|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **OVERSIKT FACT-FIDELITY SKÅRINGER** | | | | |
| **TEAMSTRUKTUR** (gjennomsnittskår) |  |  | 33. PSYKOEDUKASJON RETTET MOT BRUKERS PÅRØRENDE |  |
| 1. FORHOLDET BRUKERE:ANSATTE |  |  | 34. KUNNSKAPSBASERT PSYKOTERAPI (manualbasert) |  |
| 2. BEMANNING |  |  | 35. KUNNSKAPSBASERT PSYKOTERAPI (elementer) |  |
| 3. HELTIDSANSATTE |  |  | 36. FOKUS PÅ ARBEID OG UTDANNING |  |
| 4. PSYKIATER |  |  | 37. ANDEL BRUKERE I ARBEID OG UTDANNING |  |
| 5. PSYKOLOG |  |  | 38. MODELL FOR INTEGRERT BEHANDLING AV ROP (IDDT): |  |
| 6. RUSSPESIALIST |  |  | 39. INDIVIDUELL SOMATISK OPPFØLGING |  |
| 7. ARBEIDS- OG UTDANNINGSSPESIALIST |  |  | **ORGANISERING AV TJENESTER** (gjennomsnittskår) |  |
| 8. BRUKERSPESIALIST |  |  | 40. FORPLIKTENDE SAMHANDLING KOMMUNE OG SPESIALISTHELSETJENESTE |  |
| 9. RECOVERYSPESIALIST |  |  | 41. TEAMETS SAMARBEID MED KOMMUNE/BYDEL |  |
| 10. SYKEPLEIER / VERNEPLEIER |  |  | 42. TEAMETS SAMARBEID MED SPESIALISTHELSETJENESTE |  |
| 11. ANSATT MED SOMATISK KOMPETANSE |  |  | 43. HÅNDTERING AV INKLUSJONSKRITERIER |  |
| 12. SOSIONOM |  |  | 44. 24 TIMERS TILGJENGELIGHET OG KRISETJENESTER |  |
| 13. MERKANTIL ANSATT |  |  | 45. TILGJENGELIGE SENGER I DØGNAVDELING |  |
| 14. TEAMLEDER |  |  | 46. INVOLVERING I INNLEGGELSE (psykisk helsevern) |  |
| 15. CASE MANAGER |  |  | 47. BESØK UNDER INNLEGGELSE (psykisk helsevesen) |  |
| **TEAMPROSESS** (gjennomsnittskår) |  |  | 48. PLANLEGGING AV UTSKRIVELSE (i psykisk helsevern) |  |
| 16. TEAMTILNÆRMING |  |  | 49. LAV DROP-OUT OG OPPFØLGING ETTER UTSKRIVELSE FRA FACT |  |
| 17. TEAMTILNÆRMING VED INTENSIV OPPFØLGING |  |  | **LOKALBASERTE TJENESTER**(gjennomsnittskår) |  |
| 18. FACT-TAVLEMØTE |  |  | 50. OPPSØKENDE |  |
| 19. DELTAKELSE PÅ FACT-TAVLEMØTE |  |  | 51. METODER FOR AKTIVT OPPSØKENDE ARBEID |  |
| 20. FLEKSIBEL BEHANDLING |  |  | 52. SAMARBEID MED SOSIALT NETTVERK (brukere som står på tavla) |  |
| 21. KONTAKTFREKVENS (brukere på står på tavla) |  |  | 53. SAMARBEID MED SOSIALT NETTVERK (brukere som ikke står på tavla) |  |
| 22. KONTAKTFREKVENS (brukere som ikke står på tavla) |  |  | **MONITORERING** (gjennomsnittskår) |  |
| 23. INDIVIDUELL BEHANDLINGSPLAN (Prosess) |  |  | 54. ROUTINE OUTCOME MONITORING (ROM) (innhold) |  |
| 24. MERKANTIL ANSATT (innhold i rollen) |  |  | 55. ROUTINE OUTCOME MONITORING (ROM) (bruk) |  |
| 25. TEAMLEDER (innhold i rollen) |  |  | 56. FORBEDRINGPROSESS FACT |  |
| **BEHANDLING OG INTERVENSJONER** (gjennomsnittskår) |  |  | **PROFESJONALISERING** (gjennomsnittskår) |  |
| 26. MESTRING AV HVERDAGEN |  |  | 57. REFLEKSJON RUNDT EGEN PRAKSIS |  |
| 27. DELTAKELSE I LOKALMILJØET |  |  | 58. OPPLÆRING I FACT OG KUNNSKAPSBASERTE METODER |  |
| 28. NYE BRUKERE |  |  | 59. OPPLÆRING I MESTRINGSORIENTERT OPPFØLGING/RECOVERY |  |
| 29. INDIVIDUELL BEHANDLINGSPLAN (Evaluering og oppdatering) |  |  | 60. FOKUS PÅ RECOVERY­BASERTE TJENESTER |  |
| 30. INDIVIDUELL BEHANDLINGSPLAN (Innhold) |  |  | 61. TEAMÅND |  |
| 31. MEDIKAMENTELL BEHANDLING(psykofarmaka) |  |  |  |  |
| 32. PSYKOEDUKASJON |  |  | **FACT FIDELITY TOTALSKÅR** (gjennomsnittskår) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| TEAMSTRUKTUR | SKÅR | KOMMENTAR |
| 1. FORHOLDET BRUKERE: ANSATTE  Teamet har 10 brukere eller mindre per årsverk (merkantilt ansatt regnes ikke med.) |  | *For å skåre 5 kreves at forholdet brukere:ansatte er 10:1 eller lavere.* |
| 2. BEMANNING  Teamet har full bemanning (få eller ingen ledige stillinger). |  | *For å skåre 5 kreves at teamet i løpet av de siste 12 månedene har hatt 95% eller høyere bemanning.* |
| 3. HELTIDSANSATTE  Teammedlemmene har hovedansettelse i teamet. (Antall årsverk/teammedlemmer) |  | *For å skåre 5 kreves at ansatte i gjennomsnitt har minst 80% av et årsverk.* |
| 4. PSYKIATER  Teamet har minst ett årsverk for psykiater per 100 brukere. |  | *For å skåre 5 kreves at teamet har minst ett årsverk for psykiater per 100 brukere.* |
| 5. PSYKOLOG  Teamet har minst ett årsverk for psykolog per 100 brukere. |  | *For å skåre 5 kreves at teamet har minst ett årsverk for psykolog per 100 brukere.* |
| 6. RUSSPESIALIST  Teamet har minst ett årsverk for russpesialist (som en dedikert rolle i teamet) med minst ett års utdanning eller erfaring fra behandling/oppfølging av ruslidelser. (Kan innehas av teammedlem  i annen rolle/funksjon.) |  | *For å skåre 5 kreves at teamet har minst ett årsverk for russpesialist* (som en dedikert rolle i teamet) *med minst ett års utdanning eller erfaring fra behandling/oppfølging av ruslidelser. (Kan innehas av teammedlem i annen rolle/funksjon.)* |
| 7. ARBEIDS- OG UTDANNINGSSPESIALIST  Teamet har minst ett årsverk for arbeids- og utdanningsspesialist per 100 brukere, fortrinnsvis med opplæring i og/eller erfaring med IPS-modellen. |  | *For å skåre 5 kreves at teamet har minst ett årsverk for arbeids- og utdanningsspesialist per 100 brukere, fortrinnsvis med opplæring i og/eller erfaring med IPS-modellen.* |
| 8. BRUKERSPESIALIST  Teamet har minst ett årsverk for brukerspesialist per 100 brukere. |  | *For å skåre 5 kreves at teamet har minst ett årsverk for brukerspesialist per 100 brukere.* |
| 9. RECOVERYSPESIALIST  Teamet har minst ett årsverk for recoveryspesialist  (som en definert rolle i teamet). (Kan innehas av teammedlem i annen rolle/funksjon.) |  | *For å skåre 5 kreves at teamet har minst ett årsverk for recoveryspesialist.* |
| 10. SYKEPLEIER / VERNEPLEIER  Teamet har minst to årsverk for sykepleier/  vernepleier per 100 brukere. Minst en med spesialkompetanse innen psykisk helse. Begge har minst ett års erfaring innen psykisk helse. |  | *For å skåre 5 kreves at teamet har minst to årsverk for sykepleier/ vernepleier per 100 brukere. Minst en har spesialkompetanse innen psykisk helse. Begge har minst ett års erfaring innen psykisk helse*. |
| 11. ANSATT MED SOMATISK KOMPETANSE  Teamet har minst ett årsverk for ansatt med relevant erfaring – og kunnskap fra somatikk. (Kan innehas av teammedlem i annen rolle/funksjon.) |  | *For å skåre 5 kreves at teamet har minst ett årsverk for ansatt med*  *relevant erfaring – og kunnskap fra somatikk.* |
| 12. SOSIONOM  Teamet har minst ett årsverk for sosionom per 100 brukere. |  | *For å skåre 5 kreves at teamet har minst ett årsverk for sosionom per 100 brukere.* |
| 13. MERKANTIL ANSATT  Teamet har minst ett årsverk for merkantil ansatt per 100 brukere. |  | *For å skåre 5 kreves at teamet har minst ett årsverk for merkantil ansatt per 100 brukere.* |
| 14. TEAMLEDER  Teamet har ett årsverk for teamleder. |  | *For å skåre 5 kreves at teamet ett årsverk for teamleder.* |
| 15. CASE MANAGER  Teamet har minst fire årsverk for case manager-funksjonen per 100 brukere (ulike profesjoner kan være case-managere). |  | *For å skåre 5 kreves at teamet har minst fire årsverk for case manager per 100 brukere.* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| TEAMPROSESS | SKÅR | KOMMENTAR |
| 16. TEAMTILNÆRMING  Alle brukere i FACT-teamet møter minst fire teammedlemmer fra ulike faggrupper/ spesialistfunksjoner ansikt-til ansikt i løpet av ett år (inkl. psykiater). |  | *For å skåre 5 kreves at 90% eller flere av brukerne møter minst fire teammedlemmer fra ulike faggrupper/spesialistfunksjoner ansikt-til-ansikt i løpet av ett år (inkl. psykiater).* |
| 17. TEAMTILNÆRMING VED INTENSIV OPPFØLGING (bruker som står på tavla)  Teamet fungerer som et team, ikke som individuelle tjenesteytere. Alle teammedlemmene kjenner og jobber med alle brukerne som står på tavla. |  | *For å skåre 5 kreves at minst 90% av brukerne møter minst tre teammedlemmer i løpet av to uker.* |
| 18. FACT-TAVLEMØTE  Teamet møtes daglig for å planlegge og gjennomgå tjenestetilbudet til alle brukerne som står på tavla (inkludert digitalt møte/videokonferanse). |  | *For å skåre 5 kreves at teamet møtes til FACT-tavlemøte fem ganger i uka.* |
| 19. DELTAKELSE PÅ FACT-TAVLEMØTE  Alle teammedlemmer (inkludert psykiater) på jobb deltar på FACT-tavlemøte (inkludert digitalt møte/videokonferanse). |  | *For å skåre 5 kreves at minst 90% av de ansatte (inkludert psykiater) er til stede på FACT-tavlemøtet.* |
| 20. 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. |  | *For å skåre 5 kreves at alle fire kriteriene oppfylles.* |
| 21. KONTAKTFREKVENS (brukere på tavla)  Brukere som står oppført på tavla får hyppige besøk (ansikt-til-ansikt-kontakt). |  | *For å skåre 5 kreves minst fire direkte kontakter per uke (ansikt-til-ansikt-kontakt).* |
| 22. KONTAKTFREKVENS (brukere som ikke står på tavla)  Brukere som ikke står oppført på tavla får regelmessig besøk av teamet (beregn antall kontakter i gjennomsnitt i en periode på fire uker) (ansikt-til-ansikt-kontakt). |  | *For å skåre 5 kreves fire direkte kontakter eller mer i løpet av fire uker (ansikt-til-ansikt-kontakt).* |
| 23. INDIVIDUELL BEHANDLINGSPLAN (Prosess) 1) Behandlingsplanen utformes av case manager i samarbeid med bruker, og eventuelt pårørende. 2) Behandlingsplanen diskuteres og vedtas på et tverrfaglig teammøte med minst fire ulike faggrupper/spesialistfunksjoner til stede.  3) Kommune og spesialisthelsetjeneste er involvert i utarbeiding av behandlingsplanen når det er aktuelt. |  | *For å skåre 5 kreves at alle tre kriteriene oppfylles.* |
| 24. MERKANTIL ANSATT (innhold i rollen) 1) Deltar aktivt på de daglige teammøtene  2) Ajourfører og koordinerer teamets timeplaner  3) Utfører administrative oppgaver og foretar teamets registreringer 4) Ivaretar koordinerende oppgaver  5 Bistår personalet både når de er ute og inne på kontoret  6) Er bindeledd mellom brukere og personale (f.eks. bistår besøkende og mottar telefoner fra brukere/pårørende/ nettverk). |  | *For å skåre 5 kreves at fem eller 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 |  | *For å skåre 5 kreves at alle fire kriteriene oppfylles.* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| BEHANDLING OG INTERVENSJONER | SKÅR | KOMMENTAR |
| 26. MESTRING AV HVERDAGEN  Teamet tilbyr oppsøkende og praktisk individuell oppfølging rettet mot følgende områder:  1) Støtte i bolig  2) Egenomsorg (inkl. ernæring, hygiene og søvn)  3) Bistand til innkjøp  4) Følge til andre tjenester  5) Økonomi |  | *For å skåre 5 kreves at teamet tilbyr oppsøkende og praktisk individuell oppfølging rettet mot alle fem områdene*. |
| 27. DELTAKELSE I LOKALMILJØET  Teamet tilbyr individuell støtte rettet mot:  1) Kontakt med familie  2) Aktivitetstilbud (til utvalgte målgrupper)  3) Aktivitetstilbud (ordinære tilbud til befolkningen generelt)  4) Nettverksbygging (uorganisert)  5) Nabolag og nærmiljø |  | *For å skåre 5 kreves at teamet tilbyr oppfølging rettet mot alle fem områdene.* |
| 28. NYE BRUKERE  Nye brukere står på tavla i minst 3 uker slik at de kan møte flere teammedlemmer med ulik fagbakgrunn og for at teammedlemmene skal kunne danne seg en førsteoppfatning. |  | *For å skåre 5 kreves at minst fire teammedlemmer møter brukeren, danner seg en førsteoppfatning og rapporterer den til teamet, og at det skjer strukturert.* |
| 29. INDIVIDUELL BEHANDLINGSPLAN (Evaluering og oppdatering)  *Inkluderer eventuelle tjenester fra både FACT-team, kommune/bydel og spesialisthelsetjeneste.*  1) Behandlingsplanen for alle brukere evalueres hver 12. uke (eller i tråd med krav i aktuelt pasientforløp) på et tverrfaglig teammøte.  2) Case manager evaluerer behandlingsplanen med bruker og evnt. pårørende i forkant av hver evaluering i teammøtet.  3) Behandlingsplanen for alle brukere skal ha en grundig gjennomgang og oppdatering minst hver 12. måned.  4) Den årlige oppdateringen av behandlingsplanen inkluderer resultater fra utredning (ROM).  5) Bruker spiller en aktiv rolle i den årlige oppdateringen av behandlingsplanen. |  | *For å skåre 5 kreves at alle fem kriteriene oppfylles*. |
| 30. 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 |  | *For å skåre 5 kreves at minst 80% av brukerne har behandlingsplan hvor alle fem kriteriene oppfylles*. |
| 31. MEDIKAMENTELL BEHANDLING (psykofarmaka)  1) Teamet har oversikt over den enkelte brukers psykofarmakologiske behandling. 2) Teamet sørger for at brukere får psykofarmaka i henhold til anbefalinger i veiledere og retningslinjer.  3) Brukere får informasjon om virkninger og bivirkninger og om anbefalt bruk av forordnede medikamenter.  4) Brukere deltar aktivt i avgjørelser om medikamenter (samvalg).  5) Teamet har et ansvar for å sikre at 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. |  | *For å skåre 5 kreves at seks eller sju kriteriene oppfylles.* |
| 32. PSYKOEDUKASJON  Teamet jobber med psykoedukasjon til bruker.  1) Gir kunnskap om ulike former for psykiske lidelser og eller/rus-utfordringer til et flertall 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 |  | *For å skåre 5 kreves at alle fem kriteriene oppfylles*. |
| 33. PSYKOEDUKASJON RETTET MOT BRUKERS PÅRØRENDE  Teamet jobber med psykoedukasjon til brukers pårørende/familie (inkludert barn)  1) Gir kunnskap om ulike former for psykiske lidelser og/eller rusutfordringer  2) Har dialog om strategier for problemløsning ifm vanskeligheter som følge av lidelsen  3) Har dialog om familiens/pårørendes rolle 4) Gir opplysninger og tips om støttegrupper pårørende kan ta kontakt med 5) Gir tilbud om psykoedukasjon i gruppe (erfaringsdeling og kunnskapsformidling) til minst 20% av pårørende  6) Følger modellen for Familie­psyko­edukasjon (FPE) og minst 20% av pårørende får FPE (enfamiliegruppe eller flerfamiliegruppe) |  | *For å skåre 5 kreves at alle seks kriteriene oppfylles.* |
| 34. KUNNSKAPSBASERT PSYKOTERAPI (manualbasert)  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. |  | *For å skåre 5 kreves at minst 20% av brukerne i løpet av de siste 12 måneder har fått kunnskapsbasert psykoterapi i henholdt til egne mål og individuell behandlingsplan. Terapien er gitt iht retningslinjer og veiledere.* |
| 35. KUNNSKAPSBASERT PSYKOTERAPI (elementer)  Teamet gir elementer av kunnskapsbasert psykoterapi for mestring av spesifikke symptomer og atferdsregulering i henhold til brukers mål og individuelle behandlingsplan. |  | *For å skåre 5 kreves at minst 80% av brukerne i løpet av de siste 12 måneder har fått elementer av kunnskapsbasert psykoterapi for mestring av spesifikke symptomer og atferdsregulering. Terapien er gitt i henhold til brukers egne mål og individuelle behandlingsplan.* |
| 36. FOKUS PÅ ARBEID OG UTDANNING  Teamet har en bred tilnærming til meningsfull aktivitet, utdanning og arbeid, med utgangspunkt i den enkelte brukers behov og ønsker:  1) Teamet jobber systematisk for at brukerne skal ha tilgang på meningsfulle arbeidsrettede aktiviteter/og eller tiltak  2) Teamet gir bistand til mestring og deltakelse i ordinært arbeid og utdanning  3) Hele teamet holder oppe visjonen om at tilknytning til ordinært arbeidsmarked/utdanningssystem skal være en mulighet for alle brukerne  4) Teamet samarbeider aktivt med IPS jobbspesialister i NAV ovenfor brukere i teamet  5) Teamets innsats rundt meningsfull aktivitet, utdanning og arbeid baseres utelukkende på den enkelte brukers behov og ønsker |  | *For å skåre 5 kreves at alle fem kriteriene oppfylles.* |
| 37. ANDEL BRUKERE I ARBEID OG UTDANNING  Teamet gir brukere støtte til arbeidsdeltagelse og utdanning. |  | *For å skåre 5 kreves at 50% eller flere av brukerne er i utdanning eller arbeidsrettede*  *tiltak, og minst 15% av disse er i formelle IPS-løp eller ordinært arbeid/ordinære*  *utdanningsløp.* |
| 38. MODELL FOR INTEGRERT BEHANDLING AV ROP (IDDT):  Hele teamet har fokus på integrert behandling og jobber iht en fasespesifikk og ikke-konfronterende behandlingsmodell. 1) Observerer og vurderer hvordan rus- og psykisk lidelse interagerer  2) Bruker stadiene i endrings­prosessen i behandlingen  3) Bruker motiverende intervju 4) Bruker prinsipper for kognitiv atferdsterapi  5) 90% eller flere av brukerne med behov for behandling av ROP mottar den fra teamet |  | *For å skåre 5 kreves at alle fem kriteriene oppfylles.* |
| 39. INDIVIDUELL SOMATISK OPPFØLGING  1) Teamet har oversikt over brukernes somatiske helse.  2) Teamet gjør årlige somatiske undersøkelser.  3) Teamet følger brukere som har behov for det, til relevant behandling og oppfølging.  4) Teamet har oversikt over den enkelte brukers somatiske medikamenter.  5) Teamet har dokumentasjon på hvem som følger opp og sørger for oppfølging av hver enkelt medisinske tilstand.  6) Teamet kommuniserer med brukernes fastlege og andre som følger opp somatisk helse. |  | *For å skåre 5 kreves at alle seks kriteriene oppfylles.* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ORGANISERING AV TJENESTER | SKÅR | KOMMENTAR |
| 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). |  | *For å skåre 5 kreves at 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. |  | *For å skåre 5 kreves at 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 (utover tjenester gitt av teamet).  2) Det er gjensidig dialog om behandling/oppfølging ved inntak og utskriving av pasienter til/fra spesialisthelsetjenesten.  3) Det er god dokumentasjon gjennom journalsystemer ved inntak/utskriving 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. |  | *For å skåre 5 kreves at alle fire kriteriene oppfylles*. |
| 43. HÅNDTERING AV INKLUSJONSKRITERIER  1) Teamet har veldefinerte inntakskriterier mht. målgruppen.  2) Inntakskriteriene brukes også i praksis.  3) Et inntaksteam vurderer henvisningene.  4) Alle brukerne oppfyller teamets inntakskriterier. |  | *For å skåre 5 kreves at alle kriteriene oppfylles, og minst 95% av brukerne oppfyller inntakskriteriene*. |
| 44. 24 TIMERS TILGJENGELIGHET OG KRISETJENESTER  Teamet har døgnkontinuerlig 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 krisesituasjon.  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 spesialisthelse­tjenesten mottar henvendelse ved krisesituasjon, har de tilgang til brukernes kriseplaner i FACT (mestringsplaner).  4) Hvis kommunale akuttjenester (legevakt) mottar henvendelse ved krisesituasjon, 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. |  | *For å skåre 5 kreves at alle seks kriteriene oppfylles.* |
| 45. TILGJENGELIGE SENGER I DØGNAVDELING  Teamet har enkelt tilgang til senger (i spesialisthelsetjenesten) forbeholdt FACT, som f.eks. kan brukes i krisesituasjoner og/eller som  en brukerstyrt seng. |  | *For å skåre 5 kreves at teamet alltid har tilgang til slike senger.* |
| 46. INVOLVERING I INNLEGGELSE (psykisk helsevern/TSB)  Teamet tar initiativ til og er involvert i innleggelser (se bort fra korte akuttinnleggelser på ett døgn eller mindre). |  | *For å skåre 5 kreves at 95% eller flere av innleggelsene skjer etter initiativ fra teamet.* |
| 47. BESØK UNDER INNLEGGELSE (psykisk helsevesen/TSB) Dersom brukere er innlagt (se bort fra korte akuttinnleggelser på ett døgn eller mindre), er teamet hyppig på besøk (ansikt-til-ansikt kontakt eller digital kontakt ved lange avstander). |  | *For å skåre 5 kreves at mer enn 80% av brukere som er innlagt, får besøk av teammedlem hver uke.* |
| 48. PLANLEGGING AV UTSKRIVELSE (psykisk helsevern)  Teamet samarbeider med døgnavdelingene og er involvert i møter der utskrivelser planlegges (se bort fra korte innleggelser på ett døgn eller mindre). |  | *For å skåre 5 kreves at teamet er involvert i alle møter der utskrivelser planlegges for alle innlagte brukere. 85% eller flere av utskrivelsene skjer i samarbeid med teamet.* |
| 49. LAV DROP-OUT OG OPPFØLGING ETTER UTSKRIVELSE FRA FACT  1) Færre enn fem prosent av teamets brukere ble skrevet ut uten henvisning i løpet av siste 12 måneder.  2) Avslutning skjer gradvis etter at team og bruker har blitt enige.  3) Teamet har ordnet med klare avtaler og god oppfølging.  4) Overføringer som ikke går etter planen evalueres. |  | *For å skåre 5 kreves at alle fire kriteriene oppfylles.* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LOKALBASERTE TJENESTER | SKÅR | KOMMENTAR |
| 50. OPPSØKENDE  Teamet har fokus på utvikling av ferdigheter for å kunne fungere i lokalsamfunnet. Mer enn 80% av kontaktene skjer utenfor kontorene. |  | *For å skåre 5 kreves at 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 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) |  | *For* å skåre 5 kreves at teamet benytter 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). |  | *For å skåre 5 kreves at teamet i løpet av den siste måneden har hatt kontakt med personer i det sosiale nettverket til 80% eller flere av brukerne på tavla.* |
| 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). |  | *For å skåre 5 kreves at teamet i løpet av de siste seks månedene har hatt kontakt med personer i det sosiale nettverket til 80% eller flere av brukerne som ikke står på tavla*. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| MONITORERING | SKÅR | KOMMENTAR |
| 54. ROUTINE OUTCOME MONITORING (ROM) (innhold)  Teamet bruker standardiserte og validerte instrumenter for å kartlegge   1. Brukernes psykiske og sosiale fungering, inkludert bruk av rusmidler 2. Hjelpebehov 3. Livskvalitet 4. Kartleggingen gjøres minst en gang per år   Eksempler på instrumenter: HoNOS, MANSA, PSF. (Noen kartleggingsverktøy dekker flere områder.) |  | *For å skåre 5 kreves at alle fire kriterier oppfylles og minst 80% av brukerne*  *gjennomgår en slik standardisert kartlegging av høy kvalitet. Det er god informasjon*  *om alle fire kriteriene.* |
| 55. ROUTINE OUTCOME MONITORING (ROM) (bruk)  Teamet bruker ROM både i den individuelle oppfølgingen av brukerne, som en del av behandlingsplanen og for å evaluere behandlingsforløpet og teamets arbeid. |  | *For å skåre 5 kreves at 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. |  | *For å skåre 5 kreves at teamet i løpet av de siste 12 måneder. har gjennomført ekstern monitorering med FACT-skala og brukt monitoreringen til forbedringsprosess i teame*t. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| PROFESJONALISERING | SKÅR | KOMMENTAR |
| 57. REFLEKSJON RUNDT EGEN PRAKSIS  Teamet har hatt flere refleksjonsmøter om egen FACT-praksis i løpet av siste 12 måneder. Møtene har hatt varighet på minst to timer og alle teammedlemmene har deltatt (alternativt to hel/halvdagssamlinger). |  | *For å skåre 5 kreves at teamet har hatt minst fem møter (minst 10 timer) til refleksjon om egen FACT-praksis for alle teammedlemmer i løpet av de siste 12 måneder*. |
| 58. OPPLÆRING I FACT OG KUNNSKAPSBASERTE METODER  Alle teammedlemmer får hvert år opplæring/ videreutdanning i FACT eller kunnskapsbaserte metoder (minimum. fire halve dager). |  | *For å skåre 5 kreves at flere enn 80% av teammedlemmene får opplæring/videreutdanning i FACT eller kunnskapsbaserte metoder hvert år*. |
| 59. OPPLÆRING I MESTRINGSORIENTERT OPPFØLGING/RECOVERY  80% av teammedlemmene har fått opplæring i recovery i løpet av de siste *24 mnd.*  *For team som har vært i drift under 2 år:* 40% av teammedlemmene har fått opplæring i recovery i løpet av de siste *12 mnd.*  (Kan f. eks. være intern opplæring med brukerspesialist, recoveryspesialist, arbeids-og utdanningsspesialist, musikkterapeut, kurs fra kompetansesenter for brukererfaring, Recoveryskolen og andre utdanningsinstitusjoner.)  Aktuelle tema for revoceryopplæring kan f.eks. være:  – Teoretisk rammeverk for recovery, som CHIME  – IMR (Illness Management and Recovery  – Bedringsprosesser og bedringsstøtte  – Vektlegge brukerens iboende styrker og ressurser fremfor patologi  – Støtte økt selvkontroll og autonomi hos brukeren |  | *For å skåre 5 kreves at 80% eller flere av teammedlemmene har fått opplæring i mestringsrelaterte tjenester/recovery i løpet av de siste 24 mnd.*  For team som har vært i drift under 2 år: *40% eller flere har fått opplæring i mestringsrelaterte tjenester/recovery i løpet av de siste 12 mnd.* |
| 60. FOKUS PÅ RECOVERYBASERTE TJENESTER  1) Teamet har stor oppmerksomhet rettet mot bedringsprosesser utover medisinering og symptomlette (f.eks hva brukeren selv opplever som viktig, trenger eller ønsker seg, livssituasjon, levekår og nettverk/lokalsamfunn).  2) Teamet har ansatt/ansatte med egen brukererfaringsom en likeverdig og integrert del av teamet  3) Teamet har tilbud om eller legger til rette for deltagelse i grupper for brukerstøtte og mestring (f.eks IMR, selvhjelpsgrupper, smart recovery, etc.)  4) Brukerens behandlingsplaner har et tydelig –og lett identifiserbart recoveryfokus (jfr punkt 30 i denne skalaen)  5) teamet bruker aktivt overordnede recoveryprosesser i oppfølgingen som f.eks Tilknytning, Håp, Identitet, Mening og Myndiggjøring (CHIME)  6) Teamet skreddersyr sin praksis ved bruk av systematiske tilbakemeldinger/feedback fra brukerne |  | *For å skåre 5 kreves at alle 6 kriterier oppfylles* |
| 61. TEAMÅND  1) God stemning i teamet (hyggelig, omgjengelig, avstresset) 2) Samhold i teamet (støttende, engasjerende og involverende) 3) Felles filosofi (enighet om arbeidsmetoder og målsetting for teamet) 4) Teamet satser på kvalitet og innovasjon  5) Få tegn på trøtthet/slitenhet i teamet |  | *For å skåre 5 kreves at alle fem utsagnene stemmer. Entusiastisk og godt motivert team*. |

*Denne tilbakemeldingsrapporten er basert på FACT-fidelityskala 2010 (norsk revisjon 2023).*