



# ▶ **FACT-fidelityskala 2010**

Norsk revisjon 2022

## FORORD

Dette dokumentet presenterer en norsk revidering av den nederlandske FLEXIBLE ACT SCALE 2010. En vurdering av modelltrofasthet forutsetter en klart definert skala. Det finnes to etablerte skalaer for å vurdere FACT-teams modelltrofasthet: FLEXIBLE ACT SCALE 2010 og FIDELITY SCALE 2017

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*For arbeidsgruppa ved NKROP, Sigrun Odden*

# FACT-Fidelityskala 2010 (norsk revisjon 2022)

TEAMSTRUKTUR .....	4
TEAMPROSESS.....	6
BEHANDLING OG INTERVENSJONER .....	8
ORGANISERING AV TJENESTER.....	12
LOKALBASERTE TJENESTER .....	15
MONITORERING .....	16
PROFESJONALISERING.....	17

**Tittel:** FACT-fidelityskala 2010. Norsk revisjon 2022

**Ansvarlig utgiver:** Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse

**Utgitt:** Hamar, desember 2022

**Epost:** post@rop.no    **Web:** www.rop.no

**FACT-fidelityskala 2010** (norsk revisjon 2022) bygger på den nederlandske FACT-fidelityskala 2010. CCAF har de immaterielle rettighetene til FACT-fidelityskala 2010. Skalaen er utviklet av Michiel Bähler, Remmers van Veldhuizen, Maaïke van Vugt, Philippe Delespaul, Hans Kroon, John Lardinois og Niels Mulder. Engelskspråklig versjon av FACT-fidelityskala 2010 er tilgjengelig på CCAF sin nettside:

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

TEAMSTRUKTUR						
		1	2	3	4	5
<b>1</b>	FORHOLDET BRUKERE/ANSATTE					
→	Teamet har 10 brukere eller mindre per årsverk (merkantilt ansatt regnes ikke med).	Flere enn 25 brukere per ansatt.	20 - 24	16 - 19	11 - 15	Forholdet brukere/ansatte er 10:1 eller lavere.
<b>2</b>	BEMANNING					
→	Teamet har full bemanning (få eller ingen ledige stillinger).	Teamet har de siste 12 månedene hatt mindre enn 50% bemanning.	50% - 64%	65% - 79%	80% - 94%	Teamet har i løpet av de siste 12 månedene hatt 95% eller høyere bemanning.
<b>3</b>	HELTIDSANSATTE					
→	Teammedlemmene har hovedansettelse i teamet. (Antall årsverk/teammedlemmer)	Ansatte har i gjennomsnitt mindre enn 50% av et årsverk.	50% - 59%	60% - 69%	70% - 79%	Ansatte har i gjennomsnitt minst 80% av et årsverk.
<b>4</b>	PSYKIATER					
→	Teamet har minst ett årsverk for psykiater per 100 brukere.	Mindre enn 20% av ett årsverk.	20% - 39%	40 - 79%	80% - 99%	Teamet har minst ett årsverk for psykiater per 100 brukere.
<b>5</b>	PSYKOLOG					
→	Teamet har minst ett årsverk for psykolog per 100 brukere.	Mindre enn 20% av ett årsverk.	20% - 39%	40 - 79%	80% - 99%	Teamet har minst ett årsverk for psykolog per 100 brukere.
<b>6</b>	RUSSPESIALIST					
→	Teamet har minst ett årsverk for russspesialist (som en definert rolle i teamet) per 100 brukere med minst ett års utdanning eller erfaring fra behandling/oppfølging av ruslidelse.	Mindre enn 20% av ett årsverk.	20% - 39%	40 - 79%	80% - 99%	Teamet har minst ett årsverk for russspesialist (som en definert rolle i teamet) per 100 brukere med minst ett års utdanning eller erfaring fra behandling/oppfølging av ruslidelse.
<b>7</b>	ARBEIDSSPESIALIST (IPS)					
→	Teamet har minst ett årsverk for spesialist innen individuell jobbstøtte per 100 brukere med minst ett års opplæring/utdanning i individuell jobbstøtte	Mindre enn 20% av ett årsverk.	20% - 39%	40 - 79%	80% - 99%	Teamet har minst ett årsverk for spesialist innen individuell jobbstøtte per 100 brukere med minst ett års opplæring/utdanning i individuell jobbstøtte.

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

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

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

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



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

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

BEHANDLING OG INTERVENSJONER (forts.)						
		1	2	3	4	5
<b>36</b>	INDIVIDUELL JOBBSTØTTE (IPS)					
→	<p>Teamet tilbyr modellen "Individuell jobbstøtte" (IPS).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Hele teamet holder oppe visjonen om at tilknytning til det ordinære arbeidsmarkedet skal være en mulighet for alle brukerne</li> <li>2) Brukers uttalte ønske om arbeid er det eneste som kvalifiserer for IPS-tilbudet</li> <li>3) Arbeidet baseres på den enkelte brukers behov og ønsker</li> <li>4) Aktiv støtte og jobbcoaching utføres når bruker ønsker og ser at det er behov for det</li> <li>5) 15% eller flere av brukerne benytter seg av IPS-tilbudet</li> </ol>	Teamet jobber ikke etter IPS modellen.	Ett til to kriterier oppfylles.	Tre kriterier oppfylles.	Fire kriterier oppfylles (inkl. pkt. 5).	Alle fem kriterier oppfylles.
<b>37</b>	ANNEN ARBEIDSREHABILITERING ENN IPS					
→	Teamet gir brukere støtte til annen arbeidsrehabilitering enn IPS (f.eks. Fontenehus og ulike arbeidstiltak).	Ingen brukere er i annen arbeidsrehabilitering enn IPS.	1 - 19%	20 - 29%	30 - 49%	50% eller flere av brukerne er i annen arbeidsrehabilitering enn IPS.
<b>38</b>	MODELL FOR INTEGRERT BEHANDLING AV ROP (IDDT)					
→	<p>Hele teamet har fokus på integrert behandling og jobber iht en fasespesifikk og ikke-konfronterende behandlingsmodell</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Observerer og vurderer hvordan rus- og psykisk lidelse interagerer</li> <li>2) Bruker stadiene i endringsprosessen i behandlingen</li> <li>3) Bruker motiverende intervju</li> <li>4) Bruker prinsipper for kognitiv atferdsterapi</li> <li>5) 90% eller flere av brukerne med behov for behandling av ROP mottar den fra teamet</li> </ol>	Teamet bruker hovedsakelig tradisjonell modell. Ingen kriterier oppfylles.	Ett eller to kriterier oppfylles.	Tre kriterier oppfylles.	Fire kriterier oppfylles.	Alle fem kriterier oppfylles.
<b>39</b>	INDIVIDUELL SOMATISK OPPFØLGING					
→	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Teamet har oversikt over brukernes somatiske helse.</li> <li>2) Teamet gjør årlige somatiske undersøkelser.</li> <li>3) Teamet følger brukere som har behov for det, til relevant behandling og oppfølging.</li> <li>4) Teamet har oversikt over den enkelte brukers somatiske medikamenter.</li> <li>5) Teamet har dokumentasjon på hvem som følger opp og sørger for oppfølging av hver enkelt medisinske tilstand</li> <li>6) Teamet kommuniserer med brukernes fastlege og andre som følger opp somatisk helse</li> </ol>	Teamet har liten oppmerksomhet på somatisk oppfølging.	Ett av kriteriene oppfylles.	To eller tre kriterier oppfylles.	Fire eller fem kriterier oppfylles.	Alle seks kriterier oppfylles.

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

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

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

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

MONITORERING						
		1	2	3	4	5
54	ROUTINE OUTCOME MONITORING (ROM) – innhold					
→	<p>Teamet bruker standardiserte og validerte instrumenter for å kartlegge</p> <p>1) Brukernes psykiske og sosiale fungering 2) Hjelpebehov (needs of care) 3) Livskvalitet 4) Kartleggingen gjøres minst en gang per år</p> <p>Eksempler på instrumenter: HoNOS, MANSA, PSF. (Hvis verktøy ikke brukes på alle områder, 1 poeng mindre)</p>	< 20%	20% – 39%	40% – 59%	60% – 79%	Minst 80% av brukerne gjennomgår minst en gang per år standardisert kartlegging av høy kvalitet. Det er god informasjon om alle de fire kriteriene og resultatene blir gjennomgått minst en gang hvert år.
55	ROUTINE OUTCOME MONITORING (ROM) – bruk					
→	Teamet bruker ROM både i den individuelle oppfølgingen av brukerne, som en del av behandlingsplanen og for å evaluere behandlingsforløpet og teamets arbeid	Bruker ikke ROM.	Bruker ROM i behandlingsplanene til noen brukere (under 30%).	Bruker ROM i behandlingsplanen og den individuelle oppfølgingen av et flertall av brukerne.	Bruker ROM for å evaluere behandlingsforløpet.	Teamet bruker ROM både i den individuelle oppfølgingen av brukerne, som en del av behandlingsplanen og for å evaluere behandlingsforløpet og teamets arbeid.
56	FORBEDRINGPROSESS FACT					
→	Teamet gjennomfører monitorering av teamets FACT-praksis og bruker informasjonen til å forbedre teamet. Monitoreringen skjer med bruk av standard FACT-fidelityskala.	Teamet har ikke gjennomført noen monitorering med bruk av standard FACT-skala de siste 12 månedene.	Teamet har gjennomført intern monitorering med bruk av standard FACT-skala de siste 12 månedene.	Teamet har gjennomført ekstern monitorering med bruk av standard FACT-skala de siste 12 månedene.	Teamet har gjennomført intern monitorering med standard FACT-skala og brukt monitoreringen til forbedringsprosess i teamet i løpet av de siste 12 måneder.	Teamet har gjennomført ekstern monitorering med FACT-skala og brukt monitoreringen til forbedringsprosess i teamet i løpet av de siste 12 måneder.



PROFESJONALISERING						
		1	2	3	4	5
<b>57</b>	REFLEKSJON RUNDT EGEN PRAKSIS					
→	<p>Teamet har hatt flere refleksjonsmøter om egen FACT-praksis i løpet av siste 12 måneder.</p> <p>Møtene har hatt varighet på minst to timer og alle teammedlemmene har deltatt (alternativt to hel/halvdagssamlinger).</p>	Ingen møter.	Ett møte.	To møter.	Tre - fire møter.	Teamet har hatt minst fem møter til refleksjon om egen FACT-praksis for alle teammedlemmer i løpet av de siste 12 måneder.
<b>58</b>	OPPLÆRING I FACT OG KUNNSKAPSBASERTE METODER					
→	Alle teammedlemmer får hvert år opplæring/videreutdanning i FACT eller kunnskapsbaserte metoder (min. fire halve dager).	Færre enn 20% av teammedlemmene.	21% – 39%	40% – 59%	60% – 79%	80% eller flere av teammedlemmene får opplæring/videreutdanning i FACT eller kunnskapsbaserte metoder hvert år.
<b>59</b>	OPPLÆRING I MESTRINGSORIENTERT OPPFØLGING/RECOVERY					
→	<p>80% av teammedlemmene har fått opplæring i recovery (min, fire halve dager) i løpet av de siste 24 måneder.</p> <p>For team som har vært i drift under 2 år: 40% av teammedlemmene har fått opplæring i recovery (min. to halve dager) i løpet av de siste 12 måneder</p> <p>(Kan f. eks være intern opplæring med brukerspesialist, kurs fra Kompetansesenter for brukerfaring, Recoveryskolen og andre utdanningsinstitusjoner.)</p>	<p>Færre enn 20% av teammedlemmene</p> <p>Ingen av teammedlemmene har fått opplæring</p>	<p>21% - 31%</p> <p>1% - 14%</p>	<p>40% - 59%</p> <p>15% - 29%</p>	<p>60% - 79%</p> <p>30% - 39%</p>	<p>80% eller flere har fått opplæring i mestringsorientert oppfølging de siste 12 månedene.</p> <p>40% eller flere har fått opplæring i mestringsrelaterte tjenester/recovery i løpet av de siste 12 måneder.</p>

PROFESJONALISERING (forts.)						
		1	2	3	4	5
60	FOKUS PÅ RECOVERY-BASERTE TJENESTER					
→	<p>1) Teamet har stor oppmerksomhet rettet mot bedringsprosesser utover medisiner og symptomlette (F.eks. hva brukeren selv opplever som viktig, trenger eller ønsker seg, livssituasjon, levekår og nettverk/lokalsamfunn)</p> <p>2) Teamet har ansatt/ansatte med egen brukererfaring som en likeverdig og integrert del av teamet</p> <p>3) Teamet har tilbud om eller legger tilrette for deltagelse i grupper for brukerstøtte og mestring (f.eks. IMR, selvhjelpsgrupper, smart recovery, etc)</p> <p>4) Brukernes behandlingsplaner har et tydelig - og lett identifiserbart recoveryfokus (jfr punkt 29 i denne skalaen)</p> <p>5) Teamet bruker aktivt overordnede recoveryprosesser i oppfølgingen som f.eks: Tilknytning, Håp, Identitet, Mening, og Myndiggjøring (CHIME).</p> <p>6) Teamet skreddersyr sin praksis ved bruk av systematiske tilbakemeldinger/feedback fra brukerne</p>	Ingen eller ett kriterium oppfylles.	To kriterier oppfylles.	Tre kriterier oppfylles.	Fire eller fem kriterier oppfylles.	Alle kriteriene oppfylles.
61	TEAMÅND					
→	<p>1) God stemning i teamet (hyggelig, omgjengelig, avstresset)</p> <p>2) Samhold i teamet (støttende, engasjerende og involverende)</p> <p>3) Felles filosofi (enighet om arbeidsmetoder og målsetting for teamet)</p> <p>4) Teamet satser på kvalitet og innovasjon</p> <p>5) Få tegn på trøtthet/sliitenhet i teamet</p>	Ingen eller ett av utsagnene stemmer.	To utsagn stemmer.	Tre utsagn stemmer.	Fire utsagn stemmer.	Alle fem utsagnene stemmer. Entusiastisk og godt motivert team.



