

FACT

FLEXIBLE ASSERTIVE COMMUNITY TREATMENT

VISJON, MODELL OG ORGANISERING AV FACT-MODELLEN

**AV REMMERS VAN VELDHUIZEN
2013 GRONINGEN, NEDERLAND**

Ansvarlig utgiver:

Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse,
Sykehuset Innlandet HF.

Postadresse:

Sykehuset Innlandet HF, Divisjon Psykisk Helsevern,
Avdeling for psykosebehandling og rehabilitering,
Nasjonal kompetansetjeneste ROP
Postboks 104, 2381 Brumunddal
Telefon +47 62 58 14 00 • Telefaks +47 62 58 15 69
E-mail: post@rop.no
www.rop.no

Design/førtrykk: Flisa Trykkeri AS **Forsidefoto:** Shutterstock.com

Trykk: Møklegaard Print Shop AS **Opplag:** 1 500

2. utgave, november 2013

ISBN: 978-82-999521-1-8

Forord til den norske oversettelsen av “FACT-modellen”

I forbindelse med revisjonen av ACT-håndboka som startet mot slutten av 2012, ønsket Helsedirektoratet også en beskrivelse av FACT-modellen. På bestilling fra Helsedirektoratet har derfor Remmers van Veldhuizen, en av FACTs grunnleggere, laget denne framstillingen som vi nå har oversatt til norsk. Denne beskrivelsen er også en hovedkilde for den mer kortfattede innføringen i FACT-modellen som finnes i den reviderte ACT-håndboka fra desember 2013.

Karin Blix Flage har oversatt van Veldhuizens manus fra nederlandsk og Tone Øiern, Lars Linderoth og undertegnede har bearbeidet oversettelsen. De to sistnevnte er faglig ansvarlige for oversettelsen.

Litt om begrepsbruken i boka:

I Nederland brukes forkortelsen EPA (Ernstig Psychiatrische Aandoening) om alvorlig psykisk lidelse. Da vi ikke har noen tilsvarende forkortelse på norsk, skriver vi enten alvorlig psykisk lidelse eller EPA. Begrepet omsorg (care), nederlandsk zorg, har vi konsekvent erstattet med oppfølging. Vi tenker at omsorgsbegrepet hos oss mer handler om pleie og ivaretagelse av primærbehov. Hos oss vil disse funksjonene bli ivaretatt av kommunal helse-og omsorgstjeneste, ikke et FACT-team.

Recovery er stort sett erstattet med bedring og bedringsprosesser.

Når det gjelder beskrivelse av tvangsbehandling har vi tatt utgangspunkt i norsk lovverk. Kriteriene for bruk av tvang er annerledes i Nederland enn i Norge.

Vi vil også peke på at psykiske helsetjenester i førstelinjen er annerledes organisert i Nederland enn i Norge. Derfor vil et FACT-team kanskje ta oppgaver vi definerer som kommunale. Videre omfatter den spesialiserte

sykepleierutdanningen i Nederland flere fagområder enn i Norge og derfor vil sykepleiere i FACT-team i Nederland utføre oppgaver som vi tenker at både vernepleiere og sosionomer kan utføre.

FACT-heftet operer med begrepet ”bed on request”. Vi har oversatt det med brukerstyrte senger. Det kan synes som om brukerstyrte opphold i Nederland er mer krisebetonte og kortvarige enn i Norge, men mer tilgjengelige.

For en sammenligning av ACT og FACT-modellene viser vi til ACT-håndboka. Der presenterer vi også norsk oversettelse av FACT-fidelity scale som nå er under revisjon i Nederland. Vi har trykket en engelsk versjon av den den nederlandske FACT-tavla. Sammen med NAPHA vil vi vurdere muligheten for å lage en felles norsk versjon.

Hamar, 01.04.2014

*Amund Aakerholt,
Nasjonal kompetansetjeneste ROP*

FORORD: FACT I NORGE?

Etter at de store psykiatriske sykehusene begynte å skrive ut pasienter med alvorlige psykiske lidelser til behandling og oppfølging i kommunene og DPSene og reduserte sine sengetall betydelig, er det utviklet ulike modeller for hvordan mennesker med psykoselidelser og andre alvorlige psykiske lidelser kan følges opp ute i samfunnet. Flere modeller er beskrevet og felles for dem alle er vel at de ikke passer alle pasientgruppene som trenger et tilbud overalt i landet. Modellene kan også praktiseres ulikt forskjellige steder. Tjenestetilbudene ser ulike ut og er ulikt organisert i forskjellige kommuner og DPSer. Befolkningstetthet, avstander og forekomst varierer. I større byer med stor befolkningstetthet, opphopning av mennesker med alvorlige psykiske lidelser, ofte i kombinasjon med ruslidelser, og større mulighet for ikke å bli sett, er det mulig og nødvendig å organisere tjenestene på en annen måte enn i spredt befolkede områder med store avstander og god oversikt over de som trenger behandling og oppfølging.

FACT - Flexible Assertive Community Treatment - er et nederlandsk svar på utfordringene vi står overfor når vi skal gi tjenester til alle innbyggerne i et område med alvorlige psykiske lidelser over lang tid. Et FACT-team har mindre opptaksområde og behandler en mer sammensatt pasientgruppe enn for eksempel ACT-teamene. De gir også tilbud over lengre tid istedenfor å overføre behandling og oppfølging til ordinære tjenester når pasienten er stabilisert.

FACT er ikke svaret på alle de utfordringene vi nå står overfor, men et godt og gjennomførbart supplement til de metodene vi har benyttet fram til nå. Om ikke metoden er fullt ut gjennomførbar alle steder, gir den gode innspill til hvordan tjenestene kan organiseres.

Lars Linderøth
Spesialist i psykiatri

Forfatters forord

Personer med alvorlig psykisk lidelse kan leve utenfor sykehus og fungere i samfunnet dersom de får tilstrekkelig støtte og behandling.

Inspirert av tenkningen i amerikanske ACT-team, startet vi i Nederland i 2003 med "Assertive Community Treatment", forkortet ACT. Disse teamene ble videreutviklet til FACT (Fleksibel ACT). FACT tilbyr pasientene mer kontinuitet i behandlingen, mer hjelp og mer oppfølging enn ACT. Mens ACT fokuserer på 20 prosent av personene som har de mest alvorlige lidelsene, inkluderer FACT hele gruppen med alvorlige psykiske lidelser i sine team. Dessuten driver FACT oppsøkende arbeid med utgangspunkt i et mer integrert og bredere sammensatt tverrfaglig team enn ACT. Dette gir flere muligheter for bedring og behandling. FACT-teamene rekrutterer vanligvis også pasienter fra et mindre område enn det et ACT-team gjør og får flere muligheter til tett samarbeid med ulike instanser i nærmiljøet.

I Nederland utviklet vi FACT-modellen i institusjonen GGZ Noord Holland¹ i samarbeid mellom meg selv, psykolog Michiel Bähler og andre fagfolk.

Ettersom erfaringene vokste, ble FACT-modellen stadig videreutviklet. I 2007 ble det utviklet en fidelity-skala for modellen. Sammen med en sykepleiespesialist og lærer (D. Polhuis) og en professor i psykiatri ved Maastricht Universitet (Jim van Os) redigerte jeg og Michiel Bähler FACT-håndboken i 2008 (van Veldhuizen 2009). Den brukes nå i mange nederlandske utdanninger.

FACT-modellen har vist seg å være virksom og lett å implementere i Nederland. I 2013 hadde Nederland 150

FACT-team og vi tror at antallet vil øke til 400 til 500 i årene som kommer. Til nå har et sertifiseringsteam, Centre ACT & FACT, sertifisert 100 team.

Denne suksessen har vakt internasjonal oppmerksomhet. Det er startet team i London og i flere byer i Belgia. Det er vist interesse i USA, Frankrike, Sverige og Norge. Bortsett fra én engelsk publikasjon (van Veldhuizen 2007) har ikke modellen hittil vært beskrevet på noe annet språk enn nederlandsk.² Dette heftet tar sikte på å gi lett tilgjengelig informasjon, blant annet på norsk. Det skal være et praktisk hefte, med en begrenset mengde forskningsdata og referanser.

Dette heftet er ment for alle fagfolk som arbeider med FACT-team, men kan leses av pasienter, pårørende og andre som ønsker informasjon om modellen. Det gir også informasjon som politikere og helseøkonomer som ønsker å bidra til å starte med FACT kan trenge.

Vi har skrevet heftet med tanke på å forklare utenlandske lesere hva FACT er. Spesielle nederlandske forhold blir kort forklart. Sammenligninger med andre land er kort skissert. På denne måten vil forhåpentligvis kolleger i andre land lett kunne forstå FACT-tilnærmingen. Jeg håper dere kan ha nytte av denne beskrivelsen av arbeidet vi har gjort, og jeg er nysgjerrig på leseres reaksjoner!

God lesning og inspirasjon!

J.R. van Veldhuizen

¹ GGZ betyr psykisk helsevern

² En engelsk versjon tilsvarende denne ble publisert på www.factfacts.nl sommeren 2013

Innhold

Innledning

A. FACT i et nøtteskall	8
B. En personlig historie	10
C. Et morgenmøte i et FACT-team.	11

Kapitler

1. Behovene for oppfølging hos personer med alvorlige psykiske lidelser	13
1.1 Hvilke pasientgrupper er ACT og FACT egnet for?	13
1.2. Hvordan må tjenester innrettes for å nå pasienter med alvorlig psykisk lidelse?	14
1.3 Nødvendige forutsetninger for lokalbasert psykisk helsearbeid for mennesker med EPA?. 14	
1.4. De syv C-er ivaretar alvorlig psykisk syke uten døgnbehandling.	15
1.5 Kravene til team som ønsker å bruke de syv C-er	17
1.5.1 God koordinering	17
1.5.2 Integrering, ingen meglermodell	17
1.5.3 Tverrfaglig	17
1.5.4 Om nødvendig; delt ansvar for pasientene	17
1.5.6 Fleksibel veksling	18
1.5.7 Å arbeide etter en tydelig modell.	18
1.6 Kraften i oppsøkende virksomhet	18
2. Mellomspill - FACT kort sammenfattet som byggesteiner.	20
2.1 Byggesteinene i FACT.	20
2.2 Sammensettingen av FACT-teamet.	22
3. FACT- Modellen	24
3.1 En situasjonsskisse: Mange pasienter, mange behov.	24
3.2 FACT-tavleprosedyren – 'hemmeligheten med FACT'.	25
3.3 Kriterier for å bli satt på FACT-tavlen	28
Kriseforebygging	28
Kortvarig, tett oppfølging.	28
Nye pasienter	29
Vanskelig-å-nå-gruppen	29

Høyrisiko og vanskelig-å-nå	29
Innlagte eller innsatte	29
I behandling under tvang	29
3.4 Integrering av behandling, oppfølging, rehabilitering og bedring i FACT.	30
De som er vanskelige å nå	30
3.5 Behandling og behandlings-syklus	31
4. Timeglass- modellen	33
4.1 Medarbeiderens fire ulike roller	33
4.2 Timeglass- modellen.	33
4.3 Å arbeide med timeglasset.	34
4.4 Den høyre kolonnen i timeglassmodellen ...	36
5. Utvalgte emner i pasientrettet arbeid i FACT 37	
5.1 Iboende styrke, bedring og rehabilitering ...	37
5.2 Mobilisere lokale nettverk og støttespillere rundt pasienten	38
5.3 Behandlingsmetoder ifølge retningslinjer ...	38
5.4 Integret behandling av pasienter med ROP-lidelser	39
5.5 Arbeid: Individuell støtte og hjelp til arbeid. .	39
5.6 Somatikk	39
5.7 Tvang og press.	40
5.8 Avslutte FACT-oppfølging.	41
6. Fag-gruppene i FACT	43
6.1 Brukerspesialisten.	43
6.2 Sykepleiere.	43
6.3 Psykiateren.	44
6.4 Psykologen.	45
6.5 Arbeidsspesialisten	45
7. Implementering av FACT	47
7.1 Teamstørrelse i forhold til regionens størrelse	47
7.2 Integreerte psykisk helse-tjenester	47
7.3 Oppstarten og utformingen av FACT-tenkningen	48
7.4 Å etablere og lære opp FACT-team	48
7.5 FACT-kontorer	49
7.6 Hvordan gikk det med ACT i Nederland? ...	50
8. Modelltrokap, FACT og sertifisering.	51
8.1 Forskjeller mellom ACT og FACT.	51
8.2 ACT vs FACT	52
8.3 Arbeid med modellen og FACTs fidelity skala	52
8.4 Sertifisering	53
Referanser	54

FACT i et nøtteskall

FACT- teamene yter langvarig oppfølging til mennesker med alvorlige psykiske lidelser i deres lokalsamfunn. De er rettet mot mennesker som i tillegg til sine alvorlige psykiske plager ofte har begrenset sosial fungering, ustabil bo-situasjon, problemer med å få arbeid, økonomiske vansker og andre faktorer som gir lav livskvalitet. De kan også ha vansker med å finne tilhørighet i nærmiljøet. Kontakten med hjelpeapparatet er ofte begrenset. Da blir ofte kontakt med familien desto viktigere, men noen ganger unngår pasienten kontakt med pårørende.

FACT arbeider etter en biopsykososial tenkning, der oppgavene er å

- følge med på sykdoms- og symptomutvikling,
- yte veiledning og praktisk hjelp i hverdagen,
- arbeide med rehabilitering
- støtte brukerens bedringsprosesser

Et integrert team er ansvarlig for samtlige av disse oppgavene.

FACT vil oppnå mest mulig kontinuitet i oppfølgingen, forebygge innleggelse i psykiatrisk sykehus og fremme inkludering i nærmiljøet slik at pasienter kan delta mer i samfunnet.

Et lokalt FACT-team følger opp 200–220 pasienter i en region med 40–50.000 innbyggere. Teamet forsøker å ha tett kontakt med familien og med andre relevante tjenester i distriktet. Teamet er bredt sammensatt og tverrfaglig (inkluderer psykiater, sykepleiere, psykiatrisk sykepleier/sosionom, psykolog, arbeidsspesialist (IPS), ekspert på rusavhengighet og brukerspesialist). Til sammen har det ca 10–11 årsverk.

Det tverrfaglige teamet veksler mellom to nivåer av behandlingsintensitet:

1. Ordinær individuell oppfølging fra det tverrfaglige teamet.
2. Intensiv behandling og oppfølging der pasienter har kontakt med flere team- medlemmer og hvor det en gang om dagen blir diskutert og planlagt hvilken oppfølging som skal gis og av hvem.

I begge arbeidsformene gis hjelpen på stedet der pasienten befinner seg. Som følge av FACTs oppsøkende arbeidsmåte blir forholdet til pasienten mer personlig og pasientens behov og ressurser tegner seg helt konkret. For eksempel avdekkes ofte ressurser i familien eller en ser andre muligheter rundt pasienten som kan utnyttes til beste for ham eller henne.

De fleste pasienter klarer seg med vanlig individuell oppfølging og hjelp. Men ved fare for psykotisk tilbakefall, ved bruk av rusmidler, hvis en må vurdere innleggelse i psykiatrisk institusjon eller når en person har behov for ekstra oppfølging, blir hjelpen intensivert. Intensivering av hjelpen fra teamet kan ytes på lang eller kort sikt og ved kriser. Når krisen er over, går man tilbake til individuell oppfølging. Det virker som om slik fleksibel hjelp møter de behovene mange mennesker med alvorlige psykiske lidelser og stadige hyppige tilbakefall har.

1. Ordinær individuell oppfølging

Pasienten står ikke oppført på ”FACT-tavlen” (se nedenfor), men har en case manager fra teamet og en psykiater som hovedansvarlige. Hvis det blir nødvendig kan andre team-medlemmer (for eksempel eksperter på

rusavhengighet eller psykolog) gjøre bestemte oppgaver i tillegg.

2. Intensiv oppfølging

Pasienten har behov for mer intensiv hjelp og teamet gjennomgår hans eller hennes status på morgenmøtene. Måten det skjer på, er at pasientens navn står på et Excel-ark som via PC projiseres på et whiteboard i møterommet. Teamet blir enig om hvilke teammedlemmer som skal besøke eller følge ham eller henne opp.

Minst en gang i året revideres alle pasienters behandlingsplan (inkludert krise- og rehabiliteringsplan). I tillegg bruker vi kartleggingsverktøyene HoNOS³, MANSA⁴ eller tilsvarende instrumenter.

Teamene jobber på dagtid. Noen team tilbyr også hjemmebesøk i helgene, men da i nært samarbeid med en døgnavdeling. Alle regioner i Nederland skal ha 24/7 timers tilgjengelig krisetjeneste organisert gjennom det ordinære tjenesteapparatet.

³ Health of the Nation Outcome Scales

⁴ Manchester Short Assessment of Quality of Life (Priebe et al. 1999).

En personlig historie

Jeg er 40 år gammel, bor alene og har lidd av psykose siden jeg fylte 20 år. Den første gangen var forferdelig; jeg følte meg fremmedgjort fra familien og forsto ikke hva som foregikk. Til slutt ble jeg tvangsinnlagt. Flere innleggelses fulgte. Jeg opplevde det å være i en avdeling med andre mennesker som også hadde mange problemer som svært vanskelig. Du blir tilskuer til mye, også selvmord.

Etter hvert har jeg fått en forklaring på sykdommen min, og hvordan jeg kan håndtere den. Det hjelper meg at jeg tross alt forstår at jeg trenger medisiner, selv om jeg synes det er veldig ubehagelig. De første 10 -15 årene da jeg var syk, var jeg svært innelukket. Alt dreide seg om sykdom. Mine håp om å studere forsvant. Først bodde jeg i et hus med flere pasienter og hadde stadige psykotiske tilbakefall og reinnleggelses. Oppfølgingen utenfor sykehuset var ikke særlig aktiv. Jeg dro til poliklinikken hver 4-6 uke for å snakke med legen min om medisiner. Jeg fikk også oppfølging av en sykepleier. Vanligvis gikk jeg til henne til avtalte timer. Men hver gang jeg ble forvirret, kom hun til meg, ofte for å hjelpe til med innleggelse.

De siste åtte årene har jeg fått en annen form for oppfølging. Jeg er nå fulgt opp av et FACT- team. De kommer hjem til meg, de ønsker å snakke med meg i mitt eget miljø. Og de hjelper meg i leiligheten min, slik at jeg takler ting bedre. Jeg har en behandlingsplan, som inkluderer avtaler med en brukerspesialist og en arbeidsspesialist.

Brukerspesialisten er en tidligere pasient, som arbeider i FACT- teamet. Kontakten med ham hindrer at jeg føler meg annerledes. Han er med på å alminneliggjøre ting. Jeg har hatt mye igjen for å snakke med ham om traumer rundt innleggelsene.

I tillegg har psykologen i teamet flere ganger behandlet meg med EMDR og nå har disse plagsomme bildene jeg

hadde, blitt mye svakere. Brukerspesialisten har satt i gang en recovery-gruppe som jeg deltar i. Her snakker vi med hverandre om de mulighetene du har til "å få livet tilbake" på egen hånd.

Arbeidsspesialisten har hjulpet meg til å få en jobb i en vanlig bedrift. Der jobber jeg tre timer dagen fire dager i uken. Først var det veldig vanskelig, men han har virkelig fått meg til å trene på ulike ting, og nå lykkes det. Jeg tjener ikke så mye, men det føles mye bedre enn den tidligere arbeidstreeningen i dagsenteret. Dit går jeg fortsatt, men mer for moro skyld eller for å spise.

Sykepleieren er fortsatt min case manager eller faste kontakt. Sammen med henne og psykiateren har jeg laget behandlingsplanen min. Hun er også i kontakt med familien min og naboene mine. Dette er nyttig, fordi hvis forvirring truer meg igjen, da har jeg karakteristiske mestringsstrategier jeg bruker. Jeg trekker gardinene for hele dagen og hilser ikke når jeg møter noen jeg kjenner. Hvis naboene ser dette, tilkaller de teamet og så kommer noen derfra på besøk. I fjor var jeg innom alle slags "tilstander"; min søster var syk, og jeg ble ranet. Igjen ble jeg ganske forvirret, og begynte også å bruke stoff. I en periode kom det folk fra FACT-teamet hver dag. De tok med seg medisin til meg, jeg fikk snakke om min søster og anmeldt ranet til politiet. Jeg fikk også permisjon fra jobben i to uker. Psykiateren kom hjem til meg og han traff samtidig også min mor.

Det er en stor forskjell når det er et helt team av folk rundt deg. Hvis du trenger mye oppfølging, så er det nesten som om en er innlagt hjemme, men i ditt eget miljø og med bare kjente mennesker rundt deg. Siste gang jeg ble forvirret kom jeg meg veldig raskt ut av det. Nå treffer jeg bare den faste sykepleieren min og recovery-gruppen. Snart skal vi sette i gang med et prosjekt med arbeid i nabolaget. Alt i alt er jeg fornøyd nå.

Et morgenmøte i et FACT-team

Hver dag rundt kvart over åtte, møtes medlemmene i FACT-teamet som vanlig til en gjennomgang av situasjonen til rundt 20 personer som får mer aktiv oppfølging. Etter å ha tatt seg en kopp kaffe og en liten prat rettes fullt fokus på et excel-ark som projiseres på et lerret; det som kalles FACT-tavlen.

Sykepleier Rick er dagens tåveleder. Anna noterer alle dagens avtaler på "tavla". Pasientene er delt inn i grupper som viser hvorfor de er ført opp på tavlen: En gruppe har behov for kortvarig, intensiv oppfølging, en annen trenger langvarig, nesten daglig oppfølging. Så er det pasienter som er innlagt i psykiatriske eller somatiske sykehus og folk som nekter behandling. I tillegg skal gruppen med nye pasienter gjennomgås.

Excel-kolonnene starter med navnet til hver pasient, deretter følger hans eller hennes diagnose, årsaken til at de skal ha et intensivert behandlingsopplegg, målene for pasientene, hvilke tiltak teamet vil sette i gang, navn på pårørende, samt hvem som gjør hjemmebesøk.

Pasienten **Ella** blir drøftet. Hun har en alvorlig bipolar lidelse og er inne i en svært hektisk periode, der hun utsetter seg for risiko og kommer i konflikt med folk hun ellers går godt sammen med. De kan bli "oppbrukt" og trekke seg unna henne. Selv er hun også sliten. For tiden besøker teamet henne hver dag. Heldigvis godtar hun å ta medisiner og ser nå ut til å falle litt mer til ro. I dag skal psykiateren være med case manageren på hjemmebesøk for å se om det er mer som bør gjøres. I morgen drar en annen sykepleier hjem til henne. I dag skal case manager ringe familien. Det skal tas en blodprøve for å måle litiumnivået i blodet. Vanligvis gjøres det på laboratoriet, men nå er det bedre å gjøre det hjemme.

Vet vi noe om hvorfor hun mister grepet? spør psykologen kollegene. Brukerspesialisten svarer at han har hørt fra

en annen pasient at Ella er blitt krenket. En mann hun chattet med på internett, trakk seg da han hørte at hun mottok hjelp fra psykisk helsevern. Dette vil man kunne snakke med pasienten om på neste hjemmebesøk.

Det viser seg dessuten at hun de siste ukene har hatt et lavt nivå av litium i blodet. Teamet skal følge opp begge deler. Anna skriver det opp på FACT-tavlen. I morgen vil de andre få en rapport om hvordan det gikk.

Pasienten **Jeanne** har hatt intensiv oppfølging i en uke etter et tilbakefall av en psykotisk depresjon, med selvmordstanker og dårlig ivaretagelse av egne behov. Hjemmebesøk to ganger per dag viste seg ikke å være tilstrekkelig for å ivareta henne. For å hindre ytterligere forverring, har teamet oppfordret henne til å legge seg inn frivillig i psykiatrisk avdeling. Erfaringen fra tidligere er at når de avventer situasjonen og utsetter innleggelse, resulterer det i selvmordsforsøk og til slutt tvangsinnleggelse. Denne gangen var teamet og Jeanne helt enige om at hun burde legges inn med en gang symptomene meldte seg.

Kolonnen, „sosial støtte“ bak Jeannes navn står tom, det er ikke bra! Sosionomen skal snakke med Jeanne enda en gang om det er noen i familien eller andre som kan være til støtte og hjelp. Kanskje kan en eventuell avbrutt kontakt gjenopprettes mens hun er innlagt? Teamet vil også diskutere behandlingen på sykehusavdelingen med kollegene på sykehuset. For eksempel vil teamets psykiater diskutere medisiner og aktuelle laboratorieundersøkelser med sykehusets medisinske ansvarlige. Det besluttes at Jeannes case manager skal besøke henne to ganger ukentlig på avdelingen samt sørge for at huset er rent og ryddig når hun skrives ut, noe de antar skjer om 2-3 uker.

Dagens nye pasient er **Tom**. Han ble i går henvist fra "Senter for psykisk helsevern"(CGG), som behandler

pasienter poliklinisk. CGG har forsøkt å få Tom til å møte til behandling i to år, men han dukker sjelden opp til avtaler. Diagnosen er personlighetsforstyrrelse og angst. Sosialt ser det ut til å skli ut for Tom og det er grunn til å tro at han har begynt å ruse seg. Huseier truer med utkastelse fordi han ikke har betalt husleien.

Poliklinikken klarer ikke å følge opp disse sammensatte problemene og det blir gjort avtale med et FACT team om å henvise dit. I teamet får Tom en fast kontakt. Hun skal avklare og oppsummere situasjonen; om nødvendig i samråd med spesialsykepleier innen psykisk helse og rus. Psykiateren i teamet vil snakke med ham hjemme, psykologen skal invitere ham til en samtale og bruker-spesialisten besøke ham. En vil vurdere hvilke ressurser han har og hvordan en best kan motivere ham for behandling. Alt dette kan leses av FACT-tavlen, og om tre uker vil et tverrfaglig team utarbeide en behandlingsplan.

De øvrige pasientene gjennomgås på samme måte. Deretter følger punktet på dagsorden ”saker til diskusjon”. Fire teammedlemmer setter sirkel rundt navnet til pasienter som for tiden får individuell, men ikke intensiv oppfølging fra teamet. De er altså ikke oppført i excel-dokumentet som er utgangspunkt for dagens møte: De har ikke daglig oppfølging, men møter psykiater, psykolog eller arbeidsspesialist etter behov. Det holdes møter hvert år der behandlingsplanen blir evaluert og justert. Noen ganger blir teamet informert om forhold rundt dem og noen ganger har den faste kontakten behov for hjelp fra det tverrfaglige teamet, slik som i dag.

Arbeidsspesialisten forteller at pasient Max skal starte i en betalt jobb denne uka. Han er stolt, men skremt. ”Når dere tilfeldigvis treffer ham, så ønsk ham: lykke til!”, sier case manageren til teamet. Pasient Bart, en ung mann som etter en førstegangpsykose har opplevd mange tap, klarer seg nå bra. Han snakker med en

psykolog om hvordan han skal mestre relasjonsbrudd i fremtiden, og om de tap han har lidd. Hans tidligere venner og klassekamerater blir ferdige med sine studier, mens han ... Psykologen melder fra til teamet at hun ikke utelukker at han vil vise tegn til forverring, og spør hva teamet da bør gjøre. Dette blir hørt og notert.

En i teamet nevner en annen ung mann. Psykisk er han ganske stabil, men narkotika synes å spille en stadig viktigere rolle for ham. Case manager ønsker at denne mannen får besøk av rusavhengighetseksperter og at de sammen med psykiateren lager en strategi. Dette avtales i møtet.

Den siste pasienten er en dame med diagnosen schizofreni, som misbruker alkohol. Case manager rapporterer at naboer har meldt fra til politiet om atferden hennes. Rick sier: ”Denne kvinnen har vi tatt opp to ganger i forrige uke og i ”diskusjonssaker”. Det er bedre at hun nå settes opp på FACT-tavlen og at flere deltar i oppfølgingen av henne, gjennom daglige besøk. Neste uke diskuterer vi om strategien bør endres.” Anna skriver ned konklusjonen på tavlen og noterer ned hvem som skal besøke henne neste dag.

Til slutt tar man en runde i teamet. Ett av teammedlemmene melder fra om en kort ferie. For hennes pasienter som står på tavlen, er teamoppfølgingen allerede sikret, men noen andre må overta et par avtalte hjemmebesøk. Dette blir ordnet. Det er lagt ut nye foldere med informasjon om frivillighetsarbeid og om ulike aktiviteter i nabolaget. Teammedlemmer tar dem med seg for å spre til pasienter som dette kan være av interesse for. Lederen gjør oppmerksom på noen skjema som må fylles ut og innleveres innen en uke. Samtlige sukker, men skriver det opp i avtalebøkene sine. Etter nøyaktig en halv time kobler Anna ut PC-en. Alle avtaler er gjort, bygningen forlates, og de fleste teammedlemmene drar på hjemmebesøk.

Behovene for oppfølging hos personer med alvorlige psykiske lidelser

1.1 Hvilke pasientgrupper er ACT og FACT egnet for?

FACT bygger på det amerikanske programmet Assertive Community Treatment (ACT). De første av disse teamene så dagens lys i USA rundt 1980. I 1980 la Leonard Stein og Mary Ann Test fram en evaluering av programmet (Stein og Test 1980) som viste at ACT bidro til å redusere antallet sykehusinnleggelseser, senke behandlingskostnadene og bedre alvorlig psykisk sykes sosiale fungering og livskvalitet. I USA ble også psykiatriske symptomer redusert der pasientenes mottok ACT-behandling. ACT-modellen fokuserer på å yte hjelp til de mest sårbare alvorlig psykisk syke; en andel på om lag 20 prosent av hele gruppen alvorlig psykisk syke. Målgruppen for ACT-modellen har psykoselidelser, vanligvis kombinert med rusavhengighetsproblemer, såkalt "ROP-lidelse". Tidligere levde de en svingdørstilværelse der de vekslet mellom korte eller langvarige opphold i psykiatriske sykehus og å være ute i samfunnet. Mange av dem hadde store problemer med å skaffe og holde på bolig og store økonomiske problemer. Kontakten med familien var begrenset.

Behandling og tilnærming for de resterende 80 prosent av gruppen alvorlig psykisk syke er ikke tydelig beskrevet i ACT-modellen; en kan anta at de ville motta tilbud fra andre og mindre intensive team.

Med FACT (Fleksibel ACT) valgte vi å sørge for et behandlingstilbud for 100 % av målgruppen, som er de med alvorlig psykisk lidelse.

I Nederland er gruppen mennesker med alvorlige psykiske lidelser beskrevet i et konsensusdokument (Delespaul 2012). Dette dokument definerer følgende fem kriterier for at en person hører til gruppen med alvorlig psykisk lidelse (EPA-gruppen)

- En psykisk lidelse der oppfølging/behandling er påkrevet.⁵
- Alvorlig svikt i sosial fungering.⁶
- 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.

Mange med alvorlig psykisk lidelse har også personlighetsforstyrrelser. Kompliserte medisinske og nevrologiske problemer spiller også ofte en rolle i en EPA-definisjon. Psykososiale og miljømessige problemer spiller inn og mange EPA-pasienter skårer lavt på diagnose-systemenes mål på daglig mestring. EPA gruppen har ellers ulik alder, bakgrunn, livsløp og sosial tilhørighet.

EPA-gruppen består altså av 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.

Disse menneskene støter på alvorlige problemer på flere livsområder slik som fysisk helse, arbeidsliv, utdanning, sosial fungering og det å bygge og bevare personlige relasjoner.

⁵ Ikke i symptomatisk remisjon

⁶ Ikke i funksjonell remisjon

1.2 Hvordan må tjenester innrettes for å nå pasienter med alvorlig psykisk lidelse?

Mennesker med alvorlig psykisk lidelse er like innbyrdes forskjellige som alle andre. Men i tillegg til å ha tilbakevendende psykose eller depresjon har mange av dem ofte en tendens til å bruke for mye medikamenter eller stoff. De har ofte problemer med å organisere hverdagen, er noen ganger initiativløse og har noen ganger vanskelig for å forstå sammenhenger. De kan mangle sosiale ferdigheter og er sårbare. De har noen ganger problemer med personlig hygiene og å holde orden hjemme. I perioder har de angst eller psykoser. Kontakt med familie eller støtteapparat er ofte ustabil. De har færre nære kontakter, færre seksuelle kontakter. Som regel er de ikke gift eller samboende. De baler med store spørsmål omkring meningen med livet og har ofte kontakt med mennesker med lignende problemer. Delvis av den grunn opplever de også mye tap som for eksempel når bekjente blir psykotiske, innlegges eller begår selvmord. Personer med alvorlig psykisk lidelse blir ikke lett inkludert i samfunnet. Det vanlige er at de også har problemer med arbeid, økonomi og bolig.

Dersom du leser ovennevnte beskrivelse om igjen, vil du se at de psykiske problemer hos mennesker med alvorlig psykisk lidelse ofte fører til lav sosial fungering og problemer på nesten alle andre områder. I begynnelsen av forrige århundre ble disse menneskene lagt inn i asyl eller sykehus. Institusjonene ble ansett som løsningen på sosiale problemer som bolig, hygiene, økonomi, kontroll av rusmisbruk etc. Dette ble legitimert gjennom å fokusere utelukkende på medisinsk behandling av symptomer. Man snakket om “en helende, fordelaktig utelukkelse fra samfunnet.”

Det virket til å begynne med som en human løsning. Etter hvert ble det klarere at totalinstitusjoner virket innsnevrende: Folk med alvorlig psykisk lidelse fylte nesten bare rollen som pasient. De var fratatt muligheten til å fylle andre sosiale roller (som eier av leilighet/bolig, arbeider, familiemedlem, nabo). De psykiatriske sykehusene tok over ansvaret for den enkeltes sosiale rolle. Sosiale ferdigheter ble ikke vedlikeholdt eller etablert, og sykehusbehandling gjorde ikke den enkelte i stand til å klare seg etter utskrivning. Således kan en si at innleggelse i sykehus ble den viktigste årsaken til reinnleggelse.

Rundt 1920–1930 snudde opinionen i Nederland og noen deler av psykiatrien startet å arbeide i en sosial

kontekst. Arie Querido i Amsterdam etablerte et kriseteam som viste i praksis at en slik arbeidsform kan forhindre eller forkorte innleggelse. (Delepaul 2012)

Egentlig var det ikke før i 1975 at det virkelig ble skapt et reelt alternativ til sykehusinnleggelse for mennesker med EPA, nemlig Stein og Test sitt program Training in Community Living. Et team hjalp pasienter ikke bare med medisiner, men også med spørsmål rundt for eksempel bolig, økonomi, å opprettholde et sosialt nettverk og kontakt med familie. Oppsøkende virksomhet – hjelp til pasienten i hans eller hennes eget miljø – var en viktig forutsetning. Videre måtte hjelperne være aktivt pågående. Tjenesteutøverne måtte aktivt lete etter pasienter, aktivt hjelpe dem til å finne løsninger og arbeide aktivt med deres sosiale nettverk. I mange tilfeller var ikke motivasjonen til pasienten sterk nok, så hjelperen måtte være overtalende og utholdende. Slik ble den oppsøkende modellen til. Stein og Test utformet senere prosjektet til Assertive community Treatment (ACT). Det ble tydelig at måten tjenesten blir levert på ikke bare kan fokusere på det medisinske og psykologiske aspektet. Det dreier seg også om å tilføye “trening i dagliglivets aktiviteter” og aktivt støtte opp under pasientenes deltakelse i ulike sosiale aktiviteter.

1.3 Nødvendige forutsetninger for lokalbasert psykisk helsearbeid for mennesker med EPA?

I de siste 12 årene er FACT-modellen blitt utviklet i Nederland. Modellen er ikke et produkt av vitenskapelig forskning. Dog konsulterte vi mye litteratur, spesielt amerikansk, britisk, og australsk, underveis i utviklingsarbeidet. I årene 1980–2000 er det publisert viktige artikler om resultater og erfaringer som vi har brukt i vår egen modell. Intagliata beskrev komponenter i case management som kan kalle “personlig, forpliktende ivaretagelse” (Intagliata 1982). Bachrach beskrev viktigheten av kontinuitet i den polikliniske kontakten, også når pasienten legges inn til døgnbehandling (Bachrach 1993). Stein og Test beskrev viktigheten av å arbeide med felles oversikt over de pasienter en skulle hjelpe (Shared caseloads). Bond og Drake (Bond 2001) rettet oppmerksomheten mot tilgang til lønnet arbeid og egen bolig samt integrert psykiatrisk behandling og rusbehandling. Disse faktorene syntes uunnværlige i et FACT-team.

Siden 2000 er det i Nederland arbeidet med et annet

omfattende prosjekt: Tverrfaglige retningslinjer for behandling og støtte til personer med diagnosen schizofreni (Trimbos Instituttet 2005; revidert versjon 2012). Denne retningslinjen skal støtte opp under en praksis bygget på vitenskapelige undersøkelser, evidensbaserte metoder og beste praksis- beskrivelser. Det ble klart at denne retningslinjen kunne brukes som veiledning for arbeidet med personer med EPA (og derfor også i FACT). Å følge anbefalingene krever at en i tillegg til en psykiater også må ha en psykolog (f eks for å kunne ha tilbud om behandlingsmetoder som for eksempel kognitiv atferdsterapi). Dette betød at FACT-team måtte ha tilbud om ikke bare oppfølging, støtte og hjelp, men også nødvendig terapi.

Samtidig er man i Nederland blitt oppmerksomme på recovery-perspektivet; hvordan en kan gjenvinne egen kraft gjennom recovery-orientert tilnærming og the Strengths Model (Ridgway 1999). Recovery i Nederland eller bedring på norsk viser til en retning innen bruker- og pasientbevegelsen hvor pasienter bruker hverandres erfaringer til å arbeide med seg selv for å oppnå bedring. Det dreier seg ikke om først og fremst å bli bedre av lidelsen, men å finne fram til hvordan en kan leve med begrensninger, gi dem sin egen mening, lære å takle dem og utvikle sine egne mestringstrategier. Dette er prosesser som hjelperen ikke bør overta eller ta fra pasienten eller brukeren, men støtte pasienten i å finne

sin vei sammen med andre brukere eller ressurser i omgivelsene. Denne bedringstenkningen er blitt retningsgivende i det nederlandske psykiske helsevern og blir også innlemmet i FACT.

En milepæl for FACT var da det ble bestemt at hvert team skulle ha en brukerspesialist som medlem. Dette er en person som gjennom sin egen erfaring med å ha en psykisk lidelse og motta tjenester, kan ta brukerens perspektiv og ivareta dette når tiltak diskuteres. I Nederland fungerer de som vanlig ansatte, betalte teammedlemmer.

1.4 De syv C-er ivaretar alvorlig psykisk syke uten døgntilrettelagt behandling

FACT-modellen er inspirert av den nederlandske Retningslinjen for behandling av schizofreni, ACT og recoverytenkningen. Den praktiske implementeringen av FACT avdekket etter hvert hvilke krav virkeligheten stilte til oss. I 2010, etter å ha samlet erfaring fra utviklingen av de første 20-30 FACT-teamene, kunne vi sette opp en rekke faktorer som er essensielle for mennesker med EPA. Vi har oppsummert disse på engelsk under hovedtittelen ”The seven C`s”, med undertitlene Cure, Care, Crisis-Intervention, Client-know-how, Community, Control of risk og Check.

‘The seven C’s’:		Krav til oppfølging og behandling for personer med EPA utenfor psykiatriske sykehus (community care)
1.	Cure	<ul style="list-style-type: none"> • Kunnskapsbasert behandling eller hjelp til å mestre lidelsen i tråd med de tverrfaglige retningslinjer som er utformet i ulike land • Medisinsk og sykepleiefaglig behandling • Psykologisk behandling (kognitiv atferdsterapi, metakognitiv terapi, EMDR⁷ mm) • Rusbehandling, IDDT⁸ • Somatisk screening/behandling (Metabolisk screening)
2.	Care	<ul style="list-style-type: none"> • Daglig støtte og veiledning • Sykepleiefaglig veiledning, assistanse til dagliglivets gjøremål, forebygge forkommenhet, ha oppmerksomhet på hygiene • Rehabilitering • Ha øye for bedringsprosesser (recovery) • Kontinuitet i hjelpen, forebygge drop-out
3.	Crisis Intervention	<ul style="list-style-type: none"> • Intensiv hjelp og støtte hjemme ved hjelp av delt caseload • 7 x 24 timers tilgjengelighet • Kriseintervensjon, risikovurdering • Akuttinnleggelse, kortvarig, brukerstyrte senger (‘Bed on Request’) • Inkludere familien/støtteapparatet

⁷ Eye Movement Desensitization and Reprocessing

⁸ Integrated Dual Disorder Treatment

4.	Client Knowhow	<ul style="list-style-type: none"> • Bruke pasientens erfaringskompetanse • Sikre delt beslutningsgrunnlag (Shared Decision Making - SDM) • Recovery-orientering • Empowerment (Strengths Model) • Benytte brukerspesialisten
5.	Community-support	<ul style="list-style-type: none"> • Familiekontakt • Lokalbasert støtte • Støtte til bolig, arbeid, velferdstjenester • IPS: individuell støtte og veiledning i å finne og beholde jobb • Inkludering • Forebygge ordensforstyrrelser
6.	Control	<ul style="list-style-type: none"> • Risikovurdering og sikkerhetsrutiner for pasient og miljø • Iverksette og gjennomføre tvungent psykisk helsevern (TUD) når det er indisert (ihht Psykisk helsevernloven)
7.	Check	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluering av effekten av behandling • Rutinemessig monitorering og kartlegging • Evaluering av valgt behandlingsstrategi • Sertifisering

De syv C-er stiller ambisiøse krav til tjenestene. Pasienten behøver ikke få tilbud om samtlige komponenter med én gang, men i løpet av behandlingsforløpet skal alle ha vært innom The seven C's. Dette skal sikres gjennom en behandlingsplan. Den lages i samarbeid mellom pasienten selv og behandleren og skal være basert på nøye behovsvurdering, planlegging og koordinering av tiltak.

Til grunn for behandlingsplanen legges data fra kartleggings- og tilbakemeldingsskjema som fylles ut dels av pasienten selv og dels av case manageren. Skjema som oftest brukes er HoNOS⁹, ManSA¹⁰ og Cansas¹¹. De gir informasjon om aktuell situasjon og hjelpebehov på ulike områder av livet, symptomer og pasientens tilfredshet med innsatsen. Dette er nyttig for å vurdere den personlige behandlingsplanen. Sammen med pasientens mål for behandlingen kan bedre skårer på testene inngå som mål i behandlingsplanen. Ved årlig å gjennomgå skårene på disse skjemaene oppnås en såkalt "rutine kontroll" av resultatene (ROM) Routine Outcome Monitoring.

Noen av kravene i de sju C-er kan nesten virke uforenlige. Støtte til egen bedring kan tilsynelatende komme i motstrid til tvangsbehandling. Det er vanskelige avveininger. Noen ganger ser vi også at ønskene til pasienten er i strid med ønskene miljøet eller familien har. Disse uoverensstemmelsene bør diskuteres med pasienten og familien. Det er verdifullt at de ulike faggruppene som er representert i teamet kan se på disse problemene fra ulike perspektiver og teorier. Brukerspesialistens, arbeidsekspertens og psykologens ulike forståelse kan for eksempel ses som en dynamisk kraft og ikke motstridende fastlåste dilemmaer. Å se på problemene fra ulike vinkler og perspektiver kan bidra til nytenkning, nye holdninger og nye løsninger i arbeidet.

De syv C-ene er langsiktige visjoner som skal nedfelles i en behandlingsplan. Imidlertid består hverdage ofte i å respondere på og tilpasse seg til aktuelle utfordringer og da er spørsmålene ofte hvem som skal gjøre hva når. Vi skal derfor gjennomgå noen organisatoriske krav til teamet.

⁹ Health of Nation Outcome Score (Wing et al. 1998).

¹⁰ Manchester Short Assessment of Quality of Life (Priebe et al. 1999).

¹¹ Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule (Phelan et al. 1995).

1.5 Kravene til team som ønsker å bruke de syv C-er

1.5.1 God koordinering

Dersom et team skal levere De syv C-er må det være godt sammensatt og koordinert. Det må gjøres prioriteringer mellom ulike tiltak; hva skal gjøres først, hva må skje senere? FACT-tavlen er strukturen for å samordne flerfaglige tiltak i teamet. God samordning er avgjørende for å lykkes med å kombinere forskjellige fagroller overfor pasienten, men også for å koordinere de mange eksterne kontaktene teamet må opprettholde: med familiemedlemmer, borettslag eller tiltak i lokalsamfunnet osv. Det er dette den daglige morgendiskusjonen omkring FACT-tavlen ofte handler om. Det samme gjelder behandlingsmøtene for den enkelte pasient som finner sted 1-2 ganger per år.

Det ser vi for eksempel ved tvangsbehandling uten døgnopphold. Noen ganger betyr det at en ansatt tar den mer kontrollerende rollen og utfører for eksempel kontrollundersøkelser og tvangsmedisinering, mens en annen prøver å få til en ikke-autoritær relasjon.

1.5.2 Integrering, ingen meglermodell

De fleste tiltakene i FACT-modellen gjennomføres av medlemmer av teamet selv. Andre instanser blir brukt så lite som mulig. Det er derfor dette kalles et "integreert team". Denne måten å arbeide på bygger på erfaringer gjort på nittitallet i USA: hvor det viste seg at meglermodellen der en jobbet for å ansvarliggjøre ulike instanser, ikke var like effektivt som der integrerte team holdt oversikt og sto for koordinering og samhandling.

I et integrert team blir oppgavene diskutert og fordelt i møter. Det sparer case manager for mange telefonsamtaler og tid for å få tak i andre tjenesteytere, i tillegg til å motvirke kommunikasjonsproblemer. Personen som skal utføre en oppgave har deltatt i morgenmøtet, og vet derfor hva som er tenkt omkring den pasienten som skal hjelpes.

På nittitallet jobbet sykepleiere i mange regioner i Nederland individuelt som case manager for personer med EPA. Hver og en kunne ha ansvar for 40-60 pasienter¹². Sykepleierne jobbet i team, men der alle jobbet individuelt. Case manager var "sekretæren" som hentet inn psykiater eller dagtilbud ved behov. Det var ingen teammøter. Psykiateren jobbet på poliklinikken og

pasienten ble vurdert der og det ble forskrevet medisiner. Det fantes dagsentra og dagtilbud. Når en pasient kom i krise, kunne den enkelte case manager i høyden dra på to hjemmebesøk i uken og det kunne ta lang tid før det ble vurdert å endre medisineringen. Dette førte til at man overså når pasienter hadde behov for mer intensiv behandling og i mange tilfeller til sykehusinnleggelse eller av og til akutt dagbehandling (delvis sykehusinnleggelse), som kunne vært unngått.

Forøvrig eksisterte ingen samordning og kontinuitet mellom poliklinisk behandling og døgnbehandling. Ambulante tjenester ble ikke involvert i behandlingen ved sykehusinnleggelse. Disse ble bare kontaktet når det skulle etableres oppfølging etter utskrivelse.

Meklermodellen er forlatt, fordi den ikke fungerer. Sykepleierne som ble plassert i den rollen, brukte mye mer tid i telefonen med andre instanser enn på hjemmebesøk. I tillegg var deres posisjon ubehagelig, fordi det var så små muligheter for ryggdekning og gjensidig støtte.

1.5.3 Tverrfaglig

Hvis man ønsker å bruke de syv C-er, må man arbeide i et samstemt, tverrfaglig, integrert team der psykiater, sykepleier, sosionom, psykolog, IPS-er, ruskonsulent og erfaringseksperter har sin egen kompetanse og hver sine perspektiver. Fordi de jobber sammen daglig og har faglige diskusjoner oppstår en felles forståelse, holdning og stil. De ulike disipliner har ulike løsninger på daglige utfordringer. Teamet holder de ulike løsningene opp mot hverandre i morgenmøtet og bestemmer i hvilken rekkefølge de skal realiseres. Alle teammedlemmene kjenner pasienten. De vet også hvilke overveielser som ligger til grunn for at behandlingsplanen er utformet som den er. Dette sikrer en enhetlig implementering av behandlingsplanen.

1.5.4 Om nødvendig; delt ansvar for pasientene

Arbeid med "delt caseload" er blitt utviklet i ACT-modellen. I stedet for individuelt ansvar, kan teamet dele på å besøke pasienter eller støtte dem på andre måter. Dette gjør at pasienter får tettere oppfølging av flere eller alle ansatte i teamet. FACT har iverksatt "delt caseload" metode for den gruppen av pasientene som til enhver tid trenger intensiv oppfølging eller som "er på tavla". Det gjør at

¹² Case load uttrykker forholdstall behandler-pasient. Her 1:40-60

kontinuiteten ikke blir brutt selv i faser da pasienten må ha mer intensiv ivaretagelse og oppfølging.

1.5.6 Fleksibel vekslings

Ikke alle pasienter trenger slik intensiv oppfølging hvor det er nødvendig med delt case load. For de fleste pasientene er det tilstrekkelig med én fast kontakt eller case manager kombinert med jevnlig samtaler med psykiater, eller kontakt med en brukerspesialist eller arbeidsspesialist. Derfor delte vi pasientene inn i to grupper: en som trenger tett oppfølging og behandling og en som trenger mindre av begge deler. Samme pasient kan veksle mellom den ene og den andre statusen avhengig av sine behov. De kan være stabile lenge, for så å få et psykotisk tilbakefall. Med en vekslings i intensiteten av oppfølgingen kan de hjelpes ut av krisen.

Tidligere i dette kapitlet viste vi til at ACT fokuserte på de 20 prosent mest alvorlige syke pasientene, og at vi i FACT-modellen ville tilby de resterende 80 prosent god oppfølging og behandling. I tidens løp har det vist seg at 20 prosent-gruppen til tider like godt kunne defineres inn i 80 prosentgruppen og omvendt blant annet fordi symptomer varierer og det kan oppstå sosiale forandringer.

For at begge gruppene skal kunne ivaretas, må et team både kunne gi individuell hjelp og det som ligger ACT-modellen. I 2003 utviklet vi derfor en vekslingsmodell mellom den lavintensive og høyintensive gruppen.

Teamet møtes som beskrevet daglig. Den høyintensive gruppen (20 prosent- gruppen), er satt opp på den digitale "FACT-tavlen". I tillegg blir de mer stabile pasientene (80 prosent-gruppen) fulgt opp individuelt. Denne vekslingsen betegner det vi kaller "Fleksibel ACT", altså FACT.

1.5.7 Å arbeide etter en tydelig modell

FACT-modellen gir tydelige retningslinjer for arbeidsmetodene til teamet. Det kan kanskje høres ut som en tvangstrøye, men lite tyder på at det er tilfelle: Det ser ut til at strukturen tillater at teamene utvikler sin egen stil. Utviklingen i i Nederland går i retning av stadig mer autonome team som ser at det er utviklingsmuligheter innenfor en bestemt modell.

Fordi FACT-teamet må passe inn i distriktet eller regionen der de jobber, er teamene autonome: De møter ulike lokale utfordringer ulikt og samarbeider ikke på samme måte med lokale helse- og oppfølgingstjenester.

At hvert team jobber fram sin egen distinkte identitet bidrar også til å dyrke fram kompetansen og styrken hos de enkelte teammedlemmene.

Andre steder i dette kapitlet presenterer vi hvordan vi måler modell- trofasthet, etter en såkalt FACT- skala. Målingen er basert på svar på 60 spørsmål om alt fra fagsammensetningen i teamet, til arbeidsmetoder og organiseringen av teamets arbeid.

1.6 Kraften i oppsøkende virksomhet

FACT har vekket til live styrken som ligger i oppsøkende virksomhet. Oppsøkende virksomhet står for å gi personer støtte og oppfølging utenfor institusjon, på for eksempel hjemmebesøk, under utføring av sosiale aktiviteter, på en politistasjon eller på gata eller andre steder der bostedsløse oppholder seg.

I Nederland var det tidligere vanlig at psykiatrisk behandling ble gitt som døgntilrettelagt eller poliklinisk; det var kun i krisesituasjoner at fagutøverne jobbet oppsøkende. Da var det vanlig å dra hjem til pasienten for å vurdere krisens omfang og alvorlighet og finne ut om det var nødvendig med innleggelse eller ikke. Hvis ikke, ble pasienten som regel henvist til konsultasjon i poliklinikk eller til dagsentra.

Innenfor FACT-modellen er oppsøkende arbeid (hjemmebesøk) standard prosedyre. Dette gjelder ikke bare i krisetilfeller, men i all individuell oppfølging. Case manager og brukerspesialist har mer enn 80 prosent av sine møter utenfor teamlokalene. For psykiaterne gjelder det at de i hvert fall kjenner til hjemmesituasjonen via FACT- tavlen og at de foretar regelmessige hjemmebesøk sammen med pasientens case manager. Også psykologen kan gi hjelp hjemme hos pasienten og IPS vil vanligvis oppsøke pasientene og gå sammen med dem i samarbeid med arbeidsgivere.

Inspirasjonen til å gjøre hjemmebesøk til standard prosedyre er noe FACT har hentet fra ACT. Dette gjelder både i kriser så vel som i individuell, langvarig oppfølging. Denne måten å møte pasientene på, ser ut til påvirke hvordan kontakten mellom fagfolk og pasienter utvikler seg: Diagnostisk arbeid og utredningsarbeid blir annerledes når det gjennomføres i en oppsøkende setting. For eksempel kommer en tidligere i kontakt med familien, og naboens terskel for å spørre om noe eller å si i fra om noe, blir lavere. I sitt eget miljø kan pasienten

vise tydeligere hva som lykkes eller mislykkes, og hva som er nødvendig for at tiltak virkelig kan være til hjelp. Sammen med pasienten kommer man tidligere frem til å identifisere støtte som er tilgjengelig i deres eget miljø og å avstemme hjelpen til hans eller hennes kontekst. Vitenskapelige undersøkelser viser at trening i hjemmesituasjonen er mer effektiv enn trening på et dagsenter.

Hjemmebesøk og oppsøkende virksomhet betyr mye for relasjonen mellom pasient og hjelper. Hjelperen er ikke lenger på sitt myndighetsområde, men må tilpasse seg den andres "territorium"; det gjør at man må akseptere hverandre som den man er, og som i sin tur fører til annerledes dialogformer.

Oppsøkende arbeid gir behandleren informasjon om pasientens sterke sider, hvordan bosituasjonen er, om han har kontakt med naboen, hva han liker eller interesserer seg for, tegn på talenter som har blitt neglisjert. Å respondere på dette kan være en del av tilnærmingen til pasienten. De som oppsøker pasienten hjemme informerer de andre om pasientens sterke sider.

Dette kan også være en del av en metodikk for å fremme selvhjulpenhet, hvor pasienten - sammen med teamet - formulerer og jobber mot egne mål i tilknytning til arbeid eller omgivelser.

FACT kort sammenfattet som byggesteiner

2.1 Byggesteinene i FACT



Fordi modellen kombinerer så mange forskjellige komponenter, kan FACT være vanskelig å forklare. Ved hjelp av figuren over – Byggesteinene i FACT – ser vi hvordan den ene nøkkelkomponenten bygger på den andre.

Byggestein 1: Være der brukeren ønsker å lykkes

Vi kommer hjem til pasienten, er med på arbeidet, besøker familie: I det hele tatt er vi der pasienten er. Å trene på ferdigheter ute i samfunnet, der han ønsker å lykkes, har større effekt enn om det skjer i et kunstig miljø i et sykehus. Når vi setter fokus på brukerens egne ønsker og mål, får vi frem pasientens egen motivasjon, styrke og tro på egne evner og bedringsmuligheter.

Byggestein 2: Oppsøke og forankre pasienten i tjenesteapparatet

Å oppsøke pasienter er svært viktig når folk har liten innsikt i egen sykdom og ikke søker hjelp. Vi får meldinger om pasienter fra allmennleger, politi, sosialtjenesten, men også fra folk flest. Med sin lavterskelprofil kan FACT få etablert en førstekontakt, og vurdere hvilke tiltak som kan gjøres.

Neste skritt handler om å skape tillit og tilknytning til tjenestene. Det er ikke opplagt at alle pasientene ønsker å ta imot hjelp. Mange pasienter opplever medisinene som vi ofte anbefaler, som ubehagelige. Vi må derfor sørge for at bistanden også har attraktive sider og støtter deres egne mål for rehabilitering.

FACT ønsker å unngå innleggelser eller å gjøre disse så kortvarige som mulig, men vi vet også at innleggelser til tider kan være nyttige og nødvendige. I slike tilfeller samarbeider vi tett med døgnavdelingen. I Nederland er hjelpen som gis utenfor og innenfor sykehuset koblet sammen i et system med klart definerte regler og forpliktelser. Innleggelser blir alltid betraktet som en hendelse i et poliklinisk forløp. Dermed involveres ambulant helsepersonell i behandlingen i døgnavdelingen og i fastsettelsen av dato for utskrivning. Vi holder kontakten med pasienten og om mulig reiser vi sammen med ham fra sykehuset til boligen.

I Nederland jobber vi med et konsept som vi kaller “seng på forespørsel” (brukerstyrt seng). Det betyr at en pasient på eget initiativ og uten henvisning kan legge seg inn for én natt. Morgenen etter innleggelsen settes han eller hun i kontakt med sin egen polikliniske behandlerkontakt. Fordi samarbeidet med døgnavdelingen er så nært, blir et 24/7-tilbud rundt pasienten mulig, med FACT-teamet på dagtid og døgnavdelingen om kvelden, natten og i helgene. Nå brukes også et system hvor en kan få hjelpespersonell i tale via digitale løsninger som Skype og lignende.

Byggestein 3: Støtte opp under inkludering og sosial nettverksbygging

FACT har som mål å bidra til inkludering av pasienter med psykiske lidelser. De skal ikke bare bo alene utenfor sykehuset, men også delta i samfunnet. For å oppnå dette, må det etableres et eget sosialt støtteapparat for hver pasient. Pasientens egne preferanser og ønsker er sentrale når en skal bygge et slikt støtteapparat. I tillegg spiller familie en viktig rolle, men også naboer, eller frivillige og organisasjoner i området, politiet og borettslag.

FACT-teamet kan ikke ta hele ansvaret for inkluderingsprosessen, men må arbeide med eksisterende sosiale strukturer. FACT-teamet må derfor være godt innarbeidet i lokalmiljøene. Det må være gjensidig tillit mellom FACT-teamet og det lokale politiet, velforeninger, borettslag og andre relevante, lokale aktører. Dette innebærer at en også må være bevisst på sikkerhets spørsmål og vanskelige situasjoner som kan oppstå.

Ved å synliggjøre hva den psykiske helsetjenesten kan bidra med, arbeider en indirekte med å fjerne stigma omkring psykiatriske pasienter.

Byggestein 4: Tilby pasienten den oppfølgingen som til enhver tid er nødvendig

Som alternativ til å bli innlagt i akuttpsykiatrisk avdeling, blir mange pasienter plassert på FACT-tavlen. Da kan teamet umiddelbart sette inn og fullt ut bruke sin ekspertise og kompetanse på pasienten og hans situasjon. Dette skjer “etter behov”: Det er klare indikasjoner for hvordan en trapper ned intensiteten når pasienten er stabil, fra intensivhjelp til etterbehandling og til et individuelt mindre intensivt tilbud. At alt dette blir gjort av ett og samme team er noe av hemmeligheten bak FACT.

Også i ACT-team i USA er det vanlig at en stabilisert pasient flyttes over til en mindre intensiv form for tiltak. Der kalles dette en oppgradering. Det betyr oftest at pasienten får nye behandlere med nye måter å møtes på, gjerne i form av polikliniske samtaler på et kontor. Vi har erfart og vil hevde at slike skifter ofte fører til tilbakefall. FACT setter en stopper for slik svingdørsproblematikk. Pasienten opprettholder kontakten med sin case manager og sin psykiater i gode og dårlige tider. Dette fremmer kontinuitet og stabilitet i behandling og oppfølging.

Byggestein 5: Tilby behandling i tråd med faglige retningslinjer

I Nederland skal all behandling av schizofreni skje i tråd med en nasjonal tverrfaglig retningslinje¹³ (Trimbos Instituttet 2005; revidert versjon 2012). Internasjonalt finner vi andre, liknende sett av anbefalingene som NICE¹⁴ og SAMHSA^{15, 16}. Mange av disse anbefalingene er vanskelig å følge i en vanlig poliklinisk ramme. Pasienter kan bli forhindret fra å møte opp, enten de glemmer avtaler, blir syke eller mister troen på at det nytter. Fordi FACT-teamets medarbeidere skal ta initiativ og arbeide oppsøkende, øker sannsynligheten for at behandlingen fullføres. Det samme gjelder SDM¹⁷: Prinsippet om at beslutninger omkring behandlingsplaner skal være gjort i samråd mellom pasient og behandler, basert på kombinasjonen av pasientens

¹³ Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie

¹⁴ NICE er National Institute for Health and Care Excellence i England

¹⁵ The Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) er det nasjonale fagrådet for rusmiddelbehandling i USA.

¹⁶ I Norge har vi bl.a. retningslinjer for ROP-lidelser, psykosebehandling og behandling av bipolare lidelser

¹⁷ Shared Decision Making

egne erfaringer og psykiaterens strukturerte informasjon. Å følge SDM øker etter vår erfaring sjansen for at behandlingen fullføres.

Byggesten 6: Støtte opp under yrkesrettet rehabilitering, bedring og selvhjelp

Et sentralt mål for FACT er å støtte recovery (bedring) og bedringsbaserte retningslinjer for bedring (SAMSHA 2011). Erfaringseksperten i teamet kan bidra vesentlig i et slikt arbeid ut fra sitt perspektiv. Vedkommende kan organisere recovery-grupper som for eksempel WRAP-grupper¹⁸ (Cook m fl 2012) støttegrupper og oppmuntre til pasient-til-pasient-støtte. Teamene har også kompetanse innen yrkesrettet rehabilitering og IPS. Arbeidsspesialisten er engasjert i å stimulere pasienten til å søke betalt arbeid.

2.2 Sammensettingen av FACT-teamet

Et FACT-team er sammensatt slik at det kan dekke behovene til ca 200 pasienter. Teamet skal bestå av fagutøvere med tilstrekkelig kompetanse og i det minste et tilstrekkelig antall case managere og psykiater. I tillegg kommer psykolog, russpesialist, arbeidsspesialist og brukerspesialist. Dette fører til følgende optimale team-sammensetting:

- 1 årsverk: psykiater
- 0,5 årsverk: teamleder (ikke alltid med i pasient-behandlingen)
- 7 årsverk: case managere som kan inkludere:
 - 4-5 årsverk: sykepleier/vernepleier med kompetanse innen psykisk helse og rus
 - 1-2 årsverk: sosialarbeider/sosionom med psykiatrikompetanse eller spesialsykepleier med kompetanse innen sosialt arbeid
- 0,8 årsverk: sosionom/sosialjuridisk rådgiver
- 0,8 årsverk: psykolog
- 0,6 årsverk: brukerspesialist
- 0,5 årsverk: arbeidsspesialist/ IPS

Kompetansen som dette teamet har:

- Kompetanse og kunnskap om rusavhengighet innenfor de ovennevnte disipliner (minst 2 årsverk)

- Bred kompetanse innen rehabilitering og bedringsprosesser
- 2-3 tavleledere

I noen team:

- Personer som arbeider med booppfølging der FACT-teamets pasienter bor.
- Annen kompetanse lagt til teamet, for eksempel en terapeut som er kvalifisert i å arbeide med personer med førstegangspysykoser.

Rollen som case manager eller “personlig veileder” er ikke knyttet til en faggruppe, men kan fylles av folk med ulik faglig bakgrunn, som for eksempel sykepleiere, vernepleiere, sosionomer, psykolog eller brukerspesialist.

I Nederland jobber flere sykepleiere i team enn det gjør i Frankrike, USA eller Storbritannia. USA og Storbritannia har flere sosionomer i teamene. Bakgrunnen er at mange nederlandske teamarbeidere tidligere har vært ansatt i psykiatriske sykehus, men har tatt ekstra opplæring i FACT-team-arbeid. I tillegg finner man i hvert team minst én med spesialutdanning i sosialpsykiatrisk sykepleie. De er utdannet i diagnostisk vurdering og vurdering av helsemessige behov, kriseintervensjon og i å håndtere komplekse, sammensatte problemer samt personlighetsforstyrrelser.

I et optimalt sammensatt team har case manager gjennomsnittlig 25 pasienter på sin liste. Som den primære kontaktpersonen for pasienten og hans eller hennes støtteapparat besøker og hjelper case manager pasienten regelmessig og sørger for at han eller hun har en oppdatert behandlingsplan. Case manager kan involvere andre teammedlemmer i ulike deler av behandlingen. For eksempel kan psykiateren trekkes inn i spørsmål om medisiner og arbeidsspesialisten i spørsmål om arbeid. I tillegg har alle pasientene en ”skygge-case manager” som også kjenner pasientens situasjon. Vedkommende tar over hvis case manager er syk eller på ferie.

For pasienter som trenger intensiv oppfølging arbeider alle teammedlemmene sammen ved hjelp av FACT-tavlen (Shared case load) og fordeler daglig arbeidsoppgaver etter pasientenes behov. Via dette møtet kan alle teammedlemmene trekkes inn i den daglige oppfølgingen. Psykiateren blir gjerne direkte involvert i spørsmål

¹⁸ Wellness Recovery Action Plan

om medisinerer, hindring av innleggelse osv. Psykologen og brukerspesialisten deltar også i dette arbeidet.

FACT-medarbeidere har mange ulike kunnskaper. I tillegg til den medisinske og sykepleiefaglige, er sosialfaglig tenkning av stor betydning. Sosialarbeideren/sosionomen og rehabiliteringsekspertene bidrar med viktige perspektiver i teamet. Det forventes at alle i teamet skal kunne arbeide med støtte- og rehabiliteringsprosesser.

Stadig flere brukerspesialister blir ansatt i lønnete jobber i FACT-team. Også de spiller en viktig rolle i bedrings- og rehabiliteringsprosesser. De er opplært til å bruke sine egne pasienterfaringer systematisk til nytte for nye pasienter. Med sin bakgrunn får de ofte en annen type kontakt med pasienter enn helsefagutdannede, for eksempel som ”tolker” mellom pasient og terapeut. De er sjelden case manager til pasienten, men er aktivt med i teamets drøftinger og i oppsøkende og motiverende arbeid. Dessuten kan de hjelpe til å finne personer som trenger teamets bistand, og støtte opp under bedringsprosesser.

FACT gjør det mulig for både psykiater og psykolog å samarbeide om å gjøre godt diagnostisk arbeid som kan ligge til grunn for behandlingsplanen. Fokus på fysisk helse og medisinerer kan således skje parallelt med for eksempel kognitiv atferdsterapi.

Hvert team må ha minst to medarbeidere som innehar kompetanse innen rusbehandling. I Nederland arbeider man mer og mer med integrert rusbehandling og psykiatrisk behandling, (IDDT). Teammedlemmene følger en opplæring i IDDT for å kunne benytte denne kunnskapen som case manager, psykiater eller psykolog i teamet. Videre har mange FACT-team trening i motiverende intervju.

Det daglige, koordinerende arbeidet krever mye oppmerksomhet. FACT arbeider derfor stadig oftere med to eller tre tavleledere. Dette er ikke formelle ledere eller teamledere, men vanlige teammedarbeidere som har trening i å lede daglige møter om pasienter som er på FACT-tavlen. De har ansvaret for å få frem pasientinformasjonen på den digitale FACT-tavlen og skrive ned ny informasjon, beslutninger og tiltak. At det er tre personer gjør at de kan støtte hverandre, og at det alltid vil være en til stede, også i ferier og høytider.

Antall ansatte i et FACT-team bør ikke være for stort. Vi må unngå mange ansatte med små deltidsstillinger

i teamarbeidet. Optimalt er når de fleste ansatte jobber for eksempel fire dager i uken. Dersom det er for mange mennesker med deltidsstillinger i teamet, blir det vanskelig å gjøre avtaler og det går for mye tid med til overføring av informasjon. Også i andre typer grupper ser man at et team med mer enn 15 medlemmer jobber tyngre enn der de er færre. I tillegg ser vi at det også er en naturlig grense for hvor stort antall pasienter et team kan ta ansvar for. Det ligger på rundt 180-220 pasienter. Team som har mer enn 250 pasienter, får problemer med å ”skreddersy” tilbudet etter intensjonene i FACT-modellen.

FACT- Modellen

3.1 En situasjonsskisse: Mange pasienter, mange behov

Et FACT-team i en bydel i Amsterdam har 210 pasienter. En stor andel av dem fungerer rimelig stabilt. Noen har jobber, mange deltar i et aktivitetssenter. Noen deltar i en bedringgruppe sammen med brukerspesialisten. Andre pasienter samarbeider med sin case manager om å finne en mer egnet bolig. Sammen med en kollega fra et annet FACT-team driver psykologen en terapi-gruppe. Hun har også samtaler med pasienter. I tillegg bruker hun EMDR¹⁹ i behandling av tidligere traumer. Psykiateren møter alle pasienter som er stabile minst en gang i året. Ved kompleks medisinerings (Leponex/Clozapine) og risiko for bivirkninger, møter han imidlertid pasientene månedlig eller ukentlig. Om lag 25 pasienter fra teamet har kontakt med arbeidspesialisten. Brukere som er i oppstarten av en ny jobb kan møte henne daglig. Case manageren, vanligvis en sykepleier, besøker sin bruker minst to ganger i måneden hjemme. Case manageren vil noen ganger bli med til ulike avtaler og har ofte kontakt med familien. Foruten pasientkontakter, vil mange av de ansatte ha kontakt med ulike relevante lokale tjenester, for eksempel med fastlege, boligkontor, polititjenestefolk og andre. Alle teamets pasienter har en case manager, kontakt med psykiater ved behov og også kontakt med brukerspesialisten, russpesialisten, arbeidspesialisten eller psykologen. Medarbeiderne arbeider individuelt med pasienten. De koordinerer sine oppgaver via behandlingsplanen som justeres minst en gang i året. Når det er behov for ytterligere koordinering, skjer dette på morgenen i FACT-møtet. Ved behov skal pasienten kunne motta kort-tids behandling eller annen støtte og behandling fra andre enn teamet,

men det er teamet som sørger for den langsiktige oppfølgingen. Med dette i bunnen øker ofte pasientenes mulighet for å nyttiggjøre seg andre tjenester.

Til en hver tid er det 20–25 pasienter av de til sammen 210 pasientene som ikke har det så bra og får tettere oppfølging. Når teamet fanger opp dette, kommer navnet til pasienten opp på FACT-tavlen. Teamet vurderer da pasientens behov fra dag til dag og gir intensiv oppfølging som et team.

Gruppen pasienter på tavlen er svært uensartet. I dag er det tre personer som er satt opp fordi de er helt nye og teamet ønsker å bli kjent med dem. Derfor brukes noe av teamets tid til å drøfte informasjon fra teammedarbeidere som har besøkt dem. Ni personer har stått på FACT-tavlen lenge. Det er mennesker med diagnosen schizofreni; de er desorganiserte og har rusproblemer. De kan ikke bo hjemme uten daglig støtte av teamet. To av dem får daglig medisiner under tvang (pålagt av retten). Tre andre får tvungen depotmedikasjon. Mer enn ti andre står på tavlen fordi ting er i ulage: En er i krise fordi han stoppet å ta medisiner. Den andre har en manisk episode. Enda en har en alvorlig kreftform, som han ser som en "sunnhetsklump", og derfor nekter behandling for. En annen kvinne med alvorlig borderlineproblematikk, har kommet i konflikt med alle, har stoppet å ta medisiner og sagt opp leiligheten. Gruppen på tavlen inkluderer også personer som er innlagt i psykiatrisk sykehus og to personer i varetektsfengsel.

En rekke vanskelig-å-nå-brukere er også satt opp på tavlen. Det er personer som opplagt trenger hjelp, men som mangler sykdomsinnsikt og/eller synes hjelp er unødvendig og derfor unngår kontakt. Teamet prøver

¹⁹ EMDR er en forkortelse av "Eye Movement Desensitization and Reprocessing". Det er en psykoterapeutisk metode som hjelper å minske det ubehaget som kan preget hverdagen hvis du har vært utsatt for ubehagelige opplevelser i fortiden.

likevel skrittvis å tilnærme seg disse, gjennom uker og måneder. Det samarbeider med politiet, sørger for å ha kontakt med nabolaget og vil tre aktivt inn med tvangs-tiltak ved åpenbar fare for liv og helse. (Etter norsk lov er det bare alvorlig fare for eget liv og helse eller betydelig reduksjon av utsikt til bedring som kan utløse tvangsvedtak (oversettters merknad)).

De som er ført opp på tavlen har mye større behov for hjelp enn de andre. Oppfølgingen av dem skal det ikke bare være opptil én person å organisere. Her må man være daglig på besøk eller oftere, her er man (som med vanskelig-å-nå-gruppen) avhenging av å lytte til signaler fra nabolaget, man må rådføre seg med flere etater, med fastlege, familie og sykehus, og står ofte overfor vanskelige avgjørelser som krever teamarbeid!

Å jobbe med delt caseload innebærer at flere team-medarbeidere besøker pasienten hjemme (daglig hvis nødvendig). Noen ganger er de daglige besøkene korte, for eksempel for å gi medisiner og sørge for at de blir tatt under tilsyn. Noen ganger tar oppgavene lengre tid, enten det gjelder å ordne i hjemmet, fylle ut et skjema eller å kontakte naboene. Å arbeide med slikt delt daglig ansvar krever et klart koordinert mål, ellers risikerer man at de ulike team-medlemmene starter å arbeide etter sin egen agenda og gi ulike råd. Brukerspesialisten hører også med i arbeidsgruppen og vil ofte ta opp andre aspekter ved hjelpen. I det hele tatt kan ulike mennesker og ulike disipliner se svært ulikt på muligheter og vanskeligheter i situasjonene pasientene er i. De ulike innspillene som de ulike team-medlemmene bringer inn, skal tas opp om morgenen i FACT-møtet. Alle kan ha mye å tilføre diskusjonene, men det kliniske arbeidet skal følge de store linjene i behandlingen og oppfølgingen som teamet bestemmer.

3.2 FACT-tavleprosedyren – 'hemmeligheten med FACT'

FACT-tavlen muliggjør at integrert behandling og oppfølging kan leveres av ett og samme team. Et FACT-team benytter to metoder for oppfølging av pasienten:

1. individuell rådgivning og
2. tett oppfølging hvor all informasjon deles med hele teamet.

Ad 1) De fleste pasienter har individuell oppfølging av sin egen faste kontaktperson, som holder øye med behandling og rehabilitering og støtte i bedringsprosesser. Teammedarbeideren kan benytte seg av ekspertise fra andre fagfolk i teamet. Som regel reviderer flere team-medlemmer behandlingsplanen i fellesskap og psykiateren er alltid med. Poenget er at pasienten ikke skal møte nye og forskjellige hjelpere hver dag eller hver uke.

Ad 2) For en gruppe på 10–20 prosent av pasientene i den totale pasientpopulasjonen, er ovenstående hjelp ikke tilstrekkelig intensiv. For denne gruppen blir det satt inn tett oppfølging via FACT-tavlen. For disse pasientene, satt på FACT-tavlen, gir man oppfølging etter ACT-prinsippet om felles case load. Dette betyr at alle ansatte blir informert om pasienten og at hun blir fulgt opp og får bistand fra flere av teamets medlemmer. Gjennom dette kan hun få hjelp daglig eller flere ganger per dag.

Det daglige tavlemøtet avklarer hver dag om hvorvidt det aktuelle tilbudet pasienten får er tilstrekkelig eller om en skal forandre tilnærming.

For hver pasient har excel-skjemaet følgende kolonner:

- Dato for første møte
- Diagnose og eventuelt rusmiddelmissbruk (ROP!)
- Juridisk status
- Årsak til at vedkommende er på tavlen
- Pasientens egne ønsker
- Planlagte tiltak
- Kontakter fra sosiale nettverk og familie
- Navn på case manager
- Avtaler for hjemmebesøk (Antall ganger per dag eller uke)
- Spesifikke avtaler (medisinering) (dato for depotmedikasjon)
- Andre avtaler, for eksempel med lege, laboratorium, advokat eller huseier.

Digital FACTbord																	
personal identification data		start & evaluation date	diagnose & abuse	judicial state	reason for FACT	patient current goals & wishes	FACT team interventions	individual social network	visit planner					(temporary) adres	D		
cat									m	t	w	t	f	s		K	
1. Christenrook, / Toonname		fr 19-02-10 evaluation: fr 02-04-10	schizofrenie c psychosis and alcohol abuse	none	Patient thinks neighbours are after her. Complains from neighbours about hindrance. Housing company threaten to give notice. Patient deals with her fear by drinking more alcohol, she refuses medication. Husband left with kids.	Wants to move to another home with her husband and kids.	Daily contact. Subject: - the pro's and cons of drinking. - medication. Talk with neighbours. Contact housing company. Inquiry with police about possible other complains. Help with house keeping.	Husband lives with kids at family in Amsterdam. Marianne tries to contact him	Leo	Pauline	Pauline	Leo				Helloo	Wilma & Leo
1. On 2. Im 2. Im 2. Im 2. Im 3. Im 3. Im 3. Im 3. Im 3. Im 3. Im 5. Op		di 13-10-09 evaluatie:	Schizofrenie		Risico op impulsdoorbraak bij	Wil niet "uit zijn dak gaan"	afspraken maken over dagbesteding. Dhr	moeder	Paul	Lotty					thuis	Paulie Marianne	
		vr 28-08-09 evaluatie:	bipolaire stoornis en		terugval alcoholgebruik	alcoholgebruik stoppen	intensiveren contact motiveren tot	dochters en zoon	roud	roud	roud				thuis		
		do 01-10-09 evaluatie:	schizofrenie	geen	Sinds een paar dagen vergeetachtig.	Wil van het angstige gevoel	Dagelijks contact Medicatie onder	huisgenoten.	roud	roud	roud				Thuis		
		ma 12-10-09 evaluatie:	schizofrenie	geen	Herstel na darm operatie	herstellen	Contact houden. Complicatie	Loes (schoonzus)	roud	roud					Buitenzorg	rose	
		do 01-10-09 evaluatie:	schizofrenie	geen	15 okt ontslag MCA. Rookverbod. Huisarts	verbeteren van lichamelijke	Motiveren en helpen om te stoppen met	familie	roud	roud					BZ	Maria Anja & Peter	
		vr 24-07-09 evaluatie:	Bipolaire I stoornis	voort- waardel.	toename van rouw klachten. Stop	wil opname	Regelmatig contact om stop droperidol goed		roud	roud					thuis		
		di 06-10-09 evaluatie:			dhr heeft woning toegevoegd gekregen.	Zelfstandig wonen	opstarten om contact in ambulante situatie.	ouders							Buitenzorg / ouders. Per	Maria Frieda	
		di 15-09-09 evaluatie:	Persoonlijk- heids-	voort- gezette	Toename van alcoholgebruik.	Zelfstandige woonvorm	regelmatig contact en goed monitoren op								Egelen- borgh		
		di 05-05-09 evaluatie:	diagnose bijgesteld nu		Na overlijden moeder, wegvallen van werk en	wil zich gelukkiger	intensieve begeleiding iym depressiviteit en	geen							thuis		
		vr 28-08-09	Persoonlijk- heids-		Toename van impulsdoorbraken, life	grip op zijn leven, meer zelf	medicamenteuze behandeling, 16 okt	Moeder en vriendin	roud	roud					proefverlof vanuit		

I den første vertikale (røde) linjen er hver pasient plassert i bestemte kategorier etter hvorfor de er satt opp på tavlen. Alle pasientene som er plassert på FACT-tavlen tilhører en slik kategori. I løpet av tiden han er på tavlen kan imidlertid pasienten skifte kategori. For eksempel kan en som først blir innlagt på sykehus og deretter kommer hjem, bli flyttet fra "innlagt" til "kortvarig tett oppfølging". Disse endringene kan spores i en database som kommer til nytte når teamet skal evaluere sitt arbeid.

FACT-tavlen har følgende kategorier:

- Kriseforebygging:** Pasienter som viser tegn på tilbakefall av psykose eller rusmiddelmisbruk eller tegn til økende sosiale problemer. Brukes for å forebygge innleggelse.
- Kortvarig, tett oppfølging:** Pasienter med forbigående forverring av psykiske symptomer eller i krise, også pasienter som kommer hjem etter innleggelse eller løslates fra fengselsopphold.
- Langvarig, tett oppfølging:** Pasienter som trenger langvarig opptrappert oppfølging, for eksempel ved

lengre dekompenasjon eller permanent sårbarhet (lav GAF-score). Noen vil trenge permanent daglig støtte, og forblir derfor på tavlen.

- Vanskelig-å-nå:** Pasienter som ikke ønsker kontakt med psykisk helsevern. Der det ikke er noen alvorlig bekymring tilbys kontakt, men ikke påtvungen. Sosialt nettverk blir kartlagt.
 - Høyrisiko og vanskelig-å-nå:** Pasienter som i tillegg til ovenstående er til fare for seg selv eller andre eller lider overlast. Her skal FACT-teamet bidra med assistanse i tilfelle fare, om nødvendig ved bruk av press eller tvang.
- Innlagte eller innsatte:** Pasienter som er innlagt til døgntilretteliggelse innen psykisk helsevern eller er i fengsel. Teamet holder kontakt med pasient og behandler, samt forbereder utskrivning.
- Nye:** Pasienter som nylig er innregistrert i teamet. Er vanligvis på tavla i tre uker for å bli kjent og få vurdert videre hjelpebehov.
- I tvangsbehandling:** Pasienter som er underlagt

tvangsbehandling uten døgnopphold eller tiltak ifølge en rettslig kjennelse, dom til behandling.

I et FACT-team med 210 pasienter drøfter morgenmøtet situasjonen til 20–40 mennesker hver dag. FACT-koordinator sier navnet på pasienten. Deretter redegjør case manageren for hvordan situasjonen var dagen før. I tillegg kan andre teammedlemmer som har møtt pasienten, psykiateren eller familien bidra med opplysninger. På vegne av pasienten selv eller pårørende kan case manager også stille spørsmål til teamet. Informasjonen gjennomgås kort, deretter bestemmer teamet hvilke tiltak som skal settes i verk denne dagen, enten det gjelder hjemmebesøk, søknad om bolig eller avtale med legen. Hvem som skal følge dette opp avtales og føres opp. Hos noen pasienter er situasjonen uforandret fra dagen i forveien, andre drøftes i to eller tre minutter. Men ideen er at morgenmøtet ikke skal vare lenger enn 30–45 minutter.

Innenfor dette tidsrommet er det også rom for korte, daglige drøftinger av situasjonen til pasienter som ikke er satt på tavlen, men som har en bekymringsfull utvikling. De kommer på ”diskusjonslisten”. En case manager kan ha behov for å trekke inn ekstraekspertise, for eksempel i form av overvåket medisinerings eller psykologisk behandling. Også pasientsuksesser (AA har begynt å arbeide, BB har avsluttet bedriftsopplæring) formidles her. En pasient kan bli diskutert flere ganger i løpet av noen uker, for eksempel i forbindelse med uklarheter, en begynnende krise eller en vanskelig livshendelse. Om dette skjer gjentatte ganger, skal teamet raskt beslutte om pasienten skal føres opp på FACT-tavlen.

FACT-teamet er avgjørende for å dele informasjon og koordinere aktiviteter. Siden de arbeider lokalt, møter teamarbeiderne pasienter på gaten eller i butikken og hører om pasientens liv og levnet. Da får de kanskje også høre hvordan det går med andre pasienter. Kontakt med slike mellommenn – enten det gjelder frivillige hjelpere, vaktmestere eller venner og familie – er spesielt viktig i arbeidet med mennesker som avviser kontakt og hjelp. Selv om de ikke selv tar kontakt, blir teamet langsomt kjent med dem, og tar av og til en prat i forbi-farten. Dette gjør at en kan komme inn med hjelp dersom vedkommende virkelig trenger det for eksempel ved alvorlig svikt i evnen til å ta vare på seg selv.

I tillegg fungerer tavlen som hjelp for hukommelsen: pasienter som er innlagt eller er i fengsel, forblir i fokus. I samarbeid med sykehuset eller fengselet søker en da

å få til en rask og trygg tilbakekomst til hjemmet med støtte fra FACT-teamet.

Teamet får stadig nye pasienter. Den første uken blir de alltid satt opp på FACT-tavlen og i løpet av tre uker skal minst fire ulike teammedlemmer ha gjennomført hjemmebesøk og snakket med pasienten. Slik blir det gjort en skikkelig vurdering av personens oppfølgings-, støtte- og behandlingsbehov. Likeledes kan det organiseres et besøk hos familie eller støttespillere. Når denne tiden er omme, lages det en behandlingsplan i samarbeid med pasienten.

Nederlandsk helselovgivning åpner for at domstolen inngår avtaler om alternativ til tvungent psykisk helsevern i døgninstitusjon (i Norge: tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold). Betingelser kan for eksempel være at den som får et tvangsvedtak forplikter seg til å ha kontakt med case manageren eller akseptere depotmedisinering. Hensikten med at også disse pasientene gjerne blir satt opp på FACT-tavlen, er gjerne å samordne informasjonen som trengs for å vurdere og håndtere risiko og eventuelt farlige situasjoner. Dessuten fungerer FACT-tavlen som en påminnelse om når tvangsvedtak opphører eller andre formelle prosedyrer som må følges opp.

Den daglige gjennomgangen på FACT-tavlen synes å fremme åpenhet og kunnskapsdeling. Teamet diskuterer konkrete, daglige tiltak og tilnærming til de ”vanskeligste pasientene”. Ofte knytter det seg motstridende interesser til oppfølgingen av disse pasientene. Det må også gjøres risikovurderinger både av risiko de utsetter seg selv og andre for. Noen ganger må strategien justeres eller nye beslutninger fattes nesten daglig, basert på ny informasjon. Gjennom at teamet både må forholde seg pragmatiske til arbeidet og diskuterer ut fra noen felles visjoner, blir både idealer og realiteter tydelige for nye og gamle teammedlemmer og de lærer underveis.

Da vi utformet FACT-modellen, var vi overbeviste om at tavlediskusjonen ville lette den daglige koordineringen av tiltakene. Slik er det også blitt. I tillegg viser det seg at morgenmøtene tydeliggjør de ulike fagdisipliners egenart og hvordan denne kunnskapen kan komme pasienten til gode. Daglig tydeliggjøres det hva den enkelte disiplin kan bidra med. For det tredje gjør FACT-tavlen det klart at oppfølgingen av de mest ”problematisk pasientene” aldri er et ansvar for den enkelte, men noe hele teamet kan takle sammen. Fordi det er snakk om løsninger det er kommet fram til i fellesskap, vil

ikke enkeltpersoner falle i den grøften at de venter for lenge med å sette inn tiltak eller overser problemene. Morgendiskusjonen med FACT-tavlen skjerper teamet, tydeliggjør ”at sammen er vi sterke” og får til mer. For å lykkes, må alle som er på arbeid den dagen, forplikte seg til å være med på morgenmøte og delta i diskusjonen.

FACT-teamene har en prosedyre for hva som skjer når en pasient kommer på FACT-tavlen:

- Alle i teamet kan til enhver tid melde en pasient til FACT-tavlen.
- Når pasienten, pårørende, andre pasienter eller naboer gir signal om at en pasients situasjonen har forverret seg medisinsk eller sosialt, skal noen neste morgen spørre ”kan Mr. J. bli satt påttavlen?”.

Deretter følges en plan skritt for skritt:

- Case manager viser til pasienten på tavlen og skisserer bakgrunnen til pasienten og nevner de ønskede tiltak.
- En på forhånd utarbeidet kriseplan settes i verk.
- Ytterlige avtaler involverer teamet samlet og definerer hvordan det skal gi tett oppfølging.
- Psykiateren er ansvarlig for at det innen 24 timer er gjort en risikovurdering og at medisineringsen er bestemt også innen 24 timer.

Arbeidet med FACT-tavlen krever at teammedlemmene setter av nok plass i sin timeplan til at de kan være fleksible og møte nye pasientbehov. Det kan være nødvendig for teamet å hente hjelp utenfra FACT-teamet til pasienter utenom kontortiden. Teamet kan også beslutte at ”helg FACT- tjenesten” besøker pasienten på en lørdag og søndag. En sykepleier bruker en del av dagen til slik helgevakt for flere FACT-team.

Å plassere en person på FACT-tavlen, betyr en veksling fra individuell oppfølging til teamoppfølging. Pasient og familie blir informert om at flere teamdeltakere kommer hjem til pasienten, gir tettere oppfølging og justerer tilsyn og behandling etter behov. Å vite om dette vil ofte gjøre pasient og pårørende tryggere.

En standard prosedyre skal også følges når en pasient fjernes fra FACT-tavlen:

- Pasienten kan kun fjernes fra FACT-tavlen dersom det daglige møtet samtykker i det.
- Psykiateren må gi eksplisitt samtykke.
- Sammen med pasienten og hans familie skal case manager etterpå evaluere hvordan perioden med tett teamoppfølging har vært. Har hjelpen vært nyttig, er pasienten og familien blitt tilbudt det de ønsket, er det ting vi har glemt eller ting vi kunne ha gjort på en bedre måte?
- På bakgrunn av denne gjennomgangen kan det utarbeides en ny kriseplan eller en tidligere kriseplan justeres.

3.3 Kriterier for å bli satt på FACT-tavlen

Tidligere har vi nevnt årsakene til at en pasient blir satt på tavlen og plassert inn i bestemte kategorier. Her beskrives dette mer detaljert:

Kriseforebygging

- Pasienten trenger ekstra oppmerksomhet på forutsigbare stressfaktorer og varsler om mulig tilbakefall som er identifisert i pasientens kriseplan. Generelt kan kriseutløsende faktorer være sykdom hos nære pårørende, en rettssak eller liknende.
- Pasienten viser tidlige tegn på tilbakefall og det er ønskelig å forebygge innleggelse i døgnavdeling.

For personer i denne gruppen vil det ikke alltid være nødvendig å trappe opp besøksfrekvensen, men kategoriseringen er nødvendig for at teamet skal ha beredskap og kjenne til sårbarhet. For eksempel kan teamet fortsatt respondere adekvat dersom noe skjer hvis case manageren er borte.

Kortvarig, tett oppfølging

- Økning av psykiske symptomer eller krise, tiltakende inntak av rusmidler
- Ønsket intensivering av visse behandlings- og/eller oppfølging stiltak
- Livskriser

- Risiko for innleggelse til døgntil behandling i psykisk helsevern
- Selvmordsrisiko, risiko for skade av andre mennesker, trussel om utkastelse
- Forkommenhet, ordensforstyrrelser eller andre faresignaler

Nye pasienter

- Pasienter som nylig er tatt inn i teamet skal ha kortvarig tett oppfølging i 2-3 uker, slik at de blir kjent med flere teammedarbeidere.

For personer i disse gruppene skal det være fokus på oppfølging etter utskrivelse fra døgnavdeling og svingdørsinnleggelser skal forebygges. Startfasen i tett oppfølging preges av en "alle mann på dekk"-tenkning: Diagnosen bør avklares, krisen bør bringes under kontroll så raskt som mulig, det må settes inn adekvate tiltak i omgivelsene og eventuelt avtale om team- eller brukerstyrt plass.

Vanskelig-å-nå-gruppen

- Mennesker som en ikke når med kontakt og behandling, og der en ikke kan avtale å møtes, men uten at de er til fare for seg selv og andre og heller ikke har alvorlig egenomsorgsvikt.

Her må en forsøke å få til et forsiktig nærvær, hjelpe til med å løse praktiske behov, skaffe informasjon om deres situasjon og drive forsiktig motiveringsarbeid.

Høyrisiko og vanskelig-å-nå

- Mennesker som ikke har kontakt med hjelpeapparatet og som er til fare for seg selv eller andre, eller står i fare for å lide alvorlig overlast.

I disse tilfellene kan ikke teamet bare avvente situasjonen, men må være inngripende og aktivt pågående. Teamet vil ta kontakt med pasienten, enten ved hjelp av pårørende eller politiet, og informere om at tvangsbehandling kan være nødvendig for å avverge fare eller hindre forverring av situasjonen.

Innlagte eller innsatte

- Alle pasienter som er døgninnlagte i psykisk helsevern. Disse blir besøkt ukentlig i henhold til prinsippene for transmural oppfølging (se annet sted).
- Alle pasienter som er innlagte i somatiske sykehus. Disse får også besøk for å forberede utskrivning og eventuelt bringe boligen eller bomiljøet i orden.
- Alle pasienter som sitter i fengsel besøkes. Det tas kontakt med fengselsvesenet for å gjøre avtaler rundt avgiftning og mulig oppstart av medikamentell behandling i fengselet, for å forberede løslatelse, gjøre avtaler om eventuelle betingelser ved løslatelse.

I behandling under tvang

- Alle som er underlagt tvangsbehandling uten døgnopphold eller er dømt til behandling er oppført på tavlen.
- Alle pasienter som er løslatt på prøve, har tilsyn fra kriminalomsorgen eller har betinget dom.

En pasient kan dermed bli satt opp på FACT-tavlen av ulike grunner. Ikke alle plasseringer på tavlen innebærer "tett oppfølging". Noen ganger dreier det seg om å skaffe mer informasjon, for eksempel fra andre etater. Når en arbeider lokalt basert, har det enkelte teammedlem "flere øyne og ører". Gjennom møter og treff i lokalmiljøet genereres informasjon om hvordan den ene eller andre pasienten har det i hverdagen. Slike opplysninger kan benyttes til pasientens beste.

FACT-tavlen brukes også for å holde oversikt over dagens gjøremål. Planlagte tiltak som skrives på FACT-tavlen, kan for eksempel være datoer for injisering av depotmedisin. To dager før datoen for injeksjon, kommer det opp en påminning på tavlen. Dersom depotinjisering ikke er rapportert tilbake, kommer det opp en rød datopåminnelse. Datoene for fornyelse av tvangsbehandlingsvedtak, kontrollundersøkelser, søknad om forlengelse av tvungent vern og domstolsbehandling av dom til behandling markeres på tavlen.

Teamene kan ha følgende mål for hvorfor de setter pasientene opp på FACT-tavlen:

1. Styrke behandlingen
For eksempel ved å intensivere kontakten ved sorgreaksjoner, gi psykoedukativ behandling eller endre administreringen av medisineren.
2. Styrke oppfølgingen
For eksempel ved å gi støtte, strukturere og planlegge daglige gjøremål, personlig hygiene eller renhold av bolig.
3. Støtte bedringsprosesser
For eksempel ved at det kommer opp en melding på tavlen om at pasienten skal ta et viktig, nytt skritt som for eksempel å flytte eller starte i ny jobb.
4. Organisere overvåkning til kontrollformål
For eksempel ved å kanalisere opplysninger til kontrollorgan (domstol eller kriminalomsorg) om personen overholder strafferettslige betingelser om ruskontroll.
5. Lette overgangen fra fengsel eller institusjon
For eksempel ved å veilede og støtte pasienter de første ukene etter lengre tids døgnopphold på sykehus eller fra fengsel, for blant annet å hindre tilbakefall.
6. Skape tilknytning til teamet
For eksempel ved at teamet gjennom aktivt oppsøkende virksomhet finner frem til hvordan brukeren kan stimuleres til å samarbeide om behandlingen.

Sjansene for at teammedarbeiderne klarer å nå disse målene på egen hånd er få, men blir større når teamet gjennom de korte samtalene hver morgen bidrar med innspill og løsningsforslag.

3.4 Integrasjon av behandling, oppfølging, rehabilitering og bedring i FACT

FACT-modellen er spesiell fordi den fokuserer på kombinasjonen av flere elementer: (1) Behandling etter faglige retningslinjer, (2) oppfølging og rehabilitering, (3) arbeid for å støtte opp under bedringsprosesser og (4) og sosialt nettversarbeid.

Boken *Classics of Community Psychiatry* (Rowe m fl, 2011) inneholder femti av de viktigste artiklene om sosialpsykiatri fra forrige århundre. Når vi leser gjennom disse artiklene, ser vi at forfatterne ofte har fokus på en eller to viktige komponenter som for eksempel case management, kontinuitet i oppfølgingen, behandling eller betydningen av bedringsprosesser.

FACT-modellen bygger på at sammensatte problemer krever ulike tilnærminger. Kunsten består i hvordan integrere og kombinere disse ulike tilnærmingene; å kombinere komponenter i oppfølgingen og avbalansere dem i forhold til den enkelte pasient. Dette oppnås gjennom det daglige arbeidet med FACT-tavlen som synliggjør hva som er ønskelig, nødvendig og mulig akkurat denne dagen. For de som mottar individuell hjelp, går en gjennom behandlingsplanen minst én gang i året, for å evaluere tiltakene og sikre at fremtidig bistand er tilpasset.

Den nederlandske tverrfaglige retningslinjen for schizofreni (Trimbos Instituut, 2005) anbefaler at medisiner, psykologisk behandling, psykoedukative tiltak og familietilnærming skal være del av behandling og oppfølging.

I FACT er rehabiliteringen integrert i behandlingsplanen. Behandlingsmål er formulert på en personlig og forståelig måte, i pasientens språk. Pasienten støttes i å oppnå sine mål gjennom samarbeid med case manager, bruker-spesialist, rus-spesialist eller arbeidsspesialist.

FACT er innrettet på å støtte pasientene i deres bedringsprosess. Målet er at pasientene kan fungere mest mulig optimalt og delta i samfunnet på en måte som er tilfredsstillende for hver enkelt og trygt for ham selv og omgivelsene.

Med bedringsprosess menes (Ridgway m fl 1999):

1. Å gjenopprette eller etablere et positivt selvbilde til tross for et psykisk handikap. Dette betyr å fremme prosesser fra oppgitthet til håp og realistisk optimisme, fra meningsløshet til å oppleve mål og mening, fra å defineres som "den psykiatriske pasienten" til at sykdommen ikke definerer hvem du er, samt å flytte fokus fra sykdommen til mennesket.
2. Å ta aktiv styring over eget liv og funksjonsnedsettelse. Dette innebærer at pasienten begir seg inn i en prosess som går fra å være en passiv mottaker av hjelp til selv å ta styring, fra stress-sårbarhet til aktiv mestring, fra å overse egne behov til å fokusere på og utvikle en positiv livsstil, velvære og egenomsorg.

3. Gjenvinne et liv i et vanlig sosialt miljø, gjennom å bevege seg fra tilbaketreking og passivitet til aktiv deltakelse i meningsfulle aktiviteter og fra sosial isolasjon til å knytte seg til andre mennesker gjennom felles engasjement i samfunnet.

FACT fokuserer også på samspeillet mellom pasienten og hans omgivelser. Familiemedlemmer er svært viktige samarbeidspartnere for FACT. Fordi de har kjent pasienten mye lenger enn hjelperne, har de kunnskap som kan være til nytte i behandlingen, dessuten er de ofte bekymret og tilbyr støtte. Noen familier som har brutt kontakten med pasienten, takker ja til å få hjelp med å gjenopprette kontakten. I samsvar med FACTs retningslinjer for behandling, skal alle ha tilbud om psykoedukasjon og familiebehandling.

Siden FACT har som mål å få til et bedre samarbeid med nabolaget, må FACT-teamet være en pålitelig og tilgjengelig samarbeidspartner for naboer og andre etater. En vellykket integrering av pasienten i nærmiljøet avhenger av at mange parter samarbeider. Mellom dem og FACT-teamet vil det være overlappende grenseområder der man må søke løsninger i partnerskap, bygget på gjensidig tillit og/eller enighet om felles mål.

De som er vanskelig å nå

En gruppe pasienter avviser kontakt med teamet. Mangel på sykdomsinnsikt, mistenksomhet og/eller negative erfaringer fra tidligere møter med psykisk helsevern kan være til hinder for å etablere kontakt. I Nederland prøver vi å komme i kontakt med vanskelig-å-nå-gruppen gjennom for eksempel å yte praktisk eller sosial støtte og bistand. Men dersom de ikke ønsker kontakt, skal dette respekteres. Vi skiller mellom to grupper som er vanskelig å nå: De som lett kan forkomme eller lide overlast og de som tross alt ser ut til å klare seg. Graden av bekymring øker dersom personen er til alvorlig ulempe eller til fare for seg selv og/eller andre, samt om det er deres psykiske lidelse som forårsaker tilbaketrekingen.

Vi ser mennesker som lever svært tilbaketrukket, knapt har kontakt med andre, men som ikke forkommer eller har en alvorlig egenomsorgsvikt. Disse personene prøver vi å komme i kontakt med på en uformell måte for eksempel gjennom en kort prat på gaten. Da tilstreber vi å friste med tilbud som å følge til NAV eller andre tjenester. Vi leter etter en åpning, men tvinger oss ikke på. Brukerspesialisten kan spille en viktig rolle

i å etablere slik kontakt.

Hvis pasienter er mentalt ute av stand til å ta vare på seg selv, er forvirret og har bekymringsfull egenomsorg og/eller forstyrrer naboer og nærmiljø, betegner vi saken som "høyrisiko". Da vil teamet etablere kontakt på en mer pågående måte. Teamet skal oppsøke familie og sosiale tjenester med det formålet at personen skal få aktiv pasientstatus i FACT-teamet og at kontakten med behandlere ikke skal bli brutt. Noen ganger er det nødvendig å etablere tvangsbehandling uten døgnopphold for å trygge situasjonen og sørge for at pasienten får nødvendig behandling. Slik behandling vil også bli administrert av teamet.

3.5 Behandling og behandlings-syklus

En behandlingsplan er nødvendig for å organisere og lede behandling og støtte med mange ulike bestanddeler. I Nederland er det nedfelt klare retningslinjer for hva innholdet i en slik behandlingsplan skal være:

1. Behandlingsplanen skal være skrevet i et språk pasienten forstår.
2. Planen skal være utarbeidet i samråd med ham (og familien).
3. I tillegg skal planen omfatte behandlingstiltak, støtte og rehabiliteringsaktiviteter som behandlings-teamet foreslår.
4. En kriseplan eller plan for å forebygge tilbakefall, er ofte en del av behandlingsplanen.

Behandlingsplanen skal evalueres minst én gang i året.

I et FACT-team er case manageren ansvarlig for å oppfylle overnevnte krav. Vedkommende må sørge for å avtale dato for årlig gjennomgang og oppdatering av planen hvert år.

1. Etter ti måneder forbereder case manager en diskusjon omkring ny utgave av behandlingsplanen.
2. Dette forarbeidet gjøres sammen med pasienten (eventuelt også med familien).
3. Case manager sørger for å fylle ut ulike evaluerings-skjemaer sammen med pasienten (for eksempel HoNOS-, MANSA eller IDDT-skalaene).

4. Case manager sørger for at det blir gjort en somatisk undersøkelse hos fastlegen.
5. Case manager og pasienten går sammen gjennom pasientens mål fra året som har gått og beskriver måloppnåelse.
6. I samarbeid med pasienten kan case manager også la familien uttale seg om året som har gått.
7. Case manageren legger fram et utkast til behandlingsplan, som fokuserer på alle pasientens livsområder, også den somatiske helsen.
8. Deretter drøfter det tverrfaglige teamet utkastet. Psykiateren og andre fagpersoner som er involvert i behandlingen, er til stede. Mange team inviterer pasienten med på denne drøftingen. Andre team inviterer heller pasienten inn i mindre grupper (for eksempel bare pasienten, familiemedlemmer, case manager og psykiater).
9. Behandlingsplanen justeres i samråd med pasienten. I planen fremkommer alle pasientens ønsker og avtaler som er gjort med hensyn til behandling, medisiner, rådgivning, arbeidsrettete tiltak og eventuelt kriseintervensjoner.
10. Til slutt undertegner pasienten (dersom vedkommende vil) og psykiater undertegner på vegne av teamet.
11. Etter at planen er vedtatt, kan pasienten få en kopi.

Timeglass-modellen

4.1 Medarbeiderens fire ulike roller

Medarbeiderne i et FACT-team skifter stadig roller. Case manageren som har individuell oppfølging med pasienten, bruker ofte en personlig tilnærming. Vedkommende kjenner pasienten godt og kan snakke med ham eller henne om praktiske temaer, stell av hjemmet, økonomi eller medisiner, men også om personlige relasjoner eller sorgbearbeiding. Mens teamet har tett oppfølging av en pasient, skal ikke case manager ha dyptgående samtaler med pasienten. Da skal han eller hun først og fremst gi støtte og tilby strukturering av hverdagen, eventuelt tilby hjelp med medisiner og liknende.

Også i den individuelle oppfølgingen ser vi at case manageren har mange ulike roller: Noen ganger er han en pasienten kan betro seg til, noen ganger er han rådgiver for andre instanser, og noen ganger er han den som administrerer tvangstiltak. Psykiateren kan også ha ulike roller; hun kan være en viktig samtalepartner, forskriver av en medisin som pasienter kan finne svært ubehagelig og den personen som tar initiativ til å iverksette tvangstiltak når teamet synes det er nødvendig.

De første FACT-teamene opplevde denne stadige vekslingen mellom roller som en utfordring. Særlig gjaldt det sykepleiere som var vant til å arbeide i institusjoner innen spesialisthelsetjenesten, med tydelig ansvar og roller. I samtaler med dem kom vi frem til ”timeglass modellen”.

4.2 Timeglass-modellen

FACT-team tilbyr tre ulike typer tiltak knyttet til tre ulike prosesser:

1. Stabilisering

2. Behandling

3. Bedring (Recovery)

Disse tre prosessene skal ikke ses som ”faser” som følger etter hverandre i pasientens liv. Ofte er pasienten både i aktiv terapi og inne i en bedringsprosess. Samtidig kan han motta støtteterapi for å fremme stabilisering. Til hver av disse prosessene bør fagutøverne bruke ulike sett av tilnærminger og metoder. Noen ganger kan disse prosessene sammenfalle, andre ganger veksler man mellom dem. Dette utfordrer teammedarbeiderne som stadig må endre tilnærming i én og samme sak.

Ad 1) Stabilisering

Å utøve stabiliserende virksomhet refererer til en situasjon der personen er i krise, truet av tilbakefall, med økte symptomer eller bruk av rusmidler. En person som er psykosensitiv bruker oftest all sin energi på å holde hodet over vannet og har lite overskudd til å bry seg om de rundt seg. I slike situasjoner oppstår ofte sosiale problemer. I denne situasjonen er optimal kriseintervensjon å få pasienten trygt igjennom krisen, hvis mulig uten tilbakefall og uten innleggelse. Forvirring kan også være en permanent tilstand hos personer med kronisk psykose. Pasienten har ikke lenger evnen (selv om han ønsker) til å holde orden på seg og sitt. Da blir det FACT-teamets oppgave å sørge for permanent daglig strukturerende oppfølging.

Ad 2) Behandling

Behandling i FACT kan være medikamentell behandling, men også psykologisk behandling, behandling for økt rusmestring eller annen ferdighetstrening. Vi ser også på det arbeidet som arbeidsspesialisten gjør som en form for behandling, det samme gjelder case manageren. Alt arbeid der en eller flere personer sammen med pasienten gjennomfører metodiske handlinger for å

bedre funksjon og minimalisere symptomer, ser vi på som behandling.

Ad 3) Recovery

Dette er et domene der pasienten arbeider etter sin egen, selvstyrte bedringsprosess, dog støttet av teamet i rehabiliteringsprosessen.

Den enkelte fagutøver påtar seg ulike roller i hver prosess:

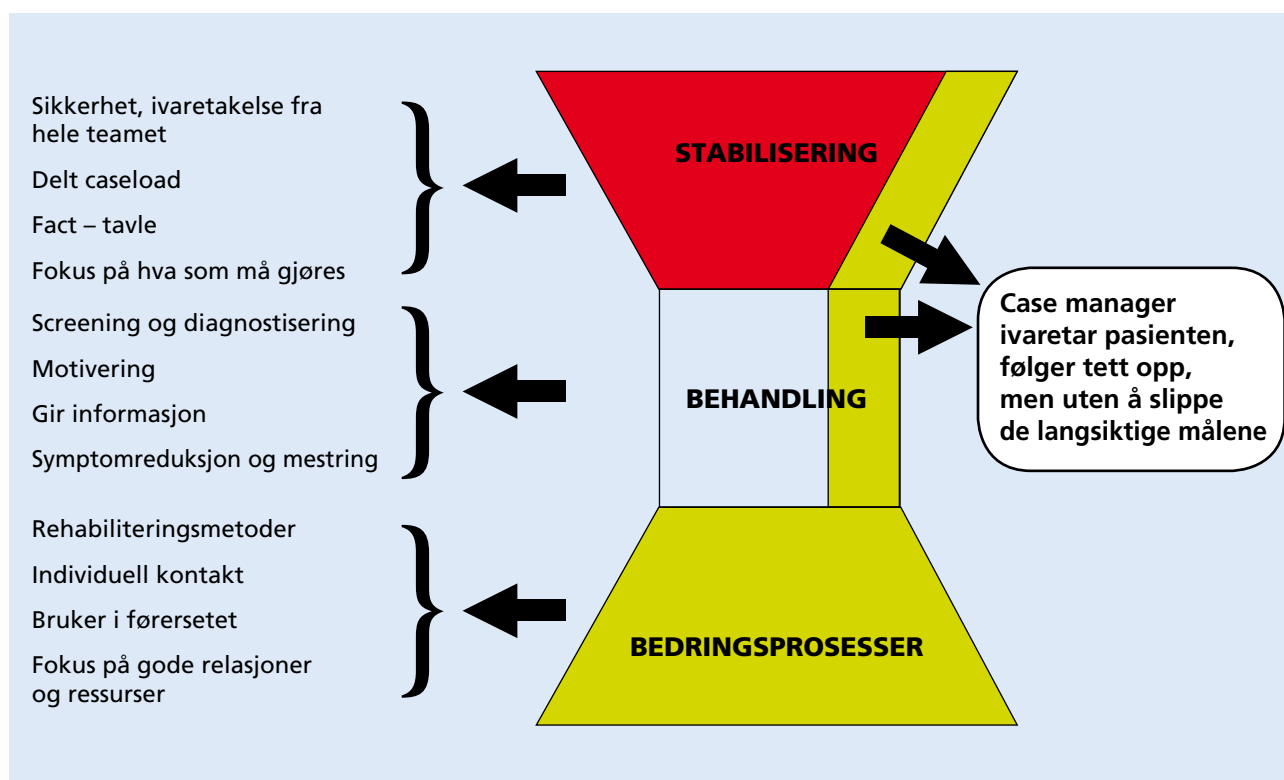
Ustabilitet og forvirringstilstander krever ofte en korrigerende, problem- og handlingsorientert tilnærming. Delt teamoppfølging er påkrevet, og slik at en rekke daglige aktiviteter kan bli overtatt av teamet.

I behandlingsprosesser søker en alltid i samarbeid med pasienten å nå mål som han selv formulerer. I samråd

med pasienten lages avtaler mellom team og pasient om behandlingen. Noen ganger har behandlingen en mer forskrivende karakter der teamet gir råd eller medisiner, andre ganger har man samtaler der man leter etter sammenhenger, forståelse og innsikt (psykoterapi). I behandlingen har case manager en stimulerende, støttende rolle, blant annet gjennom å informere og gi råd om behandlingen, eller motivere pasienter for å delta i bestemte behandlingsprogram, for eksempel om rusmestring.

Når det gjelder bedringsprosessen, er case managerens rolle å støtte pasienten i hans egen prosess. Det er pasienten som har regien. Tilliten mellom pasient og hjelper er avgjørende i denne prosessen.

Vi har oppsummert det som står over i timeglassfiguren:



4.3 Å arbeide med timeglasset

Timeglasset viser at rollene som fagutøver varierer, avhengig av den prosessen hver og en er inne i. I venstre kolonne står enkeltprosesser oppført vertikalt:

- målet,
- metoden,

- hvem har regien?
- hvordan vil dette se ut for hjelperen?

Vi går nå nærmere inn på disse aspektene, med fokus på fagutøver:

I perioder med stabilisering gjelder det å arbeide etter prinsipper fra kriseintervensjon. Disse prinsippene vil være å veilede, gi råd, støtte, eller sørge for

ekstra støtte med tett personlig oppfølging. Men det kan også innebære å ta over, beskytte, og ved fare om nødvendig gjennomføre tvangstiltak. Pasienten er på forhånd satt opp på FACT-tavlen. Case manager fungerer da som del av et team som gjør felles avtaler og iverksetter tiltakene som teamet er enige om. Den faste kontakten fungerer som koordinator for teamarbeidet. Case manager skal holde orden på den informasjonen som nedfelles på FACT-tavlen, og skal ha kontakt med alle som denne informasjonen angår.

Ved behandling er case manager involvert i ulike former for hjelp, informasjon, motivering, gruppeterapi og/eller psykoedukasjon i grupper eller Liberman ferdighetstrening (Liberman 1998). I Norge kan vi anbefale Gråve m.fl. (*Et selvstendig liv*, 2009): Mestring av rus og psykiske problemer og *På vei til et bedre liv* (oversetters merknad).

Her samarbeider case manager tett med psykiater, psykolog eller annen fagperson. Han eller hun evaluerer også behandlingen sammen med pasienten. Pasienten bør så tidlig som mulig bli tilbudt den ønskede behandlingen. Dette krever god diagnostisk vurdering; hvilke behandlingstiltak hjelper best? Det handler om å forklare og oppmuntre til anbefalt behandling for pasienten og familien. Det er mulig å ta kontakt med en psykolog eller psykiater for å få disse med på hjemmebesøk med tanke på vurdering av hva som vil være adekvat hjelp og behandling. Ofte vil behandling bli utført av medlemmer av FACT-teamet. Dermed kan fagpersoner komme raskere i gang.

Når det gjelder bedringsprosesser er fagutøvers rolle mer individuell. Her gjelder det først og fremst å legge forholdene til rette, skape muligheter og vise genuin interesse. Case manager er rettet mot å styrke pasientens opplevelse av autonomi. Rollen likner den en trener, guide eller ledsager har. Her sitter pasienten "i førersetet" og rådgiveren er en interessert medpassasjer ved siden av eller i baksetet. Her er det viktig med et én-til-én forhold. Rollen som fagutøver går mer over i en rolle som likeverdig samarbeidspartner (Salyers m fl 2007). Hvis det er nødvendig, kan medarbeideren bruke rehabiliteringsmetodikk for å hjelpe pasienten til å formulere sine egne mål, med tanke på igjen å overta regien i egne hender. I tillegg gir The Strengths Model fra Goscha og Rapp (Rapp 1998) klare føringer for dette arbeidet.

I Nederland betegnes hele denne tilnærmingen "Gjenopprettende Støttende Omsorg" (Herstel Ondersteunende Zorg – HOZ). Den er en avgjørende del av FACT-

tenkningen. HOZ er ikke bare viktig for den enkelte, men også for hele teamets tilnærming og holdning. Den gir en nødvendig motvekt til de svært normative og dirigerende aspekter som noen ganger må gjøre seg gjeldende i FACT. Tidlige ACT-team kunne bli dogmatiske, med overdreven entusiasme og fokus på å redusere innleggelser. Dette medførte at pasientens egne mål kunne bli forbigått – "pasientens stemme" ble borte i modell-troheten. "Recovery oriented" ACT-team gjenopprettet senere en hensiktsmessig balanse.



Rollebytte: Før morgenmøtet kl 09:00

drar case manager Anja på hjemmebesøk til herr De Jager kl. 08:10. Herr De Jager bor alene, og har for kort tid siden fått jobb i en frivillighets-sentral hvor han skal være kl 09:00. Den tidlige starten er hard for ham, og han har spurt om hjelp. Hver dag kommer derfor en fra teamet om morgenen. Anja sjekker om De Jager har stått opp i tide, gir ham medisiner og minner ham på å lage matpakke. Deretter drar Anja til team-møtet. Den dagen har hun fire avtaler med pasienter hun har ansvaret for. Om morgenen blir pasientene som er satt på tavlen gått gjennom for å finne ut om det er noe nytt. Anja sier det ikke er noe spesielt å melde om De Jager. Arbeidsrådgiveren forteller at De Jager er veldig fornøyd og stolt over at han nå har klart å komme inn i en god døgnrytme. En ny pasient er satt opp - fru Langerdam. Hun er en kvinne som sannsynligvis vil nekte kontakt og hjelp, men som ser ut til å ha problemer. Det blir avtalt at Anja sammen med en psykiater skal dra på hjemmebesøk kl. 11:30, for å finne ut hvordan hun har det og om det er mulig å tilby hjelp og evt. medisiner. Klokket 10:00 har hun et intervju med fru Merel som for en stund siden har svart på spørreskjemaet MANSÅ (Manchester quality of life). De diskuterer fru Merels tilfredshet og misnøye med tanke på de ulike områdene. Det viktigste spørsmålet er om fru Merel formidler et behov for endringer. Hennes ambisjoner og ønsker må tydeliggjøres. Fru Merel er misfornøyd med å ha et begrenset sosialt nettverk. Hun vurderer å bli med på et kurs hvor tidligere pasienter deler og bearbeider egne erfaringer. Ved 11:30-tiden er Anja på besøk hos fru Langerdam. Psykiateren er også kommet. Anja ringer på og sammen går de inn.

Det blir snart klart at fru Langerham ikke får noen form for hjelp. Hun har vært i behandling tidligere et annet sted. Hun er glad for å få hjelp, men gir til kjenne at hun ikke vil innlegges. Det avtales at Anja skal besøke henne de to kommende ukene for å kartlegge hva hun trenger av hjelp og at hun eventuelt skal starte med medisiner, Anja vil også sørge for at hun blir besøkt av en psykolog og at hun får en somatisk undersøkelse hos fastlegen.

Dermed har Anja utført arbeid knyttet til ulike roller: regulering og kontroll, diagnose og kriseintervensjon for behandling og henvisning til samtale om bedringsprosess. Dette krever evne til fleksibelt å pendle mellom ulike roller.

4.4 Den høyre kolonnen i timeglassmodellen

Mange fagfolk har en tendens til å tenke kronologisk. Pasienten må være stabil før en kan begynne å tenke på rehabilitering. Ofte ser en at fagfolk er unødvendig pessimistiske med tanke på bedringsprosess og rehabilitering. Dette er tendenser som ”recovery-bevegelsen” uttrykkelig tar avstand fra. Det første steget mot bedring kan like godt tas i en krise.

Et annet problem er at mens akuttbehandlingen foregår, blir ikke pasienten trukket inn i avklaringen av målene for bedringsprosessen og behandlerne er ikke oppdatert på de siste resultatene i pasientens bedringsprosess. Dermed kan man forpurre bedringen gjennom velmenende tiltak; tiltak som forstyrrer den gode prosessen pasienten tross alt er i.

Derfor har vi latt den grønne bolken som handler om bedringsprosess gå rett igjennom (grønn) til ”Behandling” og ”Stabilisering”. Den grønne linjen symboliserer med andre ord at både ved behandling og stabilisering skal bedringsprosessen være det viktigste målet. Bedringsprosessen er således til stede i alle faser.



Etter gjentatte psykoser og stadig bruk av narkotika hadde John mistet kontakten med faren sin. John hadde i psykotiske episoder opptrådt truende og krevende i farens hjem. Far var sterkt skuffet, delvis på grunn av sønnens narkotika bruk og dels at han hadde brukt narkotika til og med hjemme hos ham. John hadde kommet i kontakt med et FACT-team i en mer rolig fase, og ønsket etter hvert å gjenopprette kontakten med faren. Det tok lang tid. Det ble prøvd en forsiktig tilnærming. Faren ønsket ikke igjen å sitte bitter og skuffet tilbake. Men etter hvert lyktes det John å etablere kontakt igjen. Med hjelp fra case manager ble det bygget bro mellom far og sønn. Tidligere problemer kunne snakkes igjennom og bearbejdes. Etter hvert besøkte John faren hver onsdag. Dessverre ble det nytt tilbakefall for John og han var i en kort periode like krevende som før. Sannsynligvis var han da stoffpåvirket. I FACT- møtediskusjonen på tirsdag ble situasjonen tatt opp og man satte inn tiltak slik at far ikke skulle møte de samme problemene som før. I samråd med John ble far informert i god tid, og det første besøket på onsdag ble stoppet for så å bli gjenopptatt under tilsyn. For John var dette akseptabelt: det ble fremstilt som et midlertidig beskyttelses tiltak for ikke å sette på spill de allerede oppnådde bedringsresultatene.

Poenget her er å rette oppmerksomheten på case managerens viktige rolle med tanke på å informere teamet om pasientens bedringsprosess og ta alvorlig de behovene pasienten selv bringer til torgs.

Utvalgte emner i pasientrettet arbeid i FACT

5.1 Iboende styrke, bedring og rehabilitering

I FACT-teamet er det veldig viktig å ha en visjon om at pasienten har potensiale og en iboende styrke. Vi innser at dette kan ha andre implikasjoner i forskjellige land der FACT blir implementert. Av den grunn har vi tatt med noen korte sitater fra kapittel 4 i den nederlandske FACT-manualen. Der beskriver Jaap van Weeghel grundig samspillet mellom bedringsstøtte og rehabilitering.

I Nederland har den såkalte ”The Strenghts Model for case management” (Rapp 1998), vært en viktig inspirasjonskilde for utformingen av bedringstenkning og rehabilitering i FACT-praksis.

Prinsippene som ”The Strenghts Model” arbeider etter er:

- å vektlegge pasientens ressurser i stedet for å fokusere på patologi
- å sette arbeidsfellesskapet mellom behandler og pasient i sentrum
- hjelpetiltak med vekt på selvbestemmelse
- å se lokalsamfunnet som en kilde til ressurser snarere enn en hindring
- å kontakte pasienten der pasienten befinner seg, ikke på kontoret til profesjonsutøveren
- å legge til grunn at mennesker med psykiske lidelser kan lære, utvikle seg og endre seg

Metodikken i ”The Strenghts Model” er mindre detaljert utformet enn en del andre rehabiliterings- tilnærminger.

Den åpner for mer pragmatisme, og fungerer dermed mer i tråd med dynamikken i et ACT- eller FACT-team.

Foruten ”Strenght-modellen”, blir bedringsstøtte stadig mer vanlig i pasientoppfølging i Nederland. I 2008 formulerte Dröes følgende spesifikke karakteristika ved en behandling som støtter bedring:

- empatisk tilstedeværende
- profesjonell kompetanse brukt med ydmykhet
- personlig reaksjon på pasientenes opplevelser og følelser
- skape rom for pasientens egen historie
- gjenkjenne og oppfordre pasient/bruker til å bruke sin egen styrke både individuelt og kollektivt (myndiggjøring)
- anerkjenne, benytte og stimulere den rollen andre nærpå personer spiller for å styrke og stimulere pasienten
- legge vekt på at økt selvkontroll og autonomi kan lindre lidelse

Ifølge Dröes er fagutøvere sjelden oppmerksomme nok på pasientens ressurser. Hans råd til fagutøvere er bevisst å søke etter pasientens egen styrke. Pasienten vokser på å skape mening i sin egen historie, gjennom å bruke egne sterke sider, og gjennom å få økt kontroll over eget liv (myndiggjøring). Å oppleve støtte fra andre i denne prosessen er viktig. Terapi kan også være et tilbud, forutsatt at den gis på en ydmyk, ikke-dominerende måte. Bedringsprosesser hemmes ved et for stort lidelsestrykk. Fagutøverne må derfor alltid

være orientert mot å redusere lidelsestrykket.

Ved siden av å styrke og fremme bedring, har FACT som oppgave å fremme rehabilitering. Rehabilitering er et bredt sammensatt sett av idealer og praksis som tar sikte på å fremme funksjonell integrering, inkludering og sosial myndiggjøring av mennesker med psykiske lidelser. De viktigste rehabiliteringsområdene er arbeid, booppfølging, ulike former for opplæring og sosial nettverksbygging. Rehabiliterende behandlingstiltak bidrar, i tillegg til andre former for oppfølging, vesentlig til restituering av pasienten.

Internasjonalt kan vi finne et utall tilnærminger til rehabilitering. Felles for de fleste er at de er egnet for bruk innenfor FACT. Dette kommer frem i en oppsummering av Drake et al (2003) som formulerer de viktigste prinsippene for rehabilitering:

- Legge vekt på å myndiggjøre pasienten
- Sikte på å skaffe pasienten kunnskap om dagliglivets ferdigheter i miljøet han eller hun er del i; få ferdigheter kan generaliseres
- Mobilisere lokalsamfunnet til å støtte pasienten
- Bosette pasienter så raskt som mulig, framfor å forberede det langsamt og trinnvis (housing first)
- Integre rehabilitering i annen type behandling og oppfølging
- Bekjempe stigma framfor at pasienten skal tilpasse seg, kjempe for å endre undertrykkende eller diskriminerende lover og regler

Å være til stede i brukerens hverdagsmiljø passer inn i FACT-tenkningen. Slik sett er rehabiliteringsmetoder lett å gjennomføre innen FACT, og et FACT-team bør inkludere ulike typer spesialister innen rehabiliteringsområdene.

5.2 Mobilisere lokale nettverk og støttespillere rundt pasienten

En annen sentral oppgave for FACT-praksis er å bidra til at pasienten får flere gode kontakter i nærmiljøet. «Community Support System» ble innført i USA. I Nederland forstår man med dette at personer som

er relevante for pasienten avtaler med hverandre og pasienten å arbeide sammen for å gi nødvendig sosial støtte, informasjon og hjelp. I Nederland finnes det organisasjoner og grupper for nesten alle områder av menneskers liv, og i disse sosiale organisasjonene og velferdsorganisasjonene finnes enkeltpersoner som kan bidra til å inkludere mennesker med psykiske lidelser i fellesskapet. Dette potensialet forblir ofte ubrukt fordi det er uoversiktlig og utilgjengelig. Derfor er det viktig at teamet identifiserer muligheter og engasjement som kan komme pasienten til gode. Hver case manager har et antall instanser i tredje sektor som de kan kontakte, og navn på personer som de kan engasjere i denne sammenheng. Slik kan teamet forsøke å få til et «støttenettverk» for hver enkelt pasient, og utvikle og arbeide med lokale støttespillere rundt pasienten. Team som arbeider aktivt med dette kan anbefale hvor den enkelte pasienten kan henvende seg for å delta i lokalsamfunnet.

Det har vært en diskusjon i Nederland om hvordan FACT-team bør forholde seg til kommunale oppsøkende team. Noen mener det bør være et nært samarbeid mellom de ulike teamene. Denne forfatteren tror ikke dette er lurt. Etter mitt syn skal et FACT-team være servicerettet og åpent for samarbeid med mange, men må også forklare at de har en veldig spesifikk målgruppe, og tilbyr spesialistbehandling for pasienter med alvorlig psykisk lidelse. Det at vi arbeider lokalbasert og hjemme hos pasienten, gjør det ikke likt kommunalt helse- og omsorgsarbeid.

5.3 Behandlingstiltak ifølge retningslinjer

Tidligere kapitler refererer til den nederlandske tverrfaglige retningslinjen for behandling av schizofreni. Noen av tiltakene som er inkludert i denne (Trimbos 2005, revidert 2012) er:

- psykoedukativ behandling (til pasienter, familie-medlemmer og andre som er direkte involvert)
- medisinerer
- psykologiske metoder (CBT, MetaCBT)
- familiearbeid
- Integreert behandling av rus og psykisk lidelse (IDDT)

- Individuell arbeidsplassering og støtte (Individual Placement and Support (IPS))

Det vil bli for omfattende å gå dypere inn på de ulike tilnærmingene. Det viktige er at tverrfagligheten i teamet gjør det mulig å legge vekt på hver av dem. Her kan kanskje FACT-teamet sammenlignes med et juletre hvor treet og pynten er det tverrfaglige teamet som lett kan veksle mellom mer eller mindre tett oppfølging. Kulene på juletreet er kunnskapsbasert praksis.

Det kan tenkes at betydningen av ulike tiltak kan vektes ulikt avhengig av helsetjenestens oppbygging i det enkelte land. Skal FACT implementeres, må man skjelle til hva som blir ansett som state-of-the-art-behandling i eget land, og implementere disse tiltakene i FACT-teamet. (jfr. side 21).

5.4 Integreert behandling av pasienter med ROP-lidelser

Ruslidelse er den vanligst forekommende komorbide tilstanden hos personer med alvorlig psykisk lidelse. I FACT-teamene er gjennomsnittlig 50 til 70 prosent av pasientene ROP-pasienter. De viser seg å ha liten nytte av rusbehandling, og likeledes mislykkes ofte hjelpen de får i psykiatrien nettopp fordi de er rusavhengige. Det er viktig å integrere oppfølgingen i et team som kan håndtere begge lidelsene samtidig.

I FACT arbeider man ut fra prinsippene i IDDT²⁰. Minst to i teamet må være grundig trent i dette og kunne hjelpe andre teammedlemmer. Modellen har som sentral visjon at man må forstå hvilket stadium en pasient er i i forhold til skadelig bruk eller avhengighet. Alle tiltak blir avstemte etter denne forståelsen, og en retter seg alltid mot de tiltak som har appell til pasienten. Denne behandlingen blir så integrert med annen psykiatrisk behandling. En mye brukt metode er "motiverende intervju" (MI).

Av stor betydning er at FACT-teamet også oppnår enighet med døgnavdelingen i psykisk helsevern om syn på og tilnærming til avhengighetsproblematikk i samsvar med IDDT-tilnærmingen. Innenfor denne tilnærmingen kan det være svært nyttig for en pasient å ta en «time out» på døgnavdelingen for etterpå å komme tilbake til ambulans behandling. FACT-teamet og sykehuset må være samstemte i holdningen til disse innleggelsene.

Et interessant funn ble gjort i forbindelse med et

forskningsprosjekt som fant sted i Limburg (Drukker 2011). Man undersøkte FACT-team som ennå ikke hadde fått ansatt russpesialister. Det viste seg at den generelle trenden man hadde sett i FACT som førte til mer remisjon, ikke gjaldt for pasienter med ROP-lidelser. Kort sagt, uten rusekspertise integrert i teamet, hadde ROP-pasientene mindre muligheter til bedring.

5.5 Arbeid: Individuell støtte og hjelp til arbeid

Tidligere tenkte man at brukerne av ACT og FACT-team hadde liten mulighet til å skaffe seg jobb i det vanlige arbeidsmarkedet (Bond m fl 2005). Imidlertid viser forskning både i USA og Nederland, at ved å veilede, støtte og hjelpe den enkelte i å søke og beholde arbeid, oppnår en gode resultater, selv med pasienter som i utgangspunktet ikke viser interesse for å arbeide. Individual Placement and Support (IPS) er den mest vellykkede modellen for at personer med alvorlige psykiske lidelser skal komme ut i ordinært arbeid (Becker & Drake 2003). De mest markante kjennetegnene ved IPS er lønnet arbeid som mål, å finne en ønsket arbeidsplass så snart som mulig, gi langsiktig oppfølging, samt integrere arbeidsrettete tiltak med psykisk helsehjelp. Ved å integrere arbeidsformidling og veiledning og bistand på arbeidsplassen i FACT-teamet, oppnås det en bedre koordinering mellom de nødvendige tiltak som til sammen skal gjøre pasienten i stand til å leve et tilnærmet normalt liv.

Utviklingen av IPS i Nederland støttes av at det er krav om at alle team skal ha en person som kan gi oppfølging etter IPS-modellen. I team der man har implementert IPS, er man meget tilfreds med innsatsen. En interessant undersøkelse i West Friesland (Nugter o.a.) viser hvordan pasientenes tilfredshet økte når de hadde lønnet arbeid (sammenlignet med bare å delta i frivillig arbeid eller ikke arbeid i det hele tatt).

5.6 Fysisk helse

Det er anerkjent fra internasjonal forskningslitteratur at man bør ha stor oppmerksomhet på den fysiske helsen til mennesker med alvorlig psykisk lidelse. På grunn av deres sykdom og levekår, men også på grunn av bivirkninger av psykofarmaka, er forventet levealder

²⁰ Integrated Dual Disorders Treatment

i denne gruppen betydelig lavere enn i resten av befolkningen (Tiihonen e.a., 2009). Ifølge de nederlandske tverrfaglige retningslinjene hører tilstrekkelig somatisk oppfølging, og det å stimulere til fysisk aktivitet, med til oppfølging og behandling av disse pasientene. Innenfor behandlingsinstitusjoner er det også i økende grad fokusert på dette. Dette gjelder selvfølgelig også i et FACT-team, men det må vurdere nøye hvilke behandlingstiltak som skal knyttes til FACT-teamet, og hvilke fastlegen skal ha ansvar for. I Nederland har alle rett til en fastlege. I mange tilfeller skal således FACT-teamet overlate ansvaret for det somatiske til fastlegen. På den andre siden er det ofte FACT-teamet som tar ansvar for den fysiske oppfølgingen som er nødvendig i forbindelse med at folk bruker psyko-farmaka. Dette samordnes med fastlegen. I tillegg er dette et viktig område som særlig sykepleier, case manager og psykiater bør fokusere. Personer med alvorlig psykisk lidelse har noen ganger en tendens til å undervurdere eller overse fysiske problemer. Når vi oppdager dette, vil det tas opp i en samtale med pasienten. Pasientens familie kan involveres, og en vil forsøke å motivere ham eller henne til å gå til fastlegen. En kan gjerne tilby følge til legen. Fastlegen setter ofte pris på å bli informert av en team-medarbeider som også har oversikt over den medikamentelle behandlingen. Det kan stimulere til bedre samarbeid mellom pasient og lege. Ved innleggelse i en somatisk sykehusavdeling er det også viktig at team-kontakten kommer regelmessig på besøk til pasienten for blant annet å være tilgjengelig for sykehusets helsepersonell med tilbud om råd og veiledning.

Et annet aspekt en må være oppmerksom på, er kostholdet. En må bidra til å bekjempe overvekt med alle typer tiltak og råd. Noen ganger kan en ernæringsfysiolog involveres. Alle disse tiltakene henger direkte sammen med visjonene og med det nivået en ønsker å tilby hjelp på, i land der man ønsker å implementere FACT.

En tommelfingerregel: Det kan ikke være en oppgave for FACT-teamet å gi all nødvendig somatisk helsehjelp. Men teamet har ansvar for å kontrollere om pasienten får den hjelp og oppfølging hos fastlege eller andre instanser, som enhver borger i landet har rett på. Dersom vanlig helsehjelp ikke gis, tar teamet over mens de søker å finne gode løsninger innen de ordinære helsetjenestene.

5.7 Tvang og press

Forskjellige land har ulik praksis og ulike juridiske

forordninger når det gjelder bruk av tvang. I Australia arbeider man med såkalte Community Treatment Orders (CTO), hvor tvungen oppfølging kan idømmes pasienter som følges opp utenfor psykiatrisk sykehus. Andre land har ingen mulighet for å bruke tvang overfor denne gruppen. Nederland er i ferd med å vedta en ordning å la den australske. Det viktige er at FACT-teamene må forholde seg til fenomenet tvang og til de nasjonale lover og forskrifter som gjelder rundt dette. Måten tvang gjennomføres på, bør diskuteres og systematisk evalueres for å anspore til og utvikle god praksis som er minst mulig inngripende og krenkende. Det faktum at teamene har som mål å hjelpe pasienten til å bo i eget lokalmiljø, plasserer også mye av ansvaret for sikkerheten både til pasienten og nabolaget hos FACT-teamet. Man kan ikke forvente at et nabolag skal forholde seg åpent og inviterende til en person som ofte kommer i situasjoner som kan true omgivelsenes trygghet.

Der omgivelsene blir plaget av at en person har en truende atferd, ser man i alle teamene en trinnvis tilnærming - først overtalelse og bruk av "gulrot" for å få atferden inn i et annet spor, deretter inntrengende oppfordringer med fremheving av konsekvenser, så til slutt tvang (etter lovgivningen for det psykiske helsevernet).

For FACT-teamene er det viktig å ha normer for i hvilke tilfeller en setter inn ulike tvangsmessige tiltak. Å anspore til endring gjennom å peke på konsekvenser, er mindre inngripende enn tvang, men kan likevel forstyrre relasjonen mellom teammedlemmene og pasienten. Forholdet kan farges av opplevelser som pasienten har i tiltaket, og relasjonen kan av og til bli permanent forstyrret og ødelagt. Når en forsøker med oppfordringer og ansporinger tenker en at pasienten fortsatt har en mulighet til å velge bort den uønskede atferden gjennom å vise til hvilke konsekvenser dette får. Et eksempel kan være å true med utkastelse eller tilbakeholdelse av sosiale ytelser dersom noen lar være å bruke medisiner sine og derfor forårsaker mye støy og frykt hos naboene. Ved å bruke utkastelse som trussel, skaper teamet en meget uønsket situasjon. En får hvis det gjennomføres en bostedsløs pasient, noe som vil komplisere behandling og hjelp ytterligere. Derfor er det ofte fornuftig at offentlige myndigheter som politi og andre settes inn.

I Nederland eksisterer det team som blir kalt «Forensische (F)ACT team» (rettsmedisinsk team) som er spesialister i oppfølging og behandling av pasienter (ofte med alvorlig psykisk lidelse) som er under kriminalomsorgens ansvar eller som har fått betingede dommer. Disse

teamene har spesiell kompetanse i risikovurdering og risikohåndtering, og blir ofte konsultert av vanlige FACT-team når disse vurderer risiko for skade som høy, for eksempel når en møter pasienter som er svært mistenksomme («ensomme ulver»).

FACT-teamet tar ansvar også for denne type oppfølging. Dets rolle blir her mer restriktiv, og en gjennomfører overvåking og kontroll i samarbeid med politiet. Disse oppgavene er det som regel psykiater, case manager, sosialarbeider eller spesialsykepleier i psykisk helse som utfører. Det må være en felles forståelse og holdning i teamet når det gjelder bruk av "tvang og press". Det er svært nyttig for denne type arbeid at et team består av medarbeidere med ulik utdanning og bakgrunn – da kan en innta ulike roller overfor pasienten. I Nederland blir som regel psykiater eller spesialsykepleier i psykisk helse "busemann" fordi de informerer dommeren eller politiet hvis pasienten har domstolskontroll og/eller en gjennomfører tvungen medisinerings. Andre fra teamet (for eksempel brukerspesialisten eller psykologen) kan da forsøke å ha en mer positiv kontakt slik at de som i perioder representerer uønsket press og tvang ikke blir de eneste kontaktene pasienten har med teamet. I Norge vil en risikere en negativ reaksjon i forbindelse med gjennomføring av tvangsbehandling uten døgnopphold etter Psykisk Helsevernloven eller gjennomføring av dom til behandling.

5.8 Avslutte FACT-oppfølging

FACT-teamenes pasienter har ofte behov for langvarig oppfølging. Det vanlige forløpet av lidelsen er gjerne at pasienten blir bedre for så igjen å få et tilbakefall og deretter igjen en bedring. "Gode og dårlige tider kommer og går".

Men noen av pasientene er i mer varig bedring og remisjon²¹. En ser også at pasienten fungerer bedre sosialt. En definerer at pasienten er i symptomatisk remisjon når vedkommende har vært symptomfri i 3 måneder. Da kan det reises spørsmål om å avslutte FACT-oppfølgingen.

Hovedkriteriet for å skrive ut en pasient er pasientens eget ønske om å leve et mer normalt liv uten spesialistbehandling eller støtte og veiledning. Case manager går i prinsippet med på et slikt ønske, men veier det opp mot et antall kriterier som diskuteres med pasienten og teamet. Innenfor FACT er det slik at en må ha sett at pasienten fungerer etter følgende kriterier i minst to år (a til og med f):

- a. har lavfrekvent kontakt med teamet (en til to ganger per måned) og er ikke fokusert på å få hjelp derfra til å gjennomføre livsendringer.
- b. ikke har et mer komplisert medikamentbruk enn at han eller hun selv klarer å administrere bruken av medisin og oppfølgingen med prøvetaking. Fastlegen må være tilstrekkelig motivert og ha nok erfaring og kunnskap til å kunne ta på seg et behandleransvar for pasienten.
- c. har et tilstrekkelig tverrfaglig støttesystem i første-linjen
- d. har en eller annen form for arbeid eller daglige aktiviteter
- e. har egen bolig
- f. selv har orden på økonomien eller mottar hjelp til det

Før overføring til førstelinjetjenestens ansvar, må teamet, i tillegg til de ovennevnte kriteriene, forvise seg om:

- at dette er det brukeren/pasienten ønsker, og at han/hun har tillit til egen bedring
- at brukeren/pasienten er i stand til å følge råd og veiledning dersom det blir nødvendig
- at brukeren/pasienten er i stand til å be om assistanse og hjelp dersom det blir nødvendig
- at en fast kontakt har ansvar for å følge opp pasienten, en fastlege, psykolog eller sykepleier

Det nevnte konsensusdokumentet (Delespaul 2012) anbefaler at mennesker i remisjon skal fortsette å ha EPA-pasientstatus²², og bør få bistand og støtte over enda lengre tid (tre til fem år).

De ovennevnte kriteriene er ganske strenge. Det er tre grunner til det:

1. Etter vår mening er praksis i mange ACT-team å sende brukerne for raskt ut av ACT-systemet og over til et lavere omsorgsnivå. Inntrykket vårt er at dette øker risikoen for tilbakefall og drop-out.

²¹ Fravær av symptomene knyttet til diagnosen man blir behandlet for

²² Se kriterier kap 1.1

2. En vanlig fastlegepraksis har begrensninger. Etter erfaringen vi har fra arbeidet med FACT, tar de gjerne på seg somatisk og medikamentelt ansvar for pasienter med alvorlig psykisk lidelse dersom de har bistand av case manager eller sykepleier i teamet. Men de har ikke den tiden og kompetansen som skal til for å arbeide innenfor en bred biopsykososial tilnærming. En fastlege vil ikke i stor nok grad være med på å støtte opp under bedring med inkludering i lokalmiljøet.
3. Ved forholdsvis få hjemmebesøk over lengre tid, kan teamet redusere sannsynligheten for reinnleggelse. (Se tidligere omtalte fortrinn.)

Fastlegene setter pris på at det ved en utskrivning fra FACT alltid foreligger en tilbakeføringsgaranti. Hvis pasienten viser nye tegn til tilbakefall eller på annen måte får et mer omfattende oppfølgingsbehov, kan han eller hun komme direkte tilbake til FACT-teamet. Den siste grunnen til at vi har formulert så strenge kriterier, er for å unngå at et team skriver ut pasienten til primærhelsetjenesten når de selv ikke kommer videre med pasienten. I begynnelsen så vi at uerfarne FACT-team gjorde dette, og handlet dermed som mange andre instanser i psykisk helsevern: "Hvis du ikke passer hos oss, stopper vi behandlingen og fører deg over til noen andre der vi tror du passer bedre". Etter vår mening må ikke pasienter med alvorlige psykiske lidelser oppleve dette.

Også der hvor de ovenstående kriteriene ikke er oppfylt, kan det være at pasienten selv ønsker å avslutte. Hvis det lokale FACT-teamet ikke er enig på grunn av bekymring for tilbakefall eller dårlig egenomsorg, er det nødvendig med en samtale med pasienten og hans/hennes familie. Hvis teamet og pasienten ikke blir enige, og det ikke er noen reell fare eller risiko forbundet med utskrivningen, vil vi respektere ønskene til pasienten, og

om mulig legge til rette for en trinnvis avslutning. "Avslutning på prøve" kan også foreslås. For å få til det må vi sammen med pasienten ha en samtale med fastlegen og rådføre oss med andre viktige personer i nettverket. FACT-teamet kan også tilby et "sikkerhetsnett" med en garanti om tilbakeføring på anmodning fra pasienten. Og noen ganger vil pasienten være med på en evaluering tre, seks og tolv måneder etter avslutning, for å vurdere om vedkommende er fornøyd med valget. På den måten respekterer teamet viljen til pasienten, og unngår en konflikt, som ville kunne gjøre det vanskeligere for pasienten å komme tilbake.

Dersom det ikke er mulig å oppnå betryggende avtaler med pasienten, og teamet er reelt bekymret for pasienten dersom vedkommende avslutter, brukes en bestemt form for oppsøkende virksomhet. Her blir det primært lagt vekt på å holde avstandskontakt, være tilgjengelig og det blir gjort løpende vurdering av risiko. Hvis det er tegn på tilbakefall, pasienten er medtatt, eller det rapporteres om ordensforstyrrelser eller om fare for pasientens eller andres liv, vil en gå aktivt inn. Dersom trussel- og farevurderingene tilsier det, kan bruk av tvang være nødvendig.

Faggruppene i FACT

I den nederlandske håndboken: ”Nederlandse Handboek FACT” er de ulike faggruppene og deres forventede rolle i FACT-arbeid nøyaktig beskrevet. Det følgende er utdrag om noen av disse rollene.

6.1 Brukerspesialisten

Vi vil presentere brukerspesialisten først fordi erfaringskunnskap er tett sammenvevd med FACTs måte å tenke og arbeide på. De første arbeidsplassene for brukerspesialister i Nederland ble opprettet i 2005, - i et FACT-team, etter eksempel fra ACT-modellen og tidligere modeller for avhengighetsbehandling i USA .

I Nederland kommer stadig mer litteratur om hvordan brukerkompetanse og brukererfaring kan nyttes i rehabilitering, og det er utviklet flere opplæringsprogrammer for dette. Et essensielt element er det håpet brukerspesialistene representerer. De er levende bevis på at bedring er mulig. I tillegg bruker de sine egne sykdomserfaringer og egne erfaringer med hjelpesystemet, til å støtte bedringen hos andre brukere.

Brukerspesialisten møter pasienten på en personlig og nær måte. Han eller hun opprettholder kontakten over tid, og gir informasjon om bedring, rehabilitering og brukerreteigheter og bidrar med generell erfaringskunnskap om ulike former for behandling og rådgivning. Brukerspesialisten arbeider individuelt eller i grupper med å støtte og styrke bedring. Han eller hun spiller en viktig rolle i felles beslutningsprosesser og arbeider med motivasjon. Brukerspesialisten taler på brukerens vegne, og fanger ofte opp perspektiver som andre ikke oppdager like lett. Dette viser seg å være veldig nyttig ved hjemmebesøk. Ofte er det først gjennom brukerspesialisten en kan oppnå kontakt – særlig er dette tydelig i møte med de bostedsløse. Brukerspesialisten

kan innlede kontakten med å gjøre ting sammen med brukeren som å hjelpe til for eksempel med papirarbeid eller vask av klær. I tillegg til brukerorienterte oppgaver har brukerspesialisten en spesiell rolle i teamet. I diskusjoner introduserer vedkommende alltid brukerperspektivet, og han eller hun prøver å vurdere om behandlingen og støtten til brukeren stemmer overens med brukerens mål. Han eller hun stiller også spørsmål hvis ikke tiltak er godt nok forklart for brukeren. Dette setter brukerspesialisten i en spesiell posisjon som noen ganger kan oppleves som ensom. Vi diskuterer derfor om det burde være to brukerspesialister i et team, så de kan støtte hverandre.

6.2 Sykepleiere

Dette er den største yrkesgruppen. I nederlandsk psykisk helsevern for mennesker med EPA, har sykepleieren tradisjonelt hatt en veldig sterk rolle. For det første fordi mye pleie og oppfølging ble tilbudt innenfor sykehusene, men også fordi mange spesialsykepleiere innen psykisk helse er trent i å arbeide med rehabilitering og sosial støtte. Dermed fikk disse den samme rollen hersomen ”social worker” har i amerikanske ACT-team. ACT-team i USA har ofte bare én sykepleier. Disse er hovedsakelig beskjeftiget med medisiner, depotinjeksjoner og oppgaver knyttet til pasientenes fysiske helse. Foruten spesialsykepleierne innen psykisk helse, har vi i Nederland mer spesialiserte sosialpsykiatriske sykepleiere, og i flere år har vi hatt universitetsutdannede sykepleierspesialister, VS (Sociaal Psychiatrisch Verpleegkunde). VS har en kompetanse som ved siden av direkte pasientoppfølging, også omfatter ledelse og coaching i team, kvalitetsforbedring, forskning og undervisning. I fremtiden vil de også gjøre fysiske undersøkelser og kunne forskrive medikamenter. Stadig flere team inkluderer en VS-utdannet person og erfaringene

har vært svært positive.

Ellers bør man ha oppmerksomhet på balansen mellom slike spesialister i et team og "vanlige" teammedlemmer. Et FACT-team kan få for mange spesialister. Med både en psykiater, en psykolog, en IPS-utdannet og en fulltidsansatt VS-utdannet, kan det bli for få årsverk igjen til å fylle alle case manager-stillingene.

Teammedlemmene må alltid dele sin oppmerksomhet (se timeglassmodellen i kapittel 4) mellom langsiktige prosesser og kortvarige, tette oppfølginger. De må spille sin rolle fleksibelt for å kunne støtte bedringsprosessene, delta i og motivere til behandling, og når pasienten er forvirret: hjelpe og støtte ham/henne, gi struktur, motvirke forverring av tilstanden, motivere for å motta bistand og medisiner etc. I tillegg spiller sykepleieren en ekstra stor rolle når det gjelder informasjon om medisiner, håndtering av uønskede bivirkninger og når det gjelder å oppmuntre til sunnere livsstil.

Sykepleier har som koordinator ansvar for samordning av sosial oppfølging - altså ha søkelys på arbeid, bolig, økonomi og pasientens livskvalitet. Han eller hun skal evaluere tilbudet sammen med pasienten og familien minst en gang i året. Behandlingsplanen sykepleieren utvikler sammen med pasienten blir behandlet i det tverrfaglige teamet som justerer den og aksepterer den. Som en vil se, er sykepleieoppgavene veldig vide. FACT-teamene har utviklet et kurs hvor kliniske sykepleiere får 10 dagers opplæring i tenkningen og den praktiske gjennomføringen av FACT.

6.3 Psykiateren

I den nederlandske FACTmodellen har psykiateren en meget sentral plass i teamet. Dette er annerledes enn i andre land, hvor rollen som psykiater i ambulant behandling er marginal, og nesten utelukkende dreier seg om forskrivning av medisiner. I noen australske team er det ikke noen psykiater knyttet til teamet. Innenfor FACT er det utenkelig.

I Nederland undertegner psykiateren behandlingsplanen på vegne av teamet. Vedkommende er ansvarlig for innholdet overfor myndigheter og eksterne evaluatorene og skal kunne svare for de tiltak som er nedfelt i den. Han/hun er ikke bare opptatt av egne oppgaver (medisinering og psykoedukasjon), men også av teamets totale behandlingstiltak i samarbeid med psykolog,

arbeidsspesialist, spesialsykepleier og resten av teamet. Han/hun gjør både en strategisk vurdering (hva kan en oppnå på lengre sikt) og en operativ (hva vil teamet gjøre i dag). Ved å redusere forvirring (se timeglass, kap 4), og ved å gi adekvat hjelp i krisesituasjoner, tar psykiateren ofte ledelsen sammen med spesialsykepleieren innen psykisk helse. I kriser skal psykiateren dra på hjemmebesøk sammen med pasientens case manager for å gjøre risikovurderinger. Søknad om akuttinnleggelse og iverksetting av tvangsmedisinering kan ifølge nederlandsk helselovgivning bare finne sted dersom det er godkjent av en psykiater. De nederlandske psykiaterne er opplært til å arbeide i henhold til den biopsykososiale tilnærmingen. De er involvert i alle tre dimensjoner og skal bidra med denne kunnskapen i teamet. Videre er det slik at mange nederlandske psykiatere er opplært til å være "kapteinen" i et team. Med dette utgangspunktet skal de gi (sammen med teamleder) sitt bidrag til bedre samarbeid og samordning mellom de ulike faggruppene.

Disse aspektene gir rom for diskusjon, én psykiater kan konsentrere seg mer om den enkelte pasient, mens en annen kan bidra aktivt til utformingen av teamet, men sammenlignet med mange andre land, er psykiateren veldig til stede i nederlandsk FACT.

Dette har ikke alltid vært tilfelle i oppfølgingen for pasienter med EPA, men nettopp gjennom FACT synes psykiaterne igjen å ha blitt relevante for denne pasientgruppen. I den nederlandske psykiaterforeningen er det nå et levende miljø knyttet til forskning og utvikling knyttet til EPA, og man videreutvikler FACT-modellen gjennom systematisk evaluering av arbeidet med FACT-manualen. "Handboek FACT" er obligatorisk litteratur i en psykiaterutdanning. I denne boken blir psykiaterens oppgaver og kompetanse beskrevet etter prosessene i "timeglasset":

I håndtering av destabilisering: Diagnostisk vurdering, akutt-medisinering, risiko- og/eller selvmordsvurdering i samråd med familien samt eventuelt å beslutte innleggelse eller vurdere bruk av tvang.

I behandling: psykofarmakologisk (for eksempel poliklinisk forskrivning av Clozapine, oppmerksomhet mot utvikling av metabolsk syndrom), forholde seg til rusmiddelbruk, bidra til at pasienten tar medisiner, noen ganger snakke med familien og vurdere bruk av tvang. I bedringsprosesser: Optimalisere pasientens mentale tilstand og vise respekt for pasientens bedringsprosess og egne mål.

Nederlandske psykiatere kan trekke veksler på en rik tradisjon i "sosialpsykiatri". Ifølge denne tradisjonen er psykiateren først og fremst lege og en som setter diagnose. Både i stabile faser og faser med forvirring, stiller han/hun seg spørsmål om hva den underliggende patologien er, og om det gis optimal behandling. Likeledes holder psykiateren et våkent øye med hvordan det er med den somatiske helsen. En tilleggsoppgave for FACT-psykiateren er å være konstant på utkikk etter synergier mellom behandling, rehabilitering, myndiggjøring og bedring. Det gjelder å finne balansen mellom å gi råd og å ta over, mellom å gi slipp, respektere pasientens egne valg, jobbe med etterlevelse av medisiner og om nødvendig, bruke tvang. Psykiaterne er også bevisste på at de arbeider i et system og at tiltak overfor pasienten har innvirkning på familie og nærmiljø.

6.4 Psykologen

I Nederland er det to nivåer av kompetanse for psykologer: En såkalt mental helse- psykolog med en universitetsgrad og en klinisk psykolog, som har videre/etterutdanning i psykisk helsearbeid, med vekt på ulike psykoterapier, psykodiagnostisk forskning, coaching og teamledelse. Begge typer bakgrunn er vanlig i FACT- team, men det er flest av den første gruppen.

Psykologens rolle er også delvis forandret på grunn av innføringen av FACT. Det har det siste tiåret vokst frem en ny, praktisk psykologi. For 10 til 20 år siden jobbet psykologer for personer med EPA nesten alltid i institusjoner hvor de bidro med diagnostisering og ofte arbeidet med miljøet i avdelingene.

Senere utviklet man kognitiv atferdsterapi, så kom spesifikke retninger i kognitiv adferdsterapi. Psykologer som arbeider i FACT har mer kontakt med brukerens familie, og jobber med mer målrettet arbeid i "det virkelige liv". Noen tilbyr ulike grupper eller kurs som psykoedukasjon, kognitiv trening, ferdighetstrening (Lieberman moduler) og mestring. Andre leder ulike behandlingsgrupper som for eksempel håndtering av rus og psykisk lidelse eller bedringsorienterte grupper som for eksempel *Illness Management and Recovery (IMR)*.

Gjennom arbeidet med Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) i FACT-teamene, har det vist seg at svært mange av våre pasienter innenfor EPA gruppen sliter mer enn vi visste med traumatiske hendelser. Dette er vi i stadig større grad oppmerksomme på.

I tillegg til disse pasientrettede aktivitetene, er psykologen av stor betydning for kulturen i teamet. Han/hun har ofte et annet perspektiv på utviklingsprosesser enn sykepleiere og leger. Vanligvis gir psykologen også veiledning til teammedlemmene. Han/hun gir også innspill fra forskning på sitt fagfelt.

6.5 Arbeidsspesialisten

Arbeidsspesialistene har også i løpet av det siste tiåret fått en helt ny profil og ny kompetanse – mye som et resultat av at måten han/hun jobber på med IPS (*Individual Placement and Support*) har vist seg virksom. Denne måten å tenke på fører arbeidsspesialisten rett inn i hjertet av samfunnet, på jakt etter jobb for brukerne sine, og til arbeidsplassen der han/hun gir brukeren arbeidsopplæring og veileder arbeidsgivere.

Arbeidsspesialisten vil i andre land muligens ha andre posisjoner og bidra annerledes: fra yrkesrettede atferdsprosjekter til sosiale arbeidsprosjekter.

Innenfor FACT vil arbeidsspesialisten utelukkende ha oppmerksomheten på lønnet arbeid med alminnelige rettigheter for personer med EPA. Med en mer vanlig tilnærming til integrering i arbeidslivet, faller disse som regel ut av en vanlig arbeidssituasjon. De med funksjonshemming er de første som blir sagt opp.

I Nederland – kanskje mer enn andre steder? – har det eksistert en tradisjon for ergoterapi og aktivitets- trening. Dette var aktiviteter som ble tilbudt innen døgnavdelinger i sykehus. Delvis for å bryte kjedsomheten, og delvis som reell trening for å forberede seg på arbeidslivet igjen eller bosette seg i egen bolig. I den første fasen av deinstitutionaliseringen i Nederland ble disse aktivitetene flyttet til dagsentra med ulike aktivitetstilbud. I de senere årene er disse dagsentrene truet av nedleggelse. Man er av den oppfatning at mennesker med EPA må integreres i det vanlige samfunnet, og at man må gi dem mindre særskilte og stigmatiserende tilbud.

IPS-konsulenten i FACTteam vil også bidra til å lete etter steder og aktiviteter der brukerne kan knytte sosiale kontakter. I dette arbeidet får arbeidsspesialisten hele veien støtte og hjelp fra de andre teammedlemmene. Om en ny bruker står i fare for å miste jobbmuligheten ved for eksempel å ikke klare å komme seg tidlig nok opp, ikke klarer å reise med tog eller buss eller har problemer med hygien, kan case manager bidra.

Dersom gamle problemer og traumer kommer til overflaten i en ny arbeidssituasjon, kan psykolog og brukerspesialist gjøre sitt til at IPS-prosessen skal lykkes. Det er ikke like mye vice-versa: arbeidsspesialisten er den eneste i teamet som ikke bidrar med tett oppfølging og krisehjelp. Arbeidsspesialisten har ikke slik opplæring. Vedkommende må kunne være pålitelig og ikke gå inn i avtaler utenom teamet i en fase hvor pasienten er i krise. Men arbeidsspesialisten er likevel til stede i morgenmøtet hvor FACT-tavlen går igjennom slik at han/hun kjenner historien til pasientene og selv kan plassere dem på tavlen ved fare for tilbakefall hos pasienten.

Implementering av FACT

7.1 Teamstørrelse i forhold til opp- taksområdets størrelse

Når man vil implementere et FACT-team, bør man begynne med å definere et klart område som teamet skal dekke. Størrelsen er viktig for å estimere forventet antall brukere per team. Et team bør ikke ha mer enn 250 brukere. Opptaksområdets størrelse er også viktig for vurdering av gjennomførbar reisetid for oppsøkende virksomhet. For å holde seg innenfor en rimelig effektivitets- og kostnadsramme, må teamet kunne besøke et visst antall personer per dag. Også for samarbeidspartnere utenom teamet er det viktig å vite at FACT-teamet har et klart definert arbeidsområde. Det er av stor betydning blant annet for allmennpraktiserende leger, sosiale tjenester, velferdstjenester og politiet, å vite at man har et eget FACT-team lokalt som man kan henvende seg til.

Argumentene for anslått størrelse på det området et FACT-team skal dekke, kommer fra det nevnte konsensusdokumentet. For Nederland, med nesten 17 millioner mennesker, betyr det at det finnes ca 162 000 mennesker mellom 18 og 65 år med alvorlige psykiske lidelser. Alle disse får ikke bistand fra psykisk helsevern. Noen av dem er helt uten tilbud, mens andre kun får hjelp fra fastlegen. Omtrent 75 prosent av alvorlig psykisk syke (162 000) er innenfor det psykiske helsevernet. Internasjonalt anslår man at 1 prosent av befolkningen har en alvorlig psykisk lidelse. En kan derfor forvente 500 personer i denne gruppen i en region på 50.000 innbyggere. En betydelig andel av disse er på institusjon. FACTs målgruppe er først og fremst mennesker mellom 18 og 65 år.

Ut fra erfaringer fra de første hundre FACT-teamene synes det klart at det i distrikter med ca 50.000 personer er omlag 180-220 FACT-pasienter. I storbyområdene

finnes det flere. Fra et storbyområde med 35000-40 000 mennesker, må en regne med 180-200 personer med så alvorlige psykiske lidelser at de kvalifiserer for FACT.

Nederlandske tall kan ha liten relevans for andre land fordi psykisk helsevern kan være annerledes organisert. Dessuten kan støtten fra nettverk, familie og sosiale strukturer være organisert annerledes. Men rundt omkring ser vi at et team gjerne er bygget rundt en befolkning på 50.000 innbyggere. Et eksempel er Trieste som har et team for regionale enheter på 50.000 innbyggere. Dette tallet er også i overensstemmelse med størrelsen på sektorene i den franske «psychiatrie du secteur». I Australia ser vi at mange team som gir lang-siktig oppfølging, har et nedslagsfelt på 40.000 - 50.000 innbyggere. Ved fastsettelsen av et FACT-teamområde i distriktene og i små urbane områder, kan man ha som utgangspunkt ca 50.000 innbyggere som en tommelfingerregel. For storbyregionene og områder med tett bosetting, 40.000 innbyggere.

I distrikter med spredt bebyggelse og med færre enn 50 000 innbyggere, vil en måtte finne en tilpasning til FACT-modellen. Ofte ser man at det da settes i gang et mindre FACT-team, med et bredere oppfølgingstilbud enn bare for alvorlig psykisk lidende. Et slikt team har for eksempel også pasienter fra ungdomspsykiatrien og rusomsorgen.

7.2 Integreerte psykisk helsetjenester

Det nederlandske psykiske helsevernet har en sterkt utbygd sykehussektor. I løpet av de siste tiårene er de tidligere „Psykiatrische Inrichtingen”, eller ”asylene”, gjort om til døgnavdelinger innen psykisk helsevern der det blir gitt mye oppmerksomhet til personvern og privatliv (mange enkeltrom). Institusjonsoppholdene er

sammenliknet med mange andre land, fortsatt ganske lange. Internasjonalt skårer Nederland sammen med Belgia (og til en viss grad Tyskland), høyest på antall psykiatriske sengeplasser per 100 000 innbyggere. Nederland har mer enn dobbelt så mange som England og fire ganger så mange som Australia. Dette har begynt å endre seg de siste årene. I 2011 ble det besluttet at 30 prosent av kapasiteten bør fases ut innen ti år

Nederland har, kanskje mer enn andre land, viet mye oppmerksomhet til samarbeid mellom sykehus, poliklinikk og ambulante psykisk helsevern. Dette refereres til som "transmural psykiatri", som innebærer:

- at et sykehusopphold skal være kortest mulig - støtten og oppfølgingen skal i utgangspunktet foregå ekstramuralt, dvs utenfor sykehus
- at det i forbindelse med innleggelse i psykiatrisk døgnavdeling blir lagt vekt på de sosiale behandlingsmålene for pasienten, og at kontrollen over behandlingen fortsatt ligger i det ambulante teamet
- at det blir arbeidet på ulike områder for at det skal være en kontinuitet mellom det intramurale (innenfor sykehuset) og det ekstramurale systemet

Dette har resultert i at en kan oppnå noen svært korte innleggelser ved bruk av brukerstyrte plasser (bed on request), og at det ambulante teamet kan fortsette behandlingen dagen etter. Ansatte i FACT-team besøker ukentlig sine pasienter på sykehuset, og er involvert i behandlingsdiskusjoner. Visjonen er kontinuitet i behandlingen. Det har vist seg at det når et FACT-team opprettes er svært viktig at teamet gjør klare avtaler om dette med den døgnavdelingen som betjener opptaksområdet. Mange steder er det slik at FACT-psykiatere og psykiatere i døgninstitusjonen møtes ukentlig for å diskutere og koordinere behandlingen. Sammen finner de fram til behandlingsstrategier under sykehusinnleggelse.

7.3 Opstart og utforming av FACT-tenkningen

Nederland har nå 150 FACT-team og det er en økende aksept for FACT-metoden. Stadig flere familiemedlemmer har hørt noe om FACT og er betydelig mindre kritiske enn de var rundt 2005, da de så FACT som en mulig forstyrrelse av den trygge tilværelsen i institusjon. I starten ble familiemedlemmene også overrasket

over de regelmessige hjemmebesøkene. Og noen ganger likte ikke pasienter at det kom flere ulike teammedlemmer på besøk. Det viste seg nyttig å forklare hvorfor: at det bare er gjennom et team en kan få tilbud om denne type intensiv oppfølging – for ved sykdom og ferier vil kontinuiteten likevel bli ivaretatt. Og i det lange løp kan det også være hyggelig at en får flere kontakter. Nå står pasienter og pårørendeorganisasjoner sterkt bak FACT-modellen, og har bidratt til rask spredning og gjennomføring.

I starten av implementering av FACT vil det være helt nødvendig ikke bare å informere brukere og pårørende grundig, men også viktige beslutningstakere i lokalmiljøet som politikere, finansierende instanser og lignende. Å opparbeide tillit til den oppfølgingen FACT-modellen kan yte, tar sin tid. Selv om det i Nederland var mye misnøye med det psykiske helsevernet ble det ikke sett som en selvfølge at FACT kunne bedre tilbudet. FACT-modellen ble i begynnelsen heller ikke umiddelbart støttet av psykiatere og ledere ved døgnavdelingene.

Når en ser tilbake på implementeringsprosessen i Nederland har det vært av uvurderlig betydning at FACT ble innført av en rekke kjente og motiverte fagfolk hvor noen også var forskere. Sammen klarte de å sette i gang en bevegelse som snart oppnådde støtte blant bruker- og pårørendeorganisasjoner.

7.4 Å etablere og lære opp FACT-team

På lokalt nivå er det viktig å utarbeide en tydelig plan. I et større område kan det være stimulerende å starte med et eller to pilotteam som kan implementere prosedyrene. Dette for å få avklart hvordan FACT kan sammenlignes med det eksisterende systemet, hvordan samarbeidet med den psykiatriske enheten fungerer, og hvordan samarbeidet med instanser i førstelinjetjenesten som NAV, kommunalt psykisk helsearbeid (inkl. rus) politi og boligforvaltning, virker.

I pilotteamene kan en implementere arbeidsmåten i FACT med FACT-tavle, og legge til rette for ulike administrative prosesser, samordnet med det eksisterende tjenesteapparatet.

Når alt er gjennomdrøftet, planlagt og konkret tilrettelagt, blir det mye lettere å etablere et fullskala FACT-team. Når pilotprosjektet er gjennomført kan det være lurt å holde et seminar for pårørende, kommunale

myndigheter, og andre deler av tjenesteapparatet, så alle føler seg involvert i overgangen til den nye modellen. Samtidig er det viktig å sørge for opplæring av medlemmene i pilotteamet (og siden opplæring av de andre teamene), som må inkludere:

- et FACT-introduksjonskurs (med et komplett team)
- teamopplæring på stedet, med sikte på å innføre og forbedre det praktiske arbeidet med FACT-tavlen
- opplæring av FACT-tavleledere (hvis mulig 3 per team) med vekt på arbeidsprosedyrer ved FACT-tavlen og hensiktsmessig møteteknikk som passer til FACT-tavlemøtene
- opplæring for hver yrkesgruppe (for eksempel åtte psykologer fra åtte FACT-team sammen) om tolkningen av egen rolle innenfor FACT.

I de fleste opplæringskurs står vekslingen mellom tenkingen i døgnavdelinger, poliklinikker og ambulant behandling sentralt. For mange fagfolk kan overgangen til å arbeide ambulant oppleves som et veldig stort steg. Det kan føles som om en mister sitt "beskyttende miljø". I oppsøkende arbeid står en overfor nye situasjoner og risiko. Noen ganger kreves det spesifikk opplæring og veiledning på stedet, og et "forbud" mot å gi behandling og oppfølging på kontoret.

Et annet skritt som de profesjonelle noen ganger kan oppleve som vanskelig, er å jobbe i team som deler arbeidsoppgavene mellom teammedlemmene. Mange nederlandske fagutøvere er godt trent i individuell behandling og er ikke vant til å dele "sine pasienter" med andre fagutøvere. Teamarbeidet kan således fremkalle motstand, som aktivt bør arbeides med. Å arbeide via teamet betyr at en case manager må lære seg å formidle til teamet hvilken oppfølging pasienten kan trenge fra hele teamet i bestemte situasjoner. Samtaler i teamet om alle disse utfordringene er ofte svært oppklarende. Når teammedlemmene kan overkomme disse tersklene blir de er også rikt belønnet:

- Gang på gang ser vi hvordan det oppsøkende arbeidet etter et første møte oppleves som meningsfullt, og at en ganske snart ser fordelene ved å arbeide på denne måten.
- Svært ofte hører vi etter en innkjøringsperiode, at teammedarbeiderne arbeider mer avslappet og

opplever mye mindre ensomhet og belastning i arbeidet sitt - hver morgen er det fremlegg og diskusjon omkring "de vanskeligste pasientene", man er ikke lenger alene.

7.5 FACT-kontorer

Etableringen av kontorene til FACT-team er i Nederland godt beskrevet. Den viktigste funksjonen er møterommet med FACT-tavlen, der FACT-tavlemøtet blir holdt hver morgen. Dette rommet bør ha et stort bord der projektoren som skal vise Excel-arkene kan stå, og bør være stort nok til at alle i teamet (ca 15 personer) skal kunne sitte komfortabelt og diskutere - for eksempel i U-form. Rommet må også være stort nok til å utvide med ytterligere en ring for studenter og andre i opplæring. Det store møterommet kan resten av dagen fungere som sted for daglig administrasjon, med arbeidsstasjoner med bærbar pc-er langs veggene og rundt bordet.

Ytterligere funksjoner som kontoret skal fylle, avhenger av den lokale organisasjonens egenart. I Nederland er disse rommene stadig mer fleksible, og (nesten) ingen fagutøver har sitt eget kontor. Men det finnes konsultasjonsrom for psykiater og psykolog, og noen ganger case managere og spesialutdannede sykepleiere. Likeledes er det plasser der case manageren kan sitte å gjøre skrivearbeid.

Relativt få pasienter og pårørende har avtaler på FACT-kontoret. Kontoravtaler skjer hovedsakelig bare med psykiater og psykolog, så konsultasjonsrommene kan derfor vanligvis begrenses til 3-5 rom.

FACT-kontoret må ligge sentralt i opptaksområdet til FACT-teamet. Dessverre syndes det mot dette i Nederland. Man huser av og til FACT-team i utkanten av området - for eksempel i tidligere psykiatriske sykehus. Dette er ofte å spare på skillingen og la daleren gå, ikke minst på grunn av store reiseavstander. Den mest egnede lokaliseringen er i nabolaget eller i området der FACT-teamet arbeider, og fortrinnsvis i en bygning med andre tjenestetilbud, for eksempel et ungdomskontor eller et helsesenter.

Et FACT-kontor lokalisert sentralt i opptaksområdet og nær andre tilbud i nærmiljøet, muliggjør inkludering.

7.6 Hvordan gikk det med ACT i Nederland?

FACT-modellen er en videreutvikling av ACT, og i Nederland har FACT utkonkurrert ACT. FACT ble introdusert rundt 2000, da et økende antall psykotiske, ofte rusavhengige og bostedsløse, forårsaket ordensforstyrrelser -særlig i de store byene. De hadde falt ut av helse- og velferdssystemet, og unndro seg behandling. Da ble ACT-team lansert i de fire største byene.

ACT i de store byene ble en stor suksess. Etter noen år er ovennevnte problemer betydelig redusert. Flere kom inn i og forble, i systemet, og aksepterte hjelp og bolig. Situasjonen stabiliserte seg, og den intensive ACT-metodikken var ikke lenger alltid nødvendig. Videre ønsket man også å gi bistand til de øvrige pasientene med alvorlige psykiske lidelser.

Siden 2010 har man, særlig i de store byene som Amsterdam, Rotterdam og Utrecht, konvertert ACT-team til FACT-team. I Amsterdam har man nå nær 20 FACT-team og to ACT-team.

ACT-teamene har hjulpet pasientene til behandling og redusert bostedsløshet. Man klarte å beholde dem i hjelpeapparatet. Men når de ble mer stabile og hadde færre sosiale problemer, ble det mindre nødvendig å nevne dem i morgenmøtet. ACT ble da en for intensiv tilnærming for disse pasientene.

Videre spilte det en rolle at ACT-teamoppfølgingen ble tilbudt hele byen, mens FACT gir oppfølging i et mindre område. Når man arbeider i et mindre område blir det flere muligheter for samarbeid med allmennpraktiserende leger og andre relevante tjenester i lokalmiljøet. Reisetid blir også redusert.

Dermed vokste det sakte frem en FACT-modell i de store byene i Nederland, en modell hvor teamene er tilgjengelig i alle områder. De danner grunnlaget for spesialisert oppfølging til alvorlig psykisk syke i samfunnet. I tillegg er det i Amsterdam og Utrecht, fortsatt to ACT-team som er involvert i oppfølgingen for mennesker med psykisk lidelse, men som har svært alvorlige problemer. De er fortsatt i risiko for å bli boligløse, og de vandrer gatelangs fra distrikt til distrikt.

En ny utvikling er at det også er kommet team (Forenische FACT en ACT-teams) som spesialiserer seg på behandling av pasienter med alvorlig psykisk lidelse som har vært i konflikt med straffeloven. Det er for tiden ca ti slike spesialiserte team i Nederland, og det er spådd at det vil bli behov for flere. I disse teamene ser vi en litt høyere bemanningsfaktor. Dette har dels å gjøre med at man trenger å være minst to personer på hjemmebesøk hos disse pasientene. I tillegg trenger disse teamene flere psykologer i forbindelse med risikovurdering, samt psykologiske rapporter og rapporter til rettsapparatet. Samarbeidet mellom disse og ACT- og FACT-teamene er bra, og disse spesialiserte teamene kan gi god veiledning og råd til de vanlige ACT- og FACT-teamene særlig når det gjelder risikovurderinger.

Modelltroskap, FACT og sertifisering

8.1 Forskjeller mellom ACT og FACT

Fleksibel ACT, FACT, bygger på en rekke sentrale komponenter i ACT.

ACT har ikke alle pasienter med alvorlig psykisk lidelse i sin målgruppe, men brukes først og fremst til de 20 prosent «vanskeligste» pasientene i gruppen. Det er ofte ustabile, psykotiske pasienter som trenger hyppige reinnleggelser. Mange av dem har personlighetsforstyrrelser, problemer med stoffbruk, er dårlig medisinert og har en tendens til å avvise hjelp. Disse pasientene utgjør omlag

20 prosent av hele gruppen langvarig syke pasienter. (Bond et al, 2001). Alle pasientene får behandling fra hele ACT-teamet. Daglig står 60-100 pasienter på tavlen.

FACT har hele gruppen med alvorlig psykisk lidelse som målgruppe, både de 20 prosent mest alvorlig syke pasientene og de resterende 80 prosent. Resultatet er at det ikke alltid er nødvendig med veiledning i teamet, alle pasienter diskuteres ikke daglig. Av de 180 -220 pasienter er ca 15 prosent ført opp på FACT-tavlen.

Skjematisk oppstilling av forskjellene mellom ACT og FACT

Målgruppe	ACT 20 prosent av de alvorlig psykisk syke, de "vanskelige", hovedsakelig svingdørspasienter og de som unnviker bistand	FACT Hele gruppen alvorlig psykisk syke i et bestemt område eller region
Antall pasienter per team Størrelsen på opptaksområdet	60-100 Retter seg ofte mot store områder, for eksempel 250.000 innbyggere	220 -250 Rurale strøk: 50000 Urbane strøk: 40-45000
Teamets sammensetning	Bredt tverrfaglig - case manager, sosionom, sykepleier, psykiater, bruker-spesialist (nesten likt FACT)	= ACT Med spesiell oppmerksomhet på psykolog og IPS, og noen ganger med boligrådgivning og flere rehabiliteringsekspert. FACT i Nederland arbeider med mange sykepleiere med ulik videreutdanning.
Antall pasienter pr teammedarbeider	1: 10	1: 20
Psykiater	1: 100	0.8: 200
Psykolog	Ikke krav	0.6: 200
Teamleder gir direkte oppfølging til pasienter	Krav	Muligens, men kan erstattes av 2-3 FACT- ledere
ACT/FACT-tavlen, for den daglige diskusjonen	alle 100 pasientene	Kun 20 -30 pasienter som på det bestemte tidspunktet trenger daglig oppfølging og oppmerksomhet, har også oppe " diskusjonstilfeller"

Kontakt frekvens	> 3-4 ganger i uken	Om nødvendig, 4-5 ganger i uken - i mange tilfeller er frekvensen mye lavere
Fokus på kunnskapsbaserte metoder (EBP)	Ofte vanskelig fordi mange pasienter ikke er stabile nok og ennå ikke åpne for psykologiske behandlingsmetoder.	Tiltak med "timeglass" tilnærmingen
Oppmerksom på bedring (recovery) og myndiggjøring	Tradisjonelt mindre i ACT, men dette er nå sterkt i endring	Er grunnleggende FACT-tenkning
Utskriving	Når kontakten blir mindre enn 1 gang pr uke er det behov for å vurdere om vedkommende skal på et lavere omsorgsnivå	Når en etter lang tid (2-3 år) har vært stabil og fungert godt på alle områder i livet, og når FACT ikke lenger er ønsket av pasienten. Overføres da til fastlegen.
Tilbakefall	Kan gå tilbake til ACT, men noen ganger er det ventelister	Kan gå direkte tilbake FACT-tavlen

8.2 ACT vs FACT

ACT-modellen er en evidensbasert modell for de 20 prosent mest alvorlig syke langtidspasientene. FACT har ikke dokumentasjon nok for å være evidensbasert, men det er gode erfaringer fra praksis. I praksis viser tilnærmingen seg godt gjennomførbar (van Veldhuizen, 2006). Også med grunnlag i komparativ forskning i England (Firn, 2012), og noen første funn i Nederland (Kroon m.fl. 2006, van Os 2006 og Bak m fl 2007), er det god grunn til å anta at FACT-modellen er effektiv. I 2012 ble derfor FACT anerkjent som "beste praksis" i en oppdatering av de tverrfaglige retningslinjene for schizofrenibehandling i Nederland.

ACT synes å bli brukt i tilfeller av særlig intensiv oppfølging, fremfor alt når det er stor bekymring for egenomsorgsforsømmelse og for de som vandrer fra distrikt til distrikt. I kapittel 7.5 blir det beskrevet hvordan Nederland i de store byene nå har valgt å bruke FACT-team som hovedtilbud til disse pasientene.

Internasjonalt er det diskusjon om 80/20 prosentregelen. Denne regelen ble formulert av Bond (2001) - ACT vil være der for 20 prosent av pasientene med mest alvorlig psykisk lidelse. Men denne regelen synes aldri å bli underbygget tallmessig. Bond og Drake (2007) slår fast at FACT gir mer troverdige anslag fordi pasientene blir systematisk plassert på tavlen når det er behov for det.

I praksis har FACT-teamene faktisk vanligvis under 20 prosent av de alvorligst syke pasientene, heller bare 10-15 prosent, på tavlen. Tydeligvis sees krise, innleggelsesrisiko og pasienter som unnviker hjelp, forholdsvis sjelden. Kanskje dette er en effekt av at teamet også tar hensyn til dem som tilhører 80 prosent-gruppen. Det

kan kanskje bidra til å forebygge tilbakefall. Gjennom å bruke de to arbeidsmetodene i samme team er en garantert kontinuiteten mellom stabile og ustabile faser innenfor FACT-modellen. Dette gir fordeler i rehabiliteringen og bedringen, samt kontinuitet i kontakten med familie og støttesystemer.

I tillegg ser vi at i løpet av en treårsperiode, har mer enn 60 prosent av de 200 pasientene i et FACT-team en episode som gjør at de har behov for intensiv oppfølging og dermed kommer på FACT-tavlen. Dette funnet synes vi er viktig, og muligens det sterkeste argumentet i favør av FACT - det viser at FACT er tilpasset det naturlige forløpet til pasienter med alvorlig psykisk lidelse. Disse pasientene var tidligere svingdørspasienter mellom sykehus og ambulant tjeneste, senere mellom ACT-team og lavere omsorgsnivå i kommunen. Nå flyttes pasientene bare mellom de ulike nivåene i FACT-teamet.

8.3 Arbeid med modellen og FACTs fidelity skala

Inspirert av fidelity skalaen DACTS²³ (Teague et al. 1998), har vi i Nederland utviklet en FACT trofasthets-skala, FACTs. Denne ble for første gang publisert av Bähler med flere i 2007 (Bähler 2007). I 2010 er FACTs, gjennom Certification Centre ACT og (CCAF) og FACT, blitt revidert. I 2013 vil det komme en tredje versjon. Du kan laste ned en nederlandsk og engelsk versjon fra www.ccaf.nl.

²³ DACT står for Dartmouth ACT

FACTs består av ca 60 elementer som graderes på en fem-punkts skala og som viser alle aspekter av FACT:

- Teamstrukturen, herunder antall teammedlemmer per faggruppe
- Teamprosessen (og arbeidet med FACT-tavlen)
- Diagnostikk og behandling (EMDR, rehabilitering og bedring)
- Sykehusorganisasjonen (med innleggelse, organisering av integrerte tjenester og utskriving)
- Sosialfaglig oppfølging
- Registrering av endring (med blant annet ROM)
- Profesjonalisering (visjon, opplæring, bedringsorientering, kvalitetssikring)

Samtidig har forskningen (van Vugt m fl 2011) vist at å holde seg trofast til modellen hele tiden, har en klar innvirkning på gjennomføringen av EBP og utfallet av behandlingen på pasientnivå.

8.4 Sertifisering

I 2008 ble Senter Certification ACT og FACT (CCAF) etablert. Det ble snart klart at FACT fikk luft under vingene i Nederland. Risikoen var dermed stor for at en rask utbredelse av modellen kunne føre til mange varianter av FACT som ikke var ønskelig. Vi ønsket å kunne tilby klare standarder for behandling til pasienter med alvorlige psykiske lidelser (og deres familier). Det måtte være klart at et FACT-team skulle følge de retningslinjer for behandling som lå i MDR (Nederlandske retningslinjer for schizofrenibehandling) og samtidig gi oppsøkende tilbud hjemme hos pasienten. I Nederland er finansiering av denne type oppfølging delvis gjort av private helseforsikringselskaper og delvis fra myndighetene (noe fra staten og noe fra kommunene). Det ble klart at avtalene mellom så mange forskjellige parter, ville bli avhjulpet med en konsistent modell (FACT) som var godt definert og som også kunne bli undersøkt for modelltrofasthet i praksis.

CCAF har nå vurdert mer enn hundre ACT- og FACT-team. Det foregår ved at to evaluatorene følger teamet én dag. Evaluatorene har satt seg godt inn i teamet på

forhånd, og bruker dagen til å observere morgenmøte med diskusjon rundt FACT-tavlen, og å intervjuer ti teammedlemmer og noen pasienter. De har også tilgang til anonymiserte dokumenter. Evaluatorene er fagfolk, brukerspesialister og familiemedlemmer til pasienter i et FACT-team, som er utdannet til å evaluere av CCAF. Etter evalueringen bearbeides funnene og teamet blir gradert. Teamet får kommentere funnene og den foreløpige graderingen.

Etterpå blir funnene kontrollert av en uavhengig Certification Commission som vedtar en endelig gradering, og som på bakgrunn av denne, kommer med en av følgende fire anbefalinger:

- Ingen sertifikatutstedelse (teamet fungerer på ingen måte etter modellen)
- Midlertidig sertifikat (med råd om forbedringer og gjentatt evaluering)
- Sertifikat

CCAF er nå både kjent og anerkjent. Forsikringselskaper og andre finansieringssystemer krever at ulike psykisk-helsevernorganisasjoner skal sertifiseres, at bestemte krav må oppfylles før midler blir gitt til denne type oppfølging.

På grunn av denne utviklingen har nylig Rådet for folkehelse (rådgivende organ for statsråden) uttrykt en forventning om at antall FACT-team utvides med opp til 400 til 500 sertifiserte team.

Også Belgia og Sverige har uttrykt interesse for slik sertifisering.

Referanser

- Bachrach LL (1993), 'The Biopsychosocial Legacy of Deinstitutionalization', *Hospital and Community Psychiatry* vol 44(6) 523-524.
- Bak M et al. (2007), 'An observational "real life" trial of the introduction of assertive Community Treatment in a geographically defined area using clinical rather than service use outcome criteria', *Soc. Psychiatry Psychiatric Epidemiology* vol 42(2) 125-130.
- Bak M et al (2008), 'Een observationele trial naar "assertive outreach" met remissie als uitkomstmaat 1', *Tijdschrift voor Psychiatrie* vol 50(5) 253-262.
- Bond GR et al (1997), 'A fidelity scale for the Individual Placement and Support model of supported employment', *Rehabilitation Counseling Bulletin* vol 40(4) 265-284.
- Bond GR et al (2001), 'Assertive community treatment for people with severe mental illness: Critical ingredients and impact on patients', *Disease Management and Health Outcomes* vol 9(3) 142-157.
- Bond GR and RE Drake (2007), 'Should We Adopt the Dutch Version of ACT? Commentary on "FACT: A Dutch Version of ACT"', *Community Mental Health Journal* vol 43(4) 435-437.
- Cook JA m fl (2012), 'A randomized controlled trial of effects of Wellness Recovery Action Planning on depression, anxiety, and recovery', *Psychiatr Serv.* vol 63(6) 541-547.
- Delespaul, PAEG & Consensusgroep EPA (2012 V 'Consensus over de aard en omvang van de EPA populatie', (2012 (submitted) *Tijdschrift voor Psychiatrie, The Netherlands*.
- Drake RE et al (2001), 'Implementing Dual Diagnosis Services for Clients with Severe Mental Illness', *Psychiatric Services* vol 52 (April) 469-476.
- Drukker M et al (2011), 'Function assertive community treatment (FACT) and psychiatric service use in patients diagnosed with severe mental illness', *Epidemiology and Psychiatric Sciences* vol 20(3) 273-8.
- Firn M et al (2012), 'A dismantling study of assertive outreach services: comparing activity and outcomes following replacement with the FACT model', *Soc. Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, Springer. 68
- Intagliata J (1982), 'Improving the quality of community care for the chronically disabled: The role of case management', *Schizophrenia Bulletin* vol 8(40) 655-674.
- Liberman, Wallace, m fl (1998) Skills Training Versus Psychosocial Occupational Therapy for Persons With Persistent Schizophrenia, *Am Journal of Psychiatry*, 1998; 155
- Lynne D et al (2005), General Organizational Index for Evidence-Based Practices, SAMHSA website.
- Trimbos Instituut (2005) *Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie* (MDR), Utrecht.
- van Os J, (2006), 'Een onderzoek naar het verschil in remissie bij assertieve outreach en het standaardmodel', *Patient Care*, December 2006 4-6.
- Phelan M. et al. (1995), 'The Camberwell Assessment of Need (CAN): the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness', *British Journal of Psychiatry* vol 167, 589-595.

- Priebe S et al (1999), 'Application and results of the Manchester short quality of life (MANSA)', *International Journal of Social Psychiatry* vol 45(1) 7-12.
- Rapp CA (1998b), *The Strengths Model: Case Management with People suffering from Severe and Persistent Mental Illness*, New York: Oxford University Press.
- Rapp CA, Goscha RJ (2006), *The Strengths Model: Case Management with People with Psychiatric Disabilities*, New York: Oxford University Press.
- Ridgway P (1999), 'Recovery paradigm project: deepening the mental health recovery paradigm, defining implications for practice. A report of the recovery paradigm project', Lawrence, KS: University of Kansas School of Social Welfare.
- Salyers MP, Tsemberis S (2007), 'ACT and recovery: integrating evidence-based practice and recovery orientation on ACT teams', *Community Mental Health Journal* vol 43(6) 619– 641.
- SAMHSA (2011), SAMHSA's Working Definition of Recovery from Mental Disorders and/or Substance Use Disorders, 2011 <http://www.samhsa.gov/recovery/>
- Stein, Leonard I and Mary Ann Test (1980) : Alternative to Mental Hospital Treatment. I. Conceptual Model, Treatment Program, and Clinical Evaluation, *Arch Gen Psychiatry*. 1980;37(4):392-397
- Teague GB, Bond GR, Drake RE (1998), 'Program fidelity in assertive community treatment: development and use of a measure', *Am J Orthopsychiatry* vol 68(2) 216-32.
- Test MA, Stein LI (eds.) (1978), *Alternatives To Mental Hospital Treatment*, Plenum Press USA.
- Tiihonen J et al (2009), '11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study)', *Lancet* vol 374(9690) 620-7.
- van Veldhuizen JR, 'FACT: A Dutch Version of ACT'(2007), *Community Mental Health Journal* vol 43(4) 421-433.
- van Veldhuizen JR, Bähler M, Polhuis D, van Os J (eds.) (2009), *Handboek FACT*, De Tijdstroom Utrecht. 69.
- van Vugt MD, Kroon H, Delespaul PAEG, Dreef FG, Nugter A, Roosenschoon BJ, van Weeghel J, Zoeteman JB, Mulder CL (2011), *Canadian Journal of Psychiatry* vol 56(3) 154–160.
- Wing JK, Beevor AS, Curtis RH, et al. (1998), 'Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS): research and development', *British Journal of Psychiatry*, vol 172, 11-18.



ROP



 HelseDirektoratet