



















































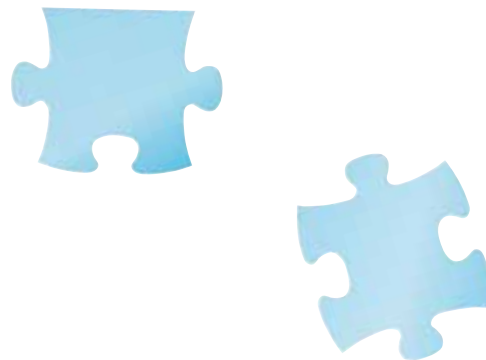






**Samlet sett** var brukere, pårørende, teamansatte og samarbeidspartnere fornøyd med FACT-teamene. Alle partene opplevde at FACT var en god tjenestemodell for målgruppa. De ga alle uttrykk for at FACT var et bedre tilbud til brukerne enn de ordinære tjenestene. En rekke av de samme elementene ble framhevet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

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



## 14. FACT som recoveryorientert modell

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

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

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

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

## 15. FACT som samhandlingsmodell

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

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

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

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

# 16. Konklusjoner og anbefalinger

## Konklusjoner

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

## Anbefalinger

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



# Referanser

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Aakerholt A.** 2013. ACT-håndbok (Inkludert beskrivelse av FACT-modellen) [https://rop.no/globalassets/dokumenter/act-handbok\\_2014.pdf](https://rop.no/globalassets/dokumenter/act-handbok_2014.pdf) (lest:24.10.19).

