løpet i av teamets andre år. Det var kun to prosent der FACT-teamet avsluttet kontakt med brukeren uten videre oppfølging fra andre tjenester.

I følge FACT-fidelityskalaen skal et FACT-team for å få full skår ha en drop-out på færre en fem prosent. Drop-out blir definert slik; andelen personer som teamet avslutter 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. Som vi ser av tabellen over, er det tre brukere som avsluttet kontakten med teamet uten oppfølging fra andre tjenester. Etter informasjon fra teamleder gjaldt disse utskrivelsene også negativ atferd. I tillegg var det 21 personer der teamet ikke oppnådde kontakt. Totalt sett er det 24 av 620 brukere, det vil si 4 prosent som defineres som drop-out fra teamene. Det vil si at FACT-teamene har et lavt frafall slik det defineres i fidelityskalaen.

7.4 Oppsummering

To år etter at FACT-teamene startet opp var det inkludert i overkant av 600 brukere i de sju teamene. I følge FACT-håndboka kan et FACT-team ha cirka 200 brukere med en maksimal case-load på 1:15. To av FACT-teamene hadde cirka 150 brukere, mens flere av FACT-teamene hadde inkludert mellom 50 og 60 brukere. FACT-team i rurale strøk med et lavt befolkningsgrunnlag har færrest brukere i teamet. Disse teamene har også lange reiseavstander ut til brukerne.

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 vi ser at team i de større byene i all hovedsak inkluderer personer med psykoselidelse. FACT-team i mindre tett befolkede områder har en mer utvidet målgruppe. 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. Dette kan være personer med andre alvorlige psykiske lidelser, og som har et lavt funksjonsnivå og der de ordinære tjenestene ikke når fram. To av FACT-teamene inkluderer i all hovedsak personer med rus- og psykiske lidelser, mens andelen med rusproblemer i de andre FACT-teamene ligger på mellom 40 og 50 prosent.

Vi finner at FACT-teamene har et lavt frafall/drop-out, noe som viser at de klarer å beholde kontakten med personer som er inkludert i teamet. Kravet om kontinuitet i oppfølging og behandling er ivaretatt. Viktige målsettinger med FACT er å rekruttere den definerte målgruppa, og at de beholder kontakten med brukerne og sørger for kontinuitet. Resultatene over viser at FACT-teamene har oppnådd disse målene.

Målgruppe 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-teamene?

Formålet med FACT er å gi sammenhengende og helhetlige tjenester til brukerne. Hovedmålet er å bidra til å styrke brukernes mestring og deltakelse i samfunnet. Økt livskvalitet er et sentralt mål. En viktig problemstilling i evalueringen har vært om brukerne har fått en bedre situasjon ved oppfølging og behandling fra FACT-teamene i løpet av en periode på to år.

I dette kapitlet presenterer vi resultater fra pasientutredningen, og om brukerne har oppnådd bedring to år etter inntak i FACT-teamene. Sentrale utfallsmål er; 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. For mer informasjon se metodekapitlet (2.3.1).

FACT-teamene har utredet 74 brukere 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. Resultatene kan derfor ikke generaliseres til samtlige som ble inkludert i FACT-teamene, men de er gyldige for de 74 personene som har deltatt i denne undersøkelsen. 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 har de et lavt funksjonsnivå målt med GAF-F ved inntak (GAF-F, median: 42 og GAF-S, median: 45), og flere har et rusmisbruk som tilleggsproblem (61% ved inntak). De har noe høyere GAF-skår enn for alle brukerne som ble inkludert i teamenes første driftsår.

Det lave antallet som har deltatt i denne undersøkelsen, gjør det ikke mulig å sammenligne resultater mellom de sju teamene. I de ulike tabellene er det ikke alltid 74 som har svart på alle spørsmålene. Derfor vil antallet variere.

8.1 Hovedbeskjeftigelse, hovedinntekt og bosituasjon

I tabellene under presenterer vi eventuelle endringer i hovedbeskjeftigelse, hovedinntekt og bosituasjon fra inntak og etter 24 måneder i FACT-teamene.

Tabell 8.1 Hovedbeskjeftigelse ved inntak og etter 24 måneder. I prosent. N=72.

	Inntak %	24 mnd %	P-verdi
Uten arbeid	80	68	
I ordinært arbeid	1	1	
Vernet arbeid, arbeidsrettede tiltak, kvalifiseringstiltak, utdanning	7	18	
Annet*	12	13	
Totalt	100	100	0,01

*Annet: fengsel, på sykehus eller i institusjon

Signifikant flere brukere er i en eller annen form for aktivitet 24 måneder etter inntak, sammenlignet med situasjonen ved inntak. Dette er vernet arbeid, arbeidsrettede tiltak, kvalifiseringstiltak eller utdanning. Det er ingen flere brukere som er i ordinært arbeid to år etter inntak i teamet.

Tabellen under viser hovedinntektskilde ved inntak og 24 måneder etter inntak.

Tabell 8.2 Hovedinntektskilde ved inntak og etter 24 måneder. I prosent. N=74.

	Inntak %	24 mnd %	P-verdi
Uføretrygd	60	72	
Sosialhjelp	10	7	
Arbeidsavklaringspenger	27	20	
Arbeidsinntekt	1	0	
Annet	1	1	
Totalt	100	100	0,01

Den viktigste inntektskilden for brukere i FACT-teamene er uføretrygd, og det er signifikant flere brukere som har uføretrygd to år etter inntak i teamene sammenlignet med situasjonen ved inntak. Det er færre som har sosialhjelp eller arbeidsavklaringspenger som hovedinntekt ved oppfølgingstidspunktet.

Tabellen under viser bosituasjon for brukerne både ved inntak og 24 måneder etter inntak.

Tabell 8.3 Bosituasjon ved inntak og etter 24 måneder. I prosent. N=74.

	Inntak %	24 mnd %	P-verdi
Bor alene	58	73	
Bor med andre	20	18	
Bemannet bolig	7	4	
Uten fast bolig/midlertidig bolig	10	0	
Annet	5	5	
Totalt	100	100	0,01

*Annet: fengsel, institusjon, innleggelse

Det er signifikant flere brukere som bor alene, og det er færre brukere uten fast bopel 24 måneder etter inntak i FACT-teamene. Andelen i bemannet bolig er omtrent det samme ved begge tidspunktene. Oversikten viser ikke kvaliteten på boligen og boforholdene til den enkelte bruker. Vi har derfor spurt behandlerne om kvaliteten på boligen og boforholdene ved inntak og 24 måneder etter inntak i FACT. Dette vises i tabellen under.

Tabell 8.4 Behandlers vurdering av bosituasjon ved inntak og etter 24 måneder. I prosent. N=74.

	Inntak %	24 mnd %	P-verdi
Svært dårlig	9,5	4	
Dårlig	19	10	
Verken eller	20	14	
Bra	42	54	
Svært bra	9,5	18	
Totalt	100	100	0,01

Ved inntak vurderte behandlerne at 28,5 prosent av brukerne hadde en dårlig til svært dårlig bosituasjon, mens 24 måneder etter inntak oppgir de at 14 prosent hadde en dårlig eller svært dårlig bosituasjon. Behandlerne vurderte at 72 prosent av brukerne hadde en bra eller svært bra boligsituasjon 24 måneder etter inntak i FACT-team, sammenlignet med 51,5 prosent ved inntak.

8.2 Symptombelastning og funksjonsnivå målt med GAF

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

I tabellen nedenfor vises gjennomsnittsskåren for GAF-F- og GAF-S-skår slik situasjonen var for brukerne ved inntak i FACT-teamet og etter 24 måneder.

Tabell 8.5 GAF-skår ved inntak og etter 24 måneder. Gjennomsnitt (variasjonsbredde).

GAF-skala splittet versjon	Inntak	24 mnd	P-verdi
GAF-symptom (N=70)	46 (28-73)	50 (25-86)	0,01
GAF-funksjon (N=69)	44 (15-72)	47 (27-89)	0,06

Det er en signifikant og positiv endring for brukerne når det gjelder symptombelastning 24 måneder etter inntak i teamene, selv om endringen ikke er stor. Funksjonsnivået er høyere etter 24 måneder, men ikke statistisk signifikant. Det er viktig å understreke at skårene fortsatt er på et lavt nivå både når det gjelder symptom og funksjon. De viser at det er snakk om en pasientgruppe med alvorlige symptomer, og med et funksjonsnivå som ligger i området for alvorlige vansker med å fungere på ulike livsområder som yrke, utdanning og sosialt liv.

8.3 Praktisk og sosial fungering målt med PSF

I tillegg til GAF har teamene kartlagt og vurdert praktisk og sosial fungering siste måned ved hjelp av verktøyet Praktisk og sosial fungering (PSF). PSF består av fem subskalaer for praktisk fungering og fem subskalaer for sosial fungering. Det er behandlerne som har vurdert brukeren ut fra de ti subskalaene. Skårene for hver subskala varierer fra 0 til 10, mens de to delområdene praktisk og sosial fungering varierer mellom 0 og 50. Høyere skår indikerer høyere fungering. Totalskåren for de ti delområdene er 100.

Tabellen under viser resultater fra PSF ved inntak og etter 24 måneder.

Tabell 8.6. Skjema for praktisk og sosial fingering (PSF) ved inntak og etter 24 måneder. Gjennomsnitt.

	Inntak	24 mnd	P-verdi
Skår praktisk fungering (N=65)	29,0	32,3	0,01
Egen helse (N=67)	3,6	4,9	0,001
Personlig hygiene (N=66)	6,8	7,5	0,01
Matlaging (N=66)	6,4	7,1	0,01
Egne eiendeler (N=66)	6,8	7,3	0,07
Økonomistyring (N=66)	5,0	5,6	0,07
Skår sosial fungering (N=65)	26,0	29,0	0,01
Bruk av transport (N=66)	5,2	5,7	0,02
Kontakt med andre (N=65)	6,0	6,9	0,01
Atferd ved samtaler (N=67)	7,2	7,8	0,01
Arbeidsevne (N=65)	4,7	5,3	0,04
Fritidsaktiviteter (N=66)	2,7	3,7	0,01

Vi finner en signifikant og positiv endring når det gjelder både praktisk og sosial fungering. Begge disse samleskårene har en maksverdi på 50, og det er verdt å merke seg at selv om det er en vesentlig endring, er det fortsatt lave skårer. Når vi ser på delområdene, er det en signifikant endring på de fleste områder med unntak av «egne eiendeler» og «økonomistyring». Egne eiendeler innebærer at en holder orden i egen leilighet, tar vare på egne ting o.l. Den største positive endringen finner vi når det gjelder egen helse, noe som indikerer at brukerne fungerer bedre på områder som handler om livsførsel, det å gjøre avtaler med for eksempel lege og tannlege, og å ta bedre vare på seg selv. Fritidsaktiviteter er den laveste skåren, selv om det er en positiv endring 24 måneder etter inntak. Lav skår på dette området innebærer lav sosial aktivitet og få fritidsinteresser/hobbyer. Dette er et område som er beskrevet i FACT-modellen, og som teamene skal jobbe med. Det er derfor viktig å registrere at det er en positiv utvikling, selv om skåren fortsatt er lav.

8.4 Helse- og sosial fungering målt med HoNOS

Helse og sosial fungering er kartlagt ved bruk av The Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). Instrumentet skal måle alvorlighetsgraden av psykiske problemer hos personer med alvorlige psykiske lidelser. HoNOS består av 12 områder og måler atferd, kognitive problemer, symptomer og sosial fungering (Wing et al., 1998; Wing et al., 1999). Problemområdene skal skåres ut fra en fempunktsskala; 0 (ingen problem), 1 (lite problem som ikke krever tiltak), 2 (mildt problem, men avgjort til stede), 3 (moderat alvorlig problem), 4 (alvorlig til svært alvorlig problem). Behandler skal skåre hvert av de 12 områdene ut fra kjennskap til brukeren/pasienten. Resultatene i tabellen under viser prosentandelen som skårer 3 eller 4 på de ulike delområdene i HoNOS; det vil si alvorlige problemer (moderate alvorlige og alvorlige til svært alvorlige problemer). Totalskåren viser prosentandelen av brukerne som skårer 3 eller 4 på minst en av de 12 delområdene.

Tabell 8.7 Helse og sosial fungering målt med HoNOS ved inntak og etter 24 måneder. Prosentandel som skårer 3 eller 4 i HoNOS.

	Inntak %	24 mnd%	P-verdi*
Overaktiv, aggressiv, forstyrrende eller agitert (N= 70)	3	3	1,0
Selvskade (N=70)	6	1	0,37
Bruk av rusmidler (N=69)	39	26	0,08
Kognitive problemer (N=71)	14	14	1,0
Fysisk sykdom eller funksjonshemming (N=71)	14	12,5	1,0
Hallusinasjoner og vrangforestillinger (N=69)	32	14	0,001
Senket stemningsleie (N=68)	7	4	0,69
Mentale eller atferdsmessige problem (N=66)	46	32	0,03
Problemer med forhold til andre (N=67)	54	38	0,06
Problemer med dagliglivets aktiviteter (N=69)	34	18	0,02
Problemer med boligforhold (N=69)	14	3	0,02
Problemer med yrke og aktiviteter (N=70)	15	4	0,02
HoNOS totalt (N=68)	86	71	0,05

*McNemar's test for signifikanstesting.

Tabellen over viser at det er en signifikant positiv endring i HoNOS totalt og på flere av de 12 områdene 24 måneder etter inntak i FACT-teamene. Det gjelder hallusinasjoner og vrangforestillinger, mentale og atferdsmessige problem, problemer med dagliglivets aktiviteter, boforhold og arbeid og yrkesrettede aktiviteter. Vi finner ingen signifikant endring på de andre områdene. Problemer med bruk av rusmidler og forholdet til andre mennesker er på grensen til signifikant, og vi kan si at det er en tendens til en positiv endring på disse områdene. Det er verdt å merke seg at de områdene der det er størst prosentandel av brukerne som har problemer ved inntak og etter 24 måneder er; bruk av rusmidler, hallusinasjoner og vrangforestillinger, mentale og atferdsmessige problemer, forholdet til andre og dagliglivets aktiviteter.

For flere av delområdene er det en overraskende liten andel av brukerne som skåres alvorlig eller svært alvorlig. Totalt sett ser vi at 86 prosent av brukerne skåres alvorlig på ett eller flere av delområdene ved inntak i teamet, og at det fortsatt gjelder for 71 prosent av dem 24 måneder etter inntak. Det er likevel overraskende at en så liten prosentandel av brukerne vurderes å ha alvorlige problemer med blant annet boligforhold, problemer med yrke og aktiviteter. Vi har tatt opp dette med flere av teamene og de formidler at HoNOS oppleves som vanskelig å fylle ut, og at de ofte vurderer og skårer brukeren ut fra den situasjonen han eller hun lever i, og at de ikke sammenligner med befolkningen for øvrig. Et eksempel er yrke og aktiviteter, som svært få av brukerne har, men som behandlerne ikke skårer som et alvorlig problem.

8.5 Psykiatriske symptomer målt med Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

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

I tabellen under har vi gjengitt prosentvis andel av brukerne som skårer 5 eller høyere på de ulike faktorene, og på hver enkelt symptomskala i instrumentet. Det vil si den andel brukere som har det aktuelle symptomet i moderat alvorlig til svært alvorlig grad. Den prosentvise andelen som er oppgitt for hver av de fire faktorene (positive symptomer, negative symptomer, manisk oppstemthet, angst/depressive symptomer, øvrige symptomer), tilsvarer andelen brukere som skårer 5 eller høyere på *minst én* av symptomskalaene i faktoren.

Tabellen under viser resultatene fra BPRS.

Tabell 8.8 Symptombelastning målt med BPRS ved inntak og 24 måneder etter. Prosentandel som skårer fem eller høyere.

BPRS-skalaer	Inntak %	24 mnd %	P-verdi*
<i>Positive symptomer (N=70)</i>	44	30	0,02
9. Mistenksomhet (N=70)	22	7	0,01
10. Hallusinasjoner (N=70)	24	20	0,55
11. Uvanlig tankeinnhold (N=70)	31	20	0,02
12. Avvikende atferd (N=70)	15	7	0,18
14. Desorientering (N=69)	5,5	4	1,0
<i>Negative symptomer (N=70)</i>	27	17	0,04
13. Manglende egenomsorg (N=70)	18	10	0,07
16. Avflatet affekt (N=70)	11	4	0,06
17. Emosjonell tilbaketrekning (N=70)	7	6	1,0
18. Motorisk retardasjon (N=70)	1	1	1,0
<i>Manisk oppstemthet (N=68)</i>	36,5	23,5	0,10
6. Fiendtlighet (N=70)	15	4	0,02
7. Oppstemthet (N=69)	11	4	0,12
8. Storhetsideer (N=70)	9,5	4	0,62
21. Reaktivitet (N=70)	11	16	0,63
22. Distraherbarhet (N=70)	15	4	0,04
23. Motorisk hyperaktivitet (N=70)	7	6	1,0
<i>Angst/depressive symptomer (N=70)</i>	34	27	0,38
2. Angst (N=69)	29	16	0,06
3. Depresjon (N=70)	10	7	1,0
4. Selvmordsfare (N=69)	3	4	1,0
5. Skyldfølelse (N=71)	8	7	1,0
<i>Øvrige symptomer (N=68)</i>	39	23	0,01
1. Somatisk bekymring (N=69)	16	14	1,0
15. Tankeforstyrrelser (N=70)	13,5	4	0,07
19. Spenninger (N=70)	18	9	0,07
20. Manglende samarbeidsvilje (N=70)	18	4	0,01
24. Uvanlig motorisk aktivitet (N=70)	3	1	1,0
BPRS totalt (N=68)	75	56,5	0,02

* McNemar's test for signifikanstesting.

Det er en signifikant nedgang i symptombelastning når det gjelder positive symptomer (mistenksomhet, uvanlige tanker), negative symptomer (tankeforstyrrelser, spenninger, manglende samarbeidsevne), og BPRS totalt. Vi finner ingen signifikant endring fra inntak og 24 måneder etter når det gjelder angst og depressive symptomer eller manisk oppstemthet.

8.6 Rusproblemer målt med AUDIT og Dudit

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

Tabell 8.9 Andel brukere med problemfylt bruk av rusmidler ved inntak og etter 24 måneder. I prosent og gjennomsnitt.

	Inntak	24 mnd	P-verdi
Problemfylt bruk av rusmidler (AUDIT og/eller Dudit), i prosent. N=64	61%	57%	1,0
Gj.snitt AUDIT-skår (for de som skårer over cut-off), n=32	18,5	13,5	0,01
Gj.snitt Dudit-skår (for de som skårer over cut-off), n=28	21	19	0,24

Vi finner ingen signifikant nedgang i prosentandelen brukere som har problemfylt bruk av rusmidler 24 måneder etter inntak. Av dem som hadde et rusproblem ved inntak (61%), er gjennomsnittsskåren på AUDIT 18,5, noe som indikerer sannsynlig avhengighet. Gjennomsnittsskåren på AUDIT er signifikant lavere 24 måneder etter inntak. Vi finner ikke den samme endringen i gjennomsnittsskår for Dudit, og for de som skårer over cut-off er skåren høy ved begge tidspunkt, og indikerer avhengighet av illegale rusmidler.

8.7 Livskvalitet målt med MANSA

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

Tabell 8.10 Livskvalitet (MANSA) ved inntak og etter 24 måneder. Gjennomsnitt og standardavvik (SD).

	Inntak	24 mnd	P-verdi
1. Livet samlet sett (N=65)	3,3	4,6	0,01
2. Arbeid / daglig virksomhet eller ikke å ha arbeid / være pensjonert (N=66)	3,3	4,1	0,01
3. Utdanningen (N=65)	3,4	3,8	0,04
4. Økonomien (N=66)	3,3	4,0	0,01
7. Antall venner (N=65)	3,9	4,6	0,01
8. Forholdet til vennene (N=65)	4,1	5,0	0,01
9. Fritiden (N=66)	3,7	4,5	0,01
10. Boligen (N=65)	4,6	5,4	0,01
11. Området/nabolaget (N=65)	4,4	5,3	0,01
12. Personlig trygghet (N=66)	4,4	5,0	0,01
13. Dem du bor sammen med eller å bo alene (N=66)	4,6	5,3	0,02
14. Forhold til ektefelle/partner eller å ikke ha ektefelle/partner (N=65)	4,2	4,7	0,02
15. Seksuallivet (N=54)	3,8	4,4	0,02
16. Forholdet til familien (N=66)	4,6	5,0	0,07
17. Fysisk helse (N=66)	3,4	4,4	0,01
18. Psykisk helse (N=62)	3,7	4,3	0,01
Total gjennomsnittsskår MANSA (N=62)	63	75	0,01

Det er en positiv endring når det gjelder brukernes rapportering av livskvalitet på 15 av 16 områder i livet når vi sammenligner situasjonen ved inntak og 24 måneder etter inntak. Det er kun forholdet til familien der vi ikke ser en positiv endring 24 måneder etter inntak.

Ved inntak skårer den gjennomsnittlige bruker at de for det meste er misfornøyd (skåre på 3-tallet) med ulike områder i livet; livet samlet sett, arbeid, utdanning, økonomi, venner, fritid, psykisk og fysisk helse og seksuallivet. Ved spørsmål om de samme livsområdene 24 måneder etter inntak, rapporterer brukerne at de er mer fornøyd (gjennomsnittlig skår på 4-tallet), med unntak av utdanning (fortsatt er på 3-tallet). En skår på fem eller mer indikerer at brukeren for det meste er fornøyd innenfor det livsområdet utsagnet gjelder. Hvis vi ser på tabellen over, viser den at det er noen områder i livet der brukerne for det meste er fornøyd (skåre på 5-tallet) 24 måneder etter inntak i teamet; venner, bolig og bosituasjon, nabolaget og forholdet til familien.

8.8 Oppsummering

Formålet med FACT-modellen er at brukerne skal oppnå bedring når det gjelder bosituasjon, meningsfulle aktiviteter, forsørgelse, funksjonsnivå, bruk av rusmidler, symptombelastning og livskvalitet. Personer som mottar tjenester fra FACT-teamene, skal i utgangspunktet ha store og sammensatte hjelpebehov. For de 74 personene vi har fulgt i to år finner vi signifikante endringer på flere områder i livet. Flere er i meningsfylt aktivitet eller under utdanning to år etter inntak i teamet. Vi finner ingen endring når det gjelder andelen i ordinært arbeid. Flere av brukerne har

uføretrygd som hovedinntektskilde, og færre mottar sosialhjelp. Det er en positiv endring når det gjelder bolig og boforhold, vurdert av både brukere og behandlere. Vi finner en positiv endring når det gjelder praktisk og sosial fungering (målt med PSF og HoNOS), og symptombelastning på flere områder. Det er ingen signifikant endring når det gjelder symptomer på angst og depresjon. Vi finner ingen reduksjon i andelen som har problematisk bruk av rusmidler to år etter inntak, men det er en reduksjon i alvorlighetsgrad når det gjelder problematisk bruk av alkohol (AUDIT). Brukerne opplever en positiv endring i livskvalitet på de fleste områdene i livet målt med MANSA.

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. For en pasientgruppe som i utgangspunktet har en høy symptombelastning og lavt funksjonsnivå, må dette betraktes som gode resultater.

Vi har kun opplysninger om 74 personer som er kartlagt både ved inntak og 24 måneder etter inntak. Resultatene kan ikke sies å være representative for alle som ble inkludert i FACT-teamene, men de sier noe om de 74 personene som har deltatt. Dette er også personer med alvorlige psykiske lidelser og et lavt funksjonsnivå.

Sammenlignet med resultater fra evalueringen av de 12 første norske ACT-teamene finner vi en positiv endring på flere områder i livet, og ikke minst rapporterer brukerne i FACT-teamene om en bedring i egen opplevelse av livskvalitet. Opplevd livskvalitet er 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 ved inntak i teamet hadde noe lavere symptombelastning og høyere funksjonsnivå.

Denne undersøkelsen har ikke et randomisert kontrollert studiedesign. Vi har fulgt den enkelte bruker i en tidsperiode på to år, og vi har ingen kontrollgruppe som kun har mottatt ordinære tjenester. Vi kan derfor ikke med sikkerhet si at endringen som er beskrevet over er et resultat av oppfølging og behandling fra teamene.

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. Innleggelser og oppholdsdøgn i psykisk helsevern etter inntak i FACT-teamene?

Et hovedmål med FACT-modellen er å redusere antallet oppholdsdøgn i psykisk helsevern for den enkelte bruker, og særlig oppholdsdøgn på tvang. I evalueringen har vi undersøkt om det er en endring i innleggelser og oppholdsdøgn med og uten tvang i psykisk helsevern etter oppfølging og behandling fra FACT-teamet.

Dette kapitlet beskriver omfanget av innleggelser og oppholdsdøgn i psykisk helsevern gjennom fire år for **samtlig 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 sammenligner 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.

Det første avsnittet (9.1) handler om antall brukere som ble innlagt i psykisk helsevern i løpet av fireårsperioden. I avsnitt 9.2 og 9.3 presenteres data om antall innleggelser og antall oppholdsdøgn med og uten tvang to år før og to år etter inklusjon i FACT-teamene.

9.1 Brukere innlagt i psykisk helsevern før og etter inntak i FACT

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

Tabell 9.1 Antall personer innlagt i psykisk helsevern før og etter inntak i FACT-team. N=370

	Siste to år før inntak i FACT	Første to år etter inntak i FACT	P-verdi
Innlagt	213 (58 %)	171 (46 %)	<0,001
Innlagte på tvang	133 (36%)	97 (26 %)	<0,001

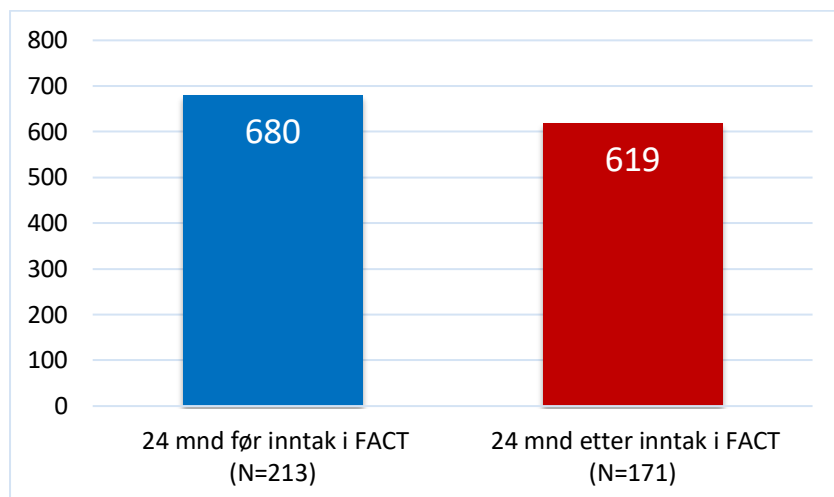
Tabellen viser at det var flere som var innlagt i psykisk helsevern i toårsperioden før inntak i FACT enn i perioden etter inntak (58 % mot 46 %). Denne forskjellen er statistisk signifikant. Det er en signifikant reduksjon i antallet innlagte på tvang 24 måneder etter inntak i FACT, sammenlignet med 24 måneder før (36 % versus 26 %).

Ti prosent av brukerne var ikke innlagt i psykisk helsevern i løpet av fireårsperioden, mens 69 prosent av brukerne var innlagt både før og etter inntak i FACT. Det var 16 prosent som kun var innlagt før, og fem prosent som kun var innlagt etter inntak i FACT. Disse tallene vises ikke i tabellen over.

9.2 Antall innleggelser i psykisk helsevern før og etter inntak i FACT

I dette avsnittet presenteres antallet innleggelser i psykisk helsevern i toårsperioden før og etter inntak i FACT. Figuren under viser det totale antall innleggelser for hver periode. Noen brukere har vært innlagt flere ganger.

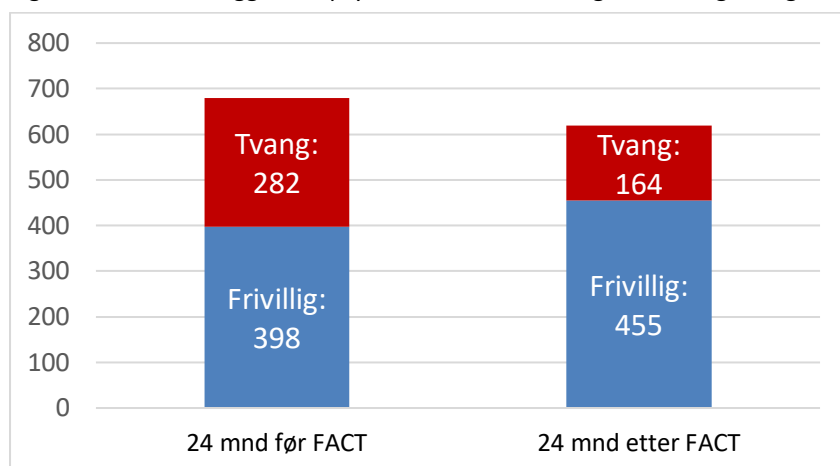
Figur 9.1 Antall innleggelser i psykisk helsevern før og etter inntak i FACT.



Antall innleggelser i psykisk helsevern var noe høyere i toårsperioden før inntak i FACT enn i toårsperioden etter. Ser man på de brukerne som faktisk var innlagt i hver periode, tilsvarer dette i gjennomsnitt 3,2 innleggelser før og 3,6 innleggelser etter inntak i FACT. Forskjellen er ikke signifikant ($p=0,55$). Det var altså ingen sikker endring i antallet innleggelser.

Figuren under viser antallet innleggelser med og uten tvang før og etter inntak i FACT.

Figur 9.2 Antall innleggelser i psykisk helsevern med og uten tvang før og etter inntak i FACT.

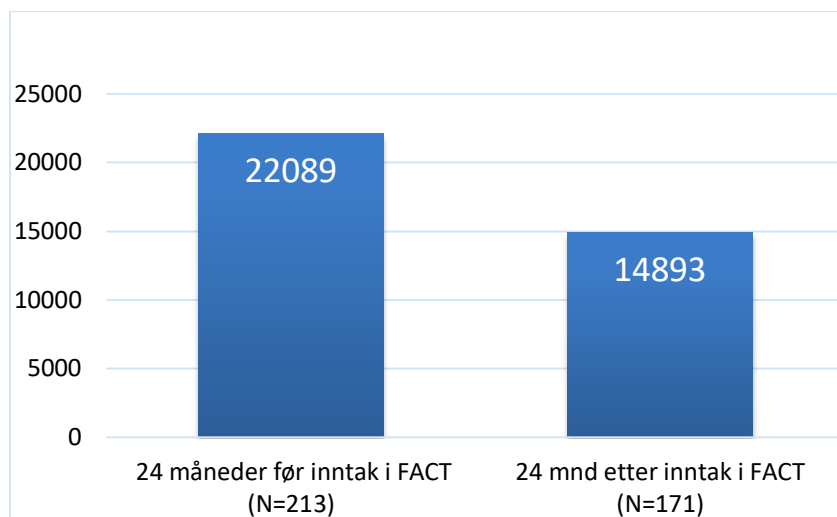


Det er en signifikant nedgang i antallet innleggelser på tvang etter inntak i FACT-teamene sammenlignet med toårsperioden før inntak (282 mot 164 innleggelser, $p<0,001$). I toårsperioden før inntak i FACT var 41,5 prosent av innleggelsene på tvang mens etter inntak i FACT var 26,5 prosent av innleggelsene på tvang. Det er 42 prosent reduksjon i antallet innleggelser på tvang.

9.3 Oppholdsdøgn i psykisk helsevern før og etter inntak i FACT

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

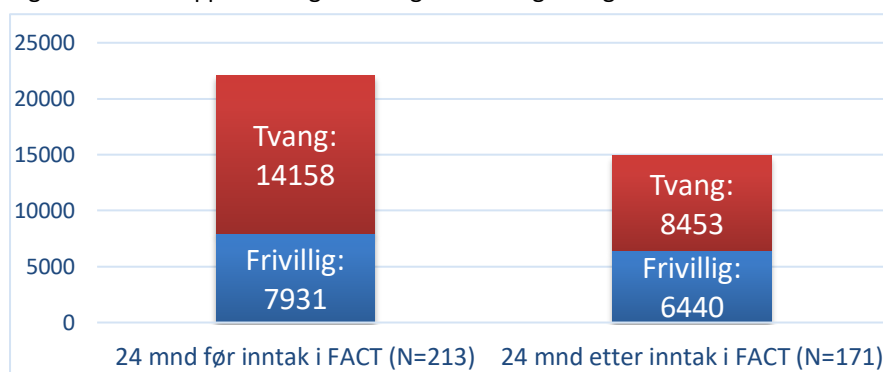
Figur 9.3 Totalt antall oppholdsdøgn i psykisk helsevern før og etter inntak i FACT



Figur 9.3 viser at det er en nedgang på 7 196 oppholdsdøgn i psykisk helsevern fra toårsperioden før inntak til toårsperioden etter inntak i FACT (33 % reduksjon). Gjennomsnittlig antall oppholdsdøgn for de som var innlagt før inntak i FACT var 104 døgn (N=213) sammenlignet med 87 døgn etter inntak i FACT (N=171). Endringen er signifikant ($p < 0,01$).

Antall oppholdsdøgn på tvang i løpet av toårsperioden før og etter inntak i FACT presenteres i figur 9.4.

Figur 9.4 Antall oppholdsdøgn med og uten tvang før og etter inntak i FACT.



Figur 9.4 viser at i løpet av toårsperioden før inntak i FACT var det 14 158 oppholdsdøgn på tvang, mens det var 8 453 oppholdsdøgn på tvang i toårsperioden etter inntak. Dette utgjør en reduksjon i antallet oppholdsdøgn under tvang på 5 705 døgn (40 % reduksjon). Endringen er statistisk signifikant ($p = 0,01$).

9.4 Oppsummering

Samtlige personer som ble inkludert i de sju FACT-teamenes første driftsår er inkludert i denne delstudien. Vi har kartlagt antallet innleggelser og oppholdsdøgn med og uten tvang i psykisk helsevern i en fireårsperiode; to år før og to år etter at de ble inkludert i FACT-teamene. 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.

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. Ut fra resultatene som er beskrevet over har mange av brukerne nådd disse målene. Det er ikke nødvendigvis et mål å redusere innleggelser i psykisk helsevern, men det er viktig at innleggelsene ikke er på tvang. Som vi ser er antallet innleggelser omtrent det samme etter inntak i FACT-teamene sammenlignet med toårsperioden før, men det er flere frivillige innleggelser og de varer kortere tid. 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 sju FACT-teamene. Det er grunn til å tro at kjennetegn ved målgruppa har større betydning for å tolke variasjonen i resultatene. 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 på frivillig basis, er det en nedgang på cirka 3 prosent årlig (SSB 2018). 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. Det er grunn til å tro at de «sykeste» pasientene ikke ga samtykke til å delta i evalueringen. I evalueringen av FACT-team er samtlige brukere i teamenes første driftsår inkludert.

Innleggelser og oppholdsdøgn i psykisk helsevern

- Det er en nedgang i antallet personer **innlagt** i psykisk helsevern etter inntak i FACT
- Det er en nedgang i antallet personer innlagt på tvang etter inntak i FACT
- 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)

DEL D: Erfaringer med FACT-modellen

10. Erfaringar frå brukarane

I dette kapitlet presenterer vi resultatene frå brukarundersøkinga som er gjennomført saman med brukarspesialistane i FACT-teama. 89 brukarar frå seks FACT-teama er intervjuet. Dette er brukarar som har gitt samtykke til å delta i undersøkinga. For meir informasjon sjå metodekapitlet (Kapittel 2.3.7). Det er viktig å påpeike at 89 personar ikkje kan seiast å vere representative for alle som var i behandling og oppfølging frå FACT-teama. På grunn av det låge talet på brukarar, er det heller ikkje mogleg å seie noko om forskjellar mellom teama.

Bakgrunnen for brukarundersøkinga er ein tanke om at systematiserte brukar erfaringar gir verdifull informasjon i evaluering og utvikling av tenester. Formålet er å undersøke pasientar sine erfaringar med FACT-teama, og kor tilfredse pasientane er med FACT-teamet to år etter inntak i teama. Sett i samanheng med dei andre delundersøkingane vil systematisert kunnskap om brukar erfaringar gi verdifull informasjon om korleis norske FACT-team fungerer; om kva som fungerer godt og mindre godt, og om moglege endringsområde.

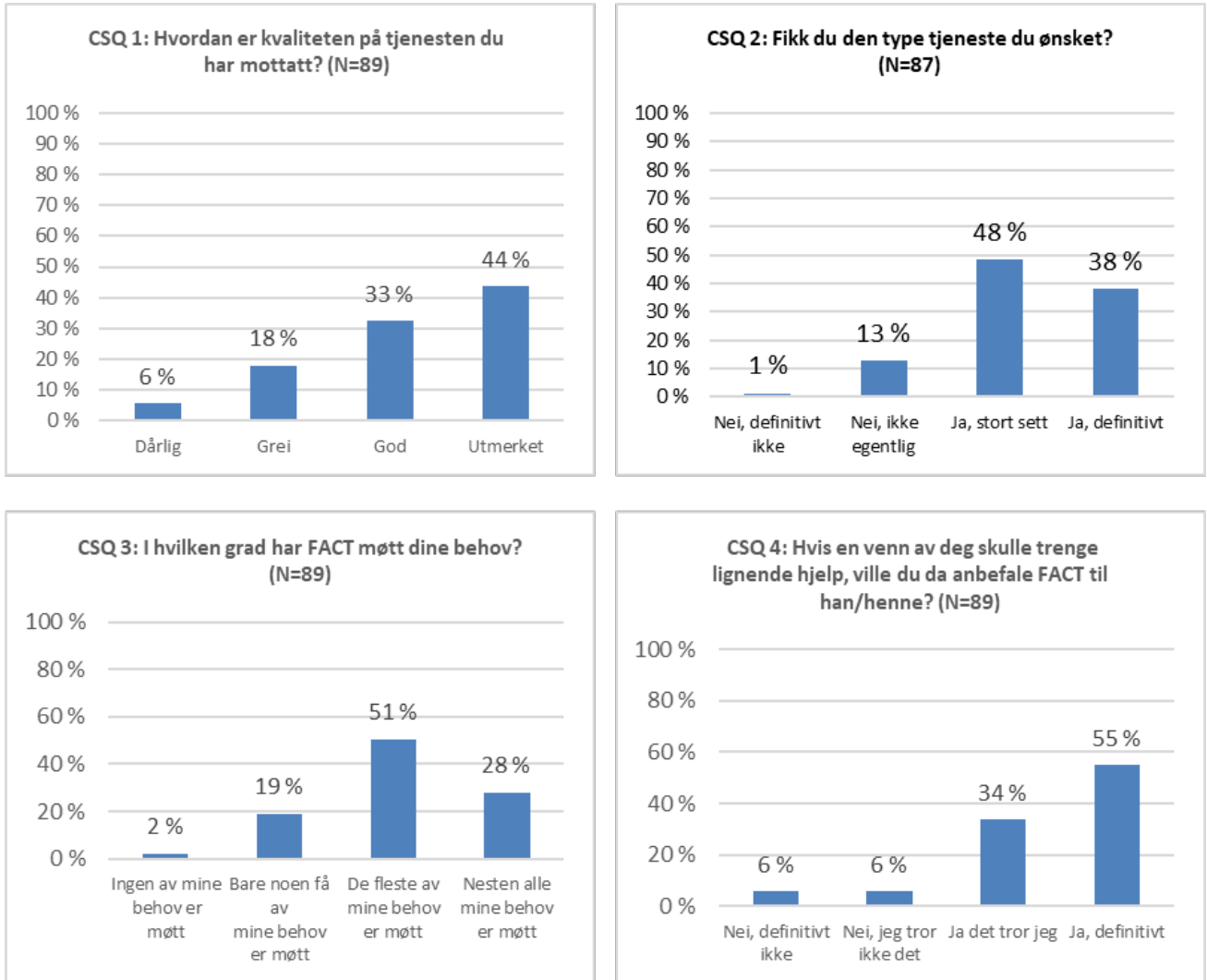
Eit grunnelement i FACT-modellen er at arbeidet skal springe ut frå pasienten sin kunnskap om seg sjølv og livet sitt, og at måla for behandlinga skal vere utarbeidd i lag med pasienten. Pasienten sitt perspektiv på behandlinga kan difor seiast å vere gitt stor plass i FACT-modellen, og det er såleis viktig at den nasjonale evalueringa også inkluderer systematiserte brukar erfaringar. Pasientar vil dessutan ofte vektlegge andre sider av behandlinga enn tenesteytarar (Bohart & Wade, 2013; Horvath, Del Re, Flückiger, & Symonds, 2011).

Resultata frå den kvantitative undersøkinga blir vist i tabellar og figurar sortert etter følgjande tema: Brukartilfredsheit, samarbeid og felles forståing, tvang og personleg fridom, medisinpraksis og journaltilgang og FACT-teamets spesifikke arbeidsmåte. Resultata frå opne spørsmål blir presentert som tekst til slutt.

10.1 Brukartilfredsheit

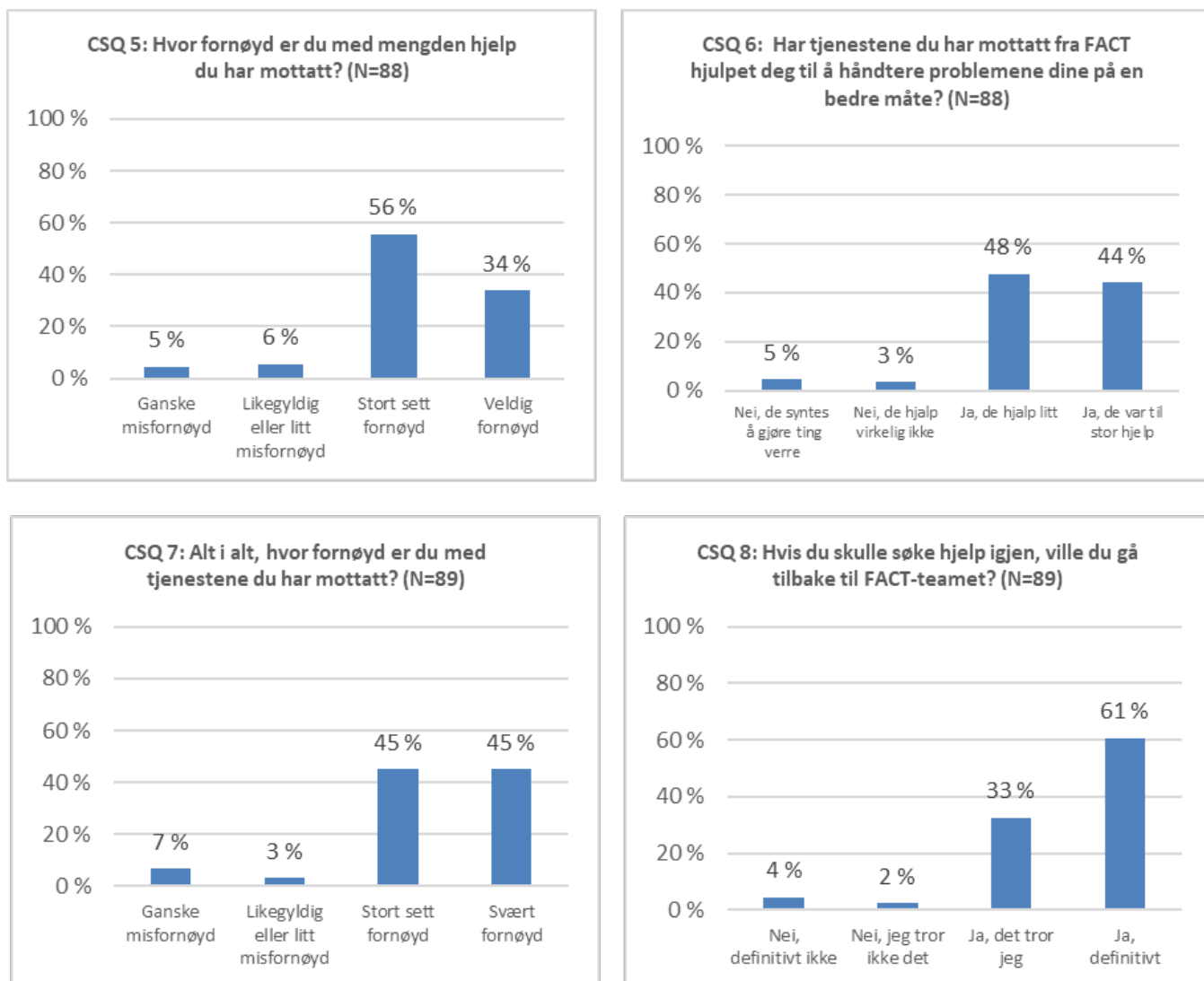
Vi har brukt Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8; Larsen, 1979) som måler brukartilfredsheit og er samansett av åtte spørsmål med fire svaralternativ på kvart spørsmål. CSQ korrelerer med behandlingsfråfall, oppmøte til behandlingssøker og endring i klientrapporterte symptom (Dieterich, 2017), og er mykje brukt i forskning på helsetenester generelt og i tidlegare evalueringar av ACT og FACT. Informantane vel eit av fire svaralternativ som varierer mellom spørsmåla. Figurane under viser resultat frå Client Satisfaction Questionnaire samla i to delar.

Figur 10.1 Client Satisfaction Questionnaire spørsmål 1-4. I prosent.



Drygt tre av fire svara at kvaliteten på tenesta dei har mottatt var utmerka (44 %) eller god (33 %). Eit fleirtal sa at dei definitivt (38 %), eller stort sett (48 %) hadde fått den type teneste dei hadde ønska. 79 prosent svara at FACT hadde møtt nesten alle eller dei fleste av deira behov. Omlag ein femdel (21%) sa at ingen eller berre nokre få av deira behov blei møtt. Over halvparten (55 %), ville definitivt anbefalt FACT til ein ven som hadde behov for liknande hjelp.

Figur 10.2 Client Satisfaction Questionnaire spørsmål 5-8. I prosent.



90 prosent var stort sett nøgd eller veldig nøgd med mengda hjelp dei har mottatt. På spørsmål om tenesta frå FACT har hjulpet dei til å handtere sine problem på ein betre måte, svara 44 prosent at det hadde vore til stor hjelp. 48 prosent svara at det hadde hjulpet litt. Det var åtte prosent som svara at FACT ikkje hadde vore til hjelp eller at dei gjorde ting verre. 90 prosent var alt i alt svært nøgde eller stort sett nøgde med tenesta dei hadde motteke. Eit fleirtal ville definitivt gått tilbake til FACT dersom dei måtte søke hjelp seinare (61 %).

Totalskår for CSQ var 26 av ein mogleg maksimum skår på 32.

10.2 Samarbeid og felles forståing

Tabellen under viser fordelinga av svara på spørsmål som handla om samarbeid og felles forståing. Informantane valde eit tal på ein skala frå ein til sju for kvart spørsmål.

Tabell 10.1 Samarbeid og felles forståing. I prosent og gjennomsnitt

	Veldig lite 1	2	3	4	5	6	Veldig mye 7	Gjennomsnitt
Hvor mye ble det lagt vekt på hva du mente da behandlingen din ble bestemt? (N=80)	11%	5%	13%	8%	28%	18%	19%	4,6

	Veldig dårlig 1	2	3	4	5	6	Veldig bra 7	Gjennomsnitt
Hvor bra har dine behandlere forstått problemene dine? (N=89)	6%	8%	9%	15%	17%	17%	29%	5,0
Hvordan har samarbeidet mellom deg og FACT-teamet vært? (N=87)	1%	3%	8%	8%	23%	22%	34%	5,5

	I veldig liten grad 1	2	3	4	5	6	I veldig stor grad 7	Gjennomsnitt
Får du den behandlinga du tenker at du har behov for fra FACT-teamet? (N=87)	5%	5%	9%	7%	20%	20%	36%	5,3
I hvilken grad blir dine mål tatt opp i de samtalene du har med teamet? (N=81)	7%	5%	6%	15%	17%	23%	26%	5,0

Mange av informantane (65 %) svarta at deira meiningar blei vektlagde då behandlinga blei bestemt, og at behandlarane hadde forstått problema deira (63 %). Eit stort fleirtal (79 %) syntest at samarbeidet med teamet hadde vore bra. Fleirtalet (76 %) syntest også at dei hadde fått den behandlinga dei hadde behov for. Dette samsvarar med resultatata på CSQ kor 79 prosent svarta at «FACT har møtt nesten alle eller de fleste at mine behov». 66 prosent av informantane opplevde at måla deira blei tekne opp i samtaler med teamet.

10.3 Tvang og personleg fridom

Tabellen under viser fordelinga av svar på spørsmål som handla om opplevd tvang og om teamet var for pågåande. Informantane valde eit tal på ein skala frå ein til sju. I tolkinga av svara på desse spørsmåla er det viktig å legge merke til at skalaen er snudd.

Tabell 10.2 Tvang og om teamet er for pågåande. I prosent og gjennomsnitt.

	I veldig liten grad 1	2	3	4	5	6	I veldig stor grad 7	Gjennom -snitt
Får FACT-teamet deg til å ta medisiner du ikke ønsker å ta? (N=76)	57%	4%	7%	8%	4%	11%	11%	2,7
I hvilken grad synes du FACT-teamet er for pågående eller påtrengende? (N=83)	52%	13%	11%	8%	8%	2%	5%	2,4
Er du nødt til å motta behandling fra FACT selv om du ikke ønsker det? (N=74)	61%	14%	4%	0%	5%	1%	15%	2,4
Blir din personlige frihet begrenset av FACT-teamet? (N=81)	73%	11%	4%	5%	2%	2%	2%	1,7

26 prosent av informantane svara at FACT-teamet fekk dei til å ta medisinar dei ikkje ønskte å ta. 76 prosent syntest ikkje at FACT-teamet var for pågåande eller påtrengande, og 79 prosent svara at dei ikkje måtte ta imot behandling frå FACT om dei ikkje ønskte det. Heile 88 prosent svara at deira personlege fridom ikkje blei begrensa av FACT.

10.4 Medisineringspraksis og journalinnsyn

Tabellen under viser fordelinga av svar på spørsmål som handla om medisineringspraksis og journalinnsyn. Informantane valde eit tal på ein skala frå ein til sju.

Tabell 10.3 Medisineringspraksis og journalinnsyn. I prosent og gjennomsnitt.

	Veldig dårlig 1	2	3	4	5	6	Veldig bra 7	Gjennomsnitt
Hvor bra er du blitt informert om mulighetene til å lese journalen din? (N=82)	44%	13%	5%	7%	9%	4%	18%	3,1

	I veldig liten grad 1	2	3	4	5	6	I veldig stor grad 7	Gjennomsnitt
Blir din mening og erfaring vektlagt i beslutninger om medisiner for deg? (N=80)	18%	6%	9%	6%	18%	11%	33%	4,6
Har du fått informasjon om hvorfor du bør/skal ta medisiner? (N=74)	15%	7%	4%	11%	22%	11%	31%	4,7
Har du fått informasjon om hva medisiner kan gjøre med kroppen din/deg? (N=81)	37%	14%	9%	10%	11%	10%	10%	3,1
Har du fått hjelp til å redusere eventuelle bivirkninger av medisiner? (N=61)	36%	10%	8%	1%	8%	15%	10%	3,3

62 prosent av informantane meinte at dei hadde fått dårleg informasjon om retten til å lese journalen sin. Når det gjeld medisineringspraksis, svarte 62 prosent at deira mening og erfaring blei vektlagt i medisinavgjerder. 60 prosent opplevde i liten grad å ha fått informasjon om kva medisinar gjer med kroppen. 54 prosent opplevde i liten grad å ha fått hjelp til å redusere biverknader.

10.5 FACT-teamets spesifikke arbeidsmåte

Tabellen under viser fordelinga av svar på spørsmål som handla om kor fornøyde brukarane var med FACT-spesifikke arbeidsmåtar. Informantane valde eit tal på ein skala frå ein til sju.

Tabell 10.4 Arbeidsmåtar i FACT. I prosent og gjennomsnitt.

	Veldig misfornøyd 1	2	3	4	5	6	Veldig fornøyd 7	Gjennomsnitt
Hvor fornøyd er du med at FACT-teamet kommer hjem til deg eller møter deg ute, istedenfor på kontoret? (N=73)	1%	3%	3%	10%	14%	15%	55%	6,0
Hvor fornøyd er du med å motta tjenester fra flere i FACT-teamet istedenfor å ha en enkelt behandler? (N=82)	5%	2%	6%	13%	20%	18%	35%	5,4
Hvor fornøyd er du med å motta mange ulike typer hjelp fra FACT-teamet fremfor å få hjelp fra mange ulike tjenester?(N=77)	0%	1%	1%	10%	16%	16%	56%	6,1
	Mye dårligere 1	2	3	4	5	6	Mye bedre 7	Gjennomsnitt
Hvordan har FACT-teamet vært for deg sammenlignet med tjenester du tidligere har mottatt? (N=82)	1%	5%	5%	12%	23%	12%	41%	5,5
	Veldig dårlig 1	2	3	4	5	6	Veldig bra 7	Gjennomsnitt
Hvordan har hjelpen fra FACT-teamet vært? (N=89)	2%	6%	9%	4%	18%	27%	34%	5,5
	Veldig lite 1	2	3	4	5	6	Veldig mye 7	Gjennomsnitt
Hvor mye hjelp får du fra FACT-teamet utenom teamets åpningstid? (N=60)	53%	7%	13%	10%	3%	7%	7%	2,5
	I veldig liten grad 1	2	3	4	5	6	I veldig stor grad 7	Gjennomsnitt
I hvor stor grad har du fått tilbud om å ha med familiemedlemmer eller venner i behandlingen din? (N=77)	29%	5%	9%	8%	13%	14%	22%	4,0
I hvor stor grad har du ønsket å ha med familiemedlemmer eller venner i behandlingen din? (N=75)	41%	12%	7%	12%	9%	8%	11%	3,0

84 prosent svarta at dei var nøgde med å møte FACT-teamet heime eller på andre stader enn på kontoret. Dei fleste (73 %) var nøgde med å få tenester frå fleire ulike behandlarar framfor å ha ein enkelt behandlar. Langt dei fleste (88 %) var nøgde med å få mange ulike typar hjelp frå FACT-teama. Eit fleirtal (76 %) svarta at FACT hadde vore betre for dei enn tenester dei tidlegare hadde fått. På spørsmålet om korleis hjelpa frå FACT hadde vore, svarta fleirtalet (79 %) at den hadde vore bra. Dette samsvarar bra med CSQ 7 «Alt i alt hvor fornøyd er du med tjenestene du har mottatt», kor heile 90 prosent svarta at dei var «svært fornøyd/stort sett fornøyd». Det går klart fram at dei fleste (73%) ikkje har motteke særleg mykje hjelp utanom opningstida, men 17 prosent hadde fått mykje hjelp utanom opningstida. Om lag halvparten (49 %) har fått tilbod om å ha med vener eller familie i behandlinga. 28 prosent ønskte å ha med vener eller familie i behandlinga.

10.6 Resultat frå dei opne spørsmåla

Alle informantane valte å svare på dei opne spørsmåla kor dei blei bedt om å fortelje om kva som hadde vore positivt og negativt og kva dei hadde likt mest og minst med FACT-teamet. Analysen av svarta på dei opne spørsmåla resulterte i tre overordna tema: Viktige relasjonelle erfaringar med teamet, opplevde medisinpraksisar og å bli møtt av eit team.

Relasjonelle erfaringar

Viktige relasjonelle erfaringar med teamet og enkeltbehandlarar er gjennomgåande i materialet frå dei opne spørsmåla. Eit framtrudande tema er møte prega av gjensidig respekt og ei venleg og interessert haldning som informantane formidlar gir kjensla av å vere sett og høyrte. I materialet framtrer skildringar av gode møte med teamet som heilskap, medan viktige relasjonar til enkeltpersonar i teamet også trer i forgrunnen. Skildringar av meningsfulle erfaringar med teamet inneber ei vedkjenning og verdsetjing av ulikskap og usemje, til dømes når pasient og profesjonelle har ulike opplevingar av røynda: «*Min kontaktperson er ikke sånn at alt er bare sjukt. Han sier det: Han tror på noe, og jeg tror på noe.*» Fleire snakkar om tydinga av langvarige relasjonar med eit team som har kjend informantane både i gode periodar og i kriser, mellom anna i at varigheit ofte er knytt til erfaringar med at relasjonen også toler belastning. Vidare kan det å ha teamet i livet gi ei grunnleggande oppleving av tryggleik i at det finst nokon i livet som følgjer med på korleis det går, og som kan hjelpe og støtte ved behov – også utanfor kriser.

Ei oppleving av kompetanse, forvalta med audmjukskap, synest viktig for informantane: «*Tidligere behandler viste at hun var menneske. Jeg blei trygg av det. Hun sitter ikke foran skjermen med et eller annet skjema, og kan innrømme at hun tar feil.*» Vidare framhevar informantane erfaringar av at teamet utfordrar og oppmuntrar ved å identifisere ressursar og gi riktig mengde ansvar: «*Det virker som de tar meg alvorlig. De har trua på meg: De gir meg ansvar for å ta vare på meg sjøl.*» I tråd med vektlegginga av myndiggjering, etterlyser informantane av og til større grad av involvering i avgjerder som gjeld eigen behandling og medisinerer. På spørsmåla om kva informantane ikkje har likt, og om kva som kunne vore annleis, synest opplevinga av å mangle informasjon å vere eit hovudtema: Det å mangle informasjon om medisinar, om kva type hjelp det er mogleg å få frå teamet, eller å mangle informasjon om kva som er planen for oppfølging av den enkelte blir skildra

som hindringar for eit godt samarbeid med teamet. Erfaringar med å kjenne seg misforstått og overkøyrtd blir også trekte fram: «*Feilsitering i journalen min. Dårlige referat fra møter. Det jeg har sagt kommer ikke med*». Som ei oppfordring til teamet, manar enkelte til større interesse for deira livsverd: «*Ha en mer hypotetisk vinkling mot pasienten. Lytte mer til pasienten og deres hypoteser om sykdommen.*»

Opplevde medisinpraksisar

Hjelp til å hugse medisinar, gode medisinvurderingar og godt tilpassa utleveringsavtalar er sider ved kontakten med FACT som utkrystalliserer seg som positive bidrag i kontakten med FACT. Samstundes er medisinpraksisar eit sentralt tema når informantane svarer på kva dei ønskjer å endre: «*Mer medbestemmelse i dosering og legemiddel. Og at det kan settes en plan for nedtrapping/utfasing, for jeg har ikke lyst til å stå på medisiner resten av mitt liv*». Nokre av informantane snakkar om at dei og teamet er usamde om korleis dei skal medisinerast, og er misnøgde når dei ikkje kjenner seg tilstrekkeleg informerte eller involverte i avgjerder som gjeld medisineringa deira. Nokre formidlar at dei har kjend motstand mot å diskutere medisinering med teamet: «*Ja, men her behandler vi med medisiner*». Framtredande er kompleksiteten i opplevingane av medisinpraksisar.

Å bli møtt av eit team. På spørsmål om kva dei liker best med FACT, teiknar ein del av materialet opp tydinga av korleis teamet er organisert. Fleire understrekar at dei opplever ei overordna fleksibilitet i møte med teamet, og mange framhevar fleksibilitet med tanke på kvar møta skal finne stad: «*At de kommer på hjemmebesøk er veldig positivt for meg. Da slipper jeg å reise noe sted. Det er lettere å finne løsning på problemer når jeg er i kjente omgivelser.*». Det synest avgjerande å bli møtt med fleksibilitet også med omsyn til mengden hjelp som blir gitt: «*Det at jeg får mere hjelp når ting er vanskelig. Bra at de har den tavla, slik at de som trenger ekstra oppfølging kan få det. God idé at den tavla er utskiftbar.*» Tilgjengelegheit trer fram som eit sentralt tema: Medan nokre informantar framhevar at dei opplever teamet som tilgjengeleg, ønskjer andre seg å kunne kontakte teamet via epost eller telefon utanom opningstid. Det er stor variasjon i kva for aspekt ved hjelpa som blir trekte fram når informantane skildrar kva som har vore viktig for dei: Medan nokre nemner hjelp til bustad eller arbeid, trekk andre fram samtalar, aktivitetar, medisinutlevering eller rusbehandling, for å nemne nokre døme.

Ein informant oppsummerer det å kunne få bistand på mange område, slik: «*Det gjør ting lettere, mindre kaos*».

10.7 Oppsummering

Spørreundersøkinga til brukarane av FACT-teama viste god brukartilfredsheit. Målt med Client Satisfaction Questionnaire var fleirtalet av informantane nøgde både med kvaliteten på tenesta og med mengda av tenester frå FACT-teamet. Fleirtalet svara at dei ville gått tilbake til FACT om dei skulle søke hjelp seinare, og fleirtalet ville ha anbefalt FACT-teamet til ein ven som skulle trenge liknande hjelp. 90 prosent svara at dei alt i alt var svært nøgde eller stort sett nøgde med tenesta dei hadde motteke frå FACT-teamet.

Dei fleste informantane sa at samarbeidet med FACT-teamet hadde vore bra. 65 prosent svara at deira meiningar blei vektlagt då behandlinga blei bestemt. Det var få informantar som sa at deira personlege friedom hadde blitt avgrensa av FACT-teamet.

Brukarundersøkinga viste stor tilfredsheit med FACT-teama sin spesifikke arbeidsmåte. Dei fleste var fornøgde med den tverrfaglege og oppsøkande tilnærminga, og syntest ikkje at teamet hadde vore for pågåande eller påtrengande. Det går klart fram at dei fleste ikkje hadde motteke særleg mykje hjelp utanom opningstida, men det er verd å merke seg at 17 prosent svara at dei hadde motteke mykje hjelp utanom opningstida. Om lag halvparten hadde *fått tilbod* om å ha med vener eller familie i behandlinga, men det var få som *ønskte* å ha med familie eller vener i behandlinga.

Medisinpraksis og journalinnsyn er område med moglege forbetringar for FACT-teama. Over halvparten av informantane svara at deira meining og erfaring blei vektlagt i avgjerder om medisinar, men 60 prosent meinte at dei i liten grad hadde fått informasjon om kva medisinar gjer med kroppen, og halvparten svara at dei i liten grad hadde fått hjelp til å redusere biverknader.

Analysen av dei opne spørsmåla kan oppsummerast i tre overordna tema. Det første kastar lys over betydninga av *positive relasjonelle erfaringar* med enkeltbehandlarar og teamet som gruppe. Skildringar av interaksjonar med teamet dominerer materialet, der informantane peiker på at langvarige relasjonar prega av gjensidig respekt og kompetanse som gir gode erfaringar. Under det andre hovudtemaet som trer fram, *opplevde medisinpraksisar*, er kompleksiteten framtrekkande. Medan nokre informantar opplever godt tilpassa medisinoppfølging og grundige medisinvurderingar som ein viktig del av hjelpa dei har fått, ønskjer andre større påverknad og meir innsikt i vurderingsgrunnlaget knytt til medisineringa. Resultata må sjåast i lys av at nokre pasientar friviljug får medikamentell behandling, medan andre har vedtak om tvangsmedisinering. Det tredje og siste hovudtemaet, *å bli møtt av eit team*, dreier seg om korleis teamet er organisert, og særleg fleksibiliteten i kvar, når og kor mykje hjelp teamet har mogleik til å tilby.

Ein styrke ved denne brukarundersøkinga er den tette involveringa av brukarspesialistar. Ein annan styrke er den aksjonsforskningsprega framgangsmåten der ein sentral del av arbeidet har vore å tilbakeføre resultata til teama. Refleksjonsmøta har gitt ei betre forståinga av resultata, og har også vore ein arena kor teama har hatt høve til å reflektere over eigen praksis.

Fleire av resultatene er likeeins som i evalueringa av ACT-teama, for eksempel totalskåren for CSQ som var 26 av 32 for både FACT og ACT.

Erfaringar frå brukarane

- Var tilfredse med kvalitet, type og mengde tenester frå FACT-teama
- Var nøgde med den tverrfaglege og oppsøkande tilnærminga
- Opplevde ikkje at teamet var for pågåande eller påtrengande
- Opplevde at dei teamansatte evna å skape gode og langvarige relasjonar
- Framheva fleksibilitet og det å bli møtt av eit team
- Hadde fått dårleg informasjon om retten til innsyn i journal
- Halvparten svarta at dei i for liten grad hadde fått hjelp til å redusere biverknader av medisinar
- Over halvparten hadde fått for lite informasjon om kva medisinar gjer med kroppen

11. Erfaringer fra pårørende

Dette kapittelet presenterer resultatet fra fem fokusgruppeintervjuer med pårørende. Hensikten med denne delstudien var å belyse pårørendes erfaringer med behandling og oppfølging fra FACT-teamene. Kapittel 2.3.8 foran i rapporten utdyper hvordan fokusgruppeintervjuene ble gjennomført og analysert.

11.1 Bedre tilgjengelighet og kontinuitet i tjenesten etter FACT

De pårørende uttrykte at de var positive til og tilfredse med støtten og oppfølgingen som FACT-tjenesten bidro med. Det var en unison enighet om at «*FACT-teamet må bestå. Det må videreføres*» (Søsken). 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. Veien mellom både bruker og helsetjenesten og mellom pårørende og helsetjenesten har blitt betydelig kortere etter FACT.

Tidligere har vi følt at behandlingen har vært et sånt lappeteppe av tilfeldige tilbud som fastlegen har kommet på (...), sånn i øst og vest bokstavelig talt. (...) Det blir veldig urolig når man må fortelle den samme historien opp igjen til nye folk. (...) Det er første gangen vi har følt som pårørende at han har fått en systematisk oppfølging. (Barn)

Deres opplevelse var at tilgjengeligheten har blitt vesentlig bedre og det har blitt enklere å nå fram. Tjenesten beskrives som natt og dag i forhold til slik oppfølgingen erfartes tidligere. De pårørende vet hvem de skal ta kontakt med og er dermed trygge på at brukerne er ivaretatt i et godt system. Det å vite at FACT-teamet er tilgjengelig og at de har en plass å ta kontakt forenkler hele prosessen med å være pårørende: «*... Endringen går først og fremst på kommunikasjon. Det at det er mye enklere kommunikasjon og lettere å vite hvem man skal snakke med*» (Mor).

Betydningen av stabilitet og kontinuitet ble tematisert i alle fokusgruppene. Den konkrete kontakten med en eller to personer de kan ringe til, forenkler prosessen. De slipper å forklare seg til en ukjent helsearbeider og gjenta historier og utfordringer den enkelte bruker sliter med.

Nå har vi hvert fall et sted vi kan henvende oss, og det synes vi gjør det mye enklere. For det første har vi jo gjensidig tillit, og vi slipper å repetere. (...) Kommer forttere igjennom, de vet hva det dreier seg om. (Far)

Mange uttrykte at de hadde en nær relasjon med kontaktpersonen(e) i FACT-teamet: «*(...) Vi er liksom på fornavn med hverandre, vi har kommet så nær*» (Søster). Flexibiliteten og betydningen av at kontaktpersonen(e) kommer hjem på kort varsel ble fremhevet som viktig. Selv om flere ikke har tatt kontakt, er vissheten om at de har denne muligheten, av stor betydning: «*Når noe er galt, kan vi ringe. De drar og snakker med han*» (Mor). De pårørende følte seg bedre inkludert i brukerens behandling og oppfølging. Å ha blitt invitert til møte for å snakke om situasjoner uten selv å måtte ta initiativ har vært en stor endring i tjenesten som gjør at de føler seg hørt, orientert og akseptert. Dette gjorde at de kunne bidra på en annen måte.

Kontakten med FACT-teamet, og det at det er såpass mye kontakt, har gjort meg i stand til å være bedre til hjelp (...), og også til å takle situasjonen bedre. Jeg føler jeg er bedre orientert. (Søster)

I stedet for å være så veldig kontrollerende og alt mulig, så kan jeg også bare være en mor. Altså ikke alltid bare sjekke og sjekke, ikke sant, øynene mine går jo 'sånn' når jeg er sammen med han 'hvordan er det nå?' (Mor)

Omfanget av kontakt de pårørende har hatt med FACT-teamet varierer, med alt fra hyppig kontakt til minimal kontakt avhengig av sykdommens alvorlighetsgrad og forløp.

For min del er det nå 20 år siden første innleggelse. Jeg har vært gjennom så helvetes mye. De første årene er kanskje de verste. Det er litt forskjellig hva man trenger i ulike faser. (Mor)

Jeg og min kone ble innkalt til et sånn pårørendemøte her oppe på avdelingen sammen med to ansatte, hvor vi da skulle si litt om våre erfaringer som pårørende, hva som lå oss på hjertet og hvordan vi følte det, så de har faktisk forsøkt å følge oss litt opp også da. (Far)

Selv om de pårørende var fornøyde med behandlingen de og deres nærmeste fikk, var det mange som uttrykte at kjennskap til og informasjon om FACT-teamets ansvar, rolle, funksjon, og innhold var uklar. De hadde fått høre om tilbudet mer og mindre tilfeldig. På enkelte steder var FACT-team et begrep de ikke hadde noe forhold til.

Så han har et sted å komme til og en behandler som han er fornøyd med, men vi har ikke som pårørende visst at han har vært med i et FACT-team her. (Datter)

For å være helt ærlig, så vet jeg ikke riktig det enda (om jeg kan ta kontakt), men jeg har følt det sånn at kanskje det er det som er meningen (...), at jeg kan ta kontakt. (...) Jeg føler i hvert fall at nå har jeg den muligheten da, og jeg håper det er tilfelle. (Annen nær relasjon)

De pårørende uttrykte et behov for informasjon, og ønsket en mer systematisk orientering om FACT-teamenes tjenester og hvem som er med i behandlerteamet. Helt konkret foreslo de skriftlig informasjon/ brosjyre med en presentasjon av FACT-teamets hensikt og oppgaver i tillegg til FACT-teamets medlemmer.

11.2 Bedret anerkjennelse av pårørendes kunnskap

De pårørende uttrykte betydningen av at det er balanse og likeverd mellom den kompetansen de selv besitter som pårørende og teamets fagkompetanse. De opplevde i større grad at deres synspunkter og kunnskap ble anerkjent og tatt i betraktning etter FACT.

Det de har vært veldig lydhøre (for) og etterspurt (...) er: hvordan opplever du han nå, opplever du noe endring, kan du se noen effekt, sammenheng med medisiner, ikke medisiner? Så de har vært veldig etterspørrende og veldig interesserte i å høre hva jeg har å bidra med. Aktivt etterspurt det. (Mor)

Det var viktig for de pårørende at de slapp til med sine synspunkter og at denne kompetansen ikke ble overprøvd. Det fremsto som avgjørende at medarbeiderne i FACT-teamet var lydhøre for pårørendes vurderinger og endringer i sykdomsbildet fordi pårørende ofte oppfatter signaler på forverring på et tidlig tidspunkt.

*Det er godt hvis dere tar meg på alvor, og at mine observasjoner blir lagt vekt på. For jeg tør påstå at jeg kjenner datteren min bedre enn dere noen gang kommer til å gjøre. Jeg kan forutse at noen ting skjer og det tar lang tid før dere ser. Og det har jeg følelsen av at de (FACT) har godtatt. (Mor)
Og de lytter jo til det du sier, men jeg vet ikke om de i stor grad nyttiggjør seg det. De sier bare: ja du er god, du er tøff. (...) Det betyr ikke noe for meg. Det betyr mer hvis de tar på alvor det jeg sier og handlingen er deretter. (Mor)*

Selv om erfaringene knyttet til kommunikasjon og ivaretagelse i det store og hele var positive og gikk begge veier, kom det også frem situasjoner hvor pårørende ble møtt med forutinntatthet der deres kompetanse ikke ble tatt på alvor. En av mødrene uttrykte at hun følte seg maktesløs.

Jeg sier min mening. Jeg føler jeg aldri blir hørt. Det er helt sant. (...) Jeg føler meg ikke hørt når de er her. For (kontaktpersonen) er ikke sykepleier, han er ikke psykiatrisk sykepleier, han er en ergoterapeut så han har ikke den forståelsen.

Betydningen av gjensidig tillit der reell brukermedvirkning blir ivare tatt ble fremhevet som avgjørende for et godt samarbeid.

11.3 FACT-teamets tilgjengelighet i akutte situasjoner

FACT-teamenes åpningstider og systemet rundt akutte innleggelser opptok mange av de pårørende, da det gjerne er utenom ordinær åpningstid slike akutte situasjoner oppstår.

Det som begrenset FACT-teamet, det var jo veldig ofte det at hvis ting skjedde i helger eller når det begynner å nærme seg fredag, lørdag, søndag, så var det ingen. Slik at da de tok ferie da alt skjedde, påskeferie, pinseferie og sånne ting (...) Så da du virkelig trengte at det skulle være bemanning, da måtte jeg sitte selv på alerten og være den bemanningen FACT ikke kunne ta. (Mor)

Vissheten om at kontaktpersonene i FACT-teamene ikke var tilgjengelige, økte stressbelastningen både for bruker og pårørende. De pårørende fremhevet betydningen av å være i forkant for å forebygge krisesituasjoner.

Vi kjenner våre pårørende mye bedre enn noen andre og når jeg ser at noe er på gang må jeg ringe med en gang til FACT. For er de helt oppe eller helt nede så får du ikke kontakt. Da er det for sent. Må være i forkant, før det røde lyset. Det er så viktig å ha et FACT- team rundt en person, som kjenner både FACT-teamet, brukeren og pårørende. (Søsken)

De pårørende rettet ikke kritikken mot FACT-teamene som sådan, men mot systemet og organiseringen ved krisesituasjoner utenom åpningstiden for FACT. De uttrykte et ønske om tilgjengelighet til fagpersoner som kjenner bruker og at innleggelsene kunne gå direkte til det DPS de tilhørte uten å gå veien om akuttmottak.

Da blir vi henvist til legevakten, blir sittende der i mange timer, så tenker du kanskje at nå kan han komme opp på DPS hvor alle kjenner ham, men det går ikke an for da er systemet sånn at han må på akuttmottaket på sykehuset, og så kan han evt søke om å komme over til DPS. Så det er flere ting rundt dette som jeg gjerne skulle tatt opp og kunne tenke meg at fungerte mye bedre. (Far)

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 selv seg behandling og forneker at de trenger hjelp, noe som gjør det ekstra vanskelig når FACT-teamet ikke er tilgjengelig.

Og da må vi innom den derre legevakten. Og når da vedkommende sier at han er helt frisk og ikke har noe der å gjøre. Da er det vanskelig. Og hva gjør man da, og da ender det som regel med at politiet blir trukket inn. Da blir det tvang og da blir det frustrasjon og gjerne inn på sikkerhetsavdeling for den del. Vedkommende blir så sint og frustrert for dette er ikke noe han vil. (Søsken)

Disse situasjonene ble uttrykt som ekstra traumatiske og vanskelige å stå i. For de som bodde på mindre steder der alle kjenner alle var slike opplevelser ekstra synlige og stigmatiserende med naboer som kommer på døren med sine meninger om situasjonen.

I de dårlige periodene ender det ofte med at han blir hanket inn av politiet. Det er vanskelig. Jeg syns det er så fælt for det er jo ikke sånn han er – han er jo ikke kriminell! (gråter). Og da kommer det så mange innspill fra mennesker og naboer som klager og har sine meninger. Skulle ønske det var noe i forkant. Jeg tror nok at FACT-teamet prøver å være i forkant, men det skjer så fort. (Annen nær relasjon)

Opplevelsene de selv hadde med å måtte hanke sine nærmeste inn og gå veien om legevakt/akuttmottak og kjøre dem på sykehus, fremsto som en ekstra belastning.

Så den gangen husker jeg at jeg måtte ringe, ringe og ringe – det var jo kritisk! Og så fikk jeg beskjed om å ringe 113, og der fikk jeg beskjed om å gå på legevakten. (Barn)

Å stå i det der og som pårørende å kjempe for en tvangsinnleggelse. Det er dødstøft! Å stå for det du gjør og den følelsen da! Det har ikke skjedd mens han har vært i FACT-teamet. (Barn)

De pårørende fremmet flere forslag om tiltak som kunne avhjelpe krisesituasjoner som utvidede åpningstider 24/7, vakttelefon, tilgang på brukerstyrte senger og psykiatriambulanse.

11.4 Større trygghet og mindre stress etter FACT

Gjennom fokusgruppeintervjuene kom det frem ulike sterke historier som vitner om at pårørende står i svært utfordrende og krevende situasjoner. Å være pårørende til alvorlig psykisk syke er for mange en situasjon der skyld, skam, sorg, frustrasjon og konstant bekymring ofte er fremtredende. Det ble også uttrykt at det å være pårørende til en alvorlig psykisk syk person ikke har høy status: «De er nederst på rangstigen av alle pasienter. Det har jeg også absolutt en følelse av» (Søsken).

Pårørende uttrykte at de ofte var førstehåndskontakten og måtte stå i frontlinjen for sine nærmeste. Enkelte pårørende ble kontaktet flere ganger i døgnet og var i en konstant beredskapssituasjon. Slike situasjoner gjorde at egne behov ble satt til side, og gjorde det vanskelig å leve egne liv.

Vi tre (i familien) (...) er mange ganger om dagen (...) inne hos han, og han ringer jo også mye. (...) Så får ikke vi tak i han, så får ikke han tak i oss, og så forsvinner det ting (...) Et evig rør. (Søsken)

Andre uttrykte at de er svært bevisste på at de må leve sine egne liv til tross for store belastninger som pårørende. Dette betyr at noen tar seg tid til ferie, og at de trenger støtte for å kunne gjøre dette uten å føle dårlig samvittighet.

Vi har vært veldig tydelige på at vi også må leve våre liv. Så vi reiser på ferie (...) i ukesvis. Det nytter ikke å bli støtte og hjelp 24/7. (...) Da blir du ødelagt. (...) Det er også viktig at noen kan fortelle oss. (...) Noe som vi trenger å få høre. (Mor)

Mange år med et alvorlig psykisk sykt familiemedlem berører hele familien. Noen opplever å bli voldstruet, angrepet og slått, og slike situasjoner setter spor og medfører stor utrygghet: «Vi føler oss ikke trygge (...) og har alarm som vi setter på oss når (brukeren) er på sitt verste» (Far).

Alle opplevde at det var en psykisk belastning og konstant stressende situasjon å være nære pårørende til så alvorlig syke familiemedlemmer. «Den psykiske helsen min, den er jo ikke (...) så bra som den var. Det må jeg si, og den har ikke forandret seg noe underveis, men jeg føler meg litt tryggere når jeg har FACT-teamet å henvende meg til» (Far).

Det var vanskelig å prioritere egen helse.

Jeg har aldri vært syk pga dette her, for jeg har hatt en filosofi at hvis jeg blir syk så kan jeg ikke hjelpe den syke. (...) Har gått i full jobb hele tiden, det har hjulpet meg (...), men livskvaliteten (...), selvfølgelig påvirker det meg mentalt. Men kroppslig, fysisk så har jeg ikke vært syk, men det har jo bedret min helse å vite at hun blir ivaretatt og teamet er der. (Mor)

Mange har hatt sykemeldingsperioder som følge av å stå nær en person med alvorlig psykisk sykdom: «Før var jeg masse sykmeldt og bekymret, og (brukeren) var veldig mye hjemme hos oss. (...) Nå går jeg i full jobb, er ikke sykmeldt og bekymrer meg mye mindre» (Mor).

De pårørende har opplevd en endring etter at FACT-teamet kom som har bidratt med større trygghet, mindre stress og noen å dele ansvaret med.

*Ja, (det har hatt positiv innvirkning på egen helse), og jeg opplever at jeg forholder meg bedre som pårørende. Bedre for (brukeren), bedre for meg selv og bedre overfor familien rett og slett. (Søsken)
Det (FACT) har tatt mange kilo fra mine skuldre i hvert fall. (Barn)*

Flere pårørende trakk frem at oppfølgingen fra FACT-teamet har gitt dem mulighet til å bearbeide erfaringene som pårørende, til forskjell fra tidligere da det ikke har eksistert tilsvarende tilbud for å ventilere tanker, følelser og bekymringer.

Jeg fikk tilbud om å komme og snakke med to psykiatriske sykepleiere, for vi har jo aldri fått snakket med (fag)folk. (...) Det er fint at jeg kan sitte og fortelle alt det som er inne i meg helt fra begynnelsen, og det er første gang faktisk, at jeg kunne pøse ut. Så det er litt deilig. (...) Nå slapper vi mere av. (Mor)

Å være pårørende medførte mye usikkerhet og tankevirksomhet. De uttrykte at å være nær pårørende, betyr ikke nødvendigvis at man vet hvordan man skal forholde seg til og agere i alle situasjoner.

Hvordan skal jeg svare (...) når han sier at han vil ta livet av seg? Skal jeg spøke det vekk? Det gjør jeg av og til. Jeg spøker det vekk, av og til, ja det ville vært synd 'det', men altså vi blir på en måte en form for behandlere (...) uten å ha noe som helst kompetanse til det. (Barn)

Det ble uttrykt et behov for oppfølging, støtte, informasjon, opplæring eller en form for pårørendeskole i hvordan man kan håndtere og kommunisere i forskjellige situasjoner.

11.5 Pårørendes oppfatning av brukerens helse

De pårørende uttrykte at de hadde en stor drivkraft drevet av håp om bedring, men også med visshet om at brukeren «aldri kan bli helt frisk, men du må lære deg å leve med det» (Søsken). Likevel fremhevet de at den fleksible oppfølgingen i FACT-teamene er forebyggende og totalt sett har en stabiliserende effekt på brukerens velvære og hverdagsliv. Noen brukere har hatt færre innleggelses: «Jeg tror det har blitt bedre i alle fall, det var flere (innleggelses før) (...) og som sagt, virker han relativt stabil» (Far). Andre sa at det kan ha vært flere innleggelses, og tillegger at dette kanskje er fordi at sykdommen har hatt en negativ utvikling og at det derfor har vært nødvendig.

Det har ikke blitt mindre innleggelseser, det har blitt mer, men det har ikke med FACT å gjøre. (...) Hun har bare blitt sykere, for å si det sånn. Og det har heller ikke med FACT å gjøre, for hun hadde kanskje vært enda sykere hadde hun ikke hatt FACT. (Mor)

Det kom fram at områder knyttet til å bo og å fylle dagene med mer aktivitet og mening burde styrkes.

FACT sier de skal 'hjelpe' han i gang. Hele tiden skal det 'hjelpes'. De er der en time og 'hjelper', og så skal han kunne klare det selv etterpå. Og det er det som er problemet. Så kommer jeg opp, så ser jeg det ligger syltetøy ute, fluene går i dette her, og så tenker du; herlighet, hvis han skal spise oppi dette her så kommer han til og få problemer med både mage og litt av hvert. Så får du det ansvaret som foreldre, at du må gjøre rent i alle fall på kjøkkenbenken. (Far)

De pårørende hadde daglige omsorgsoppgaver med innkjøp av mat, rengjøring, oppfølging av økonomi, flytting etc.;

Hvorfor var det jeg som måtte gå. Etter leiligheten var smadret så var det jeg som måtte flytte. Den ene sommeren tror jeg han flyttet 14 ganger og jeg måtte jo stille opp alle gangene, og jeg var totalt utslitt. Og hva gjorde FACT da? Så du kan si fantastisk med FACT, men de må enda mer på banen for å avhjelpe oss som er pårørende. (Søsken)

Flere uttrykte et ønske om at brukerne kunne bo i et bemannet, rusfritt bofellesskap som sikret noen grad av kontakt med andre, kosthold, renhold og verdighet.

De spiser dårlig, de lever dårlig, de lever veldig farlig ... så hadde (brukeren) kunnet bo en plass og fått tre måltider om dagen, så 'ja takk'. Det hadde vært herlig med tilstedeværelse av personal. (Søsken)
Mer innhold, mer aktiviteter i hverdagen, det hadde også være en stor fordel. På deres premisser. (Mor)

11.6 Samordning av tjenestetilbudene

Et ytterligere område som ble diskutert for en enda bedre helhetlig oppfølging var samordningen mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste.

Det er bedre når FACT har kommet inn, fordi at de er med på å distribuere en del av medisinene da. Men ikke hele, for datteren min får noe fra LAR og noe fra FACT. Så hun må gå en kilometer, først hente der og så hente der. Så jeg kunne ønske at FACT tok hele medisineringsen, også substitusjonsbehandlingen. (Mor)

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.

Den eneste fastlegen som han har hatt, er psykiateren, men han er jo ikke fastlegen. (...) Man føler jo at du får ikke noen kontinuitet, ikke sant, og du har ikke en lege(..). Det er kjekt å føle at det er en lege som bryr seg om deg, og det blir ikke det når du får en ny for hver gang. Sånn er det bare. (Annen nær relasjon)

Samtlige av de pårørende fremhevet at FACT-teamet hadde tilført en vesentlig forbedring av oppfølging og behandling, selv om de hadde forslag som kunne gjøre tjenesten enda bedre: «*Men summa summarum så er FACT-teamet et enormt positivt tilbud, (men) det må utvikles enda mer.*» (Mor)

11.7 Oppsummering

Pårørende var fornøyde med oppfølgingen av FACT-teamene og understrekte tydelig at denne måten å organisere tjenesten for alvorlig psykisk syke *må* bestå. Det å ha noen å ringe til, diskutere med og dele ansvaret med var områder som ble trukket frem som særlig betydningsfulle. FACT-teamet hadde bidratt til bedre tilgjengelighet og en mer helhetlig tjeneste med bedre kontinuitet. Pårørende opplevde at de i større grad ble inkludert og at deres kunnskap i større grad ble tatt til følge.

Tjenesten har stabilisert situasjonen for brukerne og dermed hatt positiv påvirkning på pårørendes trygghet og helse. Likevel uttrykte alle at pårørenderollen krevde at de var i konstant beredskap, noe som preget egen psykisk helse betydelig.

Akuttsituasjonene fremsto som spesielt vanskelige og at åpningstidene bare er på dagtid ble fremhevet som utilstrekkelig. Det ble understreket at det var ønskelig med tilgjengelighet til FACT-teamet 24/7.

Pårørende uttrykte at de hadde lite kjennskap til og informasjon om FACT-teamets ansvar, rolle, funksjon og innhold. De etterlyste skriftlig informasjon, for eksempel i form av en brosjyre. De ønsket også mer informasjon, veiledning, opplæring og støtte i å være i pårørenderollen, spesielt hvordan forholde seg i utfordrende og akutte situasjoner.

De pårørende uttrykte bekymring for brukernes helse. Mer støtte og hjelp i bositasjonen som for eksempel innkjøp, rengjøring, personlig hygiene, meningsfulle aktiviteter og sosialt fellesskap kunne ha bedret brukernes helse. Det ble også uttrykt et ønske og behov om en bedre samordning mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste med sømløse overganger, spesielt i krisesituasjoner.

Erfaringer fra pårørende

- Var fornøyde med oppfølgingen fra FACT-teamene og ønsket at FACT *må* bestå
- La vekt på at FACT-teamet hadde bidratt til bedre tilgjengelighet og en mer helhetlig tjeneste med bedre kontinuitet
- Opplevde større trygghet, mindre stress og mer tillit i kontakten med FACT-teamet sammenlignet med andre tjenester
- Pårørende ønsket at FACT teamet hadde åpningstid 24/7
- Opplevde at akutt-tjenestene ikke var gode nok, og de ble ofte sittende alene med ansvaret
- Ønsket bedre samordning mellom ulike etater med sømløse overganger, spesielt i krisesituasjoner

12. Erfaringer fra teamansatte

Dette kapitlet presenterer resultater fra sju fokusgruppeintervjuer med ansatte i FACT-teamene. Det tar opp ansattes erfaringer med sentrale deler av FACT-modellen. Teamprosess, bemanning av teamet, behandlingsplaner, krisetjenester, monitorering og målgruppe tas opp, i tillegg til samhandling og mer generelle synspunkter på modellen. Kapittel 2.3.9 foran i rapporten sier mer hvordan fokusgruppeintervjuene ble gjennomført og analysert.

12.1 Erfaringer med ulike deler av FACT-modellen

Teamprosess

FACT-teamene skal ha en arbeidsdeling hvor ansatte har ulike roller som utfyller hverandre og ansvaret for brukerne blir delt. Den teambaserte tverrfaglige oppfølging ble ofte vurdert som positivt ved arbeidet i FACT-teamene. De ansatte presenterte det daglig teammøtet og tavlemetodikken som viktig verktøy for å få til teamarbeidet. Det ga struktur på arbeidet, og bidro til å ha fokus på felles mål, i tillegg til å skape samhold blant ansatte og utvikle felles ansvar for teamets brukere: *«Det gjør at vi eier pasienten sammen»*. Tverrfagligheten i teamet ble også ofte vektlagt som spesielt positivt. Samtidig var det flere som mente at det å bli flinkere til å bruke hverandres spisskompetanse, var forbedringsområde nummer en i teamet. Bedre utnytting av den tverrfaglige kompetansen var et uttalt forbedringspotensial i mange team.

Tavlemetodikken, hvor teamet går opp og ned på intensiteten på behandling og oppfølging av brukerne ut fra den enkeltes behov, ble framheva som sentralt og viktig for arbeidet i FACT-teamene. Det ble opplevd som positivt å kunne koble på flere ansatte fra teamet for brukere på tavla (intensiv behandling). Det ble også sagt at teammøte og felles ansvar for brukerne sikra oppfølgingen av brukerne på en god måte. Kravet om teamtilnærming og delt caseload representerte en ny måte å organisere arbeidet på for mange. Sitatet under refererer til teamtilnærming som en endring i arbeidet: *«Det er noe endring fra «min» pasient til «vår pasient», men det er mye å gå på, vi er fortsatt litt individualister»*.

I noen team sa ansatte at brukere ble satt på tavla for at teamet skulle være ekstra oppmerksomme, ikke nødvendigvis fordi de fikk mer intensiv behandling. Noen mente brukerne ble stående for lenge på tavla, og det ble opplevd som problematisk, fordi de da ikke fikk jobba nok med bedringsprosessen til de mer stabile brukerne.

For å begrense tid brukt til reising, var det ikke tavlemøte hver dag i de rurale teamene. Det var da vanlig at ansatte fulgte opp brukere i sin kommune, og starta arbeidsdagen der for å spare tid og reise. Noen ansatte mente at oftere møter hadde vært en fordel. Andre mente at teammøte hver dag ikke var nødvendig, som uttalt i dette sitatet: *«Tømmøte tre ganger i uka er mer enn nok. Flere teammøter ville gitt mindre tid til pasientkontakt og samhandling. Det er greit at jeg er i min kommune der jeg kjenner systemet veldig godt, og det er lav terskel for å snakke med saksbehandler. Det er mye vanskeligere der jeg ikke er så godt kjent med hvordan de er organisert.»*

Det var ulike meninger blant teamansatte om FACT-modellens krav om teamtilnærming, som sier at en bruker på tavla skal treffe tre teammedlemmer i løpet av to uker. Noen sa at kravet var vanskelig å oppfylle, noen var uenig i kravet, og andre mente det var unødvendig. Sitatet under henviser til at felles møteplasser i teamet gir tilstrekkelig kjennskap til brukerne: «*Selv om vi ikke har truffet pasienten på en stund, har vi oversikt. Vi får vite hvordan det går.*»

Enkelte var uenig i kravet om teamtilnærming fordi de mente det skapte utrygghet hos noen brukere ved at de måtte forholde seg til mange ulike personer. Det kunne gjøre at de ville avslutte kontakten med teamet. Andre tok opp at det var en feil tilnærming overfor brukere med personlighetsproblematikk å møte så mange ansatte. Det ble uttalt at det først og fremst burde være faglige vurderinger som lå til grunn for hvor mange ansatte som var inne i behandlingen til den enkelte bruker.

Teamtilnæringskravet var vanskelig å koordinere for team med mange deltidsansatte. Et team hadde flere 20%-stillinger som fulgte opp brukere i hjemkommunen sin. Det ble opplevd som vanskelig å integrere dem i teamet på lik linje med de som hadde større stillingsandeler. Det kom også fram i mange intervjuer at det burde tas med i vurderingen, at mange brukere møtte ansatte fra andre tjenester, og at antall behandlere som brukerne møtte totalt sett, ble tilstrekkelig. Siden teamtilnærming var et vanskelig krav å møte noen steder på grunn av avstander og ressurser, mente mange at det var noe man måtte ta hensyn til i FACT-team i Norge.

Det var også usikkerhet blant teamansatte om det burde være et mål for norske FACT-team å ha så hyppig *kontaktfrekvens* som modellen legger opp til. Mange så ikke at det alltid var behov for så tett kontakt, og mente de tok hensyn til brukernes behov ved å prioritere å være tett på ved kriser. Som for kravet om teamtilnærming, var det noen som påpekte at reiseavstander gjorde kontaktfrekvens til et vanskelig krav å oppfylle. Mange mente at en måtte se FACT-teamets tjenester i sammenheng med tjenester brukerne fikk fra andre tjenesteytere og vurdere det totale antallet kontakter fra ulike instanser: «*Samarbeid med andre tjenester dekker opp kontaktfrekvensbehovet. Summen av tjenester blir bra, selv om teamet ikke gjør alle tjenestene.*»

Bemanning av teamet

At teamet er bemanna med FACT-spesialister, som arbeidsspesialist, russspesialist og brukerspesialist, har betydning for fordeling av ansvar og oppgaver. Å få alle spesialistene på plass, kom høyt opp på lista over hva som var prioritert ønske for teamet framover. De teamansatte var fornøyd med å ha *brukerspesialist* i teamet. I intervjuene ble det sagt mye positivt om hva brukerspesialistene hadde tilført teamenes arbeid. I team som ikke hadde *arbeidsspesialist*, var det et sterkt ønske om å få det. Det var ulike holdninger til rollen som *russspesialist* i teamene. Noen team hadde flere ansatte med kompetanse på rusproblematikk, og de hadde derfor ikke utpekt en enkelt til å ha russspesialistrollen. I andre team var det lite ruskompetanse, og det ble også gitt uttrykk for at en ikke trengte egen spesialistkompetanse for rus internt i teamet. Når teamet manglet *psykolog* eller *psykiater*, ga de uttrykk for at det var et stort savn i teamet, og i tilfeller hvor

disse rollene hadde små stillingsandeler, ble det uttrykt ønske om større stillingsandeler. De fleste teamene hadde valgt å ikke ha egen *spesialist for rehabilitering*, som er et krav i FACT-modellen. Den dominerende holdningen var at rehabilitering var en del av de fleste ansatte sin kompetanse, og det ble ofte sagt at «*vi jobber alle med rehabilitering*». I ett team ble det påpekt at vernepleiere dekket opp kravet om sosionom i modellen. Siden teamet hadde flere vernepleiere som også har sosialfag i sin utdanning som vernepleier, så de ikke behov for egen sosionom i teamet. Et team hadde egen *NAV-spesialist*, ansatt både i FACT-teamet og i NAV, noe de teamansatte opplevde som positivt og nyttig. Det kom fram enkeltønsker om ansvar for ulike oppgaver, som å ha en egen barneansvarlig eller en egen ansatt med spesielt ansvar for kognitiv atferdsterapi.

I team med flere deltidsstillinger var det ønsker om hele stillinger. Med deltidsstillinger opplevde mange at de ansatte ble dratt mellom flere tjenester, og de mente at det ville blitt bedre samordning og mer helhet i arbeidet, hvis alle kun var ansatt i teamet.

Behandlingsplaner og krisetjenester

I flere fokusgrupper var det diskusjon rundt dilemmaer knyttet til behandlingsplaner. Mange ansatte opplevde formelle krav til hvordan en behandlingsplan skulle se ut, som var forskjellig fra FACT-modellens krav om at behandlingsplanen skal være brukers plan. Ansatte opplevde det som viktig å få med brukernes egne mål og ressurser i behandlingsplanene i større grad enn de gjorde. De ville gjerne ha behandlingsplanene mer i tråd med FACT-modellens krav, og det var sterkt ønske om endring og forbedring på dette området. Flere uttalte at teamets behandlingsplaner var utforma mer for behandlerne enn direkte for brukerne. I noen team brukte brukerspesialistene tid på å skape eieforhold til behandlingsplanen hos brukerne. «*Hvis jeg hadde vært i en pasientrelasjon, hvordan ville det vært, og hvordan ville det sett ut?*», var et sentralt spørsmål. Noen sa at behandlingsplanene hadde mye bakgrunnsinformasjon som godt kunne tas vekk, som for eksempel sykehistorien, som brukeren ikke ønska eller ikke trengte å se. Mange mente det var viktig at planene også måtte ha et faglig innhold, i tillegg til fokuset på brukernes egne mål. Å lage to varianter av behandlingsplanen kom opp som forslag, en for behandlerne og en for brukerne, men dette kunne oppfattes som arbeidsmessig belastende. «*Vi må ikke drukne i dokumentasjon*», var en innvending til forslaget. Sitatene under viser to syn på behandlingsplanene:

«*Planene blir for spesialisthelsetjenesten, pasientene får ikke eieforhold, og de vil ikke ha dem.*»

«*Det er helt forskjellige målsettinger, hvilke målsetting er viktig, hva er det vi ønsker å vise fram, hva er det de ønsker, hva har vi lyst å gi pasienten og hva ønsker pasienten?*»

Krisetjenester 24/7 er et krav i FACT-modellen. Det var en utbredt holdning blant ansatte at det ikke var nødvendig med døgnåpne FACT-team, slik tjenestene er utforma i Norge. Ulike former for telefonordninger i teamet ble framheva som viktig ved kriser. Utvida åpningstid på kvelder ble nevnt, men syntes ikke å ha stor tilslutning blant ansatte. «*Heller strukturerte krisepplaner enn utvida åpningstid*», var et svar på forslaget om kveldsåpent team. FACT-modellens krav om at individuelle

kriseplaner skal være tilgjengelig for akuttjenestene, ble sagt å være et strukturelt problem, som ble vurdert som vanskelig å gjøre noe med for det enkelte teamet. Det gikk igjen i intervjuene at den lokale legevakta var lite interessert i en slik ordning. Noen ansatte etterlyste krav om innhold og utforming av kriseplanen i modellen, ikke bare tilgjengelighet for akuttjenestene.

Som for behandlingsplanene, var det ulike synspunkt på bruker- eller tjenestefokus på kriseplanene. En samarbeidsavtale for å avklare ansvarsforhold ble presentert som et alternativ til kriseplan. Noen anså kriseplan som overflødig: *«Kriseplan blir nedprioritert fordi det fungerer greit. Alle vet hvem som skal ringes, og alle vet hvem som har ansvar. Ting flyter greit.»*

Det kom forslag om å slå sammen kriseplan og behandlingsplan for å begrense dokumentasjon. Fra en brukerspesialist kom det forslag om å bruke «forebyggingsplan» som begrep i stedet for «kriseplan». Dette for å oppnå en mer positiv tilnærming, siden mange ikke ville tenke på forverring, når de akkurat var kommet seg fra en krise.

Monitorering

Det var ulike synspunkter på FACT-modellens krav om monitorering. Ansatte i noen team sa at monitorering bidro til at teamet jobba mer fokusert og gjorde behandlingen mer målretta. De la vekt på at det var viktig å få systematikk i gjennomgangen, og at resultatene av monitoreringen ble brukt i behandlingsplanene og oppfølgingen. Sitatene under viser typiske positive utsagn om monitorering:

«Monitorering er viktig for ikke å synse så mye.»

«Monitorering gir data å slå i bordet med, som er viktig for videre drift.»

Det var også avvisende holdninger til monitorering fordi ansatte mente det hadde negative konsekvenser for deres relasjon til brukerne. Det ble sagt at mange brukere opplevde det som en stor belastning, og at spørsmålene i kartleggingsskjemaene kunne oppleves som anklager. Det ble derfor også sagt å være «respektløst». Følgende sitater gir uttrykk for en negativ holdning til monitorering:

«Det er ikke sånn vi ville drive kontaktene med pasientene på.»

«Allianse foran skjema!»

«Jeg opplever skjemaveldet vi er en del av som en hemske.»

Noen syntes teamet burde forbedre seg på monitoreringsområdet, og at det da var viktig, å bli enig om noen få skjemaer som kunne brukes, og hvor ofte de skulle brukes. Enkle og nyttige kartleggingsskjema, eller «rett skjema til rett tid» ble foreslått. Men monitorering ble ikke alltid

opplevd som det viktigste å forbedre: *«Monitorering har et jo klart forbedringspotensial i teamet, men det er det minst viktige, - Å følge opp det kliniske arbeidet og være tett på, er viktigere. Det er viktig at vi er ute og sammen med dem.»*

Et synspunkt på manglende monitorering var at det var en uvant oppgave for mange ansatte, siden kartleggingsarbeid tradisjonelt har vært oppgaver for psykiatere og psykologer.

Målgruppe

Teamene hadde ulike målgruppe, de tre største teamene hadde psykosegruppa som målgruppe, de andre teamene hadde noe videre målgruppe. Det varierte hvor mye diskusjon det hadde vært rundt målgruppe i FACT-teamene. Flere hadde opplevd det som utfordrende at målgruppa for FACT var diffust definert, og at de hadde møtt ulike tolkninger og ulike holdninger til hvem som var målgruppe i FACT. Det ble sagt at det var en fordel med ACT, at målgruppa var tydeligere definert der.

Noen mente at det var utfordrende og tidkrevende med en bred målgruppe, fordi det krevde ulike arbeidsmåter og metodikker. Det kom fram ulike perspektiver og ulike erfaringer på hvordan FACT-teamet jobba med brukere med personlighetsproblematikk. Noen team hadde en høy andel brukere i teamet med personlighetsproblematikk, og de mente de jobba bra med brukergruppa, mens andre mente det var en gruppe som nyttiggjorde seg FACT-oppfølging i mindre grad. En uttalte at det var problematisk i en startperiode, men *«i et godt fungerende FACT-team med bred kunnskap, hører personlighetsforstyrrelser hjemme»*.

Ansatte i flere FACT-team opplevde at det var uenighet om målgruppe lokalt, og at det fra kommunens side kunne være misnøye med at FACT-teamene hadde en snever målgruppe. I noen team opplevde de ansatte at kommunen var fornøyd med at teamet hadde gått såpass bredt ut som det hadde gjort. Under følger noen sitater fra målgruppediskusjonene:

«Kommunen sier de fikser psykosepasientene, de har utfordringer med de uhåndterlige, de med personlighetsforstyrrelser».

«Andre målgrupper (enn psykosegruppa) nyttiggjør seg FACT-oppfølging i mindre grad».

«Vi tenker at vi skal ha den mest sårbare gruppa, hvor det er behov for samhandling. Kommunen er opptatt av manglende oppmøtekompetanse (...) Det skal være et behandlingspotensial, men det er ikke noe å behandle, - og det er forventet at vi skal gå inn å ta ansvar, - der er det en konflikt.»

12.2 FACT-teamenes samarbeid med kommune og spesialisthelsetjeneste

FACT-teamene i Norge er basert på samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste, og teamenes samarbeid med andre tjenester var et vesentlig tema i fokusgruppeintervjuene.

Kommunene leverer ofte tjenester til FACT-teamenes brukere, og samarbeidet mellom FACT-team og kommune foregår på ulike måter. Alle team rapporterte om at de i større eller mindre grad hadde møter med den kommunal rus- og psykiatritjenesten for koordinering av tjenester. Det var både formelle og uformelle møter, fra overordna planlegging og koordinering til uformell daglig kontakt, hvor ansatte «stakk innom for en prat». Det gjaldt ressursbruk og mål og tiltak både på system og pasientnivå. Flere team hadde faste møter med psykiatritjenesten hver uke om felles pasienter, hvor det var gitt samtykke om deling av informasjon. Noen team inngikk samarbeidsavtaler med kommunale tjenester om enkeltpasienter, det kunne for eksempel omhandle medisiner, hvor FACT-teamet hadde ansvar for foreskriving, og kommunen stod helt eller delvis for utlevering. Ett team hadde egen ansatt med ansvar for koordinering til de kommunale tjenestene.

Teamansatte opplevde i stor grad at teamet var «tett på» kommunen, og fokusgruppeintervjuene ga et inntrykk av at de teamansatte erfarte et godt samarbeid med de kommunale tjenestene i det daglige arbeidet. Det ble ofte uttrykt at tjenester fra FACT-teamet og tjenester fra kommunen måtte ses i sammenheng.

Samarbeidet krevde koordinering, omfanget av koordinering med de kommunale tjenestene varierte, og da også tid brukt til koordinering. I ett team hvor brobyggerfunksjonen var sentral og målet var å etablere brukerne i det eksisterende hjelpeapparatet, var koordineringsarbeid omfattende. Der ble det uttalt at noen oppgaver hadde tatt mindre tid om teamet hadde utført dem sjøl. Følgende ble sagt om medisiner, som var en oppgave teamet ikke utførte: «*Vi ville bruke halve tida på å gjøre det sjøl, opp mot tida vi bruker på samarbeid med andre.*»

I et team med sterk organisatorisk forankring i spesialisthelsetjenesten, ble det lagt vekt på at de hadde sitt lovverk å operere ut fra og kommunen hadde sitt, og de hadde heller ikke innsyn i hverandres journaler. Samarbeid med kommunen var deres mandat, det krevde koordinering å få tjenestene til å henge sammen, og det ble en ulempe at det ble mange personer å forholde seg til for pasientene.

Teamansatte ga uttrykk for at de i stor grad hadde oversikt over tjenestene brukerne fikk fra kommunen og fra teamet. Det kom fram en ansvars- og rollefordeling mellom teamet og kommunale tjenester, hvor FACT-teamet hadde ansvar og var førende part i koordineringen av tjenestene. Sitatene under gir uttrykk for hvordan rolle- og ansvarfordelingen mellom FACT-team og kommune ble oppfatta i noen team:

«Når det blir utfordrende for teamet å være mange på ofte, legges det opp til tettere samarbeid med enkeltpersoner i kommunaltjenesten.»

«Det er vi som har totalansvaret med kommunen som en medhjelper.»

«... se tjenester fra FACT-teamet i sammenheng med tjenestene fra kommunen, men vi kan ikke pålegge psykiatritjenesten, selv om vi ønsker at de skal være mer på».

I ett team som samarbeida med flere kommuner, opplevde de at det var ulikheter i samarbeidet mellom kommunene de samarbeidet med. I et av teamene ble det framheva at teamet hadde en veilederrolle til de kommunale tjenester; *«Veiledningsrolle på individnivå for noen brukere, på systemnivå for noen kommuner».*

I flere team var det et tydelig ønske om bedre forankring av FACT i spesialisthelsetjenesten, noen steder gjaldt det sengeposter, andre steder distriktpsykiatrisk senter eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling. I team med sterk kommunal forankring og svak DPS-forankring savna ansatte ofte en sterkere involvering fra spesialisthelsetjenesten, og de så det som en hindring for å få til en helhetlig behandlingstjeneste.

Teamansatte hadde ulike erfaringer med samarbeid rundt innleggelses i psykisk helsevern. I noen team ble det uttrykt ønske om bedre samarbeid ved innleggelses, og det var erfaring med at det var vanskelig å få innleggelses for noen av brukerne. *«Det er problemer med innleggelses. Systemet er vanskelig. Brukerne våre er kasterboller i systemet».* Det ble også sagt fra noen at det var dårlig kommunikasjon rundt innleggelses, spesielt når de skjedde i helgene. I andre team ble det lagt vekt på positive samarbeidserfaringer rundt innleggelses, og det å få til god oppfølging rundt innleggelses, ble nevnt som noe de ansatte var fornøyd med å få til som FACT-team. *«Vi sikrer at når pasienten blir skrevet ut fra spesialisthelsetjenesten så følger vi hele veien (...) Vi er der og lager tverretattlig team som skal gjøre ting sammen. Vi har ansvar før, etter og under utskrivning. Det kommer det veldig mye god tilbakemelding på.»*

Få team samarbeidet mye med tverrfaglig spesialisert rusbehandling, men det kom fram tydelige ønsker om mer samarbeid for å kunne gi bedre rusbehandling, som i sitatene under: *«Teamet prøver ofte å behandle begge deler på best mulig måte. Veldig ofte så er det skadereduserende tiltak. Vi skulle prøvd å bli flinkere til å fange opp når er de klar for mer enn bare skadereduserende tiltak (...) Det er ikke alltid pasientene klarer å sutle seg til å komme seg til akkurat det møtet. Men hvis vi henter de, kjører de og følger de opp heisen, så kommer de jo seg til møtet. Vi blir en viktig brikke for at avdeling for TSB skal få et treff.»*

Flere uttalelser kan knyttes til ulike kulturer i de kommunale tjenestene og spesialisthelsetjenesten. Det ble sagt at FACT-teamet utfordret et rangeregime, og fra mange ble det vektlagt at det var viktig med likeverd i samarbeidet mellom de kommunale tjenestene og spesialisthelsetjenesten, noe sitatet under er et eksempel på: *«Det er ikke slik at spesialisthelsetjenesten definerer en sannhet, og så skal kommunehelsetjenesten følge den sannheten som blir definert» (...) At fokuset ikke skal ligge på «døgn», men at «døgn» skal være en bit av en helhetlig behandling. At ikke den store sannheten skal defineres på «døgn».*

Et team med sterk forankring i spesialisthelsetjenesten refererte til at FACT-teamets arbeidsmetoder hadde skapt utfordringer i samarbeidsrelasjonen til en konservativ og tradisjonell spesialisthelsetjeneste, hvor det var motstand mot endring og nye måter å gjøre ting på. Recoveryfokus ble presentert som eksempel på et utfordrende og nytt perspektiv for spesialisthelsetjenesten, som skapte motstand. «*Det er en perspektivforskjell, i et system som er prega av en biologisk-medisinsk tradisjon. Jeg tror det er en endring som det er på høg tid kommer (...)*»

Endring og nye måter å gjøre ting på medfører vanligvis skepsis, noe som også kom til uttrykk fra begge nivåene i samarbeidsrelasjonene, for eksempel fra et team som hadde erfart involvering fra DPS, «*de har ikke villet godta at vi er en egen enhet*». Noen hadde fått høre fra ansatte i kommunen: «*Kommer dere her og skal gjøre vår jobb?*».

Flere ansatte tok opp at samhandlingen var krevende, og at det var mye unødvendig og utfordrende arbeid for teamet å koordinere tjenester, for å få mest mulig helhet for brukerne. En ansatt uttrykte at det krevdes mye diplomati for å oppnå gode samarbeidsforhold, og at det kunne bli mer forhandling enn samhandling. Ulike faktorer ble brukt som forklaring på eventuelle samhandlingsproblemer med sykehus og kommune: kommunikasjonsproblemer, holdninger, ressurser, budsjetter og lovverk. En generell utfordring rundt samarbeid var at modellen ikke var implementert i instansene teamet skulle samarbeide med. «*Det som er problemet for et FACT-team når man møter de instanser man skal samhandle med, er at de gir jo blanke i modellen ... De er ikke opptatt av FACT-modellen!*»

I fokusgruppeintervjuene kom det ulike uttalelser som kan belyse spørsmålet om koordinering av tjenester mellom ulike instanser sett opp mot om tjenestene blir integrerte og helhetlige. Det er verd å merke seg at teamansatte mente at FACT-teamet i stor grad hadde oversikt over hva brukerne fikk av tjenester, selv om de ikke var til stede sammen med de andre tjenestene. Flere ga uttrykk for at brukerne ikke nødvendigvis skilte mellom hvem som var ansatt i teamet, og hvem som var ansatt i kommunen. Samtidighet ble sagt å være en forutsetning for helhetlige tjenester, og noe som var vanskelig. Hovedinntrykket fra fokusgruppeintervjuene er at teamene gjør en stor og tidkrevende innsats med koordinering for å oppnå helhetlige tjenester, og de mener de lykkes til en viss grad, og erfarer at tjenestene er klart mer helhetlig enn tidligere. Sitatene under er relevante for vurderinger av om tjenestene er helhetlig:

«*Teamet koordinerer, men det er ikke nødvendigvis teamet som fysisk møter pasientene.*»

«*Det er mindre mitt og ditt bord enn tidligere.*»

«*Vi har fått en del ordninger og avtaler på plass med psykiatritjenesten, forhåpentligvis ivaretas pasienten på en god måte og at det er en helhet i det.*»

«Mange pasienter kan ikke forskjellen mellom oss og dem (kommunen)».

«Ikke sikkert pasienten skjønner hvem som gjør hva.»

Ulike lovverk, journal- og kommunikasjonssystemer ble presentert som hindringer for å få til helhetlige tjenester til brukerne. Et overordna synspunkt som flere ga uttrykk for, var at tjenestesystemet ikke var tilpassa mandatet FACT-teamet har. Det ble påpekt at FACT-modellen ikke sier noe om hvordan teamet skal legges til rette for samhandling, og at det blir opp til det enkelte teamet å finne sin form på samhandling. Sitatet under sier noe om dette:

«FACT er i utgangspunktet ikke en samhandlingsmodell. FACT er jo en tjenestemodell som er laget for et system som ikke har noe stort behov for samhandling fordi samme teamet leverer alt. Men så skal vi lage det til en samhandlingsmodell i Norge, og det er jo ikke modellen designet for. Vi har laget vårt eget system for samhandling her, og så har vi mye å gå på der og så må vi gjøre endringer i tjenestene sannsynligvis. Så da handler det om å lage en norsk modell for det, og da trenger vi hjelp (...) Samhandling det må vi ha. Jeg synes ikke modellen hjelper oss til en bedre samhandling, og det er en utfordring å få til en god samhandling og få modellen til å virke i et system der man er avhengig av god samhandling. Samhandlingen må vi lage sjøl, – modellen hjelper oss ikke til det.»

12.3 Synspunkter på nederlandsk modell i Norge

Det var stor enighet om at den nederlandske FACT-modellen kunne brukes i Norge, men teamansatte hadde flere synspunkter på ulikheter mellom Norge og Nederland som påvirka hvordan modellen ble tatt i bruk i Norge. Det som i første rekke ble framheva, var det todelte tjenestesystemet i Norge, som gjør at «vi må se på summen av tjenester fra begge nivåer». Implementering av FACT krever samhandling mellom ulike instanser og ulike nivåer uten at modellen tar opp samhandling. Sitatene under sier noe om det:

«De (Nederland) har ikke helsetjenester i kommunen, og det er mye frivillighet.»

«Modellens krav om kontaktfrekvens er basert på nederlandsk situasjon hvor alternativene er fastlege eller ingenting. I Norge må man summere opp det totale tjenestetilbudet, - hvor mange treff det er fra det totale hjelpeapparatet i løpet av en uke.»

«Modellen er ikke tilpassa måten en tenker helsetjeneste på i Norge. Det er mismatch i forhold til hva man forventer av produksjonskrav som antall pasienter, antall konsultasjoner osv., som gjør det vanskelig å møte modellkrav.»

En annen ting som ble vektlagt, var at FACT er det primære tilbudet til pasienter med alvorlig psykisk lidelse i Nederland, mens Norge har ulike tjenester til samme pasientgruppa, hvor de mest stabile går til poliklinikkene, og det gjør at man får ulik målgruppe i Norge og Nederland. Sitatet under sier noe om ønske om FACT som det primære tilbudet også i Norge: «Det er en drøm å få de ut

av poliklinikkene. Livskvaliteten øker når en kan møte de ute, - de burde piskes til å gjøre ting ute, men å bli et alternativ til poliklinikk-tilbudet, er en svær jobb.»

FACT-modellens krav om teamets påvirkning på behandling mens brukere er inneliggende, ble sagt å være vanskelig å få til på den måten det gjøres i Nederland. Kravet om rehabiliteringsspesialist ble også opplevd som et fremmed krav. Sitatene under viser til andre forhold som også ble påpekt som særegne nederlandske satt opp mot norsk praksis:

«Toleranse for forkommenhet er betydelig høyere i Nederland enn den er i Norge. Vi ønsker ikke nederlandsk utvikling.»

«Monitorering i NL gjøres for forsikringsselskapene.»

12.4 Generelle synspunkter på FACT-modellen

De ansatte hadde en generell positiv holdning til FACT. De uttrykte at brukergruppa fikk en bedre oppfølging i FACT, og de la vekt på at modellen hadde verktøy som skapte god struktur for arbeidet og ga mer fokusert og målretta behandling. Det var egenskaper ved FACT-modellen som ble nevnt i mange av intervjuene, og framstod som spesielt viktige fra de teamansattes ståsted. Den teambaserte tilnærmingen og tverrfagligheten ble spesielt vektlagt i intervjuene. Det ble vurdert til å styrke fagligheten og redusere sårbarheten i behandlingen. Samarbeidet internt i teamet, og at de sammen satte felles mål, gjorde at teamet jobba i samme retning, samtidig som det bidro til samhold mellom de ansatte. FACT-teamenes tilgjengelighet og brukerorientering ble tillagt stor betydning, det samme gjorde fleksibiliteten og bredden i tjenestene. Teamene nådde pasienter som hjelpeapparatet i liten grad hadde nådd tidligere, og teamet tok tak i ting som i andre instanser ville blitt definert bort. Dette ble sagt å bidra til en mer helhetlig tjeneste og et bedre tilbud til brukerne. FACT-modellens oppsøkende jobbing ble framheva som viktig, fordi det bidro til bedre innsikt og bedre relasjon til brukerne, enn hva de ansatte hadde opplevd i de ordinære tjenester. Langsiktighet og kontinuitet i behandlingen ble vektlagt av svært mange. At teamene fulgte opp brukere over lang tid, ble sagt å skape trygghet hos brukerne. At de ansatte ble godt kjent med brukerne, gjorde at de raskt så når noe ikke var som det skulle, og det ble nødvendig med mer intensiv oppfølging. Sammenlignet med ACT, ble fleksibiliteten i oppfølgingen mellom intensiv og mindre intensiv oppfølging vektlagt som positivt: *«... mange ACT-pasienter som ble stabilisert og skrevet ut, det gikk ikke bra lenge - fleksibilitet i oppfølgingen i FACT er viktig».*

Under følger noen sitater som viser positive synspunkter og positive erfaringer fra arbeidet med FACT-modellen:

«Vi gir den hjelpa de trenger. Vi hjelper med det som trengs, er fleksible og løsningsorienterte.»

«Jeg liker modellen fordi det er vi som tilpasser oss pasienten, og ikke pasienten som tilpasser seg systemet.»

«Jeg er fornøyd med at vi er mange sammen med flere forskjellige roller, hvor vi kan hjelpe hverandre. Vi er ikke alene, og vi har klar struktur og jobber på flere områder. Jeg opplever også tryggheten hos pasientene, for vi har dem over så lang tid at de blir trygge på oss.

«Det sitter i ryggraden å jobbe oppsøkende. Vi er flinke til å treffe pasientene, vi treffer de ofte, og jeg føler de får god hjelp. Vi får gode tilbakemeldinger.»

Av generelle utfordringer med FACT-modellen var det mange som hadde opplevd det som utfordrende at FACT ble definert og forstått så ulikt, og at de ble møtte av store, og til dels urealistiske forventninger. Sitatet under tar opp urealistiske forventninger som en utfordring: *«Det stilles store krav til oss og store forventninger om hva vi kan tilby av tjenester, som overstiger det som er helt realistisk, – man tror at det bare er å henvise til oss, og at vi får til hva som helst!»*

Mangel på praktiske løsninger ble opplevd som hindringer i arbeidet, det gjaldt for eksempel mangel på biler, gode ikt-løsninger og muligheter til dokumentasjon utenfor kontoret i det oppsøkende arbeidet. I tillegg kom utfordringer knytta til to forvaltningsnivåer og to lovverk som ble tatt opp i avsnittet om samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste.

Med utgangspunkt i teamenes lave skåringer i fidelityvurderingene, var det noen forhold det var utbredt ønske om å forbedre, mens andre forhold ble vurdert som mindre viktig å endre. Behandlingsplaner og kriseplaner kom hyppig opp som noe de teamansatte gjerne ville forbedre, mens det var mindre interesse for endring av krisetjenester og monitorering.

12.5 Oppsummering

Det var en positiv holdning til FACT-modellen blant de teamansatte, og de opplevde at teamene ga et godt tilbud til brukerne. Hovedinntrykket er at de ansatte la vekt på at modellen ga en struktur på arbeidet som ga målretta og faglig god behandling. Flere faktorer ved modellen ble spesielt framheva som viktig for å gi god oppfølging av brukerne. Det å jobbe oppsøkende og langsiktig, ble framheva som viktig. Det samme ble teamenes tilgjengelighet, fleksibilitet og bredde i tjenestetilbudet til brukerne. Teamarbeidet og tverrfaglighet var det som oftest ble nevnt som det de ansatte satte mest pris på ved FACT.

Etter gjennomføring av fidelityvurderingene var det et omfattende ønske blant teamansatte om å gjøre endring i behandlingsplanene som teamene brukte. Det var også et uttrykt ønske om å bli bedre til å utnytte hverandres spisskompetanse i arbeidet i teamet, og få full dekning av alle FACT-spesialistene i teamet. Kontaktfrekvens og teamtilnærming for brukere med intensiv oppfølging, var ikke godt nok implementert i teamene. Et typisk svar på dette var at det var nødvendig å se tjenestene brukerne fikk fra kommunen i sammenheng med tjenestene fra teamet, og at summen av tjenester da ble tilstrekkelig. Brukerne i FACT-teamene fikk tjenester fra ulike instanser, men teamansatte mente i stor grad at de hadde oversikt over hva brukerne mottok av tjenester. Andre

deler av FACT-modellen som var lite implementert, og som det var mindre ønske om å forbedre, var FACT-modellens krav om monitorering.

Teamansatte opplevde klart at den nederlandske FACT-modellen fungerte i Norge selv om de påpekte vesentlige forskjeller mellom de to landene, som påvirka praksis i teamene. Dette var først og fremst knytta til det todelt tjenestesystemet som krevde samhandling mellom ulike instanser, uten at modellen tok opp samhandling. Teamansatte rapporterte i stor grad om godt samarbeid med de kommunale tjenestene. Det ble imidlertid rapportert om et tidkrevende og til dels utfordrende koordineringsarbeid for å få mest mulig helhet i tjenestene. Utfordringer i samhandlingen kunne knyttes til strukturelle forhold som lovverk, journal- og kommunikasjonssystemer, siden tjenestesystemet er lite tilpassa FACT-teamenes mandat, men det var også erfaringer med utfordringer knytta til ulikheter i ressurser, verdier og kultur.

Erfaringer fra teamansatte

- Brukergruppa får en bedre oppfølging i FACT.
- 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.
- Tilgjengelighet, brukerorientering, kontinuitet, fleksibilitet, oppsøkende virksomhet og bredde i tjenestene, vektlegges som viktig.
- Tjenester fra FACT-team og kommune må ses i sammenheng.
- FACT-teamene har i stor grad oversikt over tjenestene brukerne får.
- Samhandling og koordinering er tidkrevende og utfordrende.
- Tjenestesystemet er lite tilpassa FACT-teamenes mandat og gir strukturelle utfordringer knytta til lovverk, journal- og kommunikasjonssystemer.

13. Erfaringer fra samarbeidspartnere

Dette kapitlet presenterer resultater fra fokusgruppeintervju med sentrale samarbeidspartnere i kommunen/bydelen og spesialisthelsetjenesten i seks FACT-team. 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. Kapittel 2.3.10 beskriver innsamling og analyse av intervjuene.

13.1 FACT-teamet i skjæringsfeltet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten

FACT-teamene skal være en forpliktende samhandling mellom kommune/bydel og spesialisthelsetjenesten. I gruppeintervjuene kom det fram at FACT-teamene har oppstått fordi det har vært et behov for å få til et bedre samarbeid og en bedre samhandling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten rundt den aktuelle brukergruppa. Samarbeidspartnere fra ett team uttalte at «psykiatrien» har vært lang unna, og at de har hatt et ulikt syn på hva som er behandling. De opplevde at de ofte ser ulikt på hva som er behovet i brukergruppa, noe som har vanskeliggjort samhandlingen. En av informantene sa det slik: *«Kommunen sitter ikke med makta, det er spesialisthelsetjenesten»*. Samarbeidspartnere ved et annet team uttalte det på en annen måte med at det er manglende overganger mellom de ulike tjenestene, og at FACT-teamet har en viktig rolle for å sikre disse overgangene. Det er mange tjenester, brukerne trenger tjenester fra mange, og det er behov for koordinering. Flere av informantene opplevde at FACT-teamet har kommet inn som en brobygger mellom to ulike systemer og kulturer. På den måten har FACT-teamet blitt et bindeledd mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Som en av informantene sa; *«Teamet beveger seg mellom instanser og nivåer. Teamet forsøker å være en oversetter. Pasienter og pårørende har krav og ønsker som skal manøvreres sammen med tjenestene»*.

Det blir også sagt at teamet er stayere opp mot systemet, ikke bare pasientene. Det er mange instanser å forholde seg til for FACT-teamet, slik det er for brukerne. Samarbeidspartnerne framhevet at med FACT er det ett team som møter brukeren, og ikke ulike enkeltpersoner i ulike systemer som skal gi oppfølging og behandling. At FACT-teamet i tillegg er oppsøkende vektlegges av flere. Noen av informantene sa det slik: *«Brukerne får tjenester fordi det gir resultater å flytte tjenestene ut. Det gir resultater i seg selv»*. *«Som bruker vet du ikke hva som er kommune, fylke og spesialisthelsetjeneste. Det er bare flaks eller uflaks om en havner på rett kontor. Du skal bare ha hjelp og du får den hjelpa du trenger fra én sammensatt tjeneste. Det er det som hjelper»*.

Overgangene mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester ble opplevd som sårbare, og flere av samarbeidspartnerne uttalte at disse overgangene fungerte bedre etter at FACT-teamet ble etablert. Flere samarbeidspartnere fra kommunen sa at FACT-teamet er veien inn i spesialisthelsetjenesten, og at denne veien er kortere enn før. Noen samarbeidspartnere fra kommunen vektla at FACT-teamet har pasientrettigheter, og at de har myndighet til å legge inn

brukeren ved behov. De slipper å gå om fastlegen. Samarbeidspartnere fra spesialisthelsetjenesten formidlet at FACT-teamet var en forlenget arm ut til de kommunale tjenestene. Det gjaldt særlig for pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern utenfor døgn, og pasienter med lange opphold i psykisk helsevern. «*Det var tidligere vanskelig for sikkerhetsposten å få pasientene tilbake til kommunen*». Samarbeidet med FACT-teamet i slike overganger ble sett på som svært viktig for at pasienten skulle få et godt tilbud og oppfølging ute i kommunen. En av samarbeidspartnerne sa det slik; «*Teamet koordinerer og sørger for kommunal oppfølging*». Det ble påpekt at FACT-teamet sørger for og gir et tilbud til pasienter etter utskrivelse, og at teamet ikke gir seg. «*Vi får tilbakemelding fra teamet om hvordan det går med pasientene etter utskrivelse (samarbeidsmøter). Veldig viktig funksjon*». Det ble nevnt av flere at det er forventninger til at pakkeforløpene også skal bidra til mer sømløse overganger mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen.

De fleste samarbeidspartnerne både fra kommunen og spesialisthelsetjenesten opplevde at FACT-teamet er tilgjengelig og fleksibelt, og at det har styrket samhandlingen mellom de to nivåene.

13.2 Erfaringer med organisering av FACT-teamet

FACT-teamene er ulikt organisert. Noen av teamene hadde i hovedsak ansatte fra spesialisthelsetjenesten, mens i andre team var det stort sett ansatte fra kommunen (se kapittel 3 for mer informasjon). I og med at organiseringen er ulik vil også erfaringene som kommer fram i fokusgruppeintervjuene være ulike.

For FACT-team som var forankret i spesialisthelsetjenesten og der kommunen var lite inne i teamet med ressurser i form av ansatte eller økonomiske midler, var det utarbeidet forpliktende samarbeidsavtaler mellom teamet og kommunen(e). Samarbeidspartnerne fra ett team begrunnet dette valget med at kommunene er små og sårbare både kompetansemessig og økonomisk. De har få ansatte, og det er en risiko å gjøre seg avhengig av kommunens økonomi ved etablering av et FACT-team. De opplevde at FACT-teamet blir en overgripende enhet som bringer spesialisthelsetjenesten nærmere kommunen og brukeren. De la vekt på viktigheten av at FACT-teamet har ansatte med erfaring fra kommunen, og at teamet på den måten har en fot i begge leire. De ansatte ser og vet hvilken hverdag kommunen har. «*FACT ser utfordringene kommunen står overfor. Det gjør ikke sykehuset*». Det ble også nevnt at ansatte med kommunal erfaring har kontakter og et nettverk i kommunen. Samarbeidspartnerne var opptatt av at det er ett team som skal gi tjenester, og at det er spesielt viktig for brukere som bor langt unna mange av tjenestene. Da blir FACT et mellomledd som blir ekstra viktig. Samarbeidspartnerne fra kommunen opplevde at kommunene og FACT-teamet samarbeidet godt rundt den enkelte bruker, og de ble enige om hvem som gjør hva. «*Det varierer hvem som har ansvaret for medisiner, enten teamet eller fastlegen. FACT har ansvaret for de psykiatriske medisinene, mens fastlegen for de somatiske. For kommuner som er langt vekke, er vi avhengige av samarbeid når det gjelder administrering av medisiner. Uansett har FACT et koordinerende ansvar. Ulike journalsystemer er en stor utfordring*». Samarbeidspartnerne fra kommunene sa også at de ikke står alene med pasienten, slik de gjorde før FACT-teamet kom. Det er kortere vei inn til spesialisthelsetjenesten, de opplever at de har tilgjengelighet til

kompetansen i FACT-teamet, og at de står lettere i tyngre og vanskelige saker. En av informantene uttalte: *Kan søke kompetanse fra teamet, og det kjennes trygt*. De framhevet også at det er bra med et team som kommer utenfra. *«Det er små forhold i kommunen, og da kan FACT ta over»*. Fra spesialisthelsetjenesten fortalte de at det tidligere var vanskelig å få pasientene tilbake til kommunen. De opplevde at det har blitt mer oversiktlig og overkommelig etter at FACT-teamet ble opprettet. *«Det er lettere å ta kontakt når vi vet hvem det er»*. *«De er tilgjengelige, og vi kjenner dem»*. De vektla også at FACT kjenner bedre til kommunen enn det de selv gjør.

I et annet FACT-team som i all hovedsak var forankret i spesialisthelsetjenesten uttalte noen av samarbeidspartnerne at det fortsatt er uklart hvordan FACT er organisert, og hvilke oppgaver som er lagt til teamet. *«Vi står ikke alene om pasienten etter at FACT kom. Opplever ofte at det er sømløst. Men det er uklart hvem som skal gjøre hva og når. Det er opp til den enkelte. Ikke satt i system»*. De opplevde at det er uklart hvem som skal ha ansvaret for brukeren, og hvem som skal gjøre hvilke oppgaver. For de bydelene/kommunene som har hatt mye kontakt med FACT-teamet, ble det sagt at de ikke står alene om pasientene lenger. *«Vi klarer å stå bedre i det ved at FACT er der»*. *«Vi har færre bekymringsmeldinger etter FACT. Færre dårligere pasienter som ingen følger opp»*. De kan melde inn saker, og de opplevde at det er kort avstand til teamet, og at de har tilgjengelighet til kompetansen i teamet. Samarbeidspartnere fra spesialisthelsetjenesten sa at med FACT-teamet følges pasientene tettere opp, både før, under og etter innleggelse. De mente at pasientene kommer raskere inn til døgnbehandling; de følges tettere opp av teamet og de slipper runden via fastlegen. De syntes at FACT-teamet med sin fleksibilitet er skreddersydd for pasientene, og at det ga færre innleggelser. En av informantene formulerte det slik; *«Vi kan alltid stole på FACT, som tar saken videre inn i kommunetjenesten. Mellomledd. Et problem at det er lang saksbehandlingstid i kommunen»*. Under intervjuet kom det fram fra flere av samarbeidspartnerne at det bør være flere kommunale ressurser inn i FACT-teamet. Noen mente også at FACT burde vært overført til kommunen, og at tre systemer er for mye, det vil si stat, kommune og FACT.

Ett av FACT-teamene hadde en sterk kommunal forankring, med lite ressurser fra spesialisthelsetjenesten. Under intervjuet med samarbeidspartnere kom det fram at spesialisthelsetjenesten har vært for lite inne i teamet, og de etterspør en bedre samordning. Dette gjelder særlig overganger til innleggelser i psykisk helsevern. De kommunale samarbeidspartnerne etterspør en praktisk og administrativ dialog, og at spesialisthelsetjenesten bidrar inn i teamet. *«Det går greit å organisere ut fra kommunen, men det er et samhandlingsteam, – og vi trenger tjenester fra spesialist»*. Noen mente at det ville vært bedre å være organisert under DPS fordi veien til spesialisthelsetjenestene ville vært kortere. Teamet kunne fortsatt ivaretatt de kommunale tjenestene. Samarbeidspartnere fra kommunen opplevde likevel en avlastning fra FACT-teamet. *«De er ikke innom oss lenger. De slipper å komme til oss. Sånn som en leverer tjenesten, flytter de ut – det gir bedre resultater i seg selv»*. *«De som er i FACT hører vi ikke mer om. Det er en trygghet»*. De sa at FACT trygger de andre tjenestene ved at brukerne blir ivaretatt.

Ett av FACT-teamene var organisatorisk forankret i DPS og med ansatte fra både DPS og flere kommuner. Kommunene har gått inn med ressurser ut fra befolkningsstørrelsen på kommunen. Et sentralt tema i intervjuet med samarbeidspartnerne var at de opplevde det som utfordrende å skulle samhandle, og at de små kommunene brukte uforholdsmessig mye ressurser inn i FACT-teamet. Noen av samarbeidspartnerne mente det var en tung organisering, og de var usikre på om det var den beste måten å samhandle på. De opplevde at det var uklart hvem som var eiere av teamet, og hva som var ansvars- og rollefordelingen mellom kommunene, DPS og teamet. En av informantene sa det slik; «*Hvem har ansvaret til sjuende og sist?*». Fra en av de mindre kommunene hadde de satt inn mye ressurser i FACT-teamet uten at de opplevde at de hadde fått så mye igjen for det. Det var uenighet om målgruppe, og de fikk ikke inn i teamet personer de mente tilhørte målgruppa for FACT. De mente det ble lagt for mye vekt på psykiatrisk diagnose som inklusjonskriterie, og at også andre brukergrupper kunne ha nytte av FACT. De uttalte at FACT-teamet burde lyttet mer til behovene i kommunen. Et annet tema som ble løftet fram av flere var hvor mange systemer og tjenester det skal være, og at FACT kommer utenpå alle. Flere samarbeidspartnere fra kommunene sa at de har hatt brukerne i mange år, de kjenner dem godt, og det vil alltid være et behov for at kommunen er inne med tjenester. En av samarbeidspartnerne fra kommunene mente at brukerne fikk et like bra tilbud før FACT-teamet kom. De hadde en avtale med allmennpsykiatrisk poliklinikk, og konkrete avtaler om at psykiater reiste ut til brukeren. Organisatorisk var det en enklere måte å få spesialisthelsetjenesten ut i kommunen på. Det ble tatt opp at geografisk nærhet til teamet var viktig for å få til en god samhandling og et godt samarbeid. Det ble også påpekt at det positive med FACT var at spesialistene er ute der brukeren oppholder seg, og ute i kommunen. Tilgangen til spesialister opplevdes som bedre med FACT-teamet. Flere av samarbeidspartnerne fra kommunene sa de hadde lært mye av FACT-teamet. Det ble også framhevet som positivt at FACT-teamet jobber utadrettet og oppsøkende, og at de får tilført kompetanse fra teamet.

I ett av FACT-teamene som var organisert med ansatte fra både kommunen og spesialisthelsetjenesten uttaler samarbeidspartnerne at det er en fordel med todelingen da en kan ha kort vei både til kommunen og spesialisthelsetjenesten. «*Kommunikasjonskanalene er gode. Det er kort veg og da samarbeider en bedre*». De påpekte at FACT-teamet er en hybrid der både kommunen og spesialisthelsetjenesten er inne på hverandres arenaer. De kan fange opp pasientene før de blir for dårlige og må legges inn på tvang. Flere av informantene framhevet at teamet oppleves som ett team, ikke som spesialisthelsetjeneste eller kommune. Fra kommunen ble det sagt at de får tilgang til pasientrettigheter via FACT-teamet. Det ble også nevnt at det er en uklar rolle- og ansvarsfordelingen mellom FACT-teamet og andre instanser i kommunen. Det er mange tjenester for målgruppa, det er ofte endringer i tjenestene, noe som er spesielt utfordrende for FACT-teamet. Hvilke forventninger de ulike instansene skal ha til hverandre var et spørsmål som ble reist.

13.3 Hvilken målgruppe skal FACT-teamet inkludere?

Spørsmålet om målgruppe og hvem som inkluderes i FACT-teamet, var et sentralt tema i samtlige fokusgrupper, uavhengig av hvilken målgruppe teamene hadde inkludert. Flere av informantene

uttrykte at FACT-teamet inkluderer en for avgrenset målgruppe, og at også andre målgrupper kan ha nytte av en slik tilnærming. Det gjaldt personer med lavt funksjonsnivå, med store og sammensatte problemer, og med andre psykiske lidelser enn psykoselidelse. Personer med rus- og atferdsproblematikk ble nevnt som ei gruppe som bør ivaretas, og at FACT bør tilpasses og inkludere denne gruppa. Flere ønsket FACT-team uavhengig av hvilken diagnose personen har, og at personer som ikke kan møte opp til avtaler, som ikke nås av de ordinære tjenestene og som faller utenfor det meste, også bør ivaretas av FACT-teamet. Mange samarbeidspartnere sa at spørsmålet om målgruppe har vært en diskusjon helt fra oppstart av teamet. I de store FACT-teamene som i all hovedsak har inkludert personer med psykoselidelse, ble det uttalt fra samarbeidspartnere både i bydelene og fra spesialisthelsetjenesten at målgruppa bør utvides. *«Det er vanskelig å skjønne hvorfor noen pasienter blir tatt inn, mens andre ikke blir det. Det har skapt frustrasjon». Veien inn i FACT kan være kronglete, men når de først har kommet inn, får de god hjelp»*. Det ble sagt at det er langt flere personer i kommunen/bydelen som har behov for oppsøkende tjenester enn de som får tilbud om behandling og oppfølging fra FACT-teamet. En av informantene sa det slik: *«Vi har fremdeles veldig mange med ROP som går rundt i byen uten hjelp»*. Det ble også nevnt av en samarbeidspartner at FACT-teamet ikke klarer å rekruttere personer med psykose som lever i sterkt belastede kriminelle miljøer, og som ikke ønsker hjelp fra noen. De er en liten gruppe som er vanskelige å nå, og som fortsatt ikke ivaretas godt nok av verken FACT-teamet eller andre tjenester. Samarbeidspartnere i et annet FACT-team opplevde at teamet ikke nådde de sykeste som ikke ønsket hjelp. *«De er aktivt oppsøkende, men når bruker avviser, er kortstokken til teamet brukt opp»*.

I FACT-team i mindre tett befolkede områder er målgruppa ofte bredere definert. Flere av samarbeidspartnerne sa at diskusjonen om målgruppe har gått seg til. FACT-teamene inkluderer også personer med mindre alvorlige psykiske lidelser, ofte rusproblemer og med et lavt funksjonsnivå. Samarbeidspartnere fra kommunene opplevde i all hovedsak at personer de har slitt med å gi et godt nok tilbud, blir ivaretatt av FACT-teamet. Noen av samarbeidspartnerne nevnte at FACT også burde gi et tilbud til unge personer med psykiske helseutfordringer med store og sammensatte problemer, og som ikke nås godt nok av de ordinære tjenestene. *«Det er mange som kunne profitert mye på FACT i denne gruppa, – kunne sett resultater tidligere»*.

13.4 Er FACT-team et godt tilbud til målgruppa?

I fokusgruppeintervjuene ble det framhevet at FACT-teamene møtte brukeren der han eller hun er. Det at teamene arbeider aktivt oppsøkende ble vektlagt av samarbeidspartnerne, og at de ikke ga seg selv om pasientene ikke ønsket kontakt. Det kom også fram at de mente de ansatte i FACT-teamene var gode med relasjoner, og at det var krevende brukere de hadde med å gjøre. Det at FACT-teamet tar tak i de dagligdagse utfordringene til brukerne, ble også nevnt som viktig og positivt. Ulike samarbeidspartnere uttrykte det slik;

«Brukerne får bedre tjenester fordi det gir resultater å flytte tjenestene ut der brukeren oppholder seg».

«Imponert over hvordan de står i det med krevende pasienter».

«Teamet tilbyr noe annet enn ordinær tjeneste, de er oppsøkende og de tilbyr praktisk hjelp».

Det er en grunnleggende holdning i teamet. De er på tilbudssida. De er oppsøkende, og tar tak i de dagligdagse hendelsene for å oppnå trygghet med pasientene. Møter bruker som den de er. Møter den enkelte hjemme, ikke på sengepost».

«Det er fortsatt mange inne fra kommunen. Individuelt hvor tett oppfølging de har».

«Viktig at det er en koordinator (FACT), at teamet er ambulansetjeneste. Tror at de pasientene som er i FACT opplever mer helhetlige tjenester. Ingen som har så mange tjenester som denne målgruppa her. Bruker mye tid på å koordinere. Vi får tilbakemelding på at pasientene opplever at de får mer oversiktlige tjenester».

Flere av informantene sa at etter at FACT-teamet startet opp, er det tettere oppfølging av brukerne, og de blir fulgt tettere opp av teamet før innleggelse. Fra både kommunen og spesialisthelsetjenesten ble det framhevet at brukerne kommer raskere inn til døgnbehandling, hvis det er behov for det, og at teamet følger opp brukeren under innleggelser. Ikke minst blir det framhevet at FACT-teamet er der når pasienten skrives ut. Tidligere var det lange ventelister og vanskelig å vite hvem en skulle prioritere inn. Etter oppstart av FACT ble det tettere oppfølging av pasientene. «Ser kjempestor forskjell at FACT er fleksible. Har lagt ned en døgnpost, og det ville aldri gått uten FACT. Tenker FACT er skreddersydd for pasientene». En annen samarbeidspartner sier; Akuttavdelingen opplever at det er mindre innleggelser på de mest krevende pasientene. Færre oppholdsdøgn, men nesten like mange innleggelser».

13.5 utfordringer med FACT-teamet

Samtlige fokusgrupper kom inn på utfordringen med **ulike journalsystemer** for ansatte i FACT-teamene. Ulike journalsystemer innad i FACT-teamet og mellom teamet og samarbeidende tjenester gir manglende innsyn i hverandres journaler, og vanskeliggjør samhandling og samarbeid.

«Utfordring at FACT bruker DIPS. Kommunens system fungerer ikke med DIPS. Det glipper mye på grunn av journalsystem og kommunikasjonen. Det er krevende og utfordrende. Kommunen får melding om innleggelse mer enn 24 timer etter. Det at FACT-team som har delt arbeidsgiveransvar må jobbe etter **ulikt lovverk** ble også tatt opp av noen av samarbeidspartnerne som en begrensning for samhandling både innad i teamet og mellom teamet og samarbeidspartnere i kommunen.

Flere av samarbeidspartnerne fra kommunen og DPS var inne på bruken eller den manglende bruken av **PLO-meldinger**. Til informasjon skal PLO-meldinger omfatte standardiserte meldingstyper utarbeidet for å sikre at tilstrekkelig og relevant informasjon følger pasient ved overføring mellom kommune, fastlege og helseforetak, og mellom aktører innad i kommunehelsetjenesten (<https://www.nhn.no>). I følge samarbeidspartnerne var det delte erfaringer med denne ordningen. Noen av samarbeidspartnerne opplevde at PLO-meldinger ved utskrivelse av pasienter hadde blitt mye bedre, og at de kom raskt ut til samarbeidende parter. Det ble gitt eksempler på situasjoner der medisineringsvar delegert ut til kommunen, og der PLO-

meldinger ble brukt som dokumentasjon, og de var tilgjengelig for teamet. De mente dette bedret samarbeidet mellom kommunen og FACT-teamet. Flere fra kommunen opplevde også at PLO-meldingene fungerte fra døgnpost til kommunen, men ikke fra poliklinikk til kommunen. Det tok for lang tid, og de mente det var en begrensning for å kunne gi mer helhetlige tjenester. Andre samarbeidspartnere fra kommunen opplevde at de ikke hadde et digitalt samarbeid med FACT-teamet. «*Det er ikke digitalt samarbeid med FACT. Bare rare e-poster med initialer. Burde hatt digital kommunikasjon med FACT slik vi har det med fastlegen*». Samarbeidspartnere i ett team påpeker at FACT-teamet ikke kan skrive PLO-melding, noe som vanskeliggjør kommunikasjonen mellom teamet og samarbeidspartnere i kommunen.

Det var ulike synspunkter og erfaringer med **FACT-teamenes åpningstider** og teamets håndtering av krisesituasjoner. I følge FACT-modellen skal et FACT-team gi et tilbud 24 timer i døgnet sju dager i uka. Ingen av FACT-teamene har døgnåpent eller utvidet åpningstid. Flere av samarbeidspartnerne mente at FACT-teamet burde hatt utvidet åpningstid; at det er mange som sliter kveld og natt, i helger og i høytider. Flere av samarbeidspartnerne uttrykte det slik;

«*Den dyreste behandlingen er døgnbehandling, så burde hatt utvidet åpningstid*».

«*Brukerorganisasjonene og de pårørende etterlyser døgnåpne tilbud. Det bør veie tungt*».

«*Døgnrytmen er sånn at en står opp når tjenesten stenger. Spørs hva slags rolle de vil ha, – vil en fange opp flere personer og ivareta akuttfunksjonene?*»

«*Legen på legevakta er ikke alltid vant til å møte denne målgruppa. Å ha et tilbud der en jobber gjennom hele døgnet er nødvendig*».

«*Forventning om åpningstid som ikke er innfridd. Stor sårbarhet når teamet ikke er tilgjengelig på kveldstid, i helger og i høytider*».

Flere av samarbeidspartnerne sa at det var andre tjenester som kunne ivareta brukeren/pasienten etter FACT-teamets åpningstid, og at FACT-teamet ikke skulle være en akutt-tjeneste. Både legevakt og andre akutt-tjenester ble nevnt. «*Teamet er ikke akutt-tjeneste. Da er det legevakt og ambulant akutt-team*». Samarbeidspartnere både fra kommunen og spesialisthelsetjenesten uttalte at etter at FACT-teamet startet opp, ble det tettere oppfølging av pasientene, og de blir fulgt tettere opp av teamet før innleggelse. Det ble framhevet at pasienten kommer raskere inn til døgnbehandling, hvis det er behov for det. Og at teamet følger opp pasienten under innleggelser. Ikke minst blir det framhevet at FACT-teamet er der når pasienten skrives ut. Tidligere var det lange ventelister og vanskelig å vite hvem en skulle prioritere inn.

Et tema som ble tatt opp i flere av fokusgruppene var behovet for **brukerstyrte senger**. Et slikt tilbud ville kunne forebygge innleggelser på tvang, og lange innleggelser. «*Burde hatt ei seng for FACT-pasienter som trenger et pusterom. De trenger det for å forebygge senere innleggelser. Noe å strekke seg mot*».

I flere av fokusgruppeintervjuene kom det fram at samarbeidspartnerne opplevde uklarhet om hvilken rolle og ansvar FACT-teamet skulle ha sett opp mot de ordinære tjenestene, særlig de kommunale. «*Hvem gjør hva i hvilke saker, og hvem har ansvaret for pasienten?*».

13.6 Er FACT-modellen framtidsrettet?

Samarbeidspartnerne fra de seks FACT-teamene var enstemmige i at FACT-teamene bør opprettholdes, enten i nåværende form eller med en annen organisering. De opplevde at FACT-teamet fungerer som en brobygger mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, og at de fyller et hull i tjenesteapparatet. *Ville merket det hvis teamet forsvant. Hvordan skulle vi sikret samhandlingen med spesialisthelsetjenesten?*». Det var ulike meninger om organiseringen av teamet. Et gjennomgående syn var at FACT-teamet bør være forankret i spesialisthelsetjenesten, og med ansatte fra både kommunen og spesialisthelsetjenesten. Det å ha et team som har en fot i begge leire blir sett på som viktig. En av informantene sa det slik; «*Teamet har kommet for å bli. Teamet beveger seg mellom instanser og nivåer. Teamet forsøker å være en oversetter.*»

Uklarhet i oppgave- og ansvarsfordeling mellom FACT-teamene og særlig de kommunale tjenestene var et sentralt tema i intervjuene. Flere ga uttrykk for at dette bør avklares og tydeliggjøres i den videre fortsettelsen av FACT-teamet. Et tema som ble reist av flere var hvordan FACT-teamet skal plasseres inn i det øvrige tjenesteapparatet. Skal teamet være en egen tjeneste ved siden av de andre tjenestene, eller skal teamet integreres i det øvrige tjenesteapparatet? Dette var også et spørsmål om FACT-teamene skal levere de fleste tjenestene fra teamet, eller om de andre tjenestene fortsatt skal gi tjenester i samhandling med teamet. «*Teamet dekker et behov, men kan jobbe mer for å få til et mer helhetlig tilbud.*».

De fleste av samarbeidspartnerne, særlig fra kommunene, mente at målgruppa til FACT-teamet bør utvides. Det gjelder FACT-team som i all hovedsak inkluderer personer med psykoselidelse, men det er også et tema blant samarbeidspartnere i de andre teamene. Andre målgrupper vil også ha nytte av den oppsøkende tilnærmingen som FACT-modellen legger opp til. «*Mer av det samme. Mere for flere.*». Diagnosekriteriet utfordres, og personer med alvorlig atferdsproblematikk og svært lavt funksjonsnivå nevnes spesielt. Unge personer som de ordinære tjenestene ikke fanger godt nok opp, nevnes også som ei potensiell målgruppe for FACT.

13.7 Oppsummering

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 bidrar med spesialistfunksjoner ut i kommunen. Det at FACT-teamet gir veiledning og bidrar med kompetanse inn i enkeltsaker vektlegges også av flere. Mange uttaler at det er en trygghet å ha FACT-teamet i ryggen. Det blir særlig nevnt i mindre kommuner. Samarbeidspartnere fra spesialisthelsetjenesten uttrykker at FACT-teamet bidrar 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. FACT-teamets rolle før, under og etter innleggelse blir framhevet som svært viktig av samarbeidspartnerne.

FACT-teamene er ulikt organisert, og det kommer tydelig fram at samarbeidspartnerne vurderer det som viktig at teamene har ansatte fra både kommunen og spesialisthelsetjenesten. En slik organisering gjør at teamet har en fot i begge leire, noe de mener styrker brobyggerfunksjonen. Det framheves også at en forankring/organisering ved DPS bringer teamet nærmere spesialisthelsetjenesten. Det er delte meninger om FACT-teamets innpassing i de øvrige tjenestene. Noen mente det er utfordrende at det er så mange tjenester særlig i kommunen, og det er et spørsmål om hvordan FACT-teamet innpasser seg i dette systemet. Hvilken rolle og hvilket ansvar skal FACT-teamet ha sett opp mot de andre tjenestene? Det er også en holdning blant noen av samarbeidspartnerne at FACT-teamet ikke skal erstatte de ordinære tjenestene. Det reises spørsmål ved om FACT-teamet skal være en tjeneste ved siden av de andre tjenestene, eller om det skal integreres i det eksisterende tjenestesystemet. I rurale strøk spesielt, er FACT-teamet avhengige av bistand fra kommunene for å håndtere lange reiseavstander.

Samarbeidspartnerne er godt fornøyd med måten FACT-teamet følger opp brukerne på, særlig den oppsøkende virksomheten, og at teamet bidrar med praktiske gjøremål, noe de mener styrker relasjonen til brukerne. Tilgjengelighet til FACT-teamet og den fleksible arbeidsmåten vektlegges. Det blir også framhevet at teamet ikke gir seg, selv om brukeren i utgangspunktet ikke ønsker hjelp. Det blir lagt vekt på at FACT-teamene rekrutterer brukere som ikke nås godt nok av de ordinære tjenestene, og at teamene har svært ressurskrevende brukere.

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 nevnes spesielt. Det er et generelt syn at diagnosekriteriet bør dempes noe, og at en i større grad bør legge vekt på funksjonsnivå, og at de som har store og sammensatte behov også blir ivaretatt. Mange personer klarer ikke å nyttiggjøre seg de ordinære tjenestene, de klarer ikke å oppsøke tjenestene selv, og en oppsøkende tilnærming ses på som viktig. FACT-teamet kan med sin oppsøkende tilnærming nå denne målgruppa.

De fleste samarbeidspartnerne nevnte 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. De mener slike strukturelle forhold begrenser samhandling og samarbeid både innad i teamet, og mellom teamet og samarbeidspartnerne i kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Flere samarbeidspartnerne mente at FACT-teamet bør ha utvidet åpningstid. Brukeren lever livet sitt også etter teamenes åpningstid, og det er behov for oppfølging også da. Når det gjelder krisetjenester, mente flere at legevakta og akutt-tjenestene kan ivareta brukerne etter åpningstid. Flere sa at FACT-teamet ikke skal være et akutt-team. Samarbeidspartnerne fra

spesialisthelsetjenesten opplevde det som positivt at FACT-teamene følger opp pasientene før, under og etter innleggelse.

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.
- Hvordan skal FACT-teamene innplasseres i det øvrige tjenestene?
- Hvordan skal rolle- og ansvarsfordelingen være mellom FACT-team og øvrige tjenester i kommunen?
- FACT-teamene bør inkludere en utvidet målgruppe

Del E: Avslutning

14. Oppsummering og diskusjon

I dette kapitlet vil vi oppsummere og diskutere hovedproblemstillingene og resultatene i evalueringen, og gi noen avsluttende kommentarer om FACT-modellens plass og utforming i Norge.

14.1 FACT-teamenes organisering og erfaringer fra teamansatte og samarbeidspartnere

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. Samtlige team ble etablert på bakgrunn av en samarbeidsavtale mellom spesialisthelsetjenesten og førstelinjen (en eller flere kommuner/bydeler). De fleste av samarbeidsavtalene omfattet forpliktelser mellom partene på både faglige, personellmessige, administrative og økonomiske områder. Det var stor variasjon for organisering av teamene. Ett team var organisatorisk plassert i kommunen, ett i både kommune og spesialisthelsetjeneste (TSB). De øvrige teamene var organisatorisk plassert i DPS. De fleste teamene hadde delt arbeidsgiveransvar mellom spesialisthelsetjeneste og kommune/bydel. Personalansvar og økonomiansvaret for teamet 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.

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.

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. I tillegg kan det medføre utfordringer at små kommuner ofte har begrensede ressurser både personalmessig og økonomisk. 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 en sårbar økonomisk situasjon med vanskelige prioriteringer. Hvis de opplever at resultatet ikke står i forhold til hva de har bidratt med, kan de måtte trekke seg fra samhandlingen. Vi så et eksempel på FACT-samarbeid

hvor små kommuner ikke bidro med personalressurser eller økonomi inn i teamet, men hadde en forpliktende samarbeidsavtale med

FACT-teamet, og bidro med arbeidsinnsats overfor FACT-teamets brukere i kommunene. Det kan være en praktisk og realistisk løsning i rurale områder, selv om det ikke er i tråd med modellen. Teamtilnærmingen rundt den enkelte bruker kan bli skadelidende ved at tjenestene til bruker ikke gis fra ett team.

Teamansatte opplevde i stor grad at teamet var «tett på» kommunen, at det var et godt samarbeid med de kommunale tjenestene i det daglige arbeidet, og mange teamansatte mente at tjenester fra kommunen og FACT-teamet måtte ses i sammenheng. Team med sterk kommunal forankring og svak DPS-forankring savna ofte sterkere involvering fra spesialisthelsetjenesten, og de så det som en hindring for å få til en helhetlig behandlingstjeneste. 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 framhevet at en forankring /organisering ved DPS bringer teamet nærmere spesialisthelsetjenesten, og at med spesialister i teamet får de spesialisthelsetjenesten ut i kommunen.

Selv om FACT-teamene var ulikt organisert, fant vi ikke at det hadde betydning for hvordan det gikk med brukerne eller om det var en reduksjon i antallet oppholdsdøgn i psykisk helsevern. Hvordan teamene var organisatorisk forankret hadde heller ingen systematisk variasjon med teamenes totale fidelitetskår. 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.

14.2 Følger teamene FACT-modellen, og hvilke utfordringer er det med modelltrofasthet?

FACT-modellen ble implementert med meget bra eller tilfredsstillende modelltrofasthet i de sju teamene som deltok i evalueringen. FACT-modellen lot seg implementere i ulike norske kontekster, både urbane og rurale områder var representert blant teamene i evalueringen, og teamene var organisert på ulike måter. Etter 24 måneder hadde FACT-teamene i evalueringen implementert fire av FACT-skalaens sju hovedområder med meget bra modelltrofasthet, to med tilfredsstillende modelltrofasthet og ett med ikke godkjent modelltrofasthet.

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-modellen. 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 Lokalbaserete 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.

Over halvparten av FACT-skalaens 60 elementer hadde meget bra modelltrofasthet. 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 tjeneste fikk ikke godkjent modelltrofasthet. Det samme gjaldt 24-timers tilgjengelighet og krisetjenester. I tillegg fikk stillingskategoriene russpesialist og rehabiliteringsspesialist ikke godkjent modelltrofasthet.

Fokusgruppeintervjuene med teamansatte viste at det var betydelig motstand mot systematisk kartleggingsarbeid blant de teamansatte. Mange så «skjemaveldet» som en barriere, og de mente det gikk ut over relasjonen de hadde til brukerne. Den lave svarprosenten i pasientutredningen 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.

Det var et stort ønske blant ansatte i teamene om å utarbeide behandlingsplaner mer i tråd med den recoveryorienterte måten som FACT-modellen krever, 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 moderorganisasjoner i kommune og spesialisthelsetjeneste. 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 klar

forbedring om brukere 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 muligheter 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, som 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 tilfredsstillende. 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. Reiseavstander kan også 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 blir mange personer å forholde seg til, 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 det norske FACT-arbeidet ikke dekket, det gjelder særlig forhold som knyttes til samhandlingen mellom ulike tjenester på to forvaltningsnivåer og problemer med to ulike lovverk for de to forvaltningsnivåene. 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 NAV, noe som kan være et godt eksempel i en eventuell tilpassing av FACT-modellen til norske forhold. FACT-skalaen definerer ikke målgruppe. Sett ut fra uklarheter og uenigheter rundt målgruppe i mange team, kunne det argumenteres for tydeligere signaler om målgruppe i skalaen. Det er vesentlige sider ved handlingsrommet for å jobbe FACT i Norge som ikke fanges opp i skalaen som er brukt i evalueringen, og som gjør at man bør vurdere om det bør utarbeides en norsk tilpassing av FACT-modellen, bedre tilpasset det norske tjenestesystemet og norske geografiske forhold.

14.3 Hvordan er pasientflyten på FACT-tavla?

En vesentlig side ved FACT-modellen er at oppfølgingen fra FACT-teamet skal variere mellom mindre intensiv oppfølging i stabile perioder og intensiv oppfølging (ACT) ved tilbakefall eller krise. Ved behov for intensivering av tjenestene skal brukerne føres på FACT-tavla og få mer teambasert oppfølging. Teamene registrerte hvem som var/ikke var på tavla og årsaken til tavleoppholdet hver uke i sitt andre driftsår.

De fem teamene som deltok i denne delstudien, hadde i gjennomsnitt 20 prosent av brukerne ført på tavla per uke, noe som sammenfaller med den nederlandske manualen, men variasjonene mellom teamene var 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 hadde 44 prosent vært på tavla på grunn av behov for intensiv oppfølging, 32 prosent av alle fordi de var nye i teamet, og 26 prosent av alle 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 case management oppfølging både når det gjaldt teamtilnærming og kontaktfrekvens, og teamene fikk ikke godkjent modelltrofasthet ved intensiv oppfølging for disse elementene. Noen teamansatte sa at tavleoppføring 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 om 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 tavleoppføring, 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.

14.4 Tjenester fra FACT-teamene og fra kommunene

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 team men de fleste oppfylte dette kravet. FACT-teamene møtte hver bruker i gjennomsnitt en gang per uke, men også her var det stor variasjon mellom team. 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 rusbehandling som var registrert 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 behandling 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 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 helsetjenester. 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 presisere 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 sikre helhetlig og kontinuerlig behandling og oppfølging.

14.5 Inkluderer FACT-teamene målgruppa?

En viktig målsetting med FACT er å rekruttere den definerte målgruppe, og at de klarer å beholde kontakten med brukerne over tid. I følge FACT-håndboka er målgruppa for FACT-team alle personer i et opptaksområde med alvorlig psykisk lidelse, som fungerer dårlig på mange områder i livet, og der det er nødvendig med samordnet hjelp og oppfølging (Veldhuizen 2007). I følge håndboka kan et FACT-team ha cirka 200 brukere med en case-load på maksimum 1:15. To av FACT-teamene i evalueringen hadde cirka 150 brukere, mens de andre FACT-teamene hadde inkludert mellom 50 og 60 brukere. 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. De sju første FACT-teamene hadde etter to år cirka 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 vi ser at team i de større byene i all hovedsak inkluderer personer med psykoselidelse. FACT-team i mindre tett befolkede områder har en mer utvidet målgruppe. 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. Dette 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 uttales det fra mange at målgruppa for FACT-teamet bør være bredere, og også inkludere personer med mindre alvorlige psykiske lidelser, med store og sammensatte problemer og som har 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. En utfordring for FACT-team i mindre befolkningsstette områder der målgruppa for FACT er utvidet er at kravet til breddekunnskap blant de ansatte blir større.

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. Vi finner at FACT-teamene har et lavt frafall (under 4 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 Opptrappingsplanen 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 samarbeidspartnere, 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 dempes noe, og at en i større grad legger vekt på funksjonsnivå, og at de som har store og sammensatte behov også blir ivaretatt.

14.6 Hvordan er pasientforløpet ved behandling og oppfølging fra FACT-team?

Formålet med FACT-modellen er at brukerne skal oppnå bedring over tid når det gjelder bosituasjon, meningsfulle aktiviteter, funksjonsnivå, bruk av rusmidler, symptombelastning og livskvalitet. Personer som mottar tjenester fra FACT-teamene, skal i utgangspunktet ha store hjelpebehov. For de 74 personene vi har fulgt i to år finner vi at de har oppnådd bedring på flere ulike områder i livet. Flere er i meningsfylt aktivitet eller under utdanning to år etter inntak i teamet, men det er ingen flere i ordinært arbeid. Flere har uføretrygd som hovedinntektskilde, og færre mottar sosialhjelp. Det er en bedring når det gjelder bolig og boforhold, vurdert av både brukere og behandlere. Vi finner en positiv endring når det gjelder både praktisk og sosial fungering (målt med PSF og HoNOS). Det er også en positiv endring når det gjelder symptombelastning på flere områder, men ikke når det gjelder symptomer på angst og depresjon. Det er ingen vesentlig reduksjon i andelen som har problematisk bruk av rusmidler, men det er en reduksjon i alvorlighetsgrad når det gjelder problematisk bruk av alkohol (Audit). Brukernes egen opplevelse av livskvalitet er 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. 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 endringen 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. Vi har derfor kun opplysninger om 74 personer som er kartlagt både ved inntak og 24 måneder etter inntak. Resultatene kan ikke sies å være representative for alle som ble inkludert i FACT-teamene,

men de sier noe om de 74 personene som har deltatt i oppfølgingen. 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 en positiv endring på flere områder i livet, og ikke minst rapporterer brukerne i FACT-teamene om en bedring i livskvalitet som vi ikke fant i ACT. Opplevd livskvalitet er 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 ved inntak i teamet hadde noe lavere symptombelastning og høyere funksjonsnivå. Det er da interessant å merke seg at egen opplevelse av livskvalitet er lavere for FACT-brukerne ved inntak i teamene.

14.7 Er det en reduksjon i døgnopphold etter inntak i FACT-teamene?

Samtlige personer som ble inkludert i de sju FACT-teamenes første driftsår har deltatt i denne delstudien. Vi har kartlagt antallet innleggelser og oppholdsdøgn med og uten tvang i psykisk helsevern i en fireårsperiode; to år før og to år etter at de ble inkludert i FACT-teamene. 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.

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. Ut fra resultatene som er beskrevet over har mange av brukerne nådd disse målene. Det er ikke nødvendigvis et mål å redusere innleggelser i psykisk helsevern, men det er viktig at innleggelsene ikke er på tvang. Som vi ser er antallet innleggelser omtrent det samme etter inntak i FACT-teamene sammenlignet med toårsperioden før inntak, men det er flere frivillige innleggelser og de varer kortere tid. 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 fidelityskår og reduksjon i oppholdsdøgn i psykisk helsevern i de syv FACT-teamene. Det er grunn til å tro at kjennetegn ved målgruppa har større betydning for å tolke variasjonen i resultatene. 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 2812). Når det gjelder oppholdsdøgn i psykisk helsevern på frivillig basis, er det en nedgang på cirka 3 prosent årlig (SSB 2018). 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 flere 2013). 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 evalueringen av FACT-team er samtlige brukere i teamenes første driftsår inkludert.

14.8 Hva er erfaringene med FACT-modellen?

Vi har i evalueringen spurt brukere, pårørende, teamansatte og samarbeidspartnere om deres erfaringer med FACT-teamet.

Brukerne var tilfredse med kvalitet, type og mengde tjenester de fikk fra teamene. De fleste syntes at FACT-teamet var bedre enn tidligere tjenester, og de ville valgt å gå tilbake til FACT, hvis de skulle søke hjelp igjen. Et flertall erfarte at samarbeidet med FACT-teamet hadde vært bra, og at de hadde fått den behandlingen de hadde behov for. Brukerne ga uttrykk for stor tilfredshet med FACT-teams spesifikke arbeidsmåte. Et stort flertall var fornøyd med den tverrfaglige og oppsøkende tilnærmingen, og syntes ikke at teamet hadde vært for pågående eller påtrengende. Fleksibilitet og det å bli møtt av ett team ble framhevet. 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. 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. Brukermedvirkning og deltakelse i egen behandling er et viktig prinsipp i FACT-modellen. Dette blir ytterligere diskutert i kapittel 14.9.

Pårørende var fornøyd med oppfølgingen fra FACT-teamene og understreket at denne måten å organisere tjenesten på *må* bestå. 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. De pårørende mente at FACT hadde en positiv påvirkning på deres trygghet og helse. Pårørende trakk fram at det ønsket mer informasjon om FACT-teamets rolle og ansvar. De ønsket også mer opplæring og støtte i pårønderollen, 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. Det ble også uttrykt et ønske om og behov for om en bedre samordning mellom ulike instanser med sømløse overganger, spesielt i krisesituasjoner.

Teamansatte erfarte at brukergruppa fikk en bedre oppfølging i FACT og at FACT-modellen ga en struktur på arbeidet som førte til målretta og faglig god behandling. Den teambaserte tilnærmingen og tverrfagligheten ble oftest nevnt som det de ansatte satte pris på ved FACT. 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 framheva 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, noe vi tok opp i kapittel 14.2. Det gjaldt blant annet resultatkartlegging (monitoreringen), 24-timers tilgjengelighet og krisetjenester, som det var ulike meninger om blant teamansatte. Det ble påpekt at det todelt tjenestesystemet 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 tillegg til ulike lovverk, journal- og kommunikasjonssystem. Teamansatte rapporterte om godt samarbeid med de kommunale tjenestene, men erfarte at koordineringsarbeid for å få mest mulig helhet i tjenestene, kunne være tidkrevende og til dels utfordrende. De teamansatte mente i stor grad at de hadde oversikt over hva brukerne mottok av tjenester, selv om de fikk tjenester fra ulike instanser.

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 uttrykkte 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.

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 oppholdsøgn 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.

14.9 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, Ridgway, 2000; Roe&Chopra, 2003; Ware, Hopper, Tugenberg, Dickey&Fisher, 2007). I følge 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 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. Det er imidlertid et forbedringspotensial når det gjelder 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 som er innlagt 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. Det gjelder behandlingsplaner, og informasjon og å ta med brukerne i beslutninger som omhandler medisiner. Å jobbe med integrering i lokalsamfunnet kan også gjøres mer omfattende. Opplæring i *Illness management and recovery* kan være en måte å styrke recoverytenkningen i FACT-teamene på.

14.10 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. De bistår brukeren med alt fra praktiske gjøremål, medisiner, støttesamtaler, bolig, økonomi og meningsfulle 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 tilnærming.

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 samhandling 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 medisiner 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. 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 eksisterende 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?

14.11 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 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 medisinerbruk.
17. Ulike lovverk, 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.

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

Bohart, A. C., & Wade, A. G. (2013). The client in psychotherapy. Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change, 6, 219-257.

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

Burns T, Catty J, Dash M, Roberts C, Lockwood A, Marshall M. Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: systematic review and meta-regression. *BMJ (Clinical research ed)*. 2007;335(7615):336. <https://doi.org/10.1136/bmj.39251.599259.55>.

Bond GR, Drake RE. The critical ingredients of assertive community treatment. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*. 2015;14(2):240-2.

Bond GR, Drake RE. Should we adopt the Dutch version of ACT? Commentary on "FACT: a Dutch version of ACT". *Community mental health journal*. 2007;43(4):435-8.

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.

Davidson L. *Qualitative studies in psychology*. New York, NY, US: New York University Press; 2003. Living outside mental illness: Qualitative studies of recovery in schizophrenia; p. 227. (2003) xii

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

Departementene. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022)- Mestre hele livet. In: omsorgsdepartementet Ho, editor. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet; 2017-2022.

Dieterich M, Irving CB, Bergman H, Khokhar MA, Park B, Marshall M. Intensive case management for severe mental illness. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2017;1:Cd007906.

Dieterich M, Irving C, Park B, Marshall M. Intensive case management for severe mental illness. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2010(10):CD007906-CD.

Forskningsrådet. Forskning om koordinerte tjenester til personer med sammensatte behov, kunnskapsnotat. Norges forskningsråd; 2019.

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

Helsedirektoratet. Oppfølging av personer med store og sammensatte behov. Nasjonal veileder. In: Helsedirektoratet, editor. Oslo: Helsedirektoratet; 2019.

Helsedirektoratet. Pakkeforløp for psykisk helse og rus <https://www.helsedirektoratet.no/tema/psykisk-helse>: Helsedirektoratet; 2019

Helsedirektoratet. Internasjonalt perspektiv på psykisk helse og helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser. In: Helsedirektoratet, editor. Oslo: Helsedirektoratet; 2015.

Helsedirektoratet. Sammen om mestring. Veileder i psykisk helsearbeid for voksne. In: Helsedirektoratet, editor. Oslo: Helsedirektoratet; 2014.

Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser Sammensatte tjenester – samtidig behandling. In: Helsedirektoratet, editor. Oslo: Helsedirektoratet; 2012.

Helse og omsorgsdepartementet. Folkehelsemeldinga. Gode liv i eit trygt samfunn (2018-2019). . In: Helse og omsorgsdepartementet, editor. Melding til stortinget, nr19. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet; 2018-2019.

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

Helse og omsorgsdepartementet. Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. . In: omsorgsdepartementet Ho, editor. Meld St 26 (2014–2015) Melding til Stortinget. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet; 2014-2015.

Helse- og omsorgsdepartement. Samhandlingsreformen. Rett behandling- på rett sted- til rett tid. In: omsorgsdepartementet Ho, editor. Stmeld nr47 (2008-2009). Oslo: Helse og omsorgsdepartementet; 2008-2009.

Horvath, A. O., Del Re, A., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9.

Kortrijk H, Schaefer B, van Weeghel J, Mulder CL, Kamperman A. Trajectories of patients with severe mental illness in two-year contact with Flexible Assertive Community Treatment teams using Routine Outcome Monitoring data: An observational study. *PloS one*. 2019;14(1):e0207680.

Landheim A, Hoxmark E, Aakerholdt A, Aasbrenn K. Potensialet for Assertive community treatment (ACT) og Fleksibel ACT (FACT) i Norge. Trondheim; 2017.

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.

Larsen, D. L., Attkisson, C. C., Hargreaves, W. A., & Nguyen, T. D. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*, 2(3), 197-207.
doi:10.1016/0149-7189(79)90094-6

Laudet AB, Humphreys K. Promoting recovery in an evolving policy context: what do we know and what do we need to know about recovery support services? *J Subst Abuse Treat*. 2013;45:126-33.

Lexen A, Svensson B. Mental health professional experiences of the flexible assertive community treatment model: a grounded theory study. *Journal of mental health (Abingdon, England)*. 2016;25(4):379-84.

Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Markström U. Staying the course? Challenges in implementing evidence-based programs in community mental health services. *Int J Environ Res Public Health*. 2014;11(10):10752-69.

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

Norden T, Norlander T. Absence of Positive Results for Flexible Assertive Community Treatment. What is the next Approach? *Clinical practice and epidemiology in mental health : CP & EMH*. 2014;10:87-91.

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.

Svensson B, Hansson L, Lexen A. Outcomes of clients in need of intensive team care in Flexible Assertive Community Treatment in Sweden. *Nordic journal of psychiatry*. 2018;72(3):226-31.

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.

Torleif Ruud (2002): Norsk oversettelse Honos. Godkjent av Royal College of Psychiatrists Research Unit, London.

van Veldhuizen R, Delespaul P, Kroon H, Mulder N. Flexible ACT & Resource-group ACT: Different Working Procedures Which Can Supplement and Strengthen Each Other. A Response. *Clinical practice and epidemiology in mental health* : CP & EMH. 2015;11:12-5.

van Veldhuizen J,: FACT Flexibel Assertive Community Treatment: Visjon, modell og organisering av FACT-modellen. Norsk oversettelse Norsk komeptansetjeneste 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.

Wing et al., 1998; Wing et al.,1999). *J Wing, RH Curtis, and A Beevor: Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). Glossary for HoNOS score sheet. Br J Psychiatry* 174: 432-434.

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

<https://www.nhn.no/veileder-for-elektronisk-meldingsutveksling/del-3-tjenesteomraader/pleie-og-omsorg>

www.ccaf.nl (<https://ccaf.nl/wp-content/uploads/sites/2/2015/06/Fidelity-scale-FACTS-English-version-2010-herzien-20150304-juni-2015.pdf>).