

## Forskningsbasert evaluering av FACT-team

### 1. Innledning

Nasjonal kompetansetjeneste ROP har fått i oppdrag av Helsedirektoratet å gjennomføre en forskningsbasert evaluering av såkalte FACT-team (Flexible Assertive Community Treatment team). FACT er en samhandlingsmodell mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen, og retter seg mot personer med alvorlige psykiske lidelser og sammensatte problemer. Formålet med den forskningsbaserte evalueringen er å undersøke i hvilken grad FACT-teamene arbeider i henhold til modellen, om teamene rekrutterer den tiltenkte målgruppa, og om pasientene får et bedret forløp (bedre psykisk helse, mindre rusproblem, bedre fungering, mindre innleggelser, bedre kontakt med helsetjenestene, bedre livskvalitet) ved oppfølging i samsvar med FACT-modellen.

Den nasjonale evalueringen har startet opp og omfatter de syv første norske FACT-teamene. Denne delen av evalueringen er finansiert av Helsedirektoratet, og skal resultere i en egen sluttrapport i 2019. For nyetablerte FACT-team som ikke er inkludert i den nasjonale evalueringen er det mulig å bli evaluert på tilnærmet samme måte som i den nasjonale evalueringen. Nasjonal kompetansetjeneste ROP har utarbeidet en kortversjon av evalueringen der andre FACT-team kan delta. Evalueringssopplegget med budsjett presenteres i denne prosjektbeskrivelsen. Det er opp til det enkelte FACT-teamet å sørge for finansiering av evalueringen. Ved å delta i evalueringen vil en bli fulgt opp av et evalueringsteam som vurderer modelltrofasthet to ganger i løpet av en treårs-periode. I tillegg vil en ha opplysninger om hvilken nytte behandling og oppfølging fra teamet har hatt for brukerne/pasientene. Deltakelse i evalueringen vil gi en viktig dokumentasjon på hvordan teamet arbeider, og hvordan det går med brukerne/pasientene.

### 2. Bakgrunn

De norske helsemyndighetene har de senere årene ønsket å prøve ut ulike typer samhandlingsmodeller for personer med alvorlige psykiske lidelser, ofte i kombinasjon med rusmiddelavhengighet, og med store og sammensatte problemer. Det å sikre disse personene kontinuerlige og integrerte tjenester er en viktig målsetting. I den forbindelse bevilges det årlig 200 millioner kroner til utprøving av blant annet samhandlingsmodeller for den nevnte

## Prosjektbeskrivelse- Evaluering av FACT-team i Norge

---

pasientgruppa, og helsemyndighetene anbefaler særlig å prøve ut eller etablere ACT-team eller FACT-team. Anbefalinger om disse modellene finner vi i flere faglige retningslinjer, opptrappingsplaner og i tilskuddsordninger fra Helsedirektoratet (Helsedirektoratet 2011, 2013, 2016, Helse-og omsorgsdepartementet 2015). Fra 2009 og fram til 2013 ble det etablert 14 ACT-team i Norge. Nasjonal kompetansetjeneste ROP fikk i oppdrag å evaluere disse teamene sammen med FOU-avdelingen i divisjon psykisk helsevern ved Akershus universitetssykehus. Evalueringen viste at ACT-teamene hadde lyktes med å implementere mange av kjerneelementene i modellen. Brukerne av teamene viste en bedring på flere viktige livsområder, og antallet oppholdsdøgn både med og uten tvang ble halvert i løpet av en observasjonsperiode på to år. Brukere, pårørende, samarbeidspartnere og teamansatte opplevde at teamene klarte å gi tjenester til en gruppe mennesker som har vært vanskelig å nå med de ordinære tjenestene. Forskergruppa konkluderte med at utprøvingen av ACT-team i Norge var et vellykket modellforsøk, og at modellen bør videreføres også til andre regioner i Norge (Landheim og Ruud 2014). En systematisk kunnskapsoppsummering fra Cochrane konkluderer med at ACT i forhold til standard psykisk helsevern reduserer hyppigheten og lengden på sykehusinnleggelse, sikrer boligforhold og sysselsetting bedre, og gir høyere pasienttilfredshet (Marshall & Lockwood 1998, Dietrich 2010). Det var imidlertid flere spørsmål som ble reist i forbindelse med utprøvingen og evalueringen av ACT-teamene i Norge. For det første opplevde særlig kommunene at ACT-teamene inkluderte en for snever målgruppe, og at det var personer i kommunene som også hadde behov for samhandlingsteam, men som ikke fikk det. For det andre kom det fram at ACT-teamene som i utgangspunktet skulle gi helhetlige og integrerte tjenester i varierende grad gjorde det. Kommunen var fortsatt inne med tjenester, og det kunne være uavklart hvem som skulle gi hvilke tjenester. Dette spørsmålet er nok spesielt aktuelt i Norge der vi har mange kommunale tjenester. For det tredje krever ACT store opptaksområder, helst med et opptaksområde på minst 50 000 innbyggere. Mange kommuner er langt unna dette kravet, og det ble et spørsmål om hvor stor utbredelse ACT-modellen kunne få i Norge.

Som et svar på noen av disse spørsmålene har det i løpet av de siste to årene blitt opprettet flere FACT-team i Norge (Flexible Assertive Community Treatment). FACT-modellen er nederlandsk, og i hovedsak utviklet gjennom praktisk erfaring med ACT-modellen (Veldhuizen 2007, 2013). Begge modellene skal gi helhetlige og integrerte tjenester til personer med alvorlige psykiske lidelser. Begrunnelsen for å etablere FACT-team var at de

## Prosjektbeskrivelse- Evaluering av FACT-team i Norge

---

skulle favne flere personer med alvorlig psykiske lidelser, også de som ikke hadde behov for like intensive tjenester som ACT-brukerne (Firn et al 2012). I tillegg åpner modellen opp for et mindre opptaksområde, og er slik sett mer tilpasset norske forhold. Et lokalt FACT-team følger opp 200-220 personer i en region med 40-50 000 innbyggere, og med en caseload på 1/20. Et ACT-team har færre pasienter, med omtrent samme opptaksområde. Et FACT-team skal være tverrfaglig og bestå av den samme bemanningen som et ACT-team: psykiater, psykiatrisk sykepleier, sosionom, vernepleier og psykolog. Teamet skal også ha arbeidsspesialist, russpesialist og brukerspesialist. Teamene veksler mellom to nivåer av behandlingsintensitet: intensiv oppfølging av cirka 20 prosent av pasientene (ACT) og ordinær behandling (case management/ CM) for cirka 80 prosent av pasientene. Målet er å følge opp *alle brukerne* med alvorlige psykiske lidelser i et område, mens ACT-teamene kun tar ca. 20 prosent av brukerne med alvorlig psykisk lidelse. FACT-team er ikke ment som en erstatning for ACT-team, og i store opptaksområder kan det være behov for begge tilbudene. Det kan være en måte å sikre seg at den mest alvorlige gruppa blir ivaretatt. Det er gjort lite forskning på FACT-modellen. En artikkel fra 2014 har oppsummert forskning fra de fem studiene som er publisert om FACT-team. Fire av studiene er fra Nederland, og én fra Storbritannia. Oppsummeringen viser at en ikke finner signifikant bedring hos brukerne når det gjelder symptomreduksjon eller funksjonsnivå. Forfatterne konkluderer med at det er manglende evidens for effekten eller nytteverdien av FACT-modellen (Norden og Norlander 2014).

Ved å gjennomføre en evaluering av de første FACT-teamene i Norge på tilnærmet samme måte som vi har evaluert ACT-teamene, vil vi kunne si mer om nytteverdien av denne modellen i en norsk kontekst. Det gir også mulighet for å sammenligne resultatene med evalueringen av ACT-modellen, og andre samhandlingsmodeller der vi også har benyttet det samme evalueringsopplegget som for evalueringen av ACT-teamene.

### **3. Formål og problemstillinger for evalueringen**

Formålet med den forskningsbaserte evalueringen er å undersøke i hvilken grad FACT-teamene arbeider i henhold til modellen, om teamene rekrutterer den tiltenkte målgruppa, og om pasienter får et bedret forløp (bedre psykisk helse, mindre rusproblem, bedre fungering, mindre innleggelse, bedre kontakt med helsetjenestene, bedre livskvalitet) ved oppfølging i

# Prosjektbeskrivelse- Evaluering av FACT-team i Norge

---

samsvar med FACT-modellen. Et viktig formål er å undersøke om FACT-modellen gir gode resultater i en norsk kontekst.

Ut fra Helsedirektoratets beskrivelse av mål, målgruppe og kriterier for måloppnåelse og ut fra bakgrunnen for FACT-modellen (ovenfor) vil evalueringen søke å besvare følgende hovedspørsmål med presiseringer:

## **3.1 Er målgruppen nådd?**

1. 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)?
2. Hvordan samsvarer teamenes målgruppe med målgruppa for FACT-modellen slik det beskrives i håndboka?

## **3.2 Hvor modelltrofaste er teamene?**

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

## **3.3 Hvordan er pasientforløpet ved behandling fra FACT-team?**

1. 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?
2. 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?

## **3.4. Hvilke erfaringer har pasientene med FACT-teamet?**

1. Hvor tilfredse er pasientene med FACT-teamet to år etter inntak?
2. Opplever pasientene recovery to år etter inntak i FACT-teamet?
3. 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?

## **4. Materiale og metode**

### **4.1. Forskningsdesign**

*Evalueringen av pasientforløp* gjennomføres som en observasjonsstudie med en prospektiv kohortstudiedesign. Anslagsvis 40 pasienter med oppfølging fra FACT-teamet vil bli fulgt over en to-årsperiode for å måle ulike forhold sammenlignet med utgangspunktet. Utfallsmål

## Prosjektbeskrivelse- Evaluering av FACT-team i Norge

---

vil være funksjonsnivå, *bruk av psykiatrisk døgnbehandling*, kontinuitet i kontakt med FACT-team eller andre tjenester, psykiatrisk symptombelastning, rusproblemer, livskvalitet, bosituasjon og arbeid/aktivitet. Mulige forklaringsvariabler vil blant annet være individuelle kjennetegn, kjennetegn ved pasientens nettverk, modelltrofasthet i teamet og aktiviteter/tjenester pasienten har mottatt.

FACT-teamenes *troskap mot FACT-modellen* gjennomføres av evalueringsgruppa ved to besøk hos hvert FACT-team slik det er beskrevet under instrumenter og datainnsamling.

*Pasienters erfaringer med modellen* gjennomføres ved slutten av evalueringsperioden, både ved kvalitative og kvantitative undersøkelser.

### 4.2. Materiale

Det samlede materialet vil bestå av opplysninger fra pasienter, teamansatte, og registerdata (Norsk pasientregister og lokale elektroniske journalsystem fra DPS).

#### Utvalg av pasienter

*Alle pasienter som inkluderes i teamets første driftsår vil bli spurt om å delta i evalueringen.*

*Utvalget avgrenses til pasienter som samtykker i å delta i evalueringen. Deltakelse i evalueringen vil ikke være noen forutsetning for å motta tjenestene. Utvalget vil rekrutteres konsekutivt inntil vi har inkludert 40 pasienter med samtykke fra hvert FACT-team.*

### 4.3. Måleinstrumenter

Vi vil benytte den samme utredningspakka i evalueringen av FACT-teamene som vi gjorde i ACT-evalueringen. Måleinstrumentene som vil bli brukt i evalueringen, er de måleinstrumentene som det er ønskelig at FACT-teamene vil bruke i sitt kliniske arbeid med utredning av pasienter og monitorering av behandlingen til pasientene. Det er valgt ut instrumenter som vil være klinisk nyttige, og som samtidig kan gi relevante data til den forskningsbaserte evalueringen. Flere av instrumentene er også brukt i tidligere ACT-studier, slik at sammenligning med slike studier blir mulig.

#### Måling av pasientkjennetegn og pasientforløp (utfallsmål)

Diagnoser etter ICD-10 og DSM-IV vil bli innhentet fra teamets journal for den enkelte pasient.

## Prosjektbeskrivelse- Evaluering av FACT-team i Norge

---

Sosiodemografiske opplysninger og opplysninger om livssituasjon og sosialt nettverk, arbeid/aktivitet og deltakelse i samfunnet måles med tilpassede registreringsskjema som bygger på tidligere studier (Skjema for livssituasjon og helse).

Utfallsmålene nedenfor vil der ikke annet er anført, bli brukt ved inntak i behandling (T0) og 24 måneder (T1) etter inntak.

Type og alvorlighetsgrad av psykiske problem vil bli målt med Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS, J Wing et al., Ruud 2002), GAF, skala for symptombelastning, (Goldman et al 1992). Rusproblem og rusmisbruk måles ved hjelp av Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT, Babor et al 2001) og Drug Use Disorder Identification Test (DUDIT, Berman et al 2005). Praktisk og sosial fungering vil bli målt med Skala for praktisk og sosial fungering (PSF, Rishovd Rund et al 1994), samt med Global Assessment of Functioning Scale (GAF, skala for nedsatt funksjonsevne, Goldman et al 1992).

Opplevd livskvalitet vil bli målt med Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA, Priebe et al 1999).

Bruk av helsetjenester i spesialisthelsetjenesten (innleggelser og oppholdsdøgn i psykisk helsevern med og uten tvang) vil bli samlet inn ved bruk av registerdata (Norsk pasientregister og lokalt elektronisk journalsystem).

FACT-teamene vil få opplæring av forskere fra evalueringsprosjektet i de måleinstrumentene som er anbefalt og inngår i utredningspakken.

### **Måling av FACT-teamenes organisering og troskap mot FACT-modellen**

FACT-teamenes troskap mot FACT-modellen vil bli vurdert ved bruk av FACT fidelity scale som er utviklet i Nederland (Bähler et al 2010), og oversatt til norsk av Hanne Clausen og Amund Åkerholt (2013). Opphavsrettighetene til FACT-fidelity skalaen ligger hos det nederlandske sertifiseringscenteret for ACT og FACT ([www.ccaf.nl](http://www.ccaf.nl)). Oversettelsen til norsk er basert på den engelske versjonen fra 2010. Oppbyggingen av skalaene har tatt utgangspunkt i den amerikanske DACTS med skåring fra 1 til 5.

De teamansatte vil bli intervjuet i gruppe etter at andre fidelityvurdering er gjennomført. De vil bli spurt om begrunnelse for hvorfor de eventuelt har lave skårer på FACT-fidelity, hva de tenker om FACT-modellen i deres kontekst. Om de opplever at de har forbedringsområder, og om de mener at FACT er et bra tilbud for brukerne/pasientene.

## **Pasientenes erfaringer med FACT-teamet**

Brukertilfredshet med FACT-teamet dekkes ved bruk av Client Satisfaction Questionnaire (Larson m.fl. 1979). Brukeres tilfredshet er målt med det samme måleinstrumentet som i flere andre studier, blant annet i evalueringen av de norske ACT-teamene. Brukernes opplevelse av sin bedringsprosess dekkes ved Questionnaire about the Process of Recovery (QPR, Neil m.fl. 2009). Når det gjelder brukernes opplevelse av i hvor stor grad og hvordan teamet arbeider recovery-orientert vil vi intervju et utvalg av brukere. Det vil bli utarbeidet en intervjuguide.

## **4.4. Datainnsamling**

Evalueringssprosjektet vil inngå avtale med hvert FACT-team om tilgang til data fra de anbefalte måleinstrumentene for de pasientene som gir skriftlig samtykke til å bli med på den forskningsbaserte evalueringen. Evalueringen er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD).

### **Datainnsamling om pasientutvalg og pasientforløp**

Måleinstrumentene er valgt ut fordi de ble benyttet i evalueringen av ACT-teamene. Pasientutredningen er hjelpemiddel i det kliniske arbeidet ved at en på en systematisk måte får innhentet viktige opplysninger om behandlingsbehov.

Utredningspakken består av de instrumentene for pasientkjennetegn og pasientforløp (utfallsmål) som er omtalt ovenfor. Dette vil bli kartlagt så raskt som mulig etter inntak av pasienten. De samme instrumentene vil bli brukt som utfallsmål etter to år (T1). Kopi av utfylte instrumenter for pasienter som har gitt samtykke til å delta i evalueringen, sendes til evalueringssprosjektet for løpende elektronisk registrering og regelmessig tilbakemelding, slik det er beskrevet nedenfor under registrering av data. Det vil også være mulig å fylle ut skjemaene digitalt og lagre dem i journal.

Opplysninger om **innleggelser i psykisk helsevern** vil bli innhentet fra lokale elektroniske journalsystemer, eventuelt Norsk pasientregister. Dataene innhentes to år før inntak i FACT-teamet, og fra inntak og påfølgende to år.

### **Modelltrofasthet i teamene**

Vurderingen av det enkelte **FACT-teams troskap** mot FACT-modellen gjennomføres to ganger: første gangen ett år etter at teamet har startet opp, og andre gangen etter to og et halvt år. Vurderingen gjøres av evalueringsteamet. Hver vurdering gjennomføres av to forskere

## Prosjektbeskrivelse- Evaluering av FACT-team i Norge

---

som besøker teamet i én dag, samt gjør en del arbeid på forhånd og etterpå. Vurderingene bygger på intervju med teamleder og et utvalg av teamansatte, intervju med pasienter, observasjon av teammøter og behandlingsmøter, gjennomgang av et tilfeldig utvalg journaler, registreringer av aktiviteter på pasientnivå, annen skriftlig informasjon og spørreskjema til teamleder. Resultater fra modelltrofasthetsvurderingen vil bli levert til teamet skriftlig, og evalueringsgruppa vil gjennomføre et fokusgruppeintervju med de teamansatte den siste gangen vurderingen gjøres. De samme forskerne som utførte Fidelity-målingen ved teamet, vil også gjøre gruppeintervjuet. Dataene vil gi kunnskap om de teamansatte sine erfaringer med FACT-modellen, og om teamets vurdering av FACT-modellen.

### **Datainnsamling om pasientenes erfaringer med FACT-teamene**

En kvantitativ undersøkelse for å belyse pasienttilfredshet med FACT-teamet, og hvordan pasientene opplever sin bedringsprosess gjennomføres mot slutten av evalueringsperioden. Vi vil benytte to av de samme spørreskjemaene som ble brukt i evalueringen av de norske ACT-teamene: Client Satisfaction Questionnaire (Larson m.fl. 1979), og Questionnaire about the Process of Recovery (QPR, Neil m.fl. 2009). Samtlige pasienter som har gitt samtykke til å delta i evalueringen vil få tilbud om å svare på spørreskjemaene. Erfaringskonsulent ved FACT-teamet vil bistå datainnsamlingen, og eventuelt intervju de aktuelle pasientene sammen med evalueringsgruppa.

I tillegg til dette vil vi velge ut et utvalg av pasienter (cirka 10 personer) der vi ønsker å intervju dem om deres erfaringer med FACT-teamet, om de har opplevd bedring, og om de har opplevd at teamet har støttet dem i deres bedringsprosess.

## **4.5. Registrering og behandling av data**

### **Pasientdata**

Behandlere i det enkelte FACT-team fyller som tidligere nevnt ut instrumenter og skjema som inngår i utredningspakken. Behandlere merker skjemaene med pasientens kodennummer for evalueringen. Hvert team har låste, brannsikrede skap hvor de oppbevarer de ferdige utfylte skjemaer og liste over kodennummere knyttet til 11-sifret fødselsnummer. Navneliste med kodennummer legges i eget låst skap, mens de utfylte skjemaene legges i et annet låst skap.

# Prosjektbeskrivelse- Evaluering av FACT-team i Norge

---

Hver måned sender merkantilt ansatt i teamene de ferdig utfylte skjemaene som postsending til Nasjonal kompetansetjeneste ROP. Merkantilt ansatt i evalueringsteamet registrerer papirskjemaene inn på forskningsserver i Sykehuset Innlandet sitt interne datasystem. Data registreres ved programpakken SPSS som også brukes til dataanalyse. Data lagres elektronisk på forskerserver hos Sykehuset Innlandet og vil derfra være tilgjengelig for analyse av forskerteamet. De ferdigutfylte skjemaene som kommer inn til Nasjonal kompetansetjeneste ROP vil bli oppbevart i låst, brannsikret skap. Navnelister med kodenummer vil bli oppbevart i eget låst skap. FACT-teamene vil som tilbakemelding motta oversikter over sine egne pasienter og sin virksomhet.

## **Teamdata**

Data fra fidelity-målingene fra teamene vil skåres etter en bestemt skåringsnøkkel, og vil anonymiseres ved presentasjon av resultater. Datamaterialet fra team oppbevares i låst skap.

## **5. Prosjektorganisering**

### **5.1. Prosjektansvar og prosjektledelse**

**Prosjektansvarlig:** Sykehuset Innlandet. Kontaktperson: Forskningsdirektør ved SI.

Sykehuset Innlandet vil inngå samarbeidsavtaler med det enkelte FACT-team om å delta i evalueringen, samt med personvernombud/forskningsansvarlig for de tjenester FACT-teamet er organisert under.

**Styringsgruppe:** Helsedirektoratet vil opprette styringsgruppe og referansegruppe for evalueringen.

**Prosjektleder:** Anne Landheim, Nasjonal kompetansetjeneste ROP, Sykehuset Innlandet

Sosiolog og dr.philos. **Anne Landheim** er ansatt som forskningsleder ved Nasjonal kompetansetjeneste ROP i Sykehuset Innlandet. Hun har vært ansatt siden 1995 og har i disse årene på ulike måter arbeidet med dobbeltdiagnosetematikk. Hun har vært med på å bygge opp dobbeltdiagnosearbeidet ved kompetansesenteret. Hun har arbeidet med forskning, kunnskapsformidling og nettverksbygging innenfor det gjeldende området. I 2008 avla hun sin doktorgrad ved det Medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo på teamet: "Psykiske lidelser hos pasienter i russektoren. Forekomst og relasjon til langtidsforløpet av rusmisbruket. En tverrsnittstudie og en prospektiv studie i to fylker". Avhandlingen bygger på en større multisenterstudie i Hedmark og Oppland, samt langtidsoppfølging av

## Prosjektbeskrivelse- Evaluering av FACT-team i Norge

---

rusmisbrukere som hadde vært i rusbehandling. Hun er involvert i ulike forskningsprosjekter, og leder flere av dem. I tillegg veileder hun flere doktorgradsstudenter. Landheim ledet evalueringen av ACT-teamene sammen med Torleif Ruud.

### **5.2. Prosjektmedarbeidere**

Sosiolog **Sigrun Odden** er ansatt som seniorforsker ved Nasjonal kompetansetjeneste ROP. Hun har gjennomført flere store evalueringer, og har lang erfaring med evalueringsarbeid. Hun har deltatt aktivt i evalueringen av ACT-teamene. Hun er også ansatt som førstelektor ved Høgskolen i Hedmark.

Psykolog **Elisabeth Kvam** er ansatt som forsker ved Nasjonal kompetansetjeneste ROP. Hun har deltatt i evalueringen av andre samhandlingsteam, og vil ha et ansvar for å gjennomføre undersøkelsene om brukertilfredshet.

## 6. Framdriftsplan og budsjett

Planlagt framdrift for de ulike delene av den forskningsbaserte evalueringen går fram av tabellen under. *Budsjettet viser de totale kostnadene for evalueringen av ett FACT-team.* Det enkelte team blir fulgt i en periode på tre år, mens pasientene blir fulgt i to år.

**Feil! Ugyldig kobling.**

**Totalt budsjett 2017-2019: NOK 895 000**

*Premisser for beregningen:*

Årslønn (antatt gjennomsnitt) 600 000

Timelønn 333,33

Sos.utg, arb.giveravg, pensjonsutg, m.m. (50%)

Timelønn inkl. sos.utg. m.m. 500

## 7. Plan for publisering

Resultatene fra pasientkartleggingen både ved inntak og etter to år vil bli presentert i en egen rapport som teamet får. Resultater fra det enkelte team vil bli sammenlignet med resultater fra FACT-team på landsbasis (nasjonale evalueringen). I tillegg vil hvert team få en skriftlig tilbakemelding fra vurderingene av modelltrofasthet. Resultatene fra evalueringen av det enkelte team vil inngå i en felles rapport som oppsummerer erfaringene fra FACT-satsningen i Norge. Resultater og erfaringer fra evalueringen vil også bli presentert på seminar og konferanser i Norge.

## Referanser

Aakerholt A (2014). ACT-håndbok. Inkludert en beskrivelse av FACT-modellen.

<http://napha.no/multimedia/4500/ACT-handbok.pdf>

Aakerholt A (2014). FACT-håndbok. Inkludert en beskrivelse av FACT-modellen.

<http://napha.no/multimedia/4500/ACT-handbok.pdf>

Allness DJ, Knoedler WH (2003a). The PACT model of community-based treatment for persons with severe and persistent mental illnesses: A manual for PACT start-up. 2003 Edition. Arlington, VA, USA: NAMI.

Allness DJ, Knoedler WH (2003b). National Program Standards for ACT Teams. SAMHSA.

Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B. and Monteiro, M. G. (2001). AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care, Geneva: World Health Organization.

Berman, A. H., Bergman, H., Palmstierna, T. and Schlyter, F. (2005). Evaluation of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) in Criminal Justice and Detoxification Settings and in a Swedish Population Sample. *European Addiction Research*, 11, 22-31.

Brekke JS, Long JD, Nesbitt N, Sobel E (1997). The impact of service characteristics on functional outcomes from community support programs for persons with schizophrenia: A growth curve analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 65(3):464-475.

Burns T, Fioretti A, Holloway F, Malm U, Rössler W (2001). Case management and assertive community treatment in Europe. *Psychiatric Services* 52 (5): 631-636).

Burns T, Catty J, Dash N et al (2007). Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: systematic review and meta-regression. *BMJ*, 335, 336-43.

Cleary M, Hunt GE, Matheson SL, Siegfried N, Walter G. Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1. Art.No.: CD001088. DOI: 10.1002/14651858.CD001088.pub2.

Dieterich M, Irving CB, Park B, Marshall M. (2011): Intensive case management for severe mental illness (Review). This is a reprint of a Cochrane review, prepared and maintained by The Cochrane Collaboration and published in *The Cochrane Library*

## Prosjektbeskrivelse- Evaluering av FACT-team i Norge

---

2011, Issue 2

Goldman HH, Skodol AE, Lave TR (1992). Revising Axis V for DSM-IV: A Review of Measures of Social Functioning. *American Journal of Psychiatry*, 149: 1148-1156.

Johnson S (2008). So what shall we do about assertive community treatment? *Epidemiologia E Psichiatria Sociale*, 17 (2). DOI 10.1705/357.4250.

Killaspy, H., Bebbington, P., Blizzard, R., et al (2006). The REACT study: Randomised Evaluation of Assertive Community Treatment in North London. *BMJ*, 332, 815-18.

Killaspy H, Kingett S, Bebbington P, Blizard R, Johnson S, Nolan F, Pilling S, King M. (2009). Three year outcomes of participants in the REACT (Randomised Evaluation of Assertive Community Treatment in North London) study. Draft.

Larson, D.L., Attkinson C.C., Hargreaves W.A., Nguyen T.D. (1979). «Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale». *Eval Program Plann*, 2, s. 197–207.

Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1998, Issue 2. Art. No.: CD001089. DOI: 10.1002/14651858.CD001089.

Marshall M, Lockwood A (2010). Assertive community treatment for people with severe mental disorders /Review). *The Cochrane Collaboration*.

McHugo, GJ, et al. Fidelity to assertive community treatment and client outcomes in the New Hampshire dual disorders study. *Psychiatric Services* 50.6 (1999): 818-24.

Monroe-DeVita M. TMACT Protocol. Draft 11/17/09.

Neil, S.T., Kilbridge, M., Nothard, S., Welford, M., Sellwod, W., Morrison, A.P. (2009). «The questionnaire about the process of recovery QPR): A measurement tool developed in collaboration with service users». *Psychosis*, 1, s. 1–11.

Park MJ, Tyrer P, Elsworth E, Fox J, Ukoumunne OC (2002). The measurement of engagement of the homeless mentally ill: the homeless engagement and acceptance scale (HEAS). *Psychol Med* 32:855-861.

Tommy Nordén and Torsten Norlander (2014): Absence of Positive Results for Flexible Assertive Community Treatment. What is the next Approach?

## Prosjektbeskrivelse- Evaluering av FACT-team i Norge

---

Priebe S, Huxley P, Knight S, Evans S (1999). Application and results of the Manchester short assessment of quality of life (MANSA). *Int J Soc Psychiatry* 45:7-12.

Rishovd Rund B, Ruud T (1994). Måling av funksjonsnivå og funksjonsendring i psykiatrisk behandling. Oslo. Statens helsetilsyn. IK 2422.

Rosén A, Mueser KT, Teesson M (2007). Assertive community treatment – Issues from scientific and clinical literature with implications for practice. *J Rehabilitation Research and Development* 44 (6). DOI: 10.1682/JRRD.2006.09.0110.

Ruud og Landheim (2014): Utprøving av ACT-teamene I Norge. Hva viser evalueringen? Rapport, Sykehuset Innlandet.

Slade M, Thornicroft G, Loftus L, Phelan M, Wykes T (1999). The Camberwell Assessments of Need (CAN). Gaskell, London.

Stein, LI and MA Test. Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Arch Gen Psychiatry* 37.4 (1980): 392-97.

Sytema, S., Wunderink, L., Bloemers, W. et al (2007) Assertive community treatment in the Netherlands: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **116**, 105-112

Teage GB, Bond GR, Drake RE (1998). Program fidelity in assertive community treatment: Development and use of a measure. *Am J Orthopsychiatry* 68(2):216-232.

Van Veldhuizen JR, Bähler M, Polhuis D, van Os J (eds) (2009): Handboek FACT, De Tijdstroom Utrecht.69.

Van Veldhuizen JR (2007): A Dutch Version of ACT, *Community Mental Health Journal* vol 43(4).

Ventura, J., Lukoff, D., Nuechterlein, K.H., Liberman, R.P., Green, M.F, Shaner, A. (1993) Manual for the Expanded Brief Psychiatric Rating Scale. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 3: 227-243.