

# FACT-team Sarpsborg

## Etablering av treårig samhandlingsprosjekt

### Bakgrunn

Evalueringen av Opptappingsplanen for psykisk helse (1999–2008) viste at det var en gruppe personer de eksisterende behandlings- og oppfølgingstilbud ikke klarte å tilby gode nok tjenester. Spesielt utsatt var personer med alvorlig psykisk lidelse, ofte i kombinasjon med andre tilleggsproblemer som for eksempel rusmiddelmissbruk. Det ble påpekt at det var manglende helhet og kontinuitet i tjenestene, og at det var manglende samhandling mellom den kommunale helse- og sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten (Brofoss & Larsen, 2009).

Dette er personer som scorer lavt på sentrale leveårskriterier, krever store ressurser og er vanskelig å nå og hjelpe. I møte med helsetjenestens ordinære tilbud utblir disse pasientene ofte til behandlingsstart, faller ofte ut av igangsatt behandling, når sjelden oppsatte behandlingsmål og opplever ofte overdoser, kriseinnleggelser og tvangsinnleggelser. Resultatene kunne vært bedre dersom behandlingstilbudene hadde vært mer oppsøkende, lettere tilgjengelige, mer fleksible, tilstrekkelig intense og mer langvarige. «Noen måter å organisere tilbudene på ser ut til å gi gode resultater. Aktivt oppsøkende behandlingsteam, ACT-team, og andre oppsøkende samhandlingsteam, hvor kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten arbeider sammen om å gi samtidige tjenester, har vist seg å være gunstig for personer med sammensatte problemer, og som ikke har tilstrekkelig nytte av tradisjonelle tjenester.» (Sammen om mestring, 2014).

### 3-årig samhandlingsprosjekt

Sarpsborg kommune og Sykehuset Østfold ved DPS Halden- Sarpsborg og SMP Sarpsborg vil i et treårig samhandlingsprosjekt etablere et FACT-team for å sikre målgruppen tilgjengelige, fleksible, helhetlige tjenester med vekt på kontinuitet og medvirkning

### FACT-Sarpsborg – en fornorsket FACT-modell

FACT-Sarpsborg er basert på den nederlandske organisasjonsmodellen for *fleksibel aktiv oppsøkende behandling* (Flexible Assertive Community Treatment - FACT). Modellen vil tilpasses norske forhold og inngå i den nasjonale satsingen på utprøving av norsk FACT. Prosjektet vil følges av en nasjonal studie i regi av Nasjonal ROP-tjeneste og KORUS Øst over FACT-tillempninger til ulike befolkningsmessige og geografiske forhold. Kommunens kartlegging med Brukerplan vil også benyttes som grunnlag for innretning og evaluering.

### FACT bygger på ACT

FACT bygger på en modell for *aktiv oppsøkende behandling*, ACT (Assertive Community Treatment), hentet fra USA. Modellen ble utviklet av Leonard Stein og Mary Ann Test med kolleger i Madison, Wisconsin i 1970-årene som svar på deinstitutionalisering av alvorlig psykisk syke. Målet var å *sikre kontinuitet i pasientenes kontakt med behandling og andre tjenester, redusere antall innleggelser og bedre behandlingsresultatene, spesielt sosial fungering og livskvalitet.*

ACT-tilbudet er tverrfaglig sammensatt, har en *teambasert* tilnærming til pasienter med psykose/bipolaritet, med eller uten rus som tilleggsproblematikk. Modellen forutsetter at teamet skal gi *alle typer tjenester* som mottakeren har behov for, blant annet *integreert behandling av rus og psykisk lidelse og tett individuell oppfølging* rettet mot *arbeid, familie, fritid og bolig*.

**De virksomme elementene i ACT-modellen, som videreføres i FACT når pasientene har behov for intensiv oppfølging, antas å være følgende:**

- lav caseload, dvs inntil 1:20
- høy andel av pasientkontakt foregår på hjemmearenaen
- ivaretagelse av helse
- ivaretagelse av sosiale forhold
- psykiater integrert i teamet
- flerfaglige team

(Molodynski & Burns, 2011)

I løpet av de siste 10 år er det, med aktiv støtte fra Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet etablert 8 ACT-team i Norge. Metodemanual er oversatt fra nederlandsk (Aakherholt, 2013). ACT-modellen er evaluert i mange land med gode resultater for målgruppen. Evalueringen av 12 ACT-team i Norge i 2014 viste oppsummert følgende resultater:

- ACT-teamene har lyktes i å rekruttere målgruppen, og de dekker en befolkning på 800 000
- Nedgang i bruk av tvang med færre tvangsinnleggelses i psykisk helsevern og sterk reduksjon i antall oppholdsdøgn på tvang (fra 11 500 til 5 200 oppholdsdøgn)
- Sterk reduksjon i antall oppholdsdøgn i psykisk helsevern og særlig for personer med mange innleggelses før inntak i ACT-team
- Færre har alvorlige psykiatriske og depressive symptomer
- Færre har alvorlig selvmordsrisiko
- Færre har problemfylt bruk av rusmidler
- Brukerne sier at har bedre helse, og at de er mer fornøyd med ACT enn tidligere behandling
- Pårørende er fornøyd - <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/act-og-fact-team>

FACT ble utviklet på grunnlag av erfaringer med ACT-tilbud i mindre tettbefolkede områder hvor det ikke var så mange pasienter i ACTs målgruppe (psykose/bipolaritet) at det var realistisk å etablere store team med bredt kompetansespekter for ivaretagelse av de fleste av pasientenes behandlings- og omsorgsbehov. Til gjengjeld fantes ROP-pasienter med *andre, alvorlige psykiske lidelser* som *periodevis* hadde behov for tilsvarende intensiv, integrert, fleksibel, langvarig behandling/oppfølging (kontakt en til flere ganger daglig) som ACTs målgruppe. I andre perioder klarte denne gruppa seg med redusert oppfølging. På bakgrunn av slike erfaringer ble modellen *Fleksibel ACT* utviklet fra 2003 (van Veldhuizen, 2007).

I en engelsk studie fra 2012 fulgte Firn og kolleger en nyetablering av to FACT-team i to av Londons forsteder. Etableringen viste seg å være kostnadsbesparende, sammenliknet med

ACT, blant annet ved bruk av færre sykehussenger, mindre bruk av psykiater og reduserte administrasjonskostnader. Selv om organisasjonsendringen innebar en nedgang i antall kontakter mellom fagpersonene og brukerne av teamet i perioder, kunne man ikke vise til økt bruk av akutt-tjenester og hjemmebaserte tjenester som en følge av dette.

FACT-modellen gir gjennom sine metodekrav (fidelity-krav) en detaljert beskrivelse av endringsmål, arbeidsmetodikk, ressursbehov og kvalitetsindikatorer (Bähler et al, 2010/2015; Aakerholt, 2013). Organisasjonsmodellen og de integrerte metodekravene framstår som godt egnet for de dårligst fungerende ROP-pasientene.

### Utprøving av fornorsket FACT-modell

Norsk utprøving og tillempling av FACT-modellen anbefales av Helse- og omsorgsdepartementet. Prosjektmidler til utprøving av FACT-modellen på norske forhold tilrettelegges av Helsedirektoratet og kanaliseres gjennom Fylkesmennene. Kunnskap- og erfaringsformidling rundt modellen formidles av Nasjonalt kunnskapssenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) og Nasjonal ROP-tjeneste (ROP).

Det forutsettes at de 10 FACT-teamene som er startet per mars 2016, samt framtidige team vil representere varianter av den nederlandske originalen.

FACT-modellen i Nederland følger fidelity-kriterier som er utviklet ut i fra nederlandske rammebetingelser. Vurderingene av hvilke tilpasninger til norske eller lokale forhold som må gjøres vil variere. Erfaringene fra Norges første sertifiserte FACT-team som drives av bydel Gamle Oslo og Lovisenberg sykehus er tydelige på at nederlandsk fidelity-skala er egnet som utgangspunkt også i Norge.

### Behov for intensiv oppfølging i FACT-Sarpsborg

Den nederlandske FACT-modellen er utformet for å fange opp *alle* ROP-pasienter i en region. Med et så bredt funksjonsspenn anslo van Veldhuizen, at FACT-teamets pasienter ville ha behov for intensiv oppfølging i ca. 20 % av teamet arbeidstid, mens ca. 80 % av teamets arbeidstid kunne fordeles på de som klarte seg med sjeldnere oppfølging.

I Sarpsborg har vi ingen lignende tiltak for tilgrensende pasientpopulasjon. Målgruppen for Sarpsborgregion-prosjektet antas å ha et gjennomsnittlig *lavere* funksjonsnivå enn den store målgruppen for den nederlandske FACT-modellen. Det må derfor forutsettes at *større* deler av målgruppen vil ha behov for intensiv oppfølging til enhver tid. Tilsvarende må det antas at *større* del av teamets arbeidstid vil måtte disponeres for intensiv oppfølging. Av hensyn til at implementering av ny metodikk i seg selv krever ressurser bør inklusjonen av pasienter skje gradvis. Innen 6 måneder etter første pasientinntak forventes teamet å følge opp 160 pasienter.

FACT-teamet skal gi tjenester til pasienter som inkluderes ved følgende fem kriterier:

- En psykisk lidelse der oppfølging/behandling er påkrevet.
- Alvorlig svikt i sosial fungering.
- Det er en årsakssammenheng mellom disse to kriteriene; det vil si at personens funksjonssvikt skyldes den psykiske lidelsen.
- Tilstanden er ikke av forbigående art, men gjennomgripende og langvarig.

- Det er nødvendig med samordnet hjelp og oppfølging fra profesjonelle oppfølgere for å gjennomføre en behandlingsplan.

Målgruppen har ellers ulik alder, bakgrunn, livsløp og sosial tilhørighet.

**Diagnostiske inklusjonskriterier for FACT Sarpsborg vil være de samme som beskrives i håndboka for FACT:**

- psykoselidelse
- alvorlig depresjon
- alvorlig angstlidelse
- alvorlig bipolar lidelse
- personlighetsforstyrrelse
- organisk lidelse
- autisme
- ADHD
- alvorlig rusavhengighetsproblematikk
- utviklingsforstyrrelse
- og kombinasjoner av disse

**Målgruppestørrelse, pasientportefølje og teamstørrelse**

I Nederland vurderer de at det i et område med 40 000-50 000 innbyggere vil være behov for et FACT-team som kan inkludere 200-220 pasienter. Den teamsammensetningen som i modellen angis tar utgangspunkt i dette pasientantallet. Vi mangler sikre data for hvor mange potensielle pasienter som oppholder seg i Sarpsborg. På bakgrunn av de tre samarbeidende instansenes pasientportefølje kan vi imidlertid med sikkerhet gå ut fra at 160 plasser vil fylles opp med pasienter i målgruppen.

**Gitt en pasientportefølje på 1:20, får FACT-Sarpsborg følgende bemanning:**

- 4 årsverk fra Sarpsborg kommune med høgskoleutdanning og erfaring + videreutdanning i psykisk helse og rus
- 2 årsverk fra SMP Sarpsborg med høgskoleutdanning og erfaring + videreutdanning i psykisk helse og rus
- 1 årsverk fra DPS Sarpsborg med høgskoleutdanning og erfaring + videreutdanning i psykisk helse og rus
- 1 årsverk psykiater ansatt i DPS Halden-Sarpsborg
- 0,5 årsverk psykolog ansatt i DPS Halden-Sarpsborg
- 0,5 årsverk psykolog ansatt i SMP Sarpsborg
- 0,5 årsverk jobbspesialist (IPS) ansatt i Sarpsborg kommune (ikke eget pasientansvar)
- 0,6 årsverk brukerspesialist ansatt i Sarpsborg kommune (ikke eget pasientansvar)
- 0,? allmennlegeressurs ansatt i Sarpsborg kommune
- 1 årsverk kontorleder ansatt i Sykehuset Østfold HF
- 1 årsverk prosjektleder ansatt i kommunen

**FACT-tilbudet varierer i intensitet og innhold**

FACT-modellen forutsetter et *samorganisert* team bestående av behandlere med hver sin pasientgruppe. Behandleren forutsettes å bruke 80% av sin tid på pasientkontakt utenfor kontor. Hver behandler har ansvar for å innhente nødvendige ekstraressurser fra teamet til enkeltpasienter når det er nødvendig. Slike ekstrabehov synliggjøres ved at behandlingsansvarlig presenterer de av sine pasienter med ekstra bistandsbehov på daglige pasientgjennomgangsmøter, der status beskrives, mål settes og supplerende ressurser disponeres.

Ekstraressurser kan bestå av bistand fra andre behandlere i teamet som har egen pasientportefølje, men som også kan ha spesialkompetanse på aktuelle områder. Bistand kan også hentes fra spesialistene i teamet som betjener *alle* pasientene og som derfor ikke har ansvar for en avgrenset pasientgruppe (psykologspesialist, legespesialist, jobbspesialist, brukerspesialist). Jobbspesialisten vil f.eks. bistå pasientene allerede på et tidlig tidspunkt i behandlingsforløpet, slik at etablering av tilknytning til arbeid/arbeidsliknende dagaktivitet foregår *parallelt* med stabilisering og funksjonsheving på andre livsarenaer. Når behovet for ekstraressurser ikke lenger er til stede løfter behandleren "sin" pasient ut av det daglige pasientgjennomgangsmøtet.

**Utskrivning fra FACT-oppfølging**

FACT-Sarpsborg vil gi et *tidsavgrenset tilbud* som samtidig har *sterkt fokus på funksjonsbedring (recovery)*. Utskrivning fra FACT-tilbudet er aktuelt når pasienten

- ønsker utskrivning og har tillit til egen bedring
- har lavfrekvent kontakt med teamet (en til to ganger per måned) og ikke er fokusert på å få hjelp derfra til å gjennomføre livsendringer.
- har et tilstrekkelig tverrfaglig støttesystem i førstelinjen
- har en eller annen form for arbeid eller daglige aktiviteter
- har egen bolig
- selv har orden på økonomien eller mottar hjelp til det
- er i stand til å følge råd og veiledning dersom det blir nødvendig
- er i stand til å be om assistanse og hjelp dersom det blir nødvendig
- en fast kontakt har ansvar for å følge opp pasienten
- ikke har et mer komplisert medikamentbruk enn at vedkommende 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.

**Suksessbetingelser for etablering av ROP-team**

Etablering av et samhandlingsteam innen helsesektoren på tvers av forvaltningsnivåer, på tvers av tjenestetyper, på tvers av rapporteringssystemer og på tvers av fagtradisjoner møter mange utfordringer. En metastudie fra 2011 (Torrey et al) oppsummerer følgende kjennetegn ved vellykkede og mislykkede teametableringsforsøk.

**De enhetene som lyktes best, hadde:**

- god politisk og administrativ forankring
- aktiv og effektiv leder som benyttet «hands-on-lederskap», administrativt og klinisk
- aktive eksterne konsulenter
- stabil finansiering
- "markedsføring" av tjenestene
- tilstrekkelig tid og andre ressurser
- mulighet for å drøfte saker på enkeltperson-nivå

**De som lyktes dårligst hadde:**

- hyppig utskiftning av ansatte
- bekymringsfulle og lite forutsigbare økonomiske rammer

**FACT-Sarpsborg vil inngå i den nasjonale følgeevalueringen av FACT. I prosjektperioden legges det derfor til grunn at evaluering av det lokale FACT-teamet gjøres mot de samme mål som i den nasjonale evalueringen:**

**1. Er målgruppen nådd?**

- Hva kjennetegner pasientene som nås av FACT-teamene (sivil status, bosituasjon, bruk av helse- og omsorgstjenester, psykiatriske diagnoser, psykisk symptombelastning, rusproblemer, praktisk/sosial fungering og livskvalitet)?
- Hvordan samsvarer teamenes målgruppe med målgruppa for FACT-modellen?

**2. Hvor modelltrofaste er teamene?**

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

**3. Hvordan er pasientflyten mellom ACT og Case Management?**

- Hvor stor andel av alle inkluderte pasienter (med og uten samtykke) er på tavla, dvs mottar ACT-oppfølging i løpet av teamets første år?
- Hva er varigheten av ACT og CM for alle pasienter som er inkludert i løpet av det første året?
- Hvilke grunner oppgis for å plassere pasienten i ACT-oppfølging (på tavla), og for å ta pasienten av ACT-oppfølging?

**4. Hva kjennetegner tjenestene som pasientene i FACT-teamene mottar?**

- Hvilke tjenester (omfang og innhold) mottar FACT-teamenes pasienter fra teamet og fra andre tjenester? Hvordan varierer omfang og innhold etter intensiteten på tjenesten (Case Management versus ACT)?

**5. Hvordan er pasientforløpet ved behandling fra FACT-team?**

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

**6. Hvilke erfaringer har pasientene med FACT-teamet?**

- Hvor tilfredse er pasientene med FACT-teamet to år etter inntak?
- Opplever pasientene recovery to år etter inntak i FACT-teamet?
- Hvordan beskriver pasientene tjenestene, og tilbudet de får fra FACT-teamet? Opplever de at teamet styrker dem i deres bedringsprosess, og eventuelt på hvilken måte?

**7. Hva er erfaringene med gjennomføring av FACT-modellen?**

- Hvilke erfaringer har teamenes ansatte med oppstart og gjennomføring av FACT-modellen, eget arbeid, internt samarbeid, samarbeid med andre tjenester, og med hvordan modellen er egnet i Norge? Hvilke synspunkter har de på kriteriene for troskap mot FACT-modellen?
- Hvordan beskriver ansatte i FACT-teamene recovery-orienteringen i tjenesten?

- Hvilke erfaringer (kontakt, kjennskap, samarbeid) har sentrale samarbeidspartnere med FACT-teamene? I hvilken grad har FACT-teamene ført til endringer i andre tjenester? Ser de på FACT-team som en egnet modell for den definerte målgruppen?

Prosjektmålene er i tråd med regjeringens Opptrappingsplan for rusfeltet 2016–2020: *Grunnleggende betingelser som et trygt bosted, et sosialt nettverk og arbeid eller meningsfylte aktiviteter er avgjørende for alle mennesker. Uten at disse elementene er på plass, har den enkelte dårlige forutsetninger for et godt liv og for å kunne nyttiggjøre seg av helse, omsorgs- og velferdstjenester (s. 6).*

### **Oppgaver fram mot første pasientinntak i FACT-Sarpsborg 1. september 2017**

Etablering av prosjektet betinger at eierne Sarpsborg kommune og DPS Halden-Sarpsborg/SMP Sarpsborg tilrettelegger administrative og praktiske rammer (ikke uttømmende liste):

- Partene avklarer innen medio januar 2017 om de vil ta det ansvar som følger av samarbeidsavtalen mht bemanning og øvrige kostnader
- etablerer og vedtar prosjektplan
- avklarer tidspunkt for utlysning av prosjektlederstilling og første pasientinntak
- tar stilling til delegering av ansvar og myndighet til prosjektleder og teamleder
- tar stilling til styringslinje
- utformer søknader om tilskudd fra Helsedirektoratet inne 1. februar 2017 - kommunen
- ansettelse av prosjektleder – kommunen i samarbeid med seksjonsledere DPS og SMP
- skolerer seg i ACT-/FACT-modellene
- sikrer overordnet forankring av behandlingsmål, organisasjonstilpasninger og budsjettammer
- tar stilling til fysisk plassering av team, ev. samlokalisering av team med andre nyttige tilbud for målgruppa
- tar stilling til rapporteringssystemer
- tar stilling til IT-verktøy – SØ finner ut av hva som skal til for å etablere DIPS som felles journalsystem for teamets medarbeidere
- tar stilling til inntaksprosedyre
- tar stilling til transportmidler
- tar stilling til sertifisering av FACT-teamet og sentrale behandlingsmetoder for målgruppa
- avklare eierskap til data i forbindelse med følgeforskning og evaluering
- kommunen avklarer bruk av allmennlegeressurs
- prosjektering og ferdigstilling av aktuelle lokaler
- markedsføring av FACT overfor alle aktuelle samarbeidsparter
- Gjøre en risiko og sårbarhetsanalyse av behov for ekstra oppfølging med tanke på medarbeidernes arbeidsmiljø

### **Øvrige problemstillinger som avklares før inntak av pasienter (ikke uttømmende liste)**

- prioriterte behandlingsmetoder som teamet skal beherske
- avklare behov for revidering av eksisterende rutiner evt etablering av nye knyttet til samarbeid med andre (Ambulant team, akuttposten, utredning og avgiftning ...)

## Referanser

Akershus universitetssykehus & Nasjonal kompetansetjeneste ROP (2014). *Utprøving av ACT-team i Norge. Hva viser resultatene?*

Bähler M, van Veldhuizen R, van Vugt M, Delespaul P, Kroon H, Lardinois J, Mulder N (2010/2015). Fidelity scale FACT. *Certification Centre for ACT and FACT (CCAF)*.

Brofoss KE & Larsen F (2009). *Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse (2001 – 2009). Sluttrapport - Syntese og analyse av evalueringens delprosjekter*. Forskningsrådet.

Firn M, Hindhaugh K, Hubbeling D, Davies G, Jones B, White SJ (2012). A dismantling study of assertive outreach services: comparing activity and outcomes following replacement with the FACT model. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 21. Oktober. DOI 10.1007/s00127-012-0602-x

Helsedirektoratet (2014). *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne*. IS-2076

Lofthus A-M, Westerlund H, Bjørgen D, Lindstrøm JC, Lauveng A, Clausen H, Ruud T, Heiervang KS (2016). Are Users Satisfied with Assertive Community Treatment in Spite of Personal Restrictions? *Community Mental Health Journal*. Vol. 52 / 2016

van Veldhuizen (2007) [HTTP://www.vanVeldhuizenJR.com](http://www.vanVeldhuizenJR.com), 'FACT: A Dutch Version of ACT' (2007), *Community Mental Health Journal* vol. 43(4) 421-433.

Molodynski A & Tom Burns T (2011). *What does research tell us about assertive community treatment?* I Caroline Williams (Editor), Mike Firn (Editor), Simon Wharne (Editor), Rob MacPherson (Editor): *Assertive Outreach in Mental Healthcare: Current Perspectives*. Wiley-Blackwell.

Regjeringen (2015) *Opptappingsplanen for rusfeltet (2016–2020) Prop. 15 S (2015–2016)*

Torrey WC, Tepper M, Greenwald J (2011) Implementing Integrated Services for Adults With Co-occurring Substance Use Disorders and Psychiatric Illnesses: A Research Review. *Journal of Dual Diagnosis*. Volume 7, Issue 3, 2011

Aakerholt A (2013). *ACT-håndbok. 2. utgave. Sykehuset Innlandet HF: Nasjonalt kompetansesenter for samtidig rusbruk og psykisk lidelse*. Sykehuset Innlandet HF: Nasjonalt kompetansesenter for samtidig rusbruk og psykisk lidelse.

Aakerholt A (2014). *FACT. Flexible assertive community treatment. Visjon, modell og organisering av FACT-modellen. 2. utgave*. Sykehuset Innlandet HF: Nasjonalt kompetansesenter for samtidig rusbruk og psykisk lidelse.