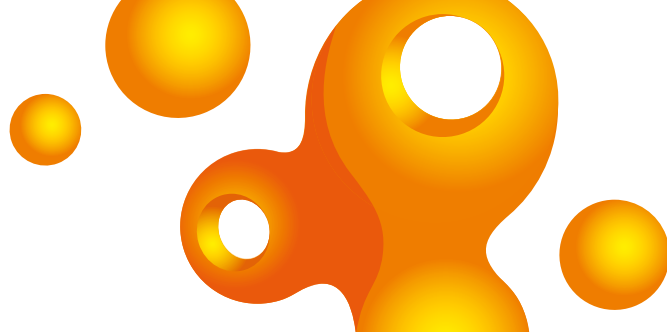


NAPHA

NASJONALT KOMPETANSESENTER FOR
PSYKISK HELSEARBEID



Etableringshåndbok for ACT-team og FACT-team

Erfaringer, råd og anbefalinger knyttet til oppstart og drift av
Assertive Community Treatment-team (ACT) og Flexible Assertive
Community Treatment-team (FACT).

Ved Lars Håvard Bakke (NKROP)
og Gaute Strand (NAPHA)

Rapport nr. 1/2018

ROP

Nasjonal kompetansetjeneste for
samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse

NAPHA
NASJONALT KOMPETANSESENTER FOR
PSYKISK HELSEARBEID

Utgitt: 2018

Utgiver: Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP),
og Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA)

Forfattere: Lars Håvard Bakke (NKROP) og Gaute Strand (NAPHA)

Bidragstere: Anne Landheim, Kari Nysveen, Sigrun Odden, Ellen Hoxmark,
Trond Hatling og Lisbeth Christensen.

Forside illustrasjonsfoto: Colourbox

ISBN: 978-82-7570-544-8 (web)

ISSN: 2535-5236 (web)

Design: Melkeveien Designkontor

FORORD

Assertive Community Treatment (ACT) og Flexible Assertive Community Treatment (FACT) er to behandlingsmodeller som skal gi helhetlige og koordinerte tjenester til personer med alvorlige psykiske lidelser, som ofte har rusproblemer, og med et lavt funksjonsnivå på mange livsområder. ACT-modellen ble utviklet i USA allerede på 1970-tallet. FACT, som i stor grad bygger på ACT, ble utviklet i Nederland fra midten av 2000-tallet. De norske helsemyndighetene ønsket allerede i 2009 å stimulere til utprøving av ACT-team, og fra 2009 og fram til 2014 ble det etablert 14 slike team i Norge. Fra 2015 og fram til i dag har det også blitt etablert FACT-team, og per 1. mai 2018 er det 17 FACT-team og åtte ACT-team i Norge. Flere team er under etablering, og det er et ønske fra Helse- og omsorgsdepartementet om å etablere FACT-team også i rurale strøk. Helsemyndighetene stimulerer fortsatt til utprøving og etablering av nye ACT- og FACT-team gjennom årlige tilskuddsordninger.

Vi begynner å få mange erfaringer og mye kunnskap om implementering og drift av både ACT- og FACT-modellen i Norge. I denne håndboka har vi samlet spørsmål fra ACT- og FACT-team i oppstartsfasen, og besvart dem med erfaringer fra både etablering og drift av ACT- og FACT-team. Formålet med håndboka er å formidle erfaringene og rådene fra eksisterende team til de som skal starte opp enten det er et ACT-team eller FACT-team. I håndboka vil du blant annet kunne lese om forvaltning av lovverk, organisering av team, finansiering, målgruppe, rollene til de teamansatte, faglig tilnærming, tavlemetoden, samarbeid, taushetsplikt mellom forvaltningsnivåer og mye mer. Håndboka er ment som et supplement

til de etter hvert godt kjente håndbøkene for henholdsvis ACT-modellen og FACT-modellen.

Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP) og Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) har bidratt til implementering av ACT- og FACT-modellene siden disse ble introdusert i Norge. Det kommer med jevne mellomrom spørsmål til oss om hvordan det rent praktisk foregår når man skal etablere et oppsøkende samhandlingsteam etter ACT- eller FACT-modellene. Det er ikke lett å gi entydige svar på slike spørsmål. Variasjonen mellom opptaksområdene for slike team i Norge er stor, og derfor må flere aspekter ved modellene tilpasses den lokale konteksten. Hva som er hensiktsmessig i en bydel i Oslo eller Bergen, kan være uhensiktsmessig i mer rurale strøk, med færre brukere og større geografisk avstand.

Det kan sies mye, mye mer om disse modellene og etableringen av samhandlingsteam enn vi får plass til i denne håndboka. Vi håper likevel håndboka kommer til nytte. Vi vil gjerne ha tilbakemelding om hvilken nytte du som leser har hatt av håndboka, og om hvordan den kan bli bedre. Disse kan sendes til Gaute Strand i NAPHA eller Lars Håvard Bakke i NKROP.

Råd og anbefalinger i denne håndboka er basert på erfaringer og tilbakemeldinger fra teamledere i etablerte ACT- og FACT-team, evalueringen av ACT-team i Norge og på kompetansen om tematikken hos NKROP og NAPHA. Innhold, utforming og endelig innhold er NKROP og NAPHA sitt ansvar. Vi vil takke alle teamledere som har bidratt til håndboka.

*Anne Landheim, forskningsleder NKROP
Ellen Hoxmark, leder NAPHA*

Innhold

Forord	3
1 Innledning.	6
Hva viser resultatene fra evalueringen av ACT-team i Norge?	7
2 Hva er ACT- og FACT-modellene?	9
Hva er ACT-modellen?	9
Hva er anbefalt målgruppe i ACT-team?	9
Hva er FACT-modellen?	10
Hva er anbefalt målgruppe i FACT-team?	10
Hvilke momenter skal man vektlegge ved valg av modell?	11
Hva er utfordringene med målgruppebeskrivelsene i ACT- og FACT- modellene?	11
Hvordan kartlegge hvor mange mennesker som finnes i målgruppen?	12
Hva kan man forvente av argumenter mot etablering av ACT/FACT-team?	13
Hvor mange ansatte bør det være i teamet?	13
Hvorfor skal teamet være tverrfaglig sammensatt?	14
Hva kreves av egnethet utover erfaring og profesjonskompetanse?	14
Bør teamet ha merkantilt ansatt og hvilke oppgaver er knyttet til rollen?	15
Bør teamet ansette medarbeider med erfaringskompetanse og hvilke oppgaver er knyttet til rollen?	15
Hvem bør ansette teamleder og hvilken kompetanse og ferdigheter skal man se etter?	16
Hvem bør ansette teammedlemmer?	17
Hvor er det mest hensiktsmessig at teamet plasseres organisatorisk?	17
Organisatorisk plassering i DPS	17
Organisatorisk plassering i kommune/bydel	18
Delt organisatorisk plassering mellom DPS og kommune/bydel	18
Skal teamet organiseres som et prosjekt med styringsgruppe, eller som et permanent tiltak?	19
Hva trengs av driftsvirkemidler?	19
Hva er anbefalt innhold i en samhandlingsavtale?	19
3 Hvordan arbeider ACT- og FACT-teamene i praksis?	21
Hva er faglig perspektiv i modellene?	21
Hva er fidelity – troskap til modellene?	22
Hvilke erfarte fordeler og ulemper har teamene med tavlemetoden?	22
Hvilke lover skal teamene jobbe etter?	23
Hvordan ivareta teamenes behov for innsyn i kommunal journal og journal i spesialisthelsetjenesten?	24
Hvordan finansieres teamene?	24
Skal teamet følge opp pasienter underlagt tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD)?	25
Hvordan følge opp psykisk syke med utfordrende atferd og gjengangerkriminalitet.	25
Hvordan bygge relasjon til brukere som er negative til behandling?	26
Hva er praksis rundt bruk av enkeltvedtak på ACT/FACT-tjenester?	26
Skal brukerne betale egenandel for behandlingen?	27

Hvilken åpningstid skal teamet ha? . . . . .	.28
Hvordan samarbeider ACT- og FACT-teamene med øvrige kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester? . . . . .	.28
Skal teamet samarbeide med fastlegene? . . . . .	.29
Hvordan avslutte behandling/oppfølging fra ACT/FACT-team? . . . . .	.29
Hvordan håndtere uenigheter? . . . . .	.30
Hvordan vedlikeholde teamet? . . . . .	.30
4 Hvordan tilpasse FACT-modellen til spredtbygde strøk? . . . . .	.32
Hvordan tilpasse modellen ved få personer i målgruppa og lange reiseavstander? . . . . .	.32
Hva finnes av digitale verktøy og hvordan ta dem i bruk? . . . . .	.33
Hvordan løse kompetanse- og profesjonskravet i modellen? . . . . .	.33
Hvilke team er det behov for? . . . . .	.33
Referanser. . . . .	.34
5 Vedlegg . . . . .	.35
Vedlegg 1: Eksempel på utredningsarbeid knyttet til FACT-etablering. . . . .	.36
Vedlegg 2: Stillingsbeskrivelse erfaringskonsulent, ACT-team . . . . .	.38
Vedlegg 3: Stillingsbeskrivelse erfaringskonsulent, FACT-team . . . . .	.40
Vedlegg 4: Eksempel på stillingsannonse teamleder . . . . .	.41
Vedlegg 5: Eksempel på stillingsannonse teamansatt . . . . .	.43
Vedlegg 6: Driftsavtale mellom sykehus og kommunene (ACT-team) . . . . .	.45
Vedlegg 7: Samarbeidsavtale om ACT-team mellom DPS og 6 kommuner . . . . .	.48
Vedlegg 8: Samarbeidsavtale mellom DPS og 6 kommuner . . . . .	.51
Vedlegg 9: Samarbeidsavtale mellom sykehuset og kommunen om act-team . . . . .	.55
Vedlegg 10: Samarbeidsavtale mellom sykehuset og kommune om ACT-team . . . . .	.59
Vedlegg 11: Forpliktende samarbeidsavtale mellom DPS og kommune . . . . .	.63
Vedlegg 12: Enkeltvedtak . . . . .	.64
Vedlegg 13: Vedtak om forlengelse av individuell tjeneste for n.n. . . . .	.65
Vedlegg 14: Vedtak om helse- og omsorgstjenester . . . . .	.66
Vedlegg 15: Eksempler på hjelpespørsmål ved avslutning av FACT oppfølging/behandling . . . . .	.67
Vedlegg 16: Eksempel på Ukeskjema . . . . .	.68

1 Innledning

Det er et uttalt politisk mål at mennesker med behov for sammensatte tjenester fra både kommune/bydel og spesialisthelsetjenesten får et likeverdig, helhetlig og integrert tilbud, uavhengig av kommunestørrelse, befolkningstetthet og reiseavstander.

I 2007 ble det første Assertive Community Treatment-team (ACT-team) etablert i Norge, og siden har antallet ACT-team og senere Fleksibel ACT-team (FACT-team) vokst. Disse teamene er basert på gode erfaringer og positive forskningsresultater, særlig fra Nederland og USA (Dieterich, Irving, Bergman, Khokhar, Park & Marshall, 2017). Teamene skal være et tilbud til personer med alvorlige psykiske lidelser, med store og sammensatte hjelpebehov, og ofte med rusmiddelproblemer.

ACT- og FACT-modellene har vist gode resultater i å fremme likeverdige, helhetlige og integrert tilbud til en målgruppe som det har vært vanskelig å gi et godt nok tilbud om behandling/oppfølging. De viktigste elementene i ACT-modellen, den mest undersøkte av de to, er lav caseload, jevnlig hjemmebesøk som viktigste kontaktform, ansvar for både helse- og sosiale forhold, psykiater integrert i teamet, og flerfaglige team (Molodynski & Burns, 2011).

Det skal være forpliktende samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene/bydelene når ACT- og FACT-team etableres. Det er derfor minimum to interessenter involvert: spesialisthelsetjenesten/DPS og kommune/bydel. Ofte samarbeider flere kommuner med ett DPS om opprettelsen av slike team.

I Norge skal modellen implementeres som et faglig og økonomisk samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. Dette gjør at ACT-teamene kan levere både spesialisert helsehjelp og kommunale tjenester samtidig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

Poenget med å etablere ACT/FACT er å gi et helhetlig behandlingstilbud til mennesker som ikke har behandlingmessig nytte av de etablerte ordinære tilbudene i henholdsvis kommune/bydel, og/eller spesialisthelsetjenesten.

Kort sagt: ACT og FACT er samhandlende tverrfaglige team, som bruker tid på å etablere en stabil og slitesterk relasjon til mennesker med alvorlige psykiske helseutfordringer. Teamene jobber sammen med personen gjennom flere år om å bedre kvaliteten på flere livsområder – der hvor han/hun befinner seg.

Hensikten med etableringshåndboka er å besvare mange av de spørsmål som reiser seg ved etablering av ACT- og FACT-team i Norge. Variasjonen mellom opptaksområdene for slike team er stor i Norge, og av den grunn er det ikke lett å gi et entydig svar på alle spørsmålene en må forholde seg til ved etablering av team. Flere av aspektene ved modellene må tilpasses den lokale konteksten. Hva som fungerer i en bydel i Oslo eller Bergen, kan fungere helt annerledes i mer spredtbygde strøk, med færre brukere og større geografisk avstand. Håndboka er avgrenset til å omhandle etablering av ACT- og FACT-team rettet mot personer med psykisk helse- og rusutfordringer som har behov for langvarige, helhetlige, integrerte og samtidige tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Ved utarbeidelsen av denne håndboka har vi lagt vekt på å formulere spørsmål vi av erfaring vet vil komme når team planlegges og etableres. Vi har nytt stor glede av erfaringer og anbefalinger fra etablerte team, og forsøkt å integrere dette i boka på en slik måte at det blir synliggjort hva man gjør i virkeligheten - av og til i motsetning til hva modellene beskriver. Vi tenker at denne boka kan brukes dels som et oppslagsverktøy, og dels som et oppskriftshefte. Og som ved andre «kokebøker» må man tilpasse det man leser til det man faktisk skal gjøre.

I denne håndboka vil vi betegne en person som mottar tjenester fra ACT- eller FACT-team for pasient eller bruker.

De to modellene vi omtaler i denne etableringshåndboka er begge «oppfunnet» i andre land og under andre forutsetninger enn vi har i Norge. Likevel er det grunnlag for å si at både ACT og FACT er

modeller som også passer hos oss. Imidlertid er det viktig å huske at dette er – nettopp – *modeller*. Modellen må ikke forveksles med virkeligheten. Pasienten bor ikke i modellen, legen og sykepleieren jobber ikke i modellen. De arbeider *etter* en modell.

Denne distinksjonen er viktig. Observante lesere vil raskt kunne se at beskrivelsene av modellene, kravene til kompetanse, metodikk, til målgruppe – kan være utfordrende å overføre til den sammenhengende et konkret ACT- eller FACT-team skal fungere i. Kan man da etablere et slikt team?

Vi mener ja. I alle situasjoner hvor man tar utgangspunkt i en teoretisk beskrivelse for å finne praktiske løsninger i virkeligheten, er man nødt til å foreta noen valg. I praksis vil det innebære at ikke alle elementene i modellen som velges vil bli implementert med en gang. Noen elementer vil kanskje aldri bli implementert. Rundt omkring i landet varierer det hvilke elementer som venter på implementering, på grunn av variasjoner i befolkningsgrunnlag, reiseavstander, antall ansatte i teamet, fagsammensetningen i teamet, mv.

De valgene som foretas når team etableres er viktige både for pasienter og ansatte. De må tas i nær tilknytning til klinisk praksis, og det må være kloke valg, i tillegg til faglig gode, og gjerne etter følgende prioriteringsliste:

- Pasienten
- Pasienten

Dere vil under lesingen av denne boken kanskje kunne se at anbefalinger og erfaringer fra etablerte team kan avvike både fra modellene og fra øvrige teams anbefalinger og erfaringer. Effekten av slike variasjoner er ikke systematisk evaluert i Norge. Dette kan man leve godt med, så lenge arbeidet er forankret i god og forsvarlig praksis overfor pasientene. Også sammenhengene som teamet inngår i, pasienten – teamet – modellen – eierne, påvirker denne variasjonen.

ERFARINGER FRA EN TEAMLEDER FOR ET ACT-TEAM:

E

Det eneste prinsipp vi holder oss med i dette teamet, er at vi ikke har noen prinsipper som står i veien for oss når vi skal hjelpe pasientene. Vi gjør vurderinger, vi tar beslutninger – og ofte er de i tråd med modellbeskrivelsene. Det er helt fint. Og av og til er de i strid med modellbeskrivelsene. Det er også helt fint, og vi trenger ingen betenkningstid på beslutninger som kan gå på tvers av modellen. Når man veier beslutninger som har betydning for virkelige mennesker i virkeligheten mot det som står på et stykke papir, er det ingen som helst tvil om hva som veier tyngst.

Hva viser resultatene fra evalueringen av ACT-team i Norge?

I Norge og Skandinavia visste en lite om nytten av ACT-teamene og derfor ble det gjennomført en [nasjonal forskningsbasert evaluering av ACT-satsingen i Norge](#). Evalueringen omfattet 12 av 14 team og foregikk i perioden 2009–2014 (Ruud & Landheim, 2014).

Noen av de viktigste konklusjonene var:

- Teamene lyktes i å rekruttere målgruppen, og antallet brukere som var forventet i opptaksområdet.
- Teamene hadde i høy grad implementert drift, struktur og kjerneaktiviteter i henhold til modellen og hadde i stor grad fullt ansvar for psykiatriske tjenester, rehabilitering, og jobbet oppsøkende.
- Brukerne hadde oppnådd bedring på ulike livsområder, to år etter inklusjon i ACT.
- Antallet oppholdsdøgn i psykisk helsevern ble halvert fra 17 172 til 8 792 i toårsperioden etter inklusjon i ACT sammenlignet med to år før inklusjon.
- Det ble registrert færre innleggelses under tvang i psykisk helsevern etter inntak i ACT. I toårsperioden før inntak i ACT dreide det seg om 11 500 oppholdsdøgn på tvang, etter inntak 5 200 oppholdsdøgn på tvang.
- Brukerne rapporterte høy tilfredshet med arbeidsmetodene i ACT-modellen, og pårørende var tilfreds med både omfanget av, og innholdet i, hjelpen som ble gitt. Brukere som var under

tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold var mest fornøyd med hjelpen de fikk fra ACT-teamene.

- Samarbeidspartene pekte på at ACT-teamene fikk en brobygger- og koordinatorkfunksjon både i kommunen og mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Både fra tjenesteytere, brukere og pårørende ble det pekt på at ACT-teamene nådde ei gruppe andre tjenester ikke når.

Resultatene tilsa at [innføringen av ACT-modellen i Norge hadde vært vellykket, og det ble anbefalt at modellen burde etableres i Norge](#) (Landheim, Ruud, Odden, Clausen, Heiervang & Stuen, 2015).

Nasjonal kompetansetjeneste ROP har fått i oppdra av Helsedirektoratet å gjennomføre en [evaluering av sju FACT-team](#). Resultater fra denne evalueringen vil foreligge i 2019.

2 Hva er ACT- og FACT-modellene?

Hensikten med både ACT- og FACT-modellene er å gi et samlet og helhetlig behandlings- og oppfølgingsstilbud til personer med alvorlig psykisk lidelse, ofte i kombinasjon med ruslidelse, og med alvorlig svikt i sosial fungering. Tilstanden vil i hovedsak være gjennomgripende og langvarig, hvor behovet for tjenester vil kunne variere fra intensiv daglig oppfølging til oppfølging hver 14. dag eller sjeldnere. Behandling og oppfølging foregår der personen bor og har sitt nettverk.

FACT-team skal ha den samme helhetlige og omfattende tilnærmingen som ACT-team, og tar ansvar for de fleste av tjenestene. Begge modellene vektlegger omfattende samarbeid med personens nettverk og frivillige organisasjoner i nærmiljøet.

For mer kunnskap om modellene:

- [ACT-håndboka. Inkludert en beskrivelse av FACT-modellen, 2. utgave.](#)
- [Utprøving av ACT-team i Norge Hva viser resultatene?](#)
- [Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykiske lidelser \(NKROP\)](#)
- [Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid \(NAPHA\)](#)

ANBEFALING:

A

ACT- og FACT-team bør ikke komme som et tillegg til eksisterende tjenester, men som en ny og mer hensiktsmessig måte å organisere eksisterende tjenester på (Landheim, Hoxmark, Aakerholt & Aasbrenn, 2017).

Hva er ACT-modellen?

Assertive community treatment (ACT) kan oversettes til aktivt oppsøkende behandling i lokalmiljøet. Dette er en kunnskapsbasert modell utviklet for å møte behovene til mennesker med psykoseproblemer som det er vanskelig å etablere kontakt med, og som har mange mislykkede behandlingsopphold bak seg – ofte på tving. I tillegg til psykoselidelse har ofte målgruppa lavt funksjonsnivå og ulike

tilleggsbelastninger som avhengighet av rusmidler.

Behandling har et langsiktig perspektiv. Teamet møter sårbare mennesker med redusert funksjonsevne som er i behov av behandling i et langsiktig perspektiv. Dette er mennesker som ofte trenger lang tid på å bli trygge på teamet, og som ofte har opplevd «å falle utenfor systemene».

Behandlingen er basert på en individuell behandlings- og oppfølgingsplan utarbeidet sammen med personen, hvor det å vektlegge hans/hennes ønsker, ressurser og mål er viktig. Teamet utarbeider kriseplaner og følger vedkommende forut for, under og etter eventuelle innleggelses i døgnenhet.

I modellen har ACT-teamet fullt ansvar for psykiatrisk behandling, rehabilitering, behandling av rus og psykisk lidelse, fullt ansvar for å tilby pasienten lønnet arbeid etter [individuell jobbstøtte \(IPS\)](#), og fullt ansvar for å styrke personens evne til å utvikle og ivareta egenomsorg og mestring av eget liv.

ACT-teamene yter en høyintensiv tjeneste der personen bor og oppholder seg. Modellen handler om «training in community living»: å gi behandling og oppfølging i nærmiljøet. To viktige elementer i modellen er å arbeide aktivt oppsøkende, og bruke en gjennomført teammodell. Dette betyr at teamet har en offensiv tilnærming til det å komme i kontakt med aktuelle mennesker i sin målgruppe. Hele teamet diskuterer hvordan dette kan gjøres uten å trække over personens grenser, og alle viktige avgjørelser og dilemmaer med kontakten diskuteres i hele teamet. Tanken er at hele teamet yter de tjenestene pasienten har bruk for samtidig som pasienten skal bli fortrolig med alle ansatte i teamet.

Hva er anbefalt målgruppe i ACT-team?

I «[ACT-håndbok. Inkludert en beskrivelse av FACT-modellen.](#)» (2013) er følgende målgrupper beskrevet:

- Psykoselidelser
- Bipolar lidelse

- Alvorlige affektive lidelser
 - Rusmiddelmisbruk / ruslidelse i kombinasjon med psykoselidelse
 - Psykoselidelse i kombinasjon med lett psykisk utviklingshemming
- Tillegskriterier:
- Langvarig og ustabile sykdomsforløp
 - Lav funksjonsevne og store begrensninger i sosial fungering
 - Viser behov for kontinuerlig og koordinert behandling både fra kommune- og spesialisthelsetjenesten
 - Gjentatte kriseinnleggelser
 - Tidligere behandlingstilbud har hatt begrenset effekt

Følgende diagnosegrupper faller utenfor inklusjon til ACT-team:

- dominerende personlighetsforstyrrelse (som hoveddiagnose), pasienter med rusavhengighet som hoveddiagnose, rettspsykiatriske og alvorlig kriminelt belasta pasienter (se for øvrig «Hvordan følge opp psykisk syke med utfordrende atferd og gjengangerkriminalitet»).
- Personer som kan nyttiggjøre seg polikliniske tjenester, ulike dag-/lokalbaserte og ordinære tjenester innenfor psykisk helse og rusarbeid er ikke i målgruppen for ACT-team.
- Ved tvilstilfeller om en person med alvorlig psykiske utfordringer er innenfor målgruppebeskrivelsen for et ACT-team må det gjøres en praktisk avveining ved bruk av klinisk skjønn, og i samarbeid mellom aktørene rundt vedkommende.

Hva er FACT-modellen?

Flexible Assertive Community Treatment (FACT) er en modell som tilbyr behandling til alle personer med alvorlige psykiske lidelser som er i behov av langvarige og koordinert tjenester. Sammenlignet med ACT-teamene har FACT-teamene en bredere målgruppe. Modellen legger stor vekt på graden av funksjonsnedsettelse som inklusjonskriterium, enten som følge av lidelsen eller forårsaket av lidelsen. Dette er mennesker som synliggjør et behov for vedvarende behandling og oppfølging.

TIPS!

T

«Det er gode grunner til å bruke funksjonsnivå og ikke diagnose som inklusjonskriterium, men det vil også kreve at et FACT team må foreta en god analyse av belastningene i den enkelte kommune og så tilpasse sin oppfølging deretter.» (Landheim et al., 2017)

Hovedforskjellen mellom Fleksibel ACT og ACT handler om at FACT kombinerer case management (primærkontakt) med den intensive teambaserte oppfølgingen som kjennetegner ACT. Erfaringer med bruk av FACT-modellen i Nederland tilsier at ca. 20 prosent av FACT-pasientene til enhver tid vil trenge intensiv ACT-oppfølging (Veldhuizen & Bähler, 2013). De resterende 80 prosent får recoveryorientert case management-oppfølging fra det samme teamet.

Hva er anbefalt målgruppe i FACT-team?

I [FACT-manualen](#) (Veldhuizen, 2013) er følgende målgrupper beskrevet:

- Psykoselidelse
- Bipolar lidelse
- Alvorlige affektive lidelser
- Alvorlige angstlidelser
- Alvorlig personlighetsforstyrrelse¹
- Andre alvorlige psykiske lidelser
- Ofte rusproblemer som tilleggsproblemer

Tillegskriterier:

- En psykisk lidelse der oppfølging/behandling er påkrevet
- Alvorlig funksjonssvikt
- Langvarig tilstand med varierende behov for intensiteten i oppfølgingen
- Behov for samordnet hjelp og oppfølging

ERFARINGER FRA ET FACT-TEAM I SPREDTBYGD STRØK:

E

Vi har valgt å fokusere på funksjonsnivå. Et mindre befolkningsgrunnlag gir utfordringer om en definerer for «smal» målgruppe.

¹ Nederlandske erfaringer tilsier at denne gruppa ikke bør utgjøre mer enn 15 % pga. teamets begrensede ressurser. I Nederland gjøres forsøk med å kombinere mentaliseringsbasert terapi (MBT) og FACT-modellen.

Ved tvil om en person er innenfor målgruppebeskrivelsen for et FACT-team må det gjøres en praktisk avveining ved bruk av klinisk skjønn, og i samarbeid mellom aktørene rundt vedkommende.

ERFARINGER FRA ET FACT-TEAM:

E

Det pågår en løpende diskusjon om målgruppa både internt i teamet og med samarbeidspartnere. Målgruppediskusjonen er påvirket av det eksisterende tjenestetilbudet i den enkelte kommune.

Hvilke momenter skal man vektlegge ved valg av modell?

Valg av modell bør ta utgangspunkt i befolkningsstørrelse og relevant pasientpopulasjon i opptaksområdet. Det er viktig å legge til grunn at modellvalget samsvarer med de utfordringer pasient/brukergruppen faktisk representerer i form av symptomtrykk og fungering. Dette innebærer at forekomsten av mennesker med alvorlig psykisk lidelse og lavt funksjonsnivå er av stor betydning for valget av modell.

Rapporten «[Potensialet for Assertive Community Treatment \(ACT\) og Fleksibel ACT \(FACT\) i Norge](#)» fra NAPHA og NKROP viser at mange steder i Norge kan ha befolkningsgrunnlag stort nok til å etablere slike team (Landheim et al., 2017). Erfaringer viser at flere mindre kommuner kan samarbeide med ett DPS om opprettelsen av et team, slik at det samlede befolkningsgrunnlaget for teamet øker.

TIPS!

T

«Det er potensial for etablering av ca. 35 ACT-team i DPS-regioner med et innbyggertall på 40 000 eller mer, og maksimum én times reiseavstand. [...] Med de gode erfaringene vi har med ACT-team i Norge, bør de regionene som har et tilstrekkelig befolkningsgrunnlag, etablere slike team.» (Landheim et al., 2017)

Anslagsvis vil 0,1 prosent av befolkningen være i målgruppen for ACT-team, mens 0,64 prosent vil være i målgruppen for FACT-team. Slike anslag bør ikke overstyre lokale kartlegginger og behov. Det kan tenkes at det enkelte steder kan være høyere – eller lavere – antall i målgruppen enn anslaget basert på befolkningsgrunnlaget skulle tilsi.

Både ACT- og FACT-modellene har som utgangspunkt at de skal fungere i tettere befolkede områder enn hva som er vanlig i Norge. Dette betyr at mange team i Norge vil ha store avstander mellom menneskene og institusjonene de skal besøke, noe som har betydning for forholdstallet mellom ansatte i teamet og brukere. Store reiseavstander innebærer at relativt sett flere må være ansatt for å yte samme nivå av tjenester.

TIPS!

T

«Det er potensial for å etablere minst 83 FACT-team hvis vi forutsetter et befolkningsgrunnlag på 15 000 eller mer og aksepterer de reiseavstander som er nødvendig.» (Landheim et al., 2017).

Det må være opp til eierne (samhandlingspartene) og fagfolkene både i DPS og kommuner i det aktuelle opptaksområdet å beslutte hvilken modell som er mest hensiktsmessig å velge, ut fra lokale forhold og behov.

Se vedlegg 1 for eksempel på utredningsarbeid knyttet til FACT-etablering.

Hva er utfordringene med målgruppebeskrivelsene i ACT- og FACT- modellene?

ANBEFALING FRA ETABLERTE ACT- OG FACT-TEAM:

A

Både ACT-team og FACT-team anbefales å ha en avklart og definert målgruppe, og at denne er avklart mellom samhandlingspartnerne som har et eierskap i teamet.

Det er viktig å huske at brukere som er aktuelle for slike team kan være kjent for spesialisthelsetjenesten, men ikke kjent for kommunen – og vice versa. Ved inntak av brukere bør denne problemstillingen drøftes mellom samarbeidspartnerne.

Videre er det viktig å ha i mente at både ACT- og FACT-modellene har diagnosekrav knyttet til målgruppen. Her støter man i praksis på noen utfordringer. For det første er diagnoser ikke en særlig presis beskrivelse av pasienten problemer og behov. For det andre har tilleggsproblematikken betydning ved vurdering. Problemets art og størrelse vil i noen

grad være påvirket både av tilbudet som eksisterer i det aktuelle opptaksområde (for eksempel boligtilbud og tilgang på rusbehandlingskompetanse), og av den konkrete vurderingen av den enkeltes behov.

Diagnoser bør sees på som det de er: ferskvare og øyeblikksbeskrivelser. Erfaringer fra etablerte team viser at ikke rent få pasienter får fastsatt en diagnose i forbindelse med en akuttinnleggelse, som siden blir hengende ved dem (bl.a. av journaltekniske årsaker). Revurdering av diagnoser bør derfor være en oppgave for teamet. I tillegg er det slik at samarbeidspartnere ofte vil legge vekt på ulike forhold ved den aktuelle pasienten. Kommunen vil ofte vektlegge funksjonsnivå og livsvilkår, mens spesialisthelsetjenesten har større fokus på diagnoser og medisinerings.

Teamet skal ha utredningskompetanse, og ved mistanke om alvorlig psykisk lidelse bør teamet bistå med utredning og kartlegging og evt. videre henvisning, hvis det vurderes som riktig.

ERFARINGER FRA ETABLERT FACT-TEAM:

E

Vi har jevnlig møter med samarbeidspartnerne og problemstillingene som kommer opp der påvirker målgruppetenkingen. Fordelen med dette er at en stadig har et reflektert forhold til hvilken målgruppe vi treffer eller ikke treffer.

Man bør altså være varsom med å legge alt for stor vekt på diagnoser som utelukkende og eksklusivt inntakskriterium.

Hvordan kartlegge hvor mange mennesker som finnes i målgruppen?

BrukerPlan er et kartleggingsverktøy for kommuner som ønsker å kartlegge sine brukere (16 år og eldre) som har rusmiddelproblematikk og/eller psykiske helseproblemer. En sentral del av kartleggingen er å vurdere alvorlighetsgrad hos den enkelte bruker på åtte funksjonsområder (bolig, arbeid/aktivitet, økonomi, fysisk helse, psykisk helse, rusmiddelbruk, sosial fungering og sosialt nettverk).

De som kartlegges graderes som grønt (relativt god funksjon), gult (betydelige konsekvenser for fungering) eller rødt (alvorlige konsekvenser for fungering). Kartleggingen utarbeider en samlet vurdering av den enkeltes fungering

(leveårsindeks). Denne indeksen har kodene grønn, gul, rød og blålys (kritisk dårlig funksjonsnivå). En kan tenke at det er brukere med rød- eller blålysfungering som er i målgruppa for ACT- og FACT-teamene, noe som utgjør 0,64 prosent av den voksne befolkning. Indeks for samlet funksjonsnivå viser bare små forskjeller mellom kommunene (Landheim et al., 2017).

Det er personer som får rød- eller blålysfungering i BrukerPlan som antas å ha behov for koordinerte, helhetlige og oppsøkende tjenester på tvers av tjenesteni-våene. Mange vil ha problemer med å forholde seg til ulike hjelpetjenester slik de vanligvis er organisert.

I gjennomføringen av BrukerPlan-kartleggingene samarbeider [Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest \(KORFOR\)](#) nært med de [regionale kompetansesentrene for rusfeltet \(KoRus-ene\)](#) og [Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid \(NAPHA\)](#).

For mer informasjon om BrukerPlan:

- [«Potensialet for Assertive Community Treatment \(ACT\) og Fleksibel ACT \(FACT\) i Norge»](#) (Landheim et al., 2017)
- [Temaside om BrukerPlan på NAPHAs nettsider](#)
- [BrukerPlans nettside](#)

TIPS!

T

BrukerPlan har vist seg som et nyttig verktøy å ta utgangspunkt i for å få en oversikt over omfanget av mennesker som kan være i teamets målgruppe.

Ordinære tjenester i bydel/kommuner og DPS vil ofte ha en oversikt over hvilke konkrete personer som skal henvises til slike team. Likevel kan denne oversikten variere sterkt, fra små kommuner hvor innbyggerne og deres utfordringer er godt synlige for hjelpeapparatet, til tett befolkede bydeler i storbyene som tiltrekker seg folk fra hele landet, og hvor miljøer kan være mer uoversiktlige.

For spesialisthelsetjenesten er det færre slike systematiserte målinger som lar seg bruke. Personer i målgruppen for ACT og FACT kan ha flere akuttinnleggelser i sykehus. Dette kan være mennesker de ordinære tjenestene sliter med å gi et tilstrekkelig tilbud, og de kan ofte gå «under radaren» for DPS og kommunen.

ANBEFALING FRA ET ACT-TEAM:

A

Når man starter opp nye team er det essensielt å kartlegge hva som er behovet på gjeldende sted/organisasjon/enhet. Hvilke pasienter er sårbare og har for dårlig behandlingstilbud på gjeldende sted?

Aktuelle instanser for oversikt og kartlegging av målgruppa:

- Kommunale rus- og psykiske helsetjenester
- BrukerPlan
- Hospitser
- NAV
- Fastlege
- Legevakt
- Distriktpsykiatrisk senter (DPS), både sengepost og poliklinikk
- Psykiatriske akuttavdelinger
- Somatiske akuttmottak
- Andre somatiske og psykiatriske sykehusavdelinger
- Legemiddelasistert rehabilitering (LAR)
- Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)
- Fengselshelsetjenesten
- Kriminalomsorgen
- Politiet
- Ikke-kommunale omsorgstilbud som for eksempel Frelsesarmeen, Kirkens bymisjon, o.l.
- Familievernet
- Helsestasjon for ungdom

ERFARINGER FRA ET ETABLERT FACT-TEAM:

E

I vårt opptaksområde bor det rundt 36 000 mennesker som er over 18 år. Etter kartlegging utført av vårt DPS anslås omtrent 150 personer å være i målgruppa for teamet. Av disse vil 12–17 personer være på tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD). Dette er mennesker som vil inngå som en sentral del av FACT-teamets målgruppe.

Hva kan man forvente av argumenter mot etablering av ACT/FACT-team?

Det første ACT-teamet i Norge ble etablert i Moss i 2007, og er fremdeles i drift. Siden har det blitt etablert mange ACT- og FACT-team. Det er en faglig konsensus om at bruk av disse modellene gir et bra resultat for målgruppene. Det er derfor ytterst sjelden man i dag hører faglige grunner for at disse

modellene ikke bør tas i bruk.

Det forekommer likevel innvendinger mot etablering av modellen. Disse kan ofte dreie seg om kostnadene ved etablering og drift, holdt opp mot den organisatoriske tilknytningen. For eksempel kan kostnaden for enkeltkommuner vurderes å være relativt høy, sett i forhold til antallet brukere som blir inkludert.

En annen innvending kan være at målgruppen som tenkes inkludert i teamet ikke favner bredt nok, slik at tilbudet blir eksklusivt. I dette ligger den stadig tilbakevendende diskusjonen knyttet til diagnosekravene i modellene, og i hvilken grad teamene/eierne kan enes om en utvidelse av målgruppen med utgangspunkt i lokale forhold og behov.

KOMMUNALE ERFARINGER MED ET ACT-TEAM:

E

Kommunene har ikke vært fornøyd med ACT-modellen da den oppfattes som for «snever» og ikke dekker kommunens behov for tilbud til pasienter med andre lidelser/funksjonssvikt.

En tredje innvending er at teametablering medfører en ressurs- og oppgaveforflytning, noe som kan få betydning for allerede etablerte tjenester i kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Hvor mange ansatte bør det være i teamet?

En sentral hensikt med modellene er å gi sammenhengende og fleksible tjenester basert på pasientens behov for oppfølging og behandling. Det innebærer at teamet må ha nok ansatte for å kunne være tilgjengelige for pasienten både i stabile faser og ved behov for mer intensiv behandling og oppfølging. Dette medfører at teamansatte må ha rom for å kunne «trå til» ved kriser og andre uventede hendelser for å kunne ivareta pasientene best mulig, og redusere behovet for innsats fra andre deler av hjelpeapparatet (for eksempel i form av akuttinnleggelse).

ANBEFALING:

A

Basert på hensikten med ACT- og FACT-modellen anbefales at teamet har ansatt psykiater, psykolog, arbeidsspesialist, russpesialist, brukerspesialist, personer med sosial- og helsefaglig kompetanse og erfaring, merkantil ansatt. Stillingsstørrelser avhenger av målgruppestørrelse, reiseavstand for teamet og andre relevante faktorer.

Det er flere faktorer som påvirker hvor stort teamet skal være, blant annet:

- Valg av samhandlingsmodell (ACT eller FACT)
 - » ACT- og FACT-modellene har forskjeller i målgrupper og arbeidsform, noe som påvirker hvor mange ansatte som er nødvendig (se «Hvilken modell skal vi velge?»).
- Hvor mange må være ansatt for at det skal kunne fungere som et tverrfaglig team?
 - » Grunnvilkårene i modellene er å gi tverrfaglig, oppsøkende og helhetlig behandling til målgruppen. Dette innebærer at teamene har en tverrfaglig arbeidsform. I tillegg må det nødvendigvis være et visst antall ansatte for at betegnelsen team kan benyttes.
- Caseload
 - » Både ACT- og FACT- modellen beskriver en grense for forholdet mellom antallet klinikere i teamet og antallet pasienter. For å oppnå full skår på fidelitetskalaen skal et ACT-team ikke ha flere pasienter enn 10 per 100 prosent klinisk stilling. For et FACT-team er forholdstallet 20 pasienter til hver 100 prosent kliniske stilling. Etablerte team erfarer at disse forholdstallene kan være for høye i mange norske sammenhenger, for eksempel i områder med lange reiseavstander.

ERFARINGER FRA ETABLERT ACT-TEAM:

E

I oppstart av ACT-team, skulle vi, basert på modellen, ha en pasientportefølje på ti pasienter pr. behandler. For vårt team med lang reisevei med ferjer, tenker vi nå etter 5–6 års erfaring at det er mer realistisk å anslå sju pasienter pr. behandler.

Hvorfor skal teamet være tverrfaglig sammensatt?

Både ACT- og FACT-modellen har krav til tverrfaglighet i ansattes kompetanse. Hensikten er at teamet skal yte helhetlige tjenester. Sentralt for begge typer team er legespesialist (psykiater), spesialsykepleiere/vernepleiere og ansatte med sosialfaglig kompetanse. I Norge er også psykolog(spesialister) anbefalte teammedlemmer, bl.a. på grunn av psykologenes stilling i norsk behandlingssammenheng.

Både ACT- og FACT-modellene beskriver at teamene skal ha ansatte som fyller rollene som rus-

arbeids- og brukerspesialister. Dette er ansatte som skal være spesialister på sine områder. Russpesialisten vil ofte være en ansatt med erfaring og kompetanse fra rusbehandling, hvor bruk av motiverende intervju (MI) og integrert behandling (IDDT) er sentrale, kunnskapsbaserte metodikker. Tilsvarende vil arbeidsspesialisten være en ansatt med særlig kompetanse på å få folk ut i ordinært arbeid (etter individuell jobbstøtte (IPS)-modellen).

Brukerspesialisten er en person ansatt i teamet på bakgrunn av sin egen erfaring som mottaker av helsetjenester (eller tilsvarende) som teamet yter. Brukerspesialisten skal være ansatt i teamet på ordinære vilkår, dvs. med samme rettigheter og plikter som alle andre ansatte.

ANBEFALING:

A

I tillegg til teamets behov for ansatte med relevant kompetanse og profesjon, er det viktig at teamet er sammensatt med personer med erfaringer både fra spesialisthelsetjenesten og kommunen. Bredden av erfaringer forsterker teamet, og muliggjør større grad av samhandling med øvrige aktører rundt brukeren, og dette hever kvaliteten på samhandlingen mellom teamet og øvrige aktører.

Et grunnleggende fundament for teamenes virksomhet er å benytte kunnskapsbaserte behandlingsintervensjoner. Det er derfor viktig at ansatte har utdanning, kunnskap og erfaring i bruk av et variert utvalg av kunnskapsbaserte behandlingstoder, eller at det gis opplæring i dette for de teammedlemmer som trenger det.

ERFARINGER FRA ET FACT-TEAM:

E

For å skaffe oss forventet kompetanse har vi etablert en kompetanseplan. Den bidrar til at vi over tid etablerer nødvendig kompetanse og tilbyr behandlingen mer i tråd med hva modellen beskriver.

Hva kreves av egnethet utover erfaring og profesjonskompetanse?

Det å arbeide aktivt oppsøkende, tverrfaglig, teambasert, kunnskapsbasert og på brukerens hjemmearena krever at den enkelte ansatte er personlig egnet for dette. I dette ligger en faglig interesse for å arbeide på denne spesifikke måten. I tillegg må

det være en godt utviklet rolleforståelse som ivaretar brukerens interesser på flere områder, i tråd med forsvarlig praksis for helsetjenesten, i tråd med ACT- eller FACT-modellen, og i tråd med teamet som helhet.

Det anses også svært viktig at de ansatte i teamet er gode på å samhandle internt i teamet og med alle samarbeidspartnerne til teamet.

ANBEFALING FRA ACT- OG FACT-TEAM:

A

Etablerte team poengterer at personlig egnethet er av stor betydning for jobben som gjøres i ACT og FACT. Jobben er krevende og stiller store krav til selvstendighet, kompetanse, samarbeidsevner, motivasjon og kreativitet. Her handler det om å finne ansatte med ekstra engasjement for målgruppa. Dette er viktig å ta hensyn til ved ansettelse, og derfor kan «plassering» av ansatte fra andre stillinger være uheldig.

Bør teamet ha merkantilt ansatt og hvilke oppgaver er knyttet til rollen?

Mange tjenester opplever at det er et press på å redusere merkantil kapasitet.

Merkantil funksjon er viktig i et ambulant samhandlingsteam. Teammedlemmenes fokus er å arbeide med pasienter på deres hjemmearena / der de befinner seg, og ca. 90 prosent av det kliniske arbeidet skjer utenfor kontoret.

Merkantil funksjon i et ACT- eller FACT-team vil dekke teamets behov for sentral kontaktfunksjon, både for eksterne parter som ønsker å komme i kontakt med teamet (det er viktig med lav terskel og enkel kontaktmulighet), og for teamets egne ansatte. Daglig tavlevedlikehold, prioritering av oppdrag, koordinere reising, ha oversikt over hvem som befinner seg hvor til enhver tid, og å kunne bidra til å ivareta sikkerheten til teammedlemmene er viktige arbeidsoppgaver for den merkantilt ansatte i teamet.

I «ACT-håndbok. Inkludert en beskrivelse av FACT-modellen» (2013) anbefales en 100 prosent stilling for merkantil ansatt i et fullt team. FACT-håndboka nevner ikke merkantil stilling, men det er likevel trolig at også FACT-team har stor nytte av merkantilt ansatte.

ERFARINGER FRA ETABLERT FACT-TEAM:

E

Vi tar utgangspunkt i de merkantile oppgavene som er beskrevet i ACT-håndboka. I tillegg administrerer merkantil FACT-tavla under morgen- og behandlingsmøter, utfører registreringer / oppgjør i DIPS, registrerer inn- og utskrivninger, oppdaterer pasientlister og medisinalister etc., og minner teamet om oppdateringer / ferdigstilling av behandlingsplaner og individuell plan.

I tillegg er det nødvendig for teamene å innhente data om sin egen virksomhet som ikke enkelt svares ut gjennom teamets journalsystem. Eierne av og samarbeidspartnerne til teamet har ønske om og bruk for kunnskap om hele virksomheten teamet driver, og innhenting og systematisering av slik kunnskap er en viktig merkantil oppgave.

Bør teamet ansette medarbeider med erfaringskompetanse og hvilke oppgaver er knyttet til rollen?

Erfaringskonsulent er en relativt ny stilling i helsetjenesten, og en viktig rolle (brukerspesialist) i ACT- og FACT-teamene. En erfaringskonsulent er en som selv har opplevd psykiske lidelser og/eller rusavhengighet. Han/hun bruker erfaringen fra sykdomsperioden, tilfriskningsprosessen og møtet med helsetjenestene i sin kontakt med personer som mottar behandling fra teamene.

Ettersom rollen er relativt ny bør en tenke gjennom arbeidsoppgavene til erfaringskonsulenten før en setter i gang ansettelsesprosessen. For tips, se «Brukeransettelser. Håndbok for virksomheter som ønsker å ansette personer med egenerfaring innen psykisk helse- og rusfeltet.» (Weber & Jensen, 2016).

Erfaringskonsulenten har en unik kompetanse ved å ha mottatt behandling innen psykisk helse- og rusfeltet. Vedkommende kan også ha fagutdanning som sosionom, helsefagarbeider, sykepleier m.m. i tillegg til sin egen erfaring med helsetjenesten.

ERFARINGER FRA ETABLERT ACT-TEAM:



Vi har forsøkt at alle pasienter skal få møte erfaringskonsulenten om de ønsker det. Mange pasienter har tatt imot dette tilbudet. Vi får tilbakemelding om at pasienten opplever erfaringskompetansen som viktig når det gjelder håp om forandring.

Erfaringskonsulenten kan tilby pasienter, brukere og pårørende erfaringsbasert kunnskap gjennom at vedkommende kan møte en som har vært «i samme båt» og kjenner systemet både som pasient og/eller pårørende og som ansatt. Han/hun har ikke ansvar for behandlingen, men kan være en god samtalepartner og en å søke råd hos da vedkommende har liknende erfaringer som en selv. Det kan skape tillit, håp og gjenkjennelse som kan gi en opplevelse av å bli forstått på en annen måte, noe som kan være positivt i bedringsprosesser.

Erfaringskonsulenten bidrar til å styrke brukerperspektivet, bidrar til økt brukermedvirkning, recoverytenkning og medbestemmelse i behandling og oppfølging, planlegging og forskning, til styrking av pasientens autonomi og personlige integritet, i tillegg til å være håpsbærere. Vedkommende målbærer pasient-, bruker-, og pårørendestemmen blant annet i klinisk arbeid, undervisning og i teammøtene.

Erfaringskonsulenten har taushetsplikt på lik linje med annet helsepersonell.

ERFARINGER FRA ACT- OG FACT-TEAM:



Etablerte team har erfart at erfaringskonsulenten spiller en viktig rolle særlig opp mot relasjonsbygging til pasienter som i liten grad ønsker kontakt med teamet. Dette har fungert godt. Med sin bakgrunn får de ofte en annen type kontakt med brukerne enn ansatte uten egenerfaring.

Erfaringer viser at implementering av erfaringskompetanse i teamene fungerer bra. Det er viktig at alle i teamet både ser nytten av og er interesserte i å få inn brukerstemmen i sitt daglige arbeid.

Se vedlegg 2 – 3 for eksempler på stillingsbeskrivelser for erfaringskonsulent i ACT-team.

Hvem bør ansette teamleder og hvilken kompetanse og ferdigheter skal man se etter?

Det vil være naturlig at teamleders nærmeste leder i den organisasjonen teamet er tilknyttet, ansetter teamleder. Dette ivaretar teamleders interesser og behov som ansatt.

Teamleder for ACT- og FACT-team har en svært sentral rolle både i teamet og i arbeidet med å forankre modell og arbeidsmetodikk hos eierne og samarbeidspartnere. Det følger av dette at eierne gir sin tilslutning til valg og ansettelse av teamleder, selv om ansettelsen formelt sett tilligger en av partene i samhandlingen.

Dette er også viktig med tanke på balansen mellom eierne, slik at teamleder fremstår som mest mulig nøytral med hensyn til hvem hun eller han representerer (utover teamet selv).

Teamleder har tre sentrale arbeidsområder:

- Utvikle teamet som team – må derfor ha generell lederkompetanse
- Utvikle teamet i tråd med modellen – dvs. klinisk kompetanse og kunnskap om modellen
- Sikre at teamet inngår i en større organisatorisk/faglig sammenheng – både overfor øvrig spesialisthelsetjeneste og kommunale tjenester – dvs. samhandlingskompetanse

Teamleder skal jobbe klinisk og må derfor ha relevant klinisk utdanning og erfaring. Han/hun bør ikke ha ansvar for andre enheter enn teamet, og vedkommende bør ikke ha andre roller i teamet enn å være leder og kliniker. Etter modellene skal teamleder gi veiledning til øvrige teamansatte som har behov for det, noe som innebærer at teamleder må kunne formidle kunnskap og erfaring på en pedagogisk måte.

Videre er teamleder vanligvis den som rapporterer til for eksempel styringsgruppen eller driftsråd, som eierne styrer samhandlingen gjennom. Teamleder må svare for teamets resultater, fremtidige planer, økonomistyring etc.

Teamleder er vanligvis også den som møter samarbeidspartnere rundt brukerne dersom det oppstår uenigheter/konflikter (og det gjør det!) om for eksempel inklusjon til teamet, valg av behandlingsmetodikk og avslutningen av behandling.

Teamleder står ofte i rollen som brobygger mellom teamet og eierne, samarbeidspartnere, pasientene og pårørende. Hun/han må kunne den valgte modellen godt, og kunne faglig forklare og forsvare både modellen og eventuelle avvik fra den.

Blant norske team er det stor variasjon mellom ansvarsområdene til teamleder. Noen teamledere har fullt personal-, fag-, og økonomiansvar for sin virksomhet, mens andre har begrenset ansvarsområdet til det faglige.

Teamledere i etablerte team har forskjellige oppfatninger om fordeler og ulemper ved de ulike ordningene, og det ser ut til å være lokale organisatoriske forhold som er avgjørende for ansvarsområdene som tilkjennes teamleder.

ANBEFALING FRA ACT- OG FACT-TEAM:

A

Teamledere anbefaler at samhandlingspartnerne anerkjenner at teamets plassering i mellomrommet mellom tjenestene kan være utfordrende både organisatorisk og faglig. Det bør gis tid og rom for teamet og teamleder til utvikling og vekst, og det bør settes av tid og ressurser til veiledning av teamet og av teamleder.

Se vedlegg 4 for eksempel på stillingsutlysning teamleder.

Hvem bør ansette teammedlemmer?

Det er naturlig at avdelings-/seksjonsleder og teamleder ansetter teammedlemmer. Teamleder er viktig i prosessen med tanke på kunnskap om modellen, men også på grunn av forståelse for hvilken kompetanse og hvilke personlige egenskaper det er viktig å få inn i teamet.

For team som er organisatorisk plassert i både kommunen og i spesialisthelsetjenesten bør det være avklart allerede i samarbeidsavtalen om opprettelsen av teamet hvordan ansettelse av teammedlemmer skal foregå. Det bør være avklart om en stilling har tilhørighet til den ene eller andre styringslinjen, og hvilke personer i tillegg til teamleder som skal være aktuelle i ansettelsesprosessen fra den enkelte styringslinje.

Det understrekes at det må være teamleder som har siste ord i beslutning om ansettelse, ut fra teamets samlede behov for kompetanse og erfaring. Eierne bør således avstå fra å utpeke spesifikke personer til å arbeide i teamet.

Se vedlegg 5 for eksempel på stillingsannonse for teamansatt.

Hvor er det mest hensiktsmessig at teamet plasseres organisatorisk?

Teamenes organisatoriske plassering er ofte valgt på bakgrunn av hva samhandlingspartnerne finner hensiktsmessig ut fra de lokale forhold. For

eksempel kan størrelsesforholdet mellom eierne (mange små kommuner og ett DPS, eller én stor kommune og flere små), initiativet og eierskapet til teametablering, politiske føringer i de enkelte kommuner, og/eller prioriteringer i spesialisthelsetjenesten være av betydning.

Uansett valg av organisatorisk forankring skal brukeren tilbys helhetlige tjenester av teamet. Valget av organisatorisk tilhørighet har nok underordnet betydning for brukerne så lenge tilbudet som ytes er i tråd med valgt modell, er hensiktsmessig og innen forsvarlig praksis.

Uansett valg av organisatorisk plassering er det av stor betydning at teamets eiere er oppmerksomme på og respekterer de spesielle forhold som slike team krever for å kunne levere gode tjenester etter modellene. Det er for eksempel et modellkrav at teamet skal være ansvarlig for vurdering av inntak og utskrivninger av pasienter, noe som betyr at eierne ikke kan pålegge teamet inntak av spesifikke pasienter.

ANBEFALING FRA ETABLERTE FACT-TEAM:

A

Med bakgrunn i beskrivelsen av ACT- og FACT-modellen kan det være en fordel at teamet har ansatte med tilhørighet fra begge forvaltningsnivåene for å ivareta et bredt spekter av tjenester. Annen form for organisering vil innebære å inngå avtaler eller lignede for å ivareta lovmessigheten for tjenestene som ytes for brukerne.

Norske ACT- og FACT-team er enten organisatorisk plassert i DPS, i kommunen, eller har en delt organisatorisk plassering (både DPS og kommune).

Organisatorisk plassering i DPS

Dersom hele teamet er organisatorisk plassert i DPS, vil samtlige ansatte ha sitt arbeidsforhold i spesialisthelsetjenesten. Videre innebærer en slik organisatorisk plassering at de ansatte i teamet har journaltilgang for pasientens kontakt med samarbeidende spesialisthelsetjeneste, slik at kommunikasjon med for eksempel akuttpsykiatrisk avdeling forenkles i betydelig grad.

Et tredje moment er at overlege i teamet befinner seg på nivå med overleger i øvrig spesialisthelsetjeneste. Dette er av betydning for drøfting av behandling og videre oppfølging.

Teamet vil ha en felles styringslinje som ivaretar alle ansattes rettigheter og behov som ansatte. Dette vil bidra til å sikre likeverdige arbeidsvilkår mellom de ansatte i teamet, for eksempel når det gjelder arbeidstider og lønn.

En slik organisatorisk plassering innebærer samtidig at teamet er avskåret fra innsyn i og bruk av kommunale journalsystemer. Dette øker kravet til tydelig og forutsigbar kommunikasjon mellom teamet og kommunen(e) vedrørende pasientens tilstand.

ERFARINGER FRA ET DPS-ORGANISERT ACT-TEAM:

E

Vårt team tilbyr ikke daglig utdeling av medisiner, praktisk bistand og opplæring (for eksempel vask av leilighet hver 14. dag) og drift av døgnbemannede boliger. Alt annet vurderes individuelt og styres av pasientens behov.

Organisatorisk plassering i kommune/bydel

Om teamet er organisatorisk plassert i kommunen vil naturligvis tilknytningen til kommunale tilbud og tjenester forenkles. Teamet vil ha en felles styringslinje som ivaretar alle ansattes rettigheter og behov som ansatte. Dette vil bidra til å sikre likeverdige arbeidsvilkår mellom de ansatte i teamet, for eksempel når det gjelder arbeidstider og lønn. Tilsvarende blir det noe mer utfordrende å få den nødvendige informasjonen fra spesialisthelsetjenesten. Dette øker kravet til tydelig og forutsigbar kommunikasjon mellom teamet og spesialisthelsetjenesten vedrørende brukerens tilstand.

Team som utlukkende er organisatorisk plassert i kommunen må inngå avtale med spesialisthelsetjenesten om utføring av spesialisthelsetjenesteoppgavene overfor teamets brukere. Det vil være naturlig å se på kostnadsfordelingen mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten i så henseende.

Organisatorisk plassering i kommunen kan være krevende dersom flere kommuner er involvert, blant annet med tanke på fordeling av ansattressurser og -kompetanse, og utveksling av pasientsensitiv informasjon på tvers av kommunene. Dette er det svært viktig å finne gode og forsvarlige løsninger på.

ERFARINGER FRA ET ACT-TEAM SOM ER ADMINISTRATIVT Plassert I KOMMUNEN:

E

Vi har tydeliggjort i samhandlingsavtalen hvilke ressurser og kompetanse sykehuset og kommunen skal bidra med, og hvordan dette skal fordeles. Dette gjør at vi har tilstrekkelig kompetanse både på spesialisthelsetjeneste- og kommunehelsetjenestenivå.

Delt organisatorisk plassering mellom DPS og kommune/bydel

En delt organisatorisk plassering mellom DPS og kommune/bydel er nok enklest å se for seg dersom ett DPS samarbeider med én kommune/bydel. Om det er veldig mange eiere, øker graden av organisasjonsmessig kompleksitet i teamet ved å velge en slik løsning.

ERFARINGER FRA ETABLERT ACT-TEAM:

E

Vi opplever delt ansettelse som positivt. Organiseringen fører til at teamet har god kjennskap og velutviklet nettverk på begge nivå. Dette gjør både kommunikasjon med sykehusavdelinger, helse- og velferdskontor, hjemmesykepleie og kommunale rus- og psykiske helsetjenester enklere. De ansatte har sitt formelle arbeidsforhold i enten helseforetak eller kommune, men har arbeidssted i teamet og i den praktiske hverdag er teamleder leder for alle sammen.

Team som har organisatorisk plassert seg slik vil kunne få tilgang til journal- og kommunikasjonssystemer fra begge tjenestenivåer.

En delt organisatorisk plassering innebærer at de ansatte i teamet har forskjellige styringslinjer å forholde seg til. Dette kan by på utfordringer i form av forskjeller i avtalevilkår mellom de ansatte, og er viktig å avklare godt i planleggingsfasen. Slike spørsmål må være avklart i samhandlingsavtalen.

ERFARINGER FRA ETABLERT ACT-TEAM:

E

Vårt team dekker tre kommuner av varierende størrelse. Hos oss er det bare den største kommunen som har kommunalt ansatte i teamet. De to mindre kommunene har valgt å gi lønnsmidler til ansatte i regi av helseforetaket. En organisatorisk utfordring da er at de kommunalt ansatte i en kommune ikke kan journalføre på en pasient fra en annen kommune. Vi tenker det ville vært utfordrende å ha kommunalt ansatte fra de små kommunene, samtidig er det et savn å ikke ha tilgang til kommunal journal i disse kommunene.

Skal teamet organiseres som et prosjekt med styringsgruppe, eller som et permanent tiltak?

De fleste etablerte ACT- og FACT-team har startet opp som prosjekter, ofte med en forprosjektperiode for å avklare om team skal etableres, og i så fall organisatorisk plassering, målgruppe, finansiering osv. Det anbefales at deltakerne i forprosjektet både har kunnskap om lokale utfordringer og behov, samt faglige forutsetninger for å vurdere om ACT- eller FACT-team kan være det rette valget.

Dersom man velger å etablere teamet som et prosjekt, anbefales det å etablere en styringsgruppe for prosjektet hvor alle eiere er representert. Representanter i styringsgruppa må ha mandat til å foreta beslutninger på overordnet nivå (organisatorisk tilhørighet, konflikthåndtering, budsjett og regnskapskontroll). Faglige beslutninger knyttet til pasient- og brukerrettigheter, praktisk modellgjennomføring etc., ligger hos teamleder/teamet.

Selv om de fleste team etableres som prosjekter, er det vanligst at de i løpet av 3–5 år går over i permanent drift. Overgangen fra å være et prosjekt til å være i permanent drift kan være krevende, og bør planlegges så godt og tidlig som det lar seg gjøre. Både pasienter og ansatte har behov for avklaring av dette spørsmålet, og man må være oppmerksom på at blant annet oppsigelsestid hos prosjektansatte kan være vesentlig kortere enn hos ansatte i permanente team. Det er med andre ord fort gjort å miste verdifull kompetanse i prosjektperioden, og det kan være vanskelig å erstatte den.

ANBEFALING:

A

Etablering av forpliktende samhandlingsteam må være politisk forankret i kommunene/bydelene, og samarbeidsavtalen undertegnes av øverste nivå i kommune/bydel og i helseforetaket.

Som vedlegg 1 ligger en redigert versjon av et forprosjektarbeid til etablering av et FACT-team.

Hva trengs av driftsvirkemidler?

Ettersom det meste av behandlingen skal gis på brukers arena er det viktig i etableringsfasen å foreta en kartlegging og identifisering av behov for transport og andre virkemidler, med utgangspunkt i hvor teamet er lokalisert.

Aktuelle driftsvirkemidler en bør kartlegge og identifisere behov for:

- Biler med handsfree-mulighet og GPS
 - » Hvor mange biler trengs i teamet?
 - » Trengs det bil med firehjulstrekk?
 - » Betalingsordning for drivstoff/dekkskift/vedlikehold
 - » Tilstrekkelig med parkeringsplasser for teamets og ansattes biler
- Kanylebokser i hver bil, samt
 - » Engangsforklær
 - » Engangshansker
 - » Sjøpelsekker
 - » Sko-overtrekk
 - » Førstehjelpsutstyr
 - » Håndspit
- Håndkasse til sosiale utgifter sammen med brukeren
- Bærbar PC
- Smarttelefoner
- Låsbart medisinskapp
- Digitale samhandlingsverktøy (Norsk Helsenett, Skype for Business)
- Tavle (digital eller manuell) og tavlerom (stort nok møterom for alle ansatte)
- Egnede lokaler for teamet
 - » Stort nok til alle ansatte
 - » Åpent arbeidslandskap
 - › Noen «stillerom» hvor ansatte kan skjerme seg fra kontorlandskapet ved behov
 - » Tilstrekkelig med samtalerom og møterom
 - » Videokonferanserom med kryptert linje

ERFARINGER FRA ET FACT-TEAM I SPREDTBYGD STRØK:

E

Vi er et typisk ruralt team siden vi dekker store områder. For å møte utfordringen må vi ha nok biler, alle må ha egen smarttelefon og bærbar PC.

Hva er anbefalt innhold i en samhandlingsavtale?

En forutsetning for å kunne etablere og benevne teamene som ACT- eller FACT-team er at det er en forpliktende samhandling mellom tjenestenivåene. Denne samhandlingen må formaliseres gjennom en samhandlingsavtale mellom eierne, dvs. DPS og kommunen(e).

Samhandlingsavtalen om etablering og drift av teamet må være forankret på toppnivå blant samarbeidspartnerne, det vil si underskrevet av administrerende direktør i sykehuset og rådmann i kommunene. Dette er viktig for å sikre teamet legitimitet for sin virksomhet når det skal etablere seg og få økonomisk tildeling av knappe ressurser i den enkelte organisasjon.

Samhandlingsavtalen bør som et minimum inneholde en beskrivelse av:

- formålet med etablering og drift av teamet, inklusive målgruppebeskrivelse
- en tydelig beskrivelse av finansieringsordningen
- kostnadsfordelingen mellom partene
- tydelig beskrivelse av rolle- og ansvarsforholdene mellom partene
- en beskrivelse av styringen av teamet for eksempel i form av styringsgruppe, inkludert hvor mange deltakere fra hver av samarbeidspartnerne som skal delta i denne styringen
- hvordan ledervervet av styringsgruppen skal fordeles mellom samhandlingspartene
- når skal årlige møter avholdes
- når skal regnskap og budsjetter gjennomgå og vedtas
- hvordan skal uenigheter og konflikter mellom samarbeidspartnerne håndteres
- hvordan kan partene si opp samarbeidsavtalen, og hvilke hensyn som skal tas i slike tilfeller

Ved etablering av teamet som prosjekt bør samhandlingsavtalen beskrive varigheten av prosjektet (minimum 3 år anbefales), og synliggjøre på hvilket tidspunkt partene skal ta stilling til om prosjektet skal videreføres, endres, gå over til et fast tiltak eller avsluttes. Det anbefales at dette tidspunktet ligger minimum ett år i tid før utgangen av prosjektperioden, slik at både brukere, ansatte og samarbeidspartnerne har tid til å forberede seg.

Det anbefales at samhandlingsavtalen ikke tar stilling til ansettelser i teamet, da sammensetning av yrkesbakgrunn, erfaringer og personlig egnethet for å oppnå best mulig effekt bør være teamleders ansvar. Samhandlingsavtalen kan likevel si noe om hvordan tilsettingsprosessen skal skje og hvordan de ulike samarbeidsparter skal inkluderes.

Se vedlegg 6 – 11 for eksempler på samhandlingsavtaler.

3 Hvordan arbeider ACT- og FACT-teamene i praksis?

Hovedprinsippene i modellene handler om å arbeide «der personen ønsker å lykkes». Sentralt i både ACT- og FACT-modellene er at teamene skal ha en helhetlig tilnærming til pasienten. Dette innebærer et perspektiv om at pasientens problemer ikke bare forstås og hjelpes gjennom psykiatrisk/ psykologisk behandling, men også gjennom hjelp på andre livsområder.

ERFARINGER FRA ETABLERT FACT-TEAM:

E

Rommet for fleksibilitet og tilgjengelighet er det i hovedsak vi som står for, da kommunen vår ikke arbeider utover ordinær kontortid. FACT har fleksibel arbeidstidsavtale der vi kan yte oppfølging også ettermiddag, kveld og helg.

Den tette oppfølgingen av hver enkelt bruker gir teamene en unik mulighet til å følge utviklingen, blant annet innen det psykopatologiske, rusmiddelbruk, somatisk helse, nettverk og sosiale vaner, boforhold etc. Dette gir et godt grunnlag for å kunne iverksette tiltak – aller helst forhåndsbestemt sammen med brukeren i en behandlingsplan og kriseplan – dersom utviklingen begynner å gå i negativ retning. På den måten kan teamene bidra til en reduksjon i utviklingen av symptomer, en reduksjon i antallet og varigheten av innleggelse, og over tid en reduksjon i forekomsten av tvungent psykisk helsevern og døgninnleggelse.

Hvorvidt teamene skal ivareta alle nødvendige funksjoner knyttet til behandlingen og oppfølgingen av pasientene vil til dels være avhengig av modellens beskrivelse, dels av teamets faglige kompetanse, og dels av de lokale tjenestetilbud som er tilgjengelig for pasienten. Uansett hvilke oppgaver teamet utfører er det viktig at teamet tar et helhetlig ansvar for behandlingen som pasienten mottar.

Selv om norske ACT- og FACT-team har et helhetlig og overordnet ansvar for brukerne som er inkludert i teamet, vil samarbeid med andre tjenester og aktører stå sentralt. Fastlege, NAV, kommunalt

psykisk helse- og rusarbeid, ansatte i kommunale boliger, legevakt, akuttavdeling og DPS-avdelinger er noen av de aktørene rundt brukerne som teamene samarbeider med for å yte den beste helhetlige hjelpen. Teamet kan gi informasjon og veiledning overfor ansatte i DPS og kommunene som en del av den helhetlige hjelpen.

ERFARINGER FRA ET ACT-TEAM:

E

Ofte er det vi som kobler på andre tjenester fra våre samarbeidspartnere og vi ser det som en del av behandlingen at pasienten klarer å nyttiggjøre seg ordinære behandlingstilbud.

Vi har flere pasienter som har flyttet inn i bemanede boliger. Her har det vært naturlig å fortsette oppfølging fra ACT gjennom direkte pasientkontakt og veiledning av personalet.

Hva er faglig perspektiv i modellene?

Recovery – eller bedringsprosesser – er et sentralt faglig perspektiv som kjennetegner behandlingen/oppfølgingen som gis av ACT- og FACT-team. Perspektivet handler om at teamene baserer sin tenkning på at brukerne kan leve meningsfulle og tilfredsstillende liv selv om de har ulike psykiske og sosiale utfordringer. Perspektivet handler om å bevege seg fra «pasientsentrert» til «personsentrert» hjelp.

ACT/FACT-modellene bygger på et faglig perspektiv om at mennesker med alvorlige psykiske lidelser kan vokse, utvikle seg og leve gode hverdager. Hjelperne skal stille sin kompetanse og kunnskap til rådighet, samtidig som en skal verdsette, anerkjenne og vektlegge brukerens styrker og ressurser.

Selvbestemmelse og selvstyring står sentralt i recovery-prosessen. Hver person må finnes sin egen vei. Dette innebærer at teamet må akseptere brukerens valg også i de tilfeller der man mener de ikke er optimale. Sentrale elementer i recoveryorientert praksis og tenkning for å hjelpe brukeren til å finne sin vei og oppleve bedringsprosesser er:

- Myndiggjøring og gjenvinning av kontroll over eget liv

- Reetablering av en positiv personlig og sosial identitet, inkludert håndtering av stigmatisering og diskriminering
- Tilhørighet med andre, inkludert personlige forhold, familie og sosial inkludering i nærmiljøet
- Håp og optimisme med tanke på framtiden
- Å finne mening og hensikt med livet
- Ingen mennesker opplever en recoveryprosess alene. Familiemedlemmer og andre støttepersoner spiller som oftest en avgjørende rolle

I sluttrapporten om ACT-team ser en at teamene i sitt kliniske og praktiske arbeid er opptatt av brukernes styrker og ressurser, men at dette i liten grad ble formulert og synliggjort i behandlingsplaner og annen dokumentasjon. Begge modellene fremhever at behandlingsmøter gjennomføres sammen med brukeren. Hensikten med dette er at brukerens mål og behov for hjelp skal styre innholdet i behandlingen (Ruud & Landheim, 2014).

NAPHA har gitt ut to hefter om recoveryorientering i praksis: «100 råd som fremmer recovery. En veiledning for psykisk helsepersonell.» (Slade, 2017) og «Recoveryorienterte praksiser. En systematisk kunnskapsammenstilling.» (Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013).

Hva er fidelity – troskap til modellene?

Både ACT- og FACT-modellen har en fidelityskala integrert i modellen. Fra internasjonal forskning har vi kunnskap om at høy grad av troskap til modellen (uttrykt som høy skår på fidelityskalaen) gir bedre effekt av tilbudet (Ruud & Landheim, 2014)

Tool for Measurement of ACT (TMACT) er den fidelityskalaen som benyttes av norske ACT-team. Den består av seks hovedområder med til sammen 47 målepunkter. De seks områdene er drift og struktur, kjernebemanning, spesialistbemanning, kjerneaktiviteter, kunnskapsbaserte aktiviteter og individuelt tilpasset behandlingsplan.

Fidelityskala for FACT består av 60 punkter fordelt mellom de 7 områdene: teamstruktur; teamprosess; diagnostikk, behandling og intervensjoner; organisering av tjenestene; lokalt baserte tjenester; monitorering og profesjonalisering.

Både ACT- og FACT-modellen, og deres tilhørende fidelityskala, er utviklet for andre samfunnsforhold enn det norske (hhv. USA og Nederland). Derfor er det ingen norske team i dag som får full skår på alle punkter i de to fidelityskalaene. For eksempel er det ingen norske ACT- eller FACT-team som har døgndrift. Teamene har ikke vurdert dette som nødvendig for å kunne yte helhetlige tjenester etter modellene, da det er etablerte ordninger i Norge for å ivareta slike forhold som også brukere i ACT- og FACT-team kan gjøre seg nytte av.

Teamenes fleksibilitet er i dette henseende viktig, i det de har mulighet til å tilpasse sin innsats etter brukerens behov og i relasjon til tiltakene rundt. Dette understreker behovet for tett samhandling mellom teamene og øvrig tjenestetilbud på DPS-/kommunenivå.

Fidelityskalaen er et godt redskap å bruke både i etablerings- og driftsfasen for å se om teamets tenkning og praksis er i tråd med modellen.

ERFARINGER FRA ETABLERTE FACT-TEAM:



Vi gjennomfører årlig evaluering av teamets drift basert på fidelityskalaen. Dette gir et bilde av hvor høy troskap teamet har til modellen, og bidrar til at teamet holder seg til modellen.

Fidelityskalaene for både ACT-team og FACT-team er trykket i «ACT-håndbok. Inkludert en beskrivelse av FACT-modellen.» (2013). I september 2017 ble fidelityskalaen for FACT-modellen i Nederland revidert (Bähler, Delespaul, Kroon, Vugt van, & Westen, 2017).

Hvilke erfarte fordeler og ulemper har teamene med tavlemetoden?

For å ivareta teamtilnærmingen i modellene skal alle ansatte i teamet ha flere møter i uka, for å gjennomgå brukere som er i behov av kontinuerlig drøfting og planlegging. Et nyttig redskap for å sikre mest mulig oversikt for alle ansatte i teamet er «tavlemetoden». Denne metoden innebærer at teamet benytter en tavle til å skrive opp viktig informasjon om brukerne. Sentralt i «tavlemetoden» er at den tjener sin hensikt: at alle teamansatte til enhver tid er helt oppdatert over brukere som er i behov av teamtilnærming.

ERFARINGER FRA TEAMLEDER AV ETABLERT FACT-TEAM:

E

Jeg mener at det er viktig at teamet får mulighet til å gjennomføre daglige teammøter på morgenen for å koordinere teamarbeidet, sikre faglig tverrfaglighet, redusere turnover m.m. Tavla blir et hovedinstrument for å ivareta kommunikasjonen innad i teamet, samt sikre at ingen blir glemt. Videre bidrar tavla til å holde fokus og effektivisere møtene.

I ACT-modellen er alle pasientene satt på tavla og en gjennomgår den aktuelle situasjonen til *alle* daglig.

I FACT-modellen gjennomgås pasienter som er satt på tavla, dvs. de som er i behov for daglig behandling fra hele teamet.

Dersom teamet har psykiater og/eller psykolog ansatt på deltid, er det viktig at de prioriterer deltakelse på tavlemøtene.

I Norge er det ikke utarbeidet en nasjonal tavle. Etablerte team har av den grunn utarbeidet egne tavler, både fysiske og elektroniske i form av et Excel-ark. Manuelle tavler (whiteboard) stiller krav til de fysiske lokalene: at det er plass til å henge opp flere tavler i samme rom. Dersom antallet pasienter/brukere på tavlen blir høyt kan det være u hensiktsmessig å benytte manuelle tavler.

FACT Gamle Oslo har kjøpt og tilpasset den nederlandske FACT-tavlen (se «[FACT – Flexible Assertive Community Treatment – visjon, modell og organisering av FACT-modellen](#)» (2013) for en fremstilling av FACT-tavlen), mens Oppsøkende behandlingsteam (OBS-teamet) i Stavanger har utarbeidet en tavle som «snakker med» sykehusets journalsystemer. Det er nå tatt initiativ for å samordne de ulike utviklingsalternativer med sikte på å få en nasjonal versjon.

Det anbefales sterkt å samarbeide med helsefor-etakets/kommunens IKT-spesialister dersom elektronisk tavle skal etableres, slik at den blir forsvarlig satt opp og sikker i bruk med tanke på personverninteressene til pasientene.

Hvilke lover skal teamene jobbe etter?

Ettersom vi i Norge har en delt organisering av helsetjenesten mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, innebærer dette at det er forskjellig lovverk som styrer virksomhetene.

Utgangspunktet er at pasient- og brukerrettighetsloven gir pasienter og brukere rettighet til å få forsvarlig helsehjelp både fra kommunen og spesialisthelsetjenesten. Det er pasientens og brukerens tilstand som er avgjørende for hvilket tjenestenivå som skal yte helsehjelpen, og for målgruppen for ACT- og FACT-team er det nødvendig å få helsehjelp fra begge nivåer.

Det aller viktigste er at den helsehjelpen som ytes er faglig forsvarlig, innenfor rammen av lovverket, og at den er dokumentert. Det anbefales derfor å sette seg inn i de mest relevante lovene som regulerer dette feltet, og som både helsepersonellet og pasienten kan komme i befatning med.

Samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene/bydelene byr på organisatoriske utfordringer, og mange kan oppleve at det er juridisk komplisert å etablere teamet. Imidlertid er det mye som gir seg selv når man tar utgangspunkt i valg av organisatorisk plassering av teamet. Da faller hjemmel for virksomheten på plass. Team som utelukkende er organisatorisk plassert i spesialisthelsetjenesten har hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven, mens team som utelukkende er organisatorisk plassert i kommunene tilsvarende har hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven. Team med delt organisering må hjemle virksomheten sin i henholdsvis spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven.

Grunnleggende for virksomheten til alle ACT- og FACT-team er at pasientene har sine rettigheter etter pasient- og brukerrettighetsloven, uavhengig av hvordan teamet er organisatorisk plassert. Alle teamansatte er forpliktet etter helsepersonelloven i kraft av å jobbe i en helse- og omsorgstjeneste, som blant annet regulerer taushetsplikten og opplysningsplikten.

ERFARINGER FRA ET DPS-ORGANISERT ACT-TEAM:

E

Vårt team tilbyr ikke daglig utdeling av medisiner, ordinære hjemmehjelpsoppgaver (for eksempel vask av leilighet hver 14. dag), og drift av døgnbemannede boliger. Alt annet vurderes individuelt og styres av pasientens behov.

For team organisert som spesialisthelsetjeneste ytes både frivillig og tvungen behandling etter psykisk helsevernloven. For team organisert i kommunene vil helse- og omsorgstjenesteloven gjelde.

Det anbefales sterkt at de teamansatte setter seg inn i de relevante lover, forskrifter og retningslinjer som gir rammene for den virksomheten teamene skal drive. Disse finner man på Lovdata.no, og på Helsedirektoratets hjemmesider.

Hvordan ivareta teamenes behov for innsyn i kommunal journal og journal i spesialisthelsetjenesten?

Journal brukes blant annet for å dokumentere den behandling pasient mottar, hvilke vurderinger som ligger til grunn for de ulike tiltak, og hvilken effekt de ulike tiltak har. I tillegg brukes journalsystemet som en sikker kommunikasjonskanal mellom avdelinger på samme nivå, for eksempel mellom sykehusavdelinger i samme sykehus, og mellom del-tjenester/enheter i kommunen.

I ACT- og FACT-team er det viktig å kunne formidle relevant og viktig informasjon om bruker mellom aktuelle samarbeidspartnere, også mellom tjenestenivåene, for å kunne gi et forsvarlig og så godt tilbud som mulig. I rundskriv til helsepersonelloven (2018) omtales i [§ 25 opplysninger til samarbeidende personell](#). Her heter det at det er åpning for å gi opplysninger om pasienter også på tvers av tjenestenivåene, og videre: «Begrunnelsen for bestemmelsen er å ivareta pasientens behov for oppfølging og for å bidra til forsvarlige, rasjonelle og hensiktsmessige forhold i helsetjenesten.»

Team med delt arbeidsgiveransvar / organisatorisk plassering har tilgang til journal fra både kommunen og spesialisthelsetjenesten. Noen team har en «null prosent-stilling»² i det andre nivået enn der teamet er organisatorisk plassert for å kunne få journaltilgang i begge nivåene. En slik organisatorisk løsning kan bidra positivt for samhandlingen ved at teamansatte opprettholder sin ansettelse i kommune og spesialisthelsetjeneste, og kan fremme sammenhengen i tjenestene til brukerens beste.

ERFARINGER FRA ETABLERT ACT-TEAM MED DELT ORGANISATORISK PlassERING:



Vi har praktisert to parallelle journalsystemer der ansatte fører daglig journal i det systemet (sykehus eller kommune) de tilhører. Fordelen er at teamet kan innhente informasjon både fra eksempelvis hjemmesykepleie og personalbaser ute, og samtidig følge pasientene tett i journal under innleggelser i sykehus.

Team som er organisatorisk plassert i enten kommunen eller i spesialisthelsetjenesten, og som ikke har en tilgang til det andre nivåets journal, må løse behovet for informasjon på en annen måte. Dette kan være strukturerte tilbakemeldingsrutiner mellom teamet og samarbeidspartnere, slik at teamet blir informert om viktige endringer for eller hos pasient de ikke selv er kjent med.

Se for øvrig «Hvordan samarbeide med øvrige kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester?».

Hvordan finansieres teamene?

Det er fire kilder til finansiering av teamene, men ikke alle kilder brukes av teamene:

- Fra DPS og kommune(r). Dette er for alle teamene den viktigste.
- Innsatsstyrt finansiering (ISF) og bruk av særkoder³
- Egenandeler fra brukerne
- Tilskuddsmidler fra Fylkesmannen

Her er det åpent for mange modeller og løsninger. Det er sentralt at samhandlende parter opplever kostnadsfordelingen som rettfærdig, og at det avklares tidlig i etableringsfasen. Økonomisk fordeling bidrar til at partene får et eierskap til teamet og en mulighet til å legge føringer for roller, oppgaver og hvordan teamet skal samarbeide med andre instanser.

En mulig løsning, uansett organisatorisk plassering, er at etter at inntekter er fratrukket fordeles kostnaden med 50 prosent på helseforetaket og 50 prosent på kommuner/bydeler. I tilfeller hvor flere kommuner samarbeider med ett helseforetak må kommuneandelen fordeles etter en nærmere avtale. Her har etablerte team valgt

² Null prosent-stilling innebærer at personer kan få formell ansettelse i et tjenestenivå for å få begrensede tilganger til felles pasienter i journaler, men uten at arbeidsgiveransvar o.l. flyttes.

³ Regelverket for ISF og særkoder vedtas årlig i statsbudsjettet. Det anbefales at teamet setter seg grundig inn i vilkårene for ISF og bruk av særkoder slik det er omtalt i [IS-2689-2017: Innsatsstyrt finansiering 2018](#). For de kommende år vil det naturligvis være andre årstall som er gjeldende.

befolkningsgrunnlag (innbyggere over 18 år) og/eller teamets aktivitet i den enkelte kommune som grunnlag for slike avtaler. Dette innebærer etter-skuddsvis oppgjør.

Noen team med delt organisatorisk plassering har valgt å fordele kostnadene ut fra antallet ansatte de har ansvaret for i teamet. Samhandlingsavtalen bør da tydelig fordele kostnadene utover lønnskostnader (drift av biler, mobiler, lokaler, etc.). Også eventuelt overskudd må fordeles mellom partene.

Se vedlegg 6 – 11 (samhandlingsavtaler) for mer informasjon.

ANBEFALING FRA ETABLERT FACT-TEAM:



Hos oss fordeles inntekter og utgifter 50/50 mellom kommune og sykehus. Tror det er viktig for å forplikte begge parter.

I tillegg kan alle team årlig søke Fylkesmannen om tilskudd: «Tilbud til voksne med langvarige og sammensatte behov for tjenester og barn og unge med sammensatte hjelpebehov». Tilskudd annonseres på [Helsedirektoratets hjemmesider](#).

Skal teamet følge opp pasienter underlagt tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD)?

En andel av pasientene vil være underlagt tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD). Etter endringen i psykisk helsevernloven pr. 01.09.2017 kreves det nå en vurdering av pasientens samtykkekompetanse før eventuell tvungen behandling kan benyttes. Denne endringen vil antagelig medføre at færre pasienter blir underlagt TUD, men antallet pasienter som trenger omfattende oppfølging og behandling ikke endres i særlig grad.

For de pasienter som er underlagt TUD vil vernet måtte ivaretas av spesialister i spesialisthelsetjenesten. Team som ikke er tilknyttet spesialisthelsetjenesten kan ikke ha formelt ansvar for pasienter under TUD.

Teamene i Norge har forskjellig tilnærming til hvorvidt ansvaret for TUD skal ligge i teamet eller bli ivaretatt av spesialister utenfor teamet. Den helhetlige behandlingstilnærmingen teamene skal yte kan utmerket godt

inkludere TUD, samtidig som den fleksible tilnærmingmåten utmerket godt kan tillate at det motsatte er tilfellet.

Den generelle anbefalingen er at teamet som hovedregel inkluderer ansvaret for TUD i sin oppfølging og behandling av pasienter, men at det bør åpnes for at det i enkelte tilfeller kan være slik at ansvaret er plassert utenfor teamet, for eksempel av sikkerhetshensyn eller ved stor arbeidsbelastning på spesialister i teamet.

Hvordan følge opp psykisk syke med utfordrende atferd og gjengangerkriminalitet

Erfaringer fra etablerte ACT- og FACT-team viser at noen team får henvist alvorlige psykisk syke gjengangerkriminelle som er dømt til tvungen behandling. En del av disse lovbrύτεerne har svært høy gjentakelsesfare, og begår vedvarende samfunns-skadelig og plagsom kriminalitet. Norske ACT- og FACT-team har generelt sett liten erfaring med pasienter dømt til tvungen behandling, men andelen team som får slik erfaring er økende.

Dersom en person ved dom etter straffelovens § 62 er overført til tvunget psykisk helsevern, er det kapittel 5 i psykisk helsevernloven som kommer til anvendelse. I følge loven kan behandlingen enten gjennomføres i døgninstitusjon (tvunget vern med døgnopphold), eller som ambulant/poliklinisk behandling (tvunget vern uten døgnopphold). Det er den som er faglig ansvarlig for vernet som avgjør dette. Lovbruddets art, faren for gjentakelse og hensynet til samfunnets sikkerhet er blant de ting som skal vurderes i denne forbindelse.

Dersom ACT- eller FACT-teamet blir utpekt til å ha behandlingsansvaret for en person dømt til tvunget psykisk helsevern er det naturligvis viktig at vedkommende fyller vilkårene for å motta hjelp av teamet, samt at teamet er i stand til å vareta de forhold rundt vedkommende som dette medfører. En tett kontakt og dialog med den faglige ansvarlige er sterkt å anbefale.

Det er etablert en [nasjonal koordineringsenhet for dom til tvunget psykisk helsevern](#) under Oslo universitetssykehus HF og Regional

sikkerhetsseksjon Helse Sør-Øst, som også har kompetanse på dette feltet.

Proposisjon 122L (2014/2015) er lovforslaget om strafferettslige særreaksjoner, og kan leses på Regjeringen.no.

Det anbefales også å se på rapporten fra prosjektet [Mellom alle stoler](#), hvor ACT-teamet ved Tiller DPS var deltakende.

Hvordan bygge relasjon til brukere som er negative til behandling?

En av hensiktene med etablering av ACT- og FACT-team er å yte hjelp og bistand til personer som ellers ikke ville fått det. Dette kan noen ganger innebære at teamet må etablere behandlingsrelasjoner til personer som ikke ønsker behandling eller kontakt med helse- og omsorgstjenesten.

ACT/FACT-teamene har som mål at brukeren, pårørende og tjenesteyterne skal oppleve helsehjelpen som tilgjengelig, fleksibel, velkoordinert og sammenhengende. Teamene fokuserer på brukermedvirkning med vekt på at brukeren skal få hyppigere og mer intensiv hjelp og støtte. I all behandling er det brukerens ønsker og behov en tar utgangspunkt i ved utarbeidelse av behandlingsplan, mål, tiltak og kriseplan.

Etablerte team erfarer at tiltak som er nevnt i listen under kan fungere for å etablere relasjon i tilfeller hvor bruker er negativ til behandling:

- Individuell oppfølging basert på brukerens ønsker og behov for behandling og hjelp.
 - » Ofte er en innfallsvinkel brukerens behov for å rydde i økonomi eller boligforhold.
 - › Dette kan også hjelpe på stemningen overfor brukeren hos de tjenesteyterne som har håndtert dette, og vice versa.
- Oppfølging er tilgjengelig når bruker etterspør eller er «klar» for det.
- Stort fokus på fleksibilitet og tilgjengelighet.
- Personkjemi er viktig!
 - » Det er ikke alle som kommer like godt overens.

- Erfaringskonsulenten kan spille en stor rolle for å trygge vedkommende om å ta imot tilbudet.
- Teamet tilbyr det «lille ekstra».
 - » Gjøre litt mer ordinære ting, som oppleves viktig for brukeren.
 - › Ta med en matpakke, spandere kaffe
 - › Hjelp til med innkjøp
 - › Dra på fotballkamp, kino, teater, osv.

Videre anbefaler etablerte team at ACT- og FACT-teamene jobber med kontaktetablering over tid (inntil ett år), før en vurderer utskrivning fra teamet.

Ved behandling av pasienter uten samtykkekompetanse eller som er på tvang etter psykisk helsevernloven er det viktig at behandlingen tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet, og bør så langt som mulig være i overensstemmelse med pasientens behov og selvbestemmelse. Det må dermed lages individuelt tilpassede løsninger for hver enkelt pasient.

Hva er praksis rundt bruk av enkeltvedtak på ACT/FACT-tjenester?

En av hensiktene med ACT og FACT er at de skal møte behovene til mennesker som ordinære tjenester i kommunen og spesialisthelsetjenesten har utfordringer med å nå på en god nok måte. Grunnet ulik organisatorisk plassering har etablerte team ulik praksis når det gjelder bruk av enkeltvedtak for kommunale tjenester. Et enkeltvedtak synliggjør brukerens rett til kommunal helse- og omsorgshjelp. Både pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2 og forvaltningsloven § 28 gir brukeren rett til å klage på kommunale enkeltvedtak.

Team som er organisatorisk plassert i spesialisthelsetjenesten fatter vedtak om rett til behandling eller vedtak om avslag på henvisningen, i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2. Pasienten kan klage på vedtaket. Ved en slik organisatorisk plassering vil det være nødvendig at det fattes enkeltvedtak i kommunen om kommunale tjenester.

ERFARINGER FRA ETABLERT ACT-TEAM:

E

Vi er organisert i spesialisthelsetjenesten, og opererer ikke med kommunale enkeltvedtak. Hos oss er pasientens behov styrende og teamet utfører oppgaver som tradisjonelt gis av kommunen. Dersom det er behov for kommunale tilbud i tillegg er det viktig at det fattes enkeltvedtak på disse tjenestene.

Team som er helt eller delvis organisatorisk plassert i kommunen skal fatte enkeltvedtak for ACT-/FACT-oppfølgingen. Dette sikrer brukeren rett til å klage på tilbudet, og anses som svært viktig.

På den andre siden kan enkeltvedtak bli for innrammende, og redusere tilgjengeligheten og fleksibiliteten i behandlingen som ACT/FACT-brukerne er i behov av. ACT/FACT handler om at tjenestene skal være tilgjengelig når brukerne er tilgjengelig og ikke omvendt. Ikke minst kreves det at teamene er fleksible og kan «snu seg rundt» og intensivere behandlingen i de periodene det trengs.

Et vedtak bør ikke være så detaljert utformet at det binder opp tjenesteutførelsen på en uhensiktsmessig måte, men samtidig klart nok til at brukeren vet hva han/hun har krav på, og dermed også vil være klar over det når tilbudet ikke oppfylles. Vedtaksreglene er ikke til hinder for at ACT- og FACT-teamene skal kunne utføre sine tjenester på en fleksibel måte til beste for brukeren. Dette handlingsrommet er det viktig at teamene har.

ERFARINGER FRA KOMMUNALT FACT-TEAM:

E

Alle våre brukere har vedtak på kommunale helsetjenester. Vedtakene blir vurdert i et eget vedtaksmøte sammen med psykiater (samt psykolog når den er på plass). Vi har ikke noen konkret vedtak med direkte bruk av begrepet ACT/FACT i selve vedtaksteksten, men ordlyden i vedtakene sier noe om hvilken type tjeneste vi kan gi og hva tjenesten skal inneholde.

Se vedlegg 12 – 14 for eksempler på enkeltvedtak.

Skal brukerne betale egenandel for behandlingen?

Etablerte team har ulik praksis når det gjelder betaling av egenandel på behandlingen. [Forskrift om betaling frå pasientar for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetenesta](#) tydeliggjør at det ikke skal betales godkjent egenandel i følgende tilfeller:

- ved behandling der tilstanden til pasienten er til hinder for å krevje eigendelen, til dømes ved alvorlege sinnslidingar, behandling etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A, større akutt skade, medvitsløyse og dødsfall
- ved oppsøkjande behandling av rusmiddelavhengige

For det første må teamene ta stilling til om man skal kreve egenandel eller ikke fra pasienten. Regelverket gir anledning til å unnta pasienter fra egenandel under visse vilkår. Det er altså opp til teamet hvordan man vurderer den enkelte pasient i så henseende. Det vil være en urimelig og uhen-siktsmessig belastning for pasienten dersom man skulle kreve egenandel for behandlingstilbud man i egenskap av oppsøkende team påtvinger pasienten. I tilfeller der teamet oppsøker pasienter som avviser kontakt må det legges til grunn at egenandel fritas.

Generelt kan en tenke at pasienter som mottar ACT/FACT-behandling har mange ulike utfordringer, blant annet økonomisk. Erfaringer viser at økonomiske forpliktelser kan bli et hinder for relasjonsbyggingen og motivasjonen for å motta behandling.

ERFARINGER FRA ET FACT-TEAM:

E

Ingen av pasientene betaler egenandel hos oss. Det å kreve egenandel for konsultasjoner ser vi for oss som en kompliserende faktor i et allerede krevende relasjonsarbeid

Gitt at man velger at teamet skal ta egenandel må man ha regler for hvem man gjør det overfor og ikke. Vi er ikke kjent med at noen team gjør dette overfor alle sine brukere. Dernest må man vurdere for hvilke deler av de tjenestene brukeren mottar en skal kreve egenandel.

ANBEFALING FRA ETABLERTE TEAM:

A

Selv om loven gir teamene en mulighet til å kreve egenandel er det viktig at teamene foretar en individuell vurdering av den enkelte pasient når det gjelder betaling av egenandel for behandlingen.

Hvilken åpningstid skal teamet ha?

De fleste team i Norge har normalarbeidstid, fra kl. 08.00 til 15.30. Noen team har en ordning med utvidet åpningstid enkelte dager, og noen har en ordning med vakttelefon slik at brukere kan ta kontakt etter arbeidstid.

Fidelityskalaen for ACT beskriver at teamet skal være tilgjengelig 24/7. Dette er det ingen ACT-team i Norge som har oppfylt. Teamene har i stedet basert seg på samhandling med eksisterende tjenester for ivaretagelse av pasientene utenom åpningstiden, for eksempel legevakt, akutt-team ved DPS og akuttavdeling ved sykehuset.

Noen team har individuelle avtaler med brukere om at de kan ta kontakt utenom ordinær åpningstid. Andre team har satt som forutsetning i ansettelsesavtalene med teamansatte at man skal utvise en forståelsesfull og fleksibel holdning til arbeidstid dersom det er spesielle omstendigheter hos pasientene som krever særlig oppfølging.

Det anbefales at teamene organiserer et samarbeid med døgnåpne tjenester som pasientene kan kontakte ved behov. Det er viktig at den eller de som har kontakt med pasienten utenfor teamets åpningstid tar kontakt med teamet om dette, slik at teamet er oppdatert om relevante hendelser.

Erfaringer fra etablerte team er at det forekommer innleggelse i akuttavdelinger som teamet ikke blir informert om fra akuttavdelingen, på tross av kunnskap om at pasienten mottar tjenester fra teamet. Dette understreker behovet for utstrakt samhandling mellom tjenesteyterne rundt pasienten.

Hvordan samarbeider ACT- og FACT-teamene med øvrige kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester?

Sammenlignet med både USA og Nederland har Norge noen geografiske og administrative rammebetingelser som skiller seg ut, to forvaltningsnivåer som har ansvar for å gi helse- og omsorgstjenester,

og ikke minst godt utbygd kommunale tjenester.

I Norge gis tjenestene innen psykisk helse- og rusfeltet på to tjenestenivå, noe som utfordrer samhandlingen og samordningen. Hvert DPS har en eller flere kommuner i sitt opptaksområde. Det er en stor grad av kommunalt selvstyre, og innenfor kommunene kan det være lang vei mellom ulike enheter som psykisk helse, rustjenestene og NAV.

Det er ulike finansieringsløsninger og lovverk på de forskjellige forvaltningsområdene (kommunenes helse- og omsorgslovgivning, spesialisthelsetjenestelovgivningen). Det er forskjeller mellom tjenestenivåene når det gjelder lovpålagte oppgaver. For eksempel må tvungent psykisk helsevern utføres i spesialisthelsetjenesten. Utfordringen for ACT- og FACT-team er å samle og utføre oppgaver knyttet til begge tjenestenivåene.

TIPS!

T

I teamene skal ulike kulturer og fagtradisjoner samhandle og det knyttes ulike forventninger om hva et ACT/FACT-team skal gjøre. Enkelte team har blitt avviklet blant annet fordi det har vært uenighet om målgruppe og prioriteringer mellom samarbeidspartnerne (eierne).

Selv om ACT- og FACT-teamene skal ta ansvar for, og utføre, de fleste tjenester, viser erfaringer fra etablerte team i Norge at teamene er i behov av å etablere samarbeid med andre instanser.

Tidlig i etableringsfasen bør en innlede samtaler med potensielle samarbeidspartnere for å diskutere og tydeliggjøre målgruppe og praktisk arbeidsdeling mellom aktuelle samarbeidspartnere og teamet. Potensielle samarbeidspartnere i den sammenhengen er ulike kommunale tjenester, fastleger, NAV, poliklinikk og ulike sengeposter.

Kontinuerlige møter mellom aktuelle samarbeidspartnere og teamet gir rom for å drøfte ulike utfordringer som oppstår når noe nytt etableres. Ved å samsnakke vil det være lettere å finne ulike løsninger i fellesskap. Hyppig bruk av faste samarbeidsmøter, ansvarsgruppemøter og fast veiledning viser seg å være nødvendig og hensiktsmessig.

ANBEFALING FRA ETABLERT ACT-TEAM:

A

Det er nødvendig og nyttig å ha kontinuerlige møter med samarbeidspartnerne, også etter etableringsfasen. Vi tilstreber å ha månedlige/regelmessige samarbeidsmøter med ulike kommuner og enheter på DPS for å diskutere samarbeidet uavhengig av direkte pasientsaker. I tillegg gir møtene oss mulighet til å diskutere utfordrende pasientsaker. Ellers har vi ukentlige samarbeidsmøter med aktuelle samarbeidspartnere på DPS for god pasientflyt, og her diskuterer vi fordeling av pasienter ved henvisninger.

Mange team opplever at det kan være utfordrende å finne felles mål rundt enkelte pasienter. Kommunen og spesialisthelsetjenesten har varierende kompetanse, kulturer og praksis i hvordan en utøver hjelp, og dens type og mengde. Betydningen av strukturert samhandling internt i teamet og mellom teamet og samarbeidspartnere trekkes fram som en viktig erfaring fra flere team.

ERFARINGER FRA ET FACT-TEAM I SPREDTBYGD STRØK:

E

Vi er nødt til å samarbeide med kommunale tjenester. Vi har ansvar for all medikamentell behandling for våre pasienter, men vi klarer ikke følge opp dette selv. Derfor må flere involveres, selv om det kan forvirre pasienten. Vi løser utfordringen med gode samarbeidsformer som ansvarsgrupper og fast veiledning og koordinering sammen med kommunehelsetjenesten. Det skal aldri være tvil om at det er FACT-teamet som sitter med overordnet ansvar, selv om andre tjenester er ansvarlig for det arbeidet de utfører. Vi møter bofelleskap eller andre tjenester innen kommunen minimum en gang i uka.

Skal teamet samarbeide med fastlegene?

Mange av pasientene i ACT- og FACT-teamene har dårlig somatisk helse, og kan ha alvorlige somatiske lidelser som ikke er diagnostisert. Grunnene til dette kan være mange, blant annet at de oppsøker lege i liten grad og at det profesjonelle hjelpeapparatet rundt pasienten ofte er innrettet mot pasientens rusutfordringer, psykiske problemer og sosiale vansker.

Det er kjent at pasienter med alvorlig psykisk lidelse har anslagsvis 15–20 år kortere levetid enn gjennomsnittsbefolkningen. Uoppdagete, uavklarte og/eller ubehandlede somatiske problemstillinger

spiller her en vesentlig rolle, særlig hjerte-/karsykdommer og lungesykdommer (Helsedirektoratet, 2011).

Etablerte team melder om store forskjeller fra fastlege til fastlege i hvilken grad de har kompetanse og interesse for problemstillinger hos denne målgruppa. Fastlegen har et likeverdig ansvar både for somatisk og psykisk helse hos pasientene på sin liste. Også pasienter utenfor listen kan oppsøke fastlege ved øyeblikkelig hjelp-situasjoner. Team som har etablert et samarbeid med faste møter med fastlegen er i større grad fornøyd med fastlegens involvering i teamets arbeid.

ERFARINGER FRA ETABLERT ACT-TEAM:

E

Godt samarbeid med fastlege er også viktig for å kunne følge opp pasientens somatisk helse, ofte har vår pasientgruppe dårligere somatisk helse enn snittet av befolkningen. Godt samarbeid med fastleger og felles forståelse av pasientenes sykdomsbilde gjør det også lettere å jobbe for reduksjon av tvungent psykisk helsevern. Vi sender kopi av alle medisinerendringer til fastlegen så denne kan oppdatere medisinkort opp mot hjemmesykepleie og multidoser.

Fastlegene har en viktig rolle i helsetjenesten, og betydningen av en god samarbeidsrelasjon med fastlegen er derfor stor for den enkelte pasient. Mange utfordringer i pasientens liv kan bli lettere der hvor god samhandling rundt og med pasienten også inkluderer fastlegen.

Hvordan avslutte behandling/oppfølging fra ACT/FACT-team?

Et av kjennetegnene for målgruppa i ACT- og FACT-teamene er at de vil ha behov for et langvarig behandlings- og oppfølgingsforløp. Begge modellene vektlegger imidlertid en gradvis og langsom nedtrapping av tjenestetilbudet. I dette ligger å sikre overgangen til eventuelle andre tjenestetilbud (for eksempel poliklinisk tilbud på DPS og/eller oppfølging i bolig fra kommunale tjenester). Det anbefales at man lar denne fasen gå over tilstrekkelig lang tid. I prinsippet praktiserer begge modellene tidsbegrenset behandling og «åpen dør tilbake», forutsatt at behovet for tjenester fra teamet består. Likevel er det et mål at brukeren etter hvert

greier å ta vare på seg selv uten behov for den tette oppsøkende behandling som teamene gir.

ERFARINGER FRA ET FACT-TEAM:

E

Når en pasient skal avslutte behandling i teamet, skal det gjennomføres en avslutnings-samtale hvor lege og/eller psykolog deltar. Vi har utarbeidet en rekke «hjelpespørsmål», som vi bruker når vi vurderer avslutning av behandling.

I modellene skal ikke pasientene skrives ut selv om de velger bort behandlingen fra tid til annen. Her understrekes det at en godt kan jobbe et år med utvikling av en god samarbeidsrelasjon før en velger å avslutte behandlingen.

ERFARINGER FRA ETABLERT FACT-TEAM:

E

En av fordelene med at teamet samarbeider med andre aktører vil være at pasienten etablerer kontakter utover teamet. Det kan være positivt ved en eventuell utskrivelse fra teamet.

Se vedlegg 15 for hjelpespørsmål når pasient skal skrives ut av FACT.

Hvordan håndtere uenigheter?

ACT- og FACT-arbeid er samhandling mellom tjenestenivåene, og det er neppe til å unngå at det kan oppstå uenigheter eller konflikter mellom teamet og samarbeidspartnere, og mellom samarbeidspartnerne, om for eksempel behandlingsvalg, målgruppe, inklusjon av enkeltpasienter og utskrivning.

Teamleder har en viktig rolle i å håndtere slike konflikter. Det anbefales at man setter seg ned og snakker med dem som er berørt og skisserer den felles målsetting man har om å bedre pasientens helsetilstand og livskvalitet, samt blir enige om hvordan veien går videre rundt den enkelte pasient og hvordan teamet og samarbeidspartneren skal håndtere konflikter i fremtiden.

Dersom konflikten ikke lar seg løse på lavest mulig nivå, dvs. der hvor konflikten har oppstått, er det nødvendig å løfte problemstillingen inn i teamets styrende organ og eventuelt vise til avsnittet om konflikthåndtering som bør være beskrevet i samhandlingsavtalen.

ANBEFALING FRA ETABLERT ACT-TEAM:

A

Hos oss håndteres uenighet om organisatorisk plassering og økonomi av styrende organ. Teamet konsentrerer seg om klinisk arbeid og samhandling om det faglige tilbudet.

Det kan også oppstå konflikter internt i teamet, mellom fagpersoner som kan være uenige om behandlingsvalg og om hvordan pasienten skal ivaretas på beste måte. Slike konflikter kan være opprivende for teamet, for arbeidsmiljøet og for effektiviteten teamet har i sitt arbeid. Det er derfor av stor betydning å håndtere denne type problemstillinger på en tydelig måte som ansvarliggjør fagpersoner i å tåle uenighet, og bidra til at faglige diskusjoner blir en berikelse for teamet.

Hvordan vedlikeholde teamet?

Etter etableringsfasen er det av stor viktighet at teamet vedlikeholder sin praksis. Det kan være krevende å skulle opprettholde grunnideen om teamet etter hvert som tiden går og sprik i forventinger fra brukere, pårørende, samarbeidspartnere og interessenter blir tydeligere og sterkere. Teamet bør derfor evalueres jevnlig og eventuelt justere kursen ved behov. Slik evaluering kan skje som et avtalt opplegg i samhandlingen om teamet, og/eller ved bruk av eksterne ressurser. NAPHA og NKROP har planer om å opprette såkalte «auditor team». Disse skal kunne tilby ACT-team (og etter hvert FACT-team) en evaluering i henhold til fidelityskalaen.

En måte teamet selv kan ha oversikt over sin egen virksomhet på er ved aktivt bruk av fidelityskalaen. Dette vil bidra til en forståelse av om teamet lever opp til modellen, eller om det er avvik fra modellen som det er verdt å justere. ACT- og FACT-fidelityskalaene finnes i «[ACT-håndbok. Inkludert beskrivelse av FACT-modellen](#)» (2013). Se for øvrig «Hva er fidelity – troskap til modellen?».

I tillegg kan det være aktuelt å benytte anerkjente kliniske kartleggingsverktøy som benyttes i forskningssammenhengen på både ACT- og FACT-team. Team som deltar i evaluering får

sin virksomhet vurdert etter mange kriterier som kommer til uttrykk gjennom bruk av forskjellige verktøy. Effekt på brukere kan måles, og ved å ha faste målepunkter kan en utvikling over tid på individnivå synliggjøres.

Noen verktøy som ble brukt i pasientkartleggingen i nasjonal evaluering av ACT-team (Ruud & Landheim, 2014) var:

- skjema for livssituasjon og helse, vurdering av positive og allmenne symptomer (BPRS)
- generelle helseproblemer og boligforhold (HoNos)
- bruk av rusmidler (Audit, Dudit, Alkohol-E, Dudit-E)
- symptombelastning og funksjonsnivå (GAF-S og GAF-F)
- praktisk og sosial fungering (PSF)
- engasjement og akseptering av kontakt (HEAS)
- livskvalitet (MANSA)

Også en detaljert kartlegging av teamets daglige virksomhet er en nyttig måte å dokumentere teamets samlede aktivitet, som ikke ellers vises ved datainnsamling fra journal eller andre sammenhenger. ACT-teamene som ble evaluert i perioden 2009–2014 brukte et «ukeskjema» (se vedlegg 16) for å dokumentere behandlingen teamet ga til den enkelte bruker. I «ukeskjemaet» registrerte alle teamansatte sine kontakter med brukerne i løpet av en uke med koder for hvor kontakten skjedde og innholdet i kontakten (Ruud & Landheim, 2014).

ANBEFALING:

A

Bruk «ukeskjemaet» i kortere perioder på 2–4 uker et par ganger i året for å dokumentere aktiviteten. Dette er også av viktighet for samhandlingspartene, som gjerne har stor interesse av kunnskap om teamets samlede virksomhet.

4 Hvordan tilpasse FACT-modellen til spredtbygde strøk?

Det vil være noen utfordringer med å implementere modeller som ACT og FACT, utviklet i andre land og under andre rammebetingelser, til ulike norske kontekster. Norge er kjennetegnet av lav befolkningstetthet, mange kommuner med få innbyggere og lange reiseavstander. FACT-modellen legger opp til oppsøkende virksomhet, og kravene til intensitet i tjenesten og teamtilnærming vil være vanskelig å innfri dersom befolkningstettheten er lav og reiseavstandene lange.

ERFARINGER FRA ETABLERT FACT-TEAM:

E

Noen har ment at reisetid heller kunne vært brukt på pasientbehandling i poliklinikk. Ser vi på reduksjon i bruk av liggedøgn går regnskapet opp i vår favør. I tillegg følger vi opp pasienter som ikke ville møtt i poliklinikk. Vi bruker mye av reisetiden til telefonsamtaler med pasienter og samarbeidspartnere og den må ikke betraktes som «dødtid».

Hvordan tilpasse modellen ved få personer i målgruppa og lange reiseavstander?

I Norge er det etablert FACT-team med langt færre brukere enn hva som er beskrevet i modellen. Rapporten «Potensialet for Assertive Community Treatment (ACT) og Fleksibel ACT (FACT) i Norge» argumenterer for at det kan etableres et FACT-team i tilknytning til DPS-enheter med et befolkningsgrunnlag på 15 000 eller mer. Videre viser rapporten til at de fleste regioner ikke vil ha barrierer knyttet til reiseavstand, selv om noen brukere vil bo mer enn en time fra der teamet er lokalisert (Landheim et al., 2017).

Erfaringer fra etablerte team viser at en forholdsvis stor andel av FACT-team må etablere et behandlingstilbud til brukere både i nærmiljøet og brukere som bor lengst unna.

En modifisering av modellen rundt brukere som bor langt unna teamet eller som bor i områder der det er lite hensiktsmessig å etablere et team, kan innebære å etablere en samhandling mellom

nivåene *rundt den enkelte bruker*. Tilgangen på spesialisthelsetjenesten vil på den måten styrkes, og samhandlingen koordineres gjennom et delt ansvar for behandlingen og oppfølgingen. Det er viktig at samhandlingsansvaret er klart definert både ved lav- og høyintensitet i behandling/oppfølging. Det innebærer at roller og ansvar mellom nivåene må tydeliggjøres og formaliseres i en samhandlingsavtale slik at behandlingen følger brukerens behov for tjenester uansett bosted. For å løse samhandlingsutfordringer i områder med lange reiseavstander og få kommunalt ansatte kan det være hensiktsmessig å etablere samhandling *mellom* kommuner knyttet til teamene, slik at tilbudet til brukerne kan opprettholdes. Dette er særlig aktuelt når brukeren er «på tavlå», og i forbindelse med ferieavvikling. Dette bør være en del av samhandlingsavtalen om teamet.

For mer informasjon om muligheter og barrierer knyttet til etablering av ACT- og FACT-team i Norge, se: «[Potensialet for Assertive community treatment \(ACT\) og Fleksibel ACT \(FACT\) i Norge](#)» (Landheim et al., 2017).

ERFARINGER FRA ET RURALT FACT-TEAM:

E

Vi har behandlings- og koordineringsansvaret, men involverer ansatte i kommunene direkte i den praktiske og kliniske oppfølgingen der det vurderes som nødvendig. Vi håndterer store reiseavstander ved at kommunene der brukeren bor og oppholder seg utfører tjenester som teamet ellers ville gjort. Det vil si at noen typer tjenester delegeres til kommunene selv om det er vi som har et overordnet ansvar for tjenestene.

Denne erfaringen viser at teamet har et overordnet ansvar for at brukeren får helhetlige og integrerte tjenester, men organiseringen krever mer koordinering ved at flere av tjenestene er delegert til, og utføres av, kommunen.

ERFARINGER FRA ETABLERT FACT-TEAM:

E

Vi følger opp flere brukere som bor i kommuner med i overkant av to timers reiseavstand hver vei. Disse kommunene går inn med en 20 prosent stilling i teamet, men de er fortsatt ansatt i kommunen. Ved behov for intensiv oppfølging kan den kommunalt ansatte ha et særskilt ansvar for å følge opp brukeren i «sin» kommune, og med teamet i ryggen.

Hva finnes av digitale verktøy og hvordan ta dem i bruk?

En viktig metode for å oppnå at alle i teamet kjenner alle brukerne er tavlemetoden (se «Hvilke erfaringer fordeler og ulemper har teamene med tavlemetoden?»), noe som innebærer gjennomgang av samtlige brukere på tavla, som trenger intensiv behandling/oppfølging hver dag eller flere ganger i uka.

I de tilfellene der teamansatte oppholder seg i kommuner hvor det er etablert en samhandlingsstruktur rundt enkelte brukere, eller at reiseavstand til teamet er lang, kan fysiske møter være vanskelig å få til. En måte å håndtere dette på er at noen av case-drøftingene eller tavlemøtene gjennomføres ved bruk av telekommunikasjon eller IKT-løsninger, for eksempel bruk av Skype for business eller Norsk Helsenett. Gitt at disse forutsetningene dekkes vil en kunne håndtere samhandling og lange reiseavstander.

Noen team har gode erfaringer med å kompensere for lange avstander ved å bruke PC og nettbrett oppkoblet til egne systemer, og de har tavlemøte ved hjelp av videokonferanse når det er nødvendig.

ANBEFALING:

A

Alle kommunene og DPS bør ha etablert et videokonferanserom med krypterte linjer for å få bedre samhandling der hvor det er lite hensiktsmessig med fysiske møter

Hvordan løse kompetanse- og profesjonskravet i modellen?

I spredtbygde strøk kan det være vanskelig å få til å etablere team som består av de ulike yrkesgruppene som modellen krever. Små kommuner kan ha få ansatte i sine rus- og psykisk helsetjenester, og vil ha utfordringer knyttet til å skaffe tilstrekkelig bredde og dybde i kompetansen. Det er ikke nødvendigvis slik at de ansatte har denne kompetansen på de ulike

områdene. En konsekvens kan være at de ansatte i teamet vil arbeide mer som generalister enn spesialister.

Det er viktig at DPS supplerer med kompetanse kommunen ikke har. Det skal være både psykolog og psykiater i et FACT-team. Også annen kompetanse fra DPS kan være relevant for å styrke teamet, for eksempel spesialsykepleiere/-vernepleiere. DPS i spredtbygde strøk vil ha varierende tilgang på spesialistkompetanse, selv om de skal ha psykolog og psykiater blant de ansatte. Ved knapphet på psykolog- og/eller psykiaterressurser må teamet ta aktivt stilling til hvordan ressursen best skal utnyttes, for eksempel hvilke møter de skal delta i og hvordan optimalisere det kliniske arbeidet de skal utføre, sett opp mot reiseavstander og stillingsstørrelse. Se for øvrig «Hvilke erfaringer fordeler og ulemper har teamene med tavlemetoden?».

De fleste av FACT-teamets målgruppe er allerede brukere av DPS, enten poliklinisk eller i form av innleggelse i døgnenhet. Ved etablering av FACT-team skal psykiater og psykolog følge opp pasienter også utenfor de tradisjonelle spesialisthelsetjenestene. Det innebærer at psykiater og psykolog i større grad må ivareta målgruppas behov ute i lokalsamfunnet, og støtte og styrke det øvrige profesjonelle hjelpeapparatet som har ansvar for daglig oppfølging av pasienten. Dette betyr at psykiater og psykolog må jobbe på en annen måte, og være mer tilgjengelig og oppsøkende enn det som er vanlig.

Det er lovbestemt at det fra 2020 skal være ansatt psykolog i alle norsk kommuner. Dette er en ressurs som kan komme til nytte ved etablering av FACT-team i spredtbygde strøk.

Hvilke team er det behov for?

Det er viktig å tenke gjennom hvilke psykisk helse- og rusteam som trengs i spredtbygde strøk. Det er for eksempel ikke hensiktsmessig med mange team i små kommuner, og i større og mer uoversiktlige kommuner er det viktig å skape forutsigbarhet for brukerne. Kommunene bør derfor i samarbeid med DPS vurdere om eksisterende oppfølgings- og/eller behandlingsteam, som for eksempel ambulante akutt-team, skal ses i sammenheng med et team etter FACT-modellen.

REFERANSER

- Aakerholt, A. (2013). *ACT-håndbok. Inkludert en beskrivelse av FACT-modellen*. (2. utgave). Hamar: Nasjonal kompetansetjeneste ROP, Sykehuset Innlandet HF.
- Bähler, M., Delespaul, P., Kroon, H., Vugt van, M., Westen, K. (2017). Workbook. FACT fidelity scale 2017. Utrecht, NL: CCAF.
- Borg, M., Karlsson, B. & Stenhammer, A. (2013). *Recovery-orienterte praksiser. En systematisk kunnskapssammenstilling*. (Rapport nr. 4/2013). Trondheim: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA).
- Dieterich, M., Irving, C.B., Bergman, H., Khokhar, M.A., Park, B., & Marshall, M. (2017). *Intensive case management for people with severe mental illness*. London, UK: Cochrane.
- Forskrift om pasientbetaling for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetenesta. (2016). *Forskrift om betaling fra pasientar for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetenesta*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Forvaltningsloven. (1967). *Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker*. Oslo: Justis- og beredskapsdepartementet.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- IS-2689. (2017). *Innsatsstyrt finansiering 2018*. Regelverk. Oslo: Helsedirektoratet.
- IS-1948. (2011). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser*. Nasjonal faglig retningslinje. Oslo: Helsedirektoratet.
- IS-IS-8-2012. (2018). *Helsepersonelloven med kommentarer*. Rundskriv. Oslo: Helsedirektoratet.
- Landheim, A., Ruud, T., Odden, S., Clausen, H., Heiervang, K., & Stuen, H.K. (2015, 7. september). ACT-team – endelig et tilbud som virker. *Dagens Medisin*. Hentet fra <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2015/09/07/act-team--endelig-et-tilbud-som-virker/>
- Landheim, A., Hoxmark, E., Aakerholt, A., & Aasbrenn K. (2017). *Potensialet for Assertive Community Treatment (ACT) og Fleksibel ACT (FACT) i Norge*. (Rapport nr. 3/2017). Hamar: Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP), Høgskolen i Innlandet og Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA).
- Molodynski A., & Burns T. (2011). What does research tell us about assertive community treatment? I C. Williams, M. Firn, S. Wharne, & R. Macpherson (Red.) (2011). *Assertive Outreach in Mental Healthcare: Current Perspectives* (s. 1-14). Chichester, UK: Wiley-Blackwell.
- Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA). (2018). *Individuell jobbstøtte (IPS)*. Hentet fra <https://www.napha.no/content/20131/Individuell-jobbstotte-IPS>.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Prop. 15 S (2015–2016). (2015). *Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Prop. 122 L (2014–2015). (2015). *Endringer i straffeloven 2005 mv. (strafferettslige særreaksjoner m.m.)*. Oslo: Justis- og beredskapsdepartementet.
- Psykisk helsevernloven. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Ruud, T., & Landheim, A. (2014). *Utprøving av ACT-team i Norge. Hva viser resultatene?* Hamar: Nasjonal kompetansetjeneste ROP, Sykehuset Innlandet HF, med Akershus universitetssykehus.
- SIFER (Sikkerhets- fengsels- og rettspsykiatri – nasjonalt kompetansenettverk). (2016). *Mellom alle stoler. Samlet rapport fra Oslo, Trondheim og Bergen*. Hentet fra: <http://sifer.no/nyheter/detalj/mellom-alle-stoler>
- Slade, M. (2017). *100 råd som fremmer recovery. En veiledning for psykisk helsepersonell*. (2. utgave. Norsk oversettelse.) Trondheim: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Straffeloven. (2005). *Lov om straff*. Oslo: Justis- og beredskapsdepartementet.
- Veldhuizen, J.R., & Bähler, M. (2013). *Manual Flexible Assertive Community Treatment. Vision, model, practice and organization*. Groningen, NL: Manual Flexible ACT.
- Weber, A. K., & Fram, M. J. F. (2016). *Brukeransettelser. Håndbok for virksomheter som ønsker å ansette personer med egen erfaring innen psykisk helse- og rusfeltet*. (2016:1). Skien: Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.

5 Vedlegg

VEDLEGG 1: EKSEMPEL PÅ UTREDNINGS-ARBEID KNYTTET TIL FACT-ETABLERING

Konklusjoner og anbefalinger i utredningen

Dagens klare skille mellom nivåene (kommune og helseforetak) gir en todelt organisering som ikke er til det beste for brukergruppen som er i behov av tjenester både fra kommune og spesialisthelsetjenesten. Etablering av et FACT-team vil være et godt tiltak som samler og organiserer kompetansen, slik at de mest hjelpetrengende brukerne bedre kan nyttiggjøre seg tilbudene. FACT vil være i tråd med sentrale føringer som er gitt av regjering og storting i de senere år. Økt samhandling er påkrevd for å ivareta dagens og fremtidens oppgaver og for å kunne gi bedre tilbud enn det vi får til hver for oss.

Prosjektgruppen mener det er essensielt å være trofast mot modellen og metodikken i FACT. Vi mener det vil være stor usikkerhet om resultat og effekter hvis man forlater konseptet og etablerer lokale tilpasninger. Teamet må være så robust at det kan utføre alle funksjoner som ligger i modellen.

Prosjektgruppens anbefalinger bygger på at kommune etablerer et FACT-team. Skulle andre kommuner inviteres til å delta i samarbeidsprosjektet er det flere forhold som må vurderes på nytt.

Prosjektgruppen har følgende anbefalinger til et evt. hovedprosjekt:

Målgruppe:

- Brukeren må ha fylt 18 år og bosatt i kommune
- Brukere med ROP-lidelser. Det vil si alvorlig/moderat psykisk lidelse i samtidig kombinasjon med ruslidelse
- Brukere med alvorlig/moderat psykisk lidelse med stor grad av funksjonssvikt
- Brukere med ruslidelse med stor grad av funksjonssvikt
- Brukere med personlighetsforstyrrelse under visse forutsetninger

Inntakskriterier:

- Psykisk lidelse eller ruslidelse som krever langvarig oppfølging og/eller behandling
- Alvorlig svikt i sosial fungering og ofte i kombinasjon med funksjonsnedsettelse på andre livsområder
- Det er en årsakssammenheng mellom de to oven nevnte kriteriene
- Det er nødvendig med tverrfaglig samordnet hjelp og oppfølging, for å få gjennomført en behandlingsplan
- De ordinære tjenestene fungerer ikke godt nok for brukeren
- Bruker er ikke i stand til å nyttiggjøre seg de allerede etablerte tjenestene
- For brukere med personlighetsforstyrrelser skal det i særlig grad vurderes om lidelsen tilsier at brukeren kan gjøre seg nytte av og profitere på behandlingstilbudet fra et FACT-team

FACT-teamet organiseres som en egen enhet under DPS. DPS har arbeidsgiveransvar for alle ansatte i teamet.

FACT-teamets virksomhet forankres i lov om spesialisthelsetjenester.

De kommunalt ansatte som bekler funksjoner i teamet innvilges permisjon fra sine stillinger i kommunen.

FACT-teamet skal etableres ut fra modellen i FACT-håndboken og inneha de ressurser og den kompetanse som modellen legger til grunn.

Prosjektgruppen har følgende anbefalinger om tiltak for videre utredninger i et evt. hovedprosjekt:

- Organisering og lokasjon.
- Samhandling og avklaring mot de ulike tjenester som blir berørt av FACT.
- Ansettelse og rekrutteringsprosesser.
- Økonomiske og administrative tilpasninger og konsekvenser.
- Informasjon og forankring i organisasjonene.
- Etablere ny samarbeidsavtale mellom partene.
- Avklare oppstart

VEDLEGG 2: STILLINGSBESKRIVELSE ERFARINGSKONSULENT, ACT-TEAM

Sykehuset og kommunen driver i dag ACT-teamet. Teamet driver aktivt oppsøkende behandling. Målgruppen er voksne personer over 18 år med nedsatt funksjonsnivå på grunn av alvorlig psykisk lidelse og tilleggsproblematikk som rusavhengighet eller andre sammensatte utfordringer. Ansatte i teamet skal støtte den enkeltes bedringsprosess og i perioder tilby tett oppfølging for å forebygge kriser, hindre innleggelse i sykehus og bidra til å stabilisere en vanskelig situasjon. Arbeidet er recoveryorientert og i dette inngår også fokus på arbeid, aktivitet, opplæring og veiledning. Vårt team har vært i virke siden 2011 og består i dag av psykiater, ruskonsulent, psykiatrisk sykepleier, sosionom, miljøterapeut og psykolog.

Med erfaringskonsulent skal teamet styrke brukerperspektivet, brukervedvirkning og recovery-tenkningen i ACT-teamet og tilby bedre tjenester ved å ta i bruk erfaringskompetanse i tjenesteytingen.

Vi søker etter en engasjert og dyktig person som ønsker å bruke egne erfaringer for å hjelpe og støtte andre og har evne til å gi håp.

ACT-teamet har tilholdssted i sentrum i kommunes lokaler. Fire stillinger er underlagt kommune og 2,5 stilling kommer fra sykehuset.

Arbeidsoppgaver

- Erfaringskonsulenten inngår som likeverdig medarbeider i teamet
- Møte brukerne på en personlig og nær måte, opprettholde kontakten over tid, gi informasjon om bedring, rehabilitering og brukerrettigheter
- Dele sine erfaringer, representere håp, motivere og være en positiv rollemodell
- Skal jobbe klinisk og pasientrettet og samtidig representere brukerkompetansen i teamarbeidet, teammøter og beslutningsprosesser
- Støttesamtaler og praktisk bistand ut fra brukerens behov
- Samarbeide med pårørende og andre hjelpeinstanser som sengeposter, poliklinikker, andre kommunale tjenester, Nav, Trom, samt ulike instanser på brukernes arena (arb. giver, studiested, ol)

Kvalifikasjoner

- Erfaring som bruker i forhold til egen psykisk lidelse og/eller rusavhengighet
- Avklart forhold til egne livserfaringer
- Villig til å bruke egne erfaringer/kompetanse i arbeid med enkeltpersoner og i team
- Gode norskkunnskaper muntlig og skriftlig
- Gode datakunnskaper er ønskelig
- Fordel med erfaring med arbeid med brukervedvirkning og kjennskap til brukerrettigheter
- Høyere utdanning ingen krav, men heller ingen hindring for stillingen
- Førerkort klasse B

Personlige egenskaper

- Gode relasjonsevner
- Samarbeidsorientert - både kunne jobbe selvstendig og i team
- Fleksibel og samtidig strukturert
- Personlig egnethet vil bli tillagt stor vekt

Vi tilbyr

- Engasjerte og dyktige samarbeidsvillige kollegaer.
- Utviklingsmuligheter som fagperson. Teamet er etterspurt som forelesere og har bidratt til Nasjonal Helsekonferanse, KS Læringsnettverk, samt opplæringsdager i forhold til opplæring av RoP-retningslinjer.
- Deltakelse på opplæringsprogram i ACT-modellen
- Et team med høy kontinuitet, allsidige og varierte arbeidsoppgaver hvor ingen dager er like
- Jevnlig samarbeid/kollegaveiledning med andre erfaringskonsulenter på sykehuset og i kommunen
- Lønn etter avtale som minimum fagarbeider

VEDLEGG 3: STILLINGSBESKRIVELSE ERFARINGSKONSULENT, FACT-TEAM

Vi søker en erfaringskonsulent/ brukerspesialist til prosjektstilling i vårt FACT- team. 80 % prosjektstilling med 1 års varighet. FACT - teamet (fleksibelt aktivt oppsøkende behandlingsteam) er et samarbeidsprosjekt mellom kommune og DPS. Teamet gir oppfølging og behandling til mennesker med alvorlig psykisk lidelse og rusavhengighet. Arbeidsformen kjennetegnes av utstrakt oppsøkende virksomhet i tverrfaglig team.

Teamet består i dag av psykiater, psykiatriske sykepleiere, ergoterapeut, sosionom, vernepleier, psykolog og merkantil ansatt.

Arbeidsoppgaver

- Ambulant tjenesteyting etter FACT modell
- Coaching og veiledning av pasienter for å fremme mestring, individuelt og eventuelt i gruppe
- Opplæring og/ eller ad-hoc veiledning til alle teammedlemmer i recovery strategier

Kvalifikasjoner

- Du har egenerfaring med psykisk lidelse (selv vært syk) og har et avklart forhold til dette
- Helsefaglig utdanning på høyskolenivå eller høyere nivå
- God evne til å kommunisere med øvrige ansatte, samarbeidspartnere og brukere/pasienter
- Kunne bruke norsk skriftlig og muntlig
- Legges vekt på personlig egnethet

Utdanningsretning

- Helse-, sosial- og idrettsfag

Utdanningsnivå

- Høyskole/Universitet/Diplom/Bachelorgrad Cand. Mag.

Personlige egenskaper

- Er fleksibel og innehar meget gode samarbeidsevner
- Er engasjert
- Kan motivere og inspirere
- Kan både jobbe selvstendig og i team
- Har stå på vilje og gjennomføringsevne

Vi tilbyr

- Et hyggelig, aktivt og tverrfaglig arbeidsmiljø
- Mulighet for å tilhøre fagmiljø både i DPS og kommune
- 80 % stilling. Lønnstrinn 40 - Kr. 512 100,- pr år

VEDLEGG 4: EKSEMPEL PÅ STILLINGSANNONSE TEAMLEDER

FACT-Team koordinator / case manager

Sykehusets oppgaver er pasientbehandling, utdanning, forskning og opplæring av pasienter og pårørende. Vi har virksomhet innen somatikk, psykisk helsevern, rusomsorg og prehospitaltjenester. Som ett av landets største helseforetak stort antall faggrupper, og er et stort kompetansemiljø.

.....her føres inn organiseringen av den gjeldende virksomheten teamet er en del av.

FACT organiseres i et samarbeid med kommune og NAV, som et eget team organisatorisk plassert i DPS, under etablert enhet. Dette er i første omgang et prosjekt, med mål om videreføring og varig drift. Teamkoordinator skal være faglig operativt ansvarlig for oppbygging og utvikling av teamet.

FACT er en behandlingsmodell som skal gi oppfølging og behandlingstilbud til pasienter fra gjeldende kommune, med alvorlig psykisk lidelse og ROP-lidelse, som ikke nyttiggjør seg eksisterende tjenester. FACT skal være et tverrfaglig sammensatt team bestående av overlege, psykolog, sykepleier/vernepleier/sosionom/ergoterapeut, brukerspesialist, arbeidsspesialist, med inntil 10,4 stillinger. Nasjonal kompetanse-tjeneste ROP vil drive følgeforskning av teamets arbeid.

FACT-Team koordinator 100 % stilling. (Flexible Assertive Community Treatment).

Det lyses ut en 100% stilling som er delt mellom to funksjoner - 50% teamkoordinator 50% case manager (personlig veileder), i en prosjektstilling for 2 år, med mulighet til forlengelse etter evaluering. Det er viktig at personen er 100% til stede i teamet, men det er bare avsatt ressurser til 50% teamkoordinator. I de resterende 50% arbeider vedkommende som case manager i direkte klinisk arbeid. Stillingen er plassert i linje, med enhetsleder ved *gjeldende* enhet som nærmeste leder.

Driften følges for øvrig opp av et driftsråd, som er sammensatt av alle involverte parter. FACT-teamet planlegges for å kunne yte fleksible tjenester i tidsrommet kl. 08.00 - 21.30 på hverdager.

FACT-teamet skal samarbeide nært med øvrige enheter i DPS, andre deler av psykisk helsevern, samt fastleger og primærhelsetjenesten, legevakt, NAV, somatisk sykehus, barnevern, politi m.v.

Oppstart etter avtale.

Arbeidsoppgaver

- Fagansvarlig for FACT-teamet.
- Oppbygging og utvikling av teamet.
- Koordinering av teamets arbeid.
- Planlegging, evaluering og rapportering til enhetsleder og driftsråd.
- Sikre pasientflyt, dokumentasjon og overholdelse av frister.
- Sikre at pasientoppfølging – og behandling blir drøftet tverrfaglig.
- Motta og behandle henvisninger i samarbeid med eget inntaksteam.
- Ha oversikt over aktive pasienter og sikre at de til enhver tid etablerte avtaler og tiltak gjennomføres
- Delta aktivt i daglig drift og ha et overordnet ansvar for fordeling av pasienter i teamet.
- Sikre at pasienter får behandling og oppfølging i tråd med gjeldende lover og forskrifter.
- Ivareta dokumentasjon i DIPS og andre fagsystemer i henhold til journalforskriften.
- Ledet teamets møter med god struktur og faglig refleksjon.
- Sikre samarbeid internt og eksternt, herunder å etablere avtaler der det er nødvendig.

Kvalifikasjoner

- Minimum 3-årig høyskole-/universitetsutdanning, helse og sosialfag.
- Relevant videreutdanning.
- Erfaring med brukergruppen er et krav. Svært relevant arbeidserfaring kan kompensere noe for utdanningskravet.

Utdanningsretning

- Helsefag

Utdanningsnivå

- Høyskole / Universitet

Personlige egenskaper

- Fleksibel og endringsdyktig
- Selvstendig
- Strukturert
- Ansvarsbevisst
- Gjennomføringsevne
- Gode kommunikasjonsevner
- Gode samarbeidsevner
- Personlig egnethet tillegges stor vekt.
- FACT-arbeidet utføres primært ambulant, søkere må ha førerkort. Det legges vekt på gode datakunnskaper.

Språk

- Norsk

Vi tilbyr

- Et spennende utviklingsarbeid der prosjektet er det første FACT-teamet som etableres i Innlandet.
- Faglig støtte fra nasjonale kompetansemiljøer.
- God oppfølging fra et engasjert driftsråd.
- En arbeidsplass som er en inkluderende arbeidsliv(IA)-bedrift
- Deltakelse i nasjonalt opplæringsprogram i FACT metoden.
- Deltakelse i ledernetverk for ACT og FACT-team.
- Deltakelse på interne og eksterne kurs.
- Tilsetting skjer på de vilkår som til enhver tid fremgår av gjeldende lover, tariffavtaler og reglement. Det er pliktig medlemskap i pensjonsordning
- Etter søknadsfristens utløp vil offentlig søkerliste bli utarbeidet. Hvis søker har krysset av for ønske om ikke å fremkomme på offentlig søkerliste, vises det til offentliglova § 25, annet ledd. Helseforetaket vil gjøre en vurdering av om kriteriene for å bli unntatt fra søkerlista er oppfylt. Det gjøres oppmerksom på at en søknad kan bli offentlig selv om søkeren har bedt om ikke å bli ført opp på søkerlista. Søkeren vil i tilfelle bli varslet om dette.

VEDLEGG 5: EKSEMPEL PÅ STILLINGSANNONSE TEAMANSATT

Stillingsbeskrivelse

Sykepleier / vernepleier med etterutdanning i psykisk helsearbeid

ACT-teamet (Assertive Community Treatment Team) er et aktivt oppsøkende team som arbeider med personer med alvorlige psykiske lidelser og sammensatte og langvarige hjelpebehov fra kommune- og spesialisthelsetjeneste. ACT-modellen krever et høyt kvalifisert team som kan dra nytte av hverandres erfaringer og arbeide aktivt og tett sammen. Teamet jobber tverrfaglig og ambulant hvor psykiater, psykologspesialist, spesialsykepleiere/- vernepleiere og arbeidsspesialist foretar hjemmebesøk hos pasienter og samarbeider tett med andre instanser.

ACT-teamet er et samarbeid mellom kommunene og DPS. Teamet deltok i en nasjonal, forskningsbasert evaluering av ACT-team i Norge, med gode resultater. Kjernen i teamets arbeidsmetode utover lokalbasert behandling med vekt på brukermedvirkning og brukernes ressurser, er et utstrakt samarbeid med pårørende og andre tjenester, integrert behandling av ROP-lidelser, jobb - og boligstøtte.

ACT-teamet er et fast tiltak, organisasjonsmessig knyttet til sykehuset. Teamet ønsker i denne forbindelse å videreutvikle seg med nye medarbeidere på laget og utlyser 2 stillinger for syke-/vernepleiere med etterutdanning.

Arbeidsoppgaver

- Pasientbehandling i et tverrfaglig team.
- Bidra til psykiatrifaglige vurderinger i tett samarbeid med teamets medisinsk- og psykologfaglige spesialister.
- Bidra til fagutvikling i teamet.
- Nært samarbeid med tjenester innenfor spesialisthelsetjenesten og kommunene.
- Samarbeid med og veiledning av pårørende.
- Administrering av depotinjeksjoner.
- Forebygging av og intervensjon ved kriser

Kvalifikasjoner

- Spesialsykepleier / -vernepleier
- Erfaring fra psykosebehandling og/eller rusbehandling
- Førerkort kl B

Utdanningsretning

- Sykepleie
- Vernepleie
- Utdanningstittel: Spesialsykepleier / -vernepleier

Utdanningsnivå

- Høgskole / Universitet
- Tilleggsutdanning

Personlige egenskaper

- Trygg i egen yrkesrolle
- Evne til å prioritere arbeidsoppgaver i en hektisk hverdag
- Selvstendig
- Gode samarbeidsegenskaper både kollegialt og opp mot samarbeidspartnere, pasienter og pårørende
- Løsningsorientert og fleksibel
- Personlig egnethet vektlegges

Vi tilbyr

- Et aktivt og høyt kvalifisert fagmiljø i tverrfaglig team med gode muligheter for faglig og personlig utvikling
- Varierte arbeidsoppgaver med faglig utfordringer
- Givende og interessant arbeid med målgruppa
- Unik sjanse til å bidra i videreutviklingen av en kunnskapsbasert modell med gode nasjonale resultater
- Opplæring og veiledning i ACT-modellen

Andre opplysninger

- Reisevirksomhet: Ingen reiseaktivitet

VEDLEGG 6: DRIFTSAVTALE MELLOM SYKEHUS OG KOMMUNENE (ACT-TEAM)

1. Innledning/lovgrunnlag

En av de største utfordringene innen helsetjenesten er å sikre pasientene/brukerne muligheter til kontinuitet, helhet og medvirkning i tilbudet. Særlig gjelder dette de pasientene/brukerne med alvorlig psykisk lidelse og rusmisbruk. Dette krever samarbeid med pasienten/brukeren og samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.

På dette grunnlag innledet kommunene og Sykehuset et samarbeid om etablering og drift av et ACT (Assertive Community Treatment)-team, som et prosjekt i perioden

Et ACT-team er et aktivt oppsøkende behandlingsteam, som gir tjenester til mennesker med alvorlig psykisk lidelse. Inklusjonskriteriene defineres her som:

- Alvorlig psykisk lidelse – hovedsakelig Schizofreni-lidelser (ICD-10: F20-29) eller Bipolar affektiv lidelse (ICD-10: F31)
 - To – 2 – innleggelse i institusjon eller henvisninger som ikke har ført frem til innleggelse siste to år
 - Over 18 år
- I tillegg minst ett av følgende kriterier:
- Rusproblematikk
 - Varierende mental tilstand og sosial funksjon
 - Dårlig samarbeid om foreskrevet behandling
 - Problemer med relasjon og tilknytning
 - Store negative konsekvenser ved tilbakefall av symptomer
 - Lettere kognitive forstyrrelser
 - Har behov for oppsøkende behandling

ACT-teamet arbeider etter en egen modell med forutsetning om modell-trohet (*fidelity*) ut fra gitte standarder og kriterier. Hovedkomponentene i teamet vil være:

- Oppsøkende, pågående arbeidsform (80 % av pasientkontakten utenfor kontoret)
- Hovedansvar for pasienten/brukeren
- Langvarig støtte og høy grad av tilgjengelighet
- All støtte og behandling fra teamet og supplerende tjenester fra andre der det er hensiktsmessig
- Samarbeid med andre
- God bemanning (1:10)
- Pasient/brukerportefølje mellom 50 – 100
- Nær kontakt med pasienten
- In vivo-praksis («der pasienten er»)
- Bruk av kunnskapsbaserte metoder/tiltak som bl.a. psykoedukasjon, arbeidsrettet rehabilitering og dobbeldiagnosebehandling
- Stor vekt på deltakelse fra pasienten (individuelle behandlingsplaner)
- Integreerte psykiater- og psykologtjenester

Avtalen bygger på overordnet samarbeidsavtaler mellom kommunene og sykehuset

Lovgrunnlaget for avtalen er *Spesialisthelsetjenesteloven, Kommunehelsetjenesteloven, Sosialtjenesteloven, Psykisk helsevernloven og Pasientrettighetsloven.*

2. Verdigrunnlag, formål og ramme for driftsavtalen

Samhandling mellom Sykehuset og kommunene bygger på et helhetlig syn på tjenester til den enkelte pasient/bruker og til befolkningen. Samarbeidet skal bevisstgjøre partene gjennom likeverdighet og gjensidighet, fokus på forbedring og dialog, god ressursutnyttelse og et formelt, overordnet, systematisk og konkret samarbeid til praktisk nytte for pasientene/brukerne.

Driftsavtalen vektlegger prinsippet om at tjenestene som ytes av teamet skal skje gjennom oppsøkende virksomhet, nær brukeren og de prinsipper, kriterier og verdigrunnlag som ligger i modellen.

Driftsavtalen skal regulere ressursinnsatsen fra partene, organisering og det formelle samarbeidet mellom sykehuset, aktuelle kommunale tjenester og den enkelte kommune.

3. Avtalens part

Med avtalens parter forstås Sykehuset og kommunene.

4. Virkeområde

Driftsavtalen representerer et delt eierskap mellom partene og skal synliggjøre likeverdighet i eierskapet.

4.1. Organisering

ACT-teamet er administrativt tilknyttet DPS og underlagt spesialisthelsetjenestens lovverk/lovgrunnlag.

Avtalen forvaltes av et driftsstyre sammensatt av 1 representant fra de enkelte kommuner, to representanter fra sykehuset, 1 representant for de ansatte og en brukerrepresentant, med personlige varamenn.

Kommunene innehar leder- og sekretariatsfunksjonen for driftsstyret.

4.2. Økonomi

Driftsutgiftene deles likt mellom kommunene og sykehuset. Fordelingen mellom kommunene gjøres etter befolkningstall. Inntekter av refusjoner knyttet til tjenester/konsultasjoner fra teamet inntektsføres i drift av teamet.

Utbetaling til Sykehuset skjer kvartalsvis og regnskapsrapporter forelegges driftsstyret. Sykehuset utarbeider nødvendige rapporter til bruk i rapportering til staten for eventuelle tilskudd.

4.3. Myndighet og ansvar

Driftsstyret har myndighet og ansvar i forhold til teamets overordnede målsettinger og godkjenning av budsjett.

Driftsstyret har ansvar for det vedtatte budsjett i forhold til målsetting med og beskrivelse av teamet slik det framkommer i avtalen (jfr. pkt. 1). Dette gjelder både driften av teamet, forvaltningen av eksterne tilskudd og evaluering.

En eventuell utvidelse /endring av teamets arbeidsområde og/eller geografiske nedslagsfelt skal behandles i avtalepartenes beslutningsorganer.

Sykehuset er administrativt driftsansvarlig i forhold til økonomi og godkjent budsjett for driften av teamet.

4.4. Inventar og utstyr

Innkjøpt inventar og utstyr eies av avtalepartene og fordeles ved opphør av avtalen.

4.5. Personalmessig forhold/rettigheter

Sykehuset har arbeidsgiveransvaret for personalet i ACT-teamet og skal sørge for nødvendig og kompetent bemanning.

5. Samarbeidsformer

Tjenesteytingen i teamet krever utstrakt samarbeid/samhandling med det øvrige hjelpeapparatet, både formelt med hensyn til eventuell delegering av fullmakter og i det daglige løpende samarbeid.

Avtalens parter forpliktes å legge til rette for og medvirke til at dette samarbeidet/samhandlingen utvikles og finner sin utforming ut fra e'at beslutninger skal tas nærmest mulig bruker.

6. Gjensidig informasjonsplikt

Avtalens parter har gjensidig informasjonsplikt i forhold som er angår driften av ACT-teamet.

7. Hvordan håndtere uenighet

Partene skal løse alle konflikter om inngåelse og fortolkning av denne avtalen gjennom forhandlinger mellom partene lokalt.

Skulle dette ikke føre fram vil partene løse tvisten gjennom en uenighetsprotokoll, som drøftes i Administrativt Samarbeidsutvalg, som anbefaler løsning.

8. Varighet, revisjon og oppsigelse av avtalen

Avtalen har bestått fra og med ... til og med... Avtalen forlenges fra og med ... og i 5 år, med 1 års oppsigelsesfrist som skal være varslet inn 31.12 foregående år.

.....
Adm. Direktør, Sykehuset

.....
Rådmann, kommune

.....
Rådmann, kommune

.....
Rådmann, kommune

VEDLEGG 7: SAMARBEIDSAVTALE OM ACT-TEAM MELLOM DPS OG 6 KOMMUNER

1. Innledning/Lovgrunnlag

En av de største utfordringene innen helsetjenesten er å sikre pasienter/brukere mulighet for kontinuitet, helhet og medvirkning i tilbudet. Særlig gjelder dette pasienter/brukere med alvorlig psykiske lidelser og rusmisbruk. Dette krever samarbeid med pasienten/brukeren og samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.

På dette grunnlag har kommunene og DPS inngått et samarbeid om drift av et ambulant team som skal jobbe etter ACT (Assertive Community Treatment)-modell.

Avtalen bygger på overordnet samarbeidsavtale (av 01.02.2012), med aktuelle underavtaler, mellom kommunene og sykehuset. Hovedprosjektet ACT, slik det fra starten av er definert, avsluttes ved prosjektperiodens utløp. Kommunene har gjort vedtak om fortsatt drift av teamet, og sykehuset om fortsatt 2-års prosjekt, i forlengelsen av utløp opprinnelig prosjektperiode. I den videre drift av teamet vil det i tråd med vedtak og ønske fra partene i samarbeidsavtalen, ses på en endring av inntakskriterier, - dette vil bli nærmere bli omtalt i prosjektmandatet.

Lovgrunnlaget for avtalen er *Spesialisthelsesloven, Helse- og omsorgstjenesteloven, Lov om psykisk helsevern og Pasientrettighetsloven.*

2. Verdigrunnlag, formål og ramme for samarbeidsavtalen

Samhandling mellom sykehuset og kommunene bygger på et helhetlig syn på tjenester til den enkelte pasient/bruker og til befolkningen. Samarbeidet skal bevisstgjøre partene gjennom likeverdighet og gjensidighet, fokus på forbedring og dialog, god ressursutnyttelse og et formelt, overordnet, systematisk og konkret samarbeid til praktisk nytte for pasientene/brukerne.

Samarbeidsavtalen vektlegger prinsippet om at tjenestene som ytes av teamet skal skje gjennom oppsøkende virksomhet nær brukeren og prinsipper, kriterier og verdigrunnlag som ligger i modellen. *Samarbeidspartene skal imidlertid videreutvikle modellen og tilpasse denne til lokale forhold.*

Samarbeidsavtalen skal regulere ressursinnsatsen fra partene, organiseringen og det formelle samarbeidet mellom sykehuset, aktuelle kommunale tjenester og den enkelte kommune.

3. Avtalens parter

Med avtalens parter forstås sykehuset og kommunene.

4. Virkeområde

Organisering

ACT-teamet er administrativt tilknyttet DPS og underlagt spesialisthelsetjenestens lovverk/lovgrunnlag.

Prosjektet ledes av en styringsgruppe sammensatt av en representant fra hver av kommunene, to representanter fra sykehuset og en bruker-/pårørenderepresentant. Styringsgruppen er et besluttsende organ innenfor vedtatt budsjettrammer og målsettingen til prosjektet. Dette gjelder både driften av teamet, prosjektledelse og evaluering av prosjektet.

Unntatt er beslutninger som reguleres av lovgrunnlag for ytelse av tjenester i teamet og drift- og arbeidsgiveransvar knyttet til at ACT-teamet er administrativt organisert i DPS.

Økonomi

Netto driftsutgifter til prosjektet deles likt mellom kommunene og DPS. Fordelingen mellom kommunene gjøres etter befolkningstall (50 %) og etter antall konsultasjoner. Med netto driftsutgifter menes brutto driftsutgifter fratrukket polikliniske inntekter og eventuelle tilskudd fra Staten.

Utbetalinger til Sykehuset HF skjer etterskuddsvis annenhver måned og regnskapsrapporter forelegges styringsgruppen. Sykehuset utarbeider nødvendige rapporter til bruk i rapporteringen til staten for eventuelle tilskudd.

Myndighet og ansvar

Styringsgruppen har myndighet og ansvar i forhold til prosjektets overordnede målsettinger og forhold til godkjent budsjett.

Sykehuset har personalansvaret for de ansatte, og er administrativt driftsansvar i forhold til økonomi og godkjent budsjett.

Inventar og utstyr

Innkjøpt inventar og utstyr fordeles mellom samarbeidspartnerne etter prosjektet, hvis ikke annet er bestemt.

Unntatt dette er IKT-utstyr og mobiltelefoner som er kjøpt gjennom sykehusets innkjøpssystem. Avregning for slikt utstyr gjøres ved prosjektslutt.

Personalmessige forhold/rettigheter

Sykehuset har arbeidsgiveransvar for personalet i ACT-teamet.

5. Samarbeidsformer

Prosjektet er et samarbeidsprosjekt hvor pasienten finnes i kommunene og omfattes av lovverk/rettigheter både i kommune og spesialisthelsetjenesten. Dette krever utstrakt samarbeid både formelt med hensyn til eventuell delegering av fullmakter og i det daglig løpende samarbeid.

Avtalens parter forpliktes til å legge til rette for og medvirke til at dette samarbeidet utvikles og finner sin utforming ut fra at beslutninger skal tas nærmest mulig bruker.

6. Gjensidig informasjonsplikt

Avtalens parter har gjensidig informasjonsplikt i forhold som angår prosjektet.

7. Hvordan håndtere uenighet

Partene skal løse alle konflikter om inngåelse og fortolkning av denne avtalen gjennom forhandlinger mellom partene lokalt. Skulle ikke dette føre fram vil partene løse tvisten i samsvar med samarbeidsavtalen mellom sykehuset og kommunene.

8. Varighet, revisjon og oppsigelse av avtalen

Avtalen gjelder fra og med ... og t.o.m. ... med mulighet for oppsigelse etter følgende regler: 6 måneders oppsigelsesfrist, varslet pr. 31.12.

Kommunenes deltakelse forutsetter at minimum fire kommuner deltar.

.....
Avdelingsjef, avd. DPS

.....
Rådmann, kommune

.....
Rådmann, kommune

.....
Rådmann, kommune

.....
Rådmann, kommune

.....
Rådmann, kommune

.....
Rådmann, kommune

VEDLEGG 8: SAMARBEIDSAVTALE MELLOM DPS OG 6 KOMMUNER

Etablering av FACT-team som prosjekt

1. Bakgrunn

En av de største utfordringene innen helsevesenet er å sikre pasientene/brukerne mulighet for kontinuitet, helhet og medvirkning i tilbudet. Særlig gjelder dette de pasientene/brukerne med alvorlig psykiske lidelser og/eller rusproblematikk.

2. Formål

Formålet med denne avtalen er å opprette et tverrfaglig og tverrsektorielt fleksibelt aktivt oppsøkende behandlingsteam (FACT-team). FACT-team skal tilby behandling, oppfølging, rehabilitering og støtte til målgruppen. FACT-teamet skal bidra til at en sårbar og utsatt pasient/brukergruppe får tilgang og hjelp til sammenhengende, helhetlig og godt koordinerte tjenester fra spesialist- og kommunehelsetjenesten.

3. Parter

Partene i denne avtalen er de 6 kommunene og DPS. FACT-teamet har delt eierskap mellom DPS og kommunene.

4. Lovgrunnlag

Partenes ansvar for å yte helse- og omsorgstjenester og tiltak knyttet til det er i hovedsak regulert i følgende lovverk med tilhørende forskrifter;

- Lov om kommunale helse og omsorgstjenester m.m. av 24. juni 2011 nr. 30
- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 2. juli 1999 nr. 61 og senere endringer
- Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63, og senere endringer
- Lov om helsepersonell mv. av 2. juli 1999 nr. 64 og senere endringer
- Lov om Folkehelsearbeid av 24. juni 2011 nr. 29
- Lov om psykisk helsevern av 2. juli 1999 nr. 62 med forskrifter

Listen er ikke uttømmende. Også bestemmelser i andre lovverk har betydning for partenes utførelse av oppgaver etter nevnte lover.

5. Inklusjonskriterier

- Teamene tar ansvar for diagnosegrupper etter utskrivelse fra sykehus som innbefatter:
- En psykisk lidelse der oppfølging/behandling er påkrevet
- Alvorlig svikt i sosial fungering, hvor funksjonssvikten skyldes den psykiske lidelsen
- Den psykiske tilstanden er gjennomgripende og langvarig, Ikke av forbigående art
- Pasienter med behov for oppfølging fra fagpersoner i et tverrfaglig samarbeid for å kunne gjennomføre avtalt behandlingsplan

Lidelser som;

- Psykoser
- Alvorlige affektive lidelser (depresjoner, bipolare lidelser)

- Angstlidelser
- Personlighetsforstyrrelser
- ADHD
- Utviklingsforstyrrelser
- Alvorlige rusavhengighetsproblemer
- Kombinasjoner av disse lidelsene

Antall pasienter i målgruppen i regionen anslås etter kartlegging utført av DPS til å utgjøre omtrent 150 stk., hvorav 12-17 personer har en alvorlig sinnslidelse med oppfølging på tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD). TUD - pasientene følges i dag opp av DPS v. psykiatrisk poliklinikk. I samarbeid med de psykiske helsetjenester i pasientens hjemkommune, vil disse pasientene inngå som en sentral del av FACT-teamet sin målgruppe.

6. Organisering

FACT - teamet er faglig og administrativt organisert ved DPS og underlagt spesialisthelsetjenestens lovverk.

Det etableres en styringsgruppe bestående av to representanter fra DPS og en representant fra hver av kommunene, samt brukerrepresentant og ansattrepresentant.

7. Teamets sammensetning

FACT-teamet skal ha tverrfaglig sammensetning med bred kompetanse. De ansatte følger de statlige opplæringspakker ift. FACT/ACT -team- og hospitering ved prosjektstart, og nødvendige kompetanseforløp som er aktuell og nødvendig for å sikre kunnskapsbaserte tjenester.

FACT teamet skal bestå av følgende ressurser:

100 % stilling Teamleder
90 % stilling merkantil
100 % stilling lege med spesialitet i psykiatri
100 % psykologspesialist
30 % stilling med brukererfaring/erfaringskonsulent (trappes opp i prosjektperioden)
400 % Fagpersoner med aktuell videreutdanninger frikjøpt fra kommunene

De fire største deltakerkommunene frikjøper en ansatt hver som skal inngå i teamet. De to minste kommunene sikres oppfølging fra teamet på lik linje som de andre kommunene.

FACT- teamet skal arbeide aktivt oppsøkende overfor målgruppen i kommunene ut fra et mestrings- og rehabiliteringsperspektiv.

Hovedvirksomheten vil foregå på dagtid, men utvidet åpningstid bør vurderes ut fra behov og tilgjengelige ressurser.

- Teamet skal inneha alle nødvendige funksjoner som er påkrevd i et FACT - team, for eksempel i forhold til riktig medisinerings, forvaltning av tvang og administrasjon av innleggelse
- Teamet skal operere fleksibelt, med behandlingstilbud- og intensitet basert på pasientens til enhver tids gjeldende funksjonsnivå
- Teamet skal ha kontakt med pasienten uavhengig av funksjonsnivå
- Teamet skal romme tjenester fra både spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste
- Teamet skal operere som «gate keeper» i forhold til innleggelser og utskrivinger av team pasienter
- Teamet har delt caseload

- Ansatte i FACT-team skal ha en caseload på inntil 1:18 basert på det geografiske området som teamet skal dekke
- FACT-teamet skal samarbeide tett med Akutt ambulant team (AAT-teamet) ved DPS

8. Økonomi

Det søkes om prosjektmidler til FACT-teamet via midler utlyst fra Helsedirektoratet under tilskuddsordningen «Tilbud til voksne med langvarige og sammensatte behov for tjenester og barn og unge med sammensatte hjelpebehov - psykisk helse og rus kap. 0765 post 60»

Søknadsbeløp for 2015 er 2,2 mill.

Videre prosjektdrift baseres også delvis på prosjekttilskudd, og alle parter har ansvar for å undersøke muligheter for aktuelle tilskuddsordninger samt utformer søknader. Tildelte midler regnes som inntekter til FACT-temaet. DPS er administrativt ansvarlig for økonomi og regnskap, samt for økonomirapporter som kreves i de ulike prosjekter.

Økonomiske forhold ved oppstart og drift av FACT-team:

- Tilskuddsmidler innvilget ved etablering av FACT-team skal benyttes til å dekke lønnsutgifter til de ansatte fra kommunehelsetjenesten og DPS som inngår i teamet
- Utgifter knyttet til særavtaler med leger og psykologer vedrørende lønnstilskudd utenom ordinær fastlønn belastes DPS
- Nettoutgiftene til drift av FACT-team deles likt mellom partene. Disse utgiftene framkommer ved at bruttoutgifter fratrekkes inntekter som følger av refusjoner knyttet til teamet arbeid
- Kommunenes egenandel følger en fordelingsnøkkel, hvor 50 % fordeles flatt og 50 % av utgiftene fordeles utfra kommunenes innbyggertall
- Styringsgruppen skal forelegges driftsbudsjett årlig. Utgiftsdekningen for påfølgende år mellom DPS og deltakende kommuner må avtales ved årlig budsjettgjennomgang
- Kommunenes andel av utgifter til drift av FACT team begrenses til å gjelde lønnskostnader for inntil 4 årsverk. De øvrige stillinger dekkes DPS
- Driftsutgifter i forbindelse med FACT-teamet forutsettes dekket av refusjoner fra HELFO

9. Kommunenes ansvar:

- Sikre at de kommunale stillingene blir besatt av egnede og kvalifiserte fagpersoner
- Fagpersonene som ansettes i FACT-teamet får permisjon fra sin faste stillinger i kommunen
- Teamets inklusjonskriterier beskrives og gjøres kjent blant henvisende instanser i kommunen
- Sikrer at FACT-teamet er kjent blant ansatte i de aktuelle tjenester i kommunen

10. DPS ansvar:

- DPS har arbeidsgiveransvar for de ansatte i teamet
- Fagpersoner fra kommunene ansettes på åremål
- Sikre tilfredsstillende lokaler til FACT teamet
- Sikre at de ansatte til enhver tid har nødvendig kommunikasjonsutstyr og transportmidler

11. Varighet, revisjon og oppsigelse av avtalen

Avtalen gjelder fra 01.05.2015.

Avtalen evalueres av styringsgruppen etter et års drift av prosjektet, videre fremdrift avtales etter dette.

Foreløpig beregnet prosjektperiode er 3-5 år.

Avtalen kan sies opp eller reforhandles med oppsigelsesfrist på 6 måneder.

Ved endringer i statlige tilskudd åpnes det opp for reforhandling av avtalen uten tidsfrist.

Endringer i kommunestrukturer i løpet av prosjektperioden åpner opp for reforhandlinger med frist innen 6 måneder.

12. Evaluering

Prosjektet må foreta (kontinuerlig) evalueringer. Det må evalueres i forhold til:

- Oversikt over sykdomsproblematikk ved inntak
- Kommuneoversikt for pasient tilhørighet
- Beskrivelse av oppfølgingsrutiner
- Pasientforløp
- Pasient/brukertilfredshet gjennom bruk av KOR (klient- og resultatstyrt praksis)
- Samhandling og implementering av samarbeidsavtaler mellom DPS og deltakende kommuner
- Evaluere nytteverdi og brukertilfredshet ift. velferdsteknolog og telemedisin

For HF/DPS:

Dato/sted:

Klinikkjef

Avdelingsleder DPS

For kommunene:

Dato/sted:

Rådmann, kommune

Rådmann, kommune

VEDLEGG 9: SAMARBEIDSAVTALE MELLOM SYKEHUSET OG KOMMUNEN OM ACT-TEAM

1. Innledning

Kommune og sykehuset har i årene 2010-2015 i fellesskap driftet et Assertive Community Treatment - team (ACT-team). Teamet er en del av et nasjonalt prosjekt initiert av Helsedirektoratet. ACT-modellen i Norge er evaluert og anbefales videreført. Den norske betegnelsen på denne type team er: Aktivt oppsøkende behandlingsteam og forkortelsen som brukes er ACT-team. Denne betegnelsen brukes videre i dette dokumentet.

Med bakgrunn i ovennevnte ønsker sykehuset og kommunen å videreføre ACT-teamet som et fast tilbud. Til grunn for prosjektet lå en samarbeidsavtale. Denne samarbeidsavtalen er nå revidert og inkludert i denne avtalen. Samarbeidsprosjektet har gjort erfaringer som er viktig å videreføre i det faste tilbudet. Vedlagt avtalen er derfor et notat som utdyper punkter i avtalen for å sikre en felles forståelse av avtalepunktene.

2. Avtaleparter

Denne avtalen er inngått mellom: kommune og sykehus

3. Formål

Formålet med avtalen er å sikre samarbeidet om teamet og sikre at teamet arbeider etter ACT modellen. Avtalen skal klargjøre faglige premisser, ansvarsforhold, oppgavefordeling og økonomi for driften av ACT-teamet.

4. Målgruppe

Målgruppen for teamet defineres i ACT-modellen og Helsedirektoratets utdyping av denne. Modellen er laget for å møte behovene til pasienter/brukere med alvorlig psykisk lidelse (psykose) med eller uten samtidig rusmiddelproblematikk og nedsatt funksjon på flere livsområder. I tillegg har ikke det etablerte behandlingsapparatet klart å etablere tilfredsstillende kontakt og behandling for pasient/bruker.

5. Inntak/avslutning av ACT-teamet

Pårørende, spesialisthelsetjenesten, ulike tjenester i kommunen og andre kan ta kontakt med ACT-teamet med bekymring og drøfting av saker. Det forutsettes at regler om taushetsplikt overholdes. Formelt inntak av pasienter/brukere i ACT-teamet gjøres ut i fra henvisning fra fastlege eller spesialisthelsetjenesten.

Det etableres et inntaksteam som består av:

- Psykiater ACT-teamet
- Teamleder ACT-teamet
- Representant fra Voksenpsykiatrisk poliklinikk
- Representant fra kommunens tildelingskontor

Inntaksteamet har ansvar for å vurdere om kriteriene for inntak i teamet er oppfylt. Teamleder i ACT teamet har avgjørende beslutning i forhold til teamets kapasitet.

Inntaksteamet må sikre at pasienter/brukere som ikke får tilbud fra ACT-teamet får vurdert sine behov for helsehjelp i de ordinære tjenestene i sykehus og kommune.

Teamleder for ACT-teamet gjør den endelige beslutning om avslutning i teamet i samråd med ACT teamet. Beslutning om avslutning gjøres når dette vurderes hensiktsmessig slik beskrevet i ACT modellen og oppfølging av pasienten/brukeren er sikret i andre deler av hjelpeapparatet.

6. Sammensatt og omfattende behov for tjenester utover ACT-teamets tilbud og kapasitet

ACT-teamet har en helhetlig behandlingsmodell. Pasientens/brukerens behov for kommunehelsetjenester og spesialisthelsetjenester kan imidlertid i perioder være mer omfattende og sammensatt enn det tilbudet ACT-teamet kan gi. Når dette er tilfelle tildeler de respektive organisasjonene nødvendige tjenester på vanlig måte og i samråd med ACT-teamet.

7. Størrelse, fagsammensetning og fagutvikling i ACT-teamet

ACT-teamet bemannes i henhold til ACT-modellen og Helsedirektoratets utdyping av denne. Teamet gir tjenester både i henhold til Helse- og omsorgstjenesteloven, Spesialisthelsetjenesteloven og Psykisk helsevernloven og må ha tilstrekkelig kompetanse både på spesialisthelsetjenestenivå og kommunehelsetjenestenivå.

ACT-teamet i bør med bakgrunn i ovennevnte ha følgende bemanning:

- Psykiater (minimum 50 %)
- Psykolog, fortrinnsvis spesialist (100 %)
- Merkantilt ansatt (minimum 50 % stilling)
- Brukerspesialist (minimum 50 % stilling)
- 5 stillinger med helse- eller sosialfaglig utdanning på Høyskole/Universitetsnivå, hvorav 3 årsverk fra kommune og 2 fra sykehuset

ACT-teamet skal ha teamleder, en arbeidsspesialist og en rusmiddelspesialist. Dette er roller/ funksjoner som tillegges teammedarbeidere med tilstrekkelig kompetanse. Teamet skal også ha psykose kompetanse og sosialfaglig kompetanse.

I henhold til ACT-modellen skal teamleder ha kompetanse på mastergrad nivå. Teamlederfunksjonen tillegges en av de kommunale stillingene. Minst en av de kommunale stillingene må være sykepleier eller vernepleier med relevant klinisk erfaring og fortrinnsvis videreutdanning. Minst en kommunal stilling må ha sosialfaglig kompetanse, og kunne inneha rollen/funksjonen som arbeidsspesialist.

Minst en av stillingene fra spesialisthelsetjenesten må være psykiatrisk sykepleier, med relevant klinisk erfaring og videreutdanning. Videre må minst en av stillingsinnehaverne fra spesialisthelsetjenesten kunne inneha rollen/funksjonen som rusmiddelspesialist i teamet.

Det forutsettes at alle medarbeidere har eller tilegner seg relevant fagfordypning innen psykosearbeid, relasjonsarbeid og avhengighetsproblematikk. Teamet som helhet må inneha inngående kompetanse om behandling og rehabilitering ved psykoser, der en eller flere eksempelvis har deltatt i SEPREPs utdanningsprogram og relasjons- og nettverksstudier eller tilsvarende.

Tilstrekkelig opplæring i ACT-modellen og deltakelse i nasjonale nettverk for ACT-team må sikres.

8. Organisering

8.1 Administrasjon og arbeidsgiveransvar

Administrasjon av ACT-teamet legges til kommune. Kommunen har ansvar for daglig drift og økonomistyring i henhold til denne avtalen. Teamet må ha egnede lokaler.

Kommunen har arbeidsgiveransvar for psykolog, 3 stillinger med helse- eller sosialfaglig utdanning på høyskole/universitetsnivå og merkantil stilling.

Sykehuset har arbeidsgiveransvar for psykiaterstilling, 2 stillinger med helse- eller sosialfaglig utdanning på høyskole/universitetsnivå og brukerspesialist.

8.2 Dokumentasjon/journalføring

Teamet dokumenterer i de to partenes journalsystem i henhold til aktuelle lover og retningslinjer. Det vises til egne retningslinjer for ACT-teamet der dokumentasjon, ivaretagelse av lovverk, ansvarsforhold og hensiktsmessig tilgang for alle teammedlemmer beskrives nærmere.

9. Samarbeid

9.1 Samarbeid med andre deler av organisasjonene

ACT er en helhetlig behandlingsmodell som omfatter tjenester både fra kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Et av kriteriene for inntak i ACT-teamet er at det etablerte behandlingsapparatet ikke har klart å etablere tilfredsstillende kontakt og behandling for pasient/bruker. ACT-teamet kan overta hovedansvaret, arbeide sammen med henvisende instans i mer avgrenset rolle, veilede eller kombinere ulike roller. ACTs helhetlige behandlingsmodell vil i mange tilfeller være velegnet i prosessen med etablering av en behandlingsallianse.

I tilfeller der det etablerte behandlingsapparatet har hatt en mer omfattende kontakt med pasient/bruker før henvisning til ACT-teamet er det hensiktsmessig at kontakt opprettholdes også dersom ACT-teamet overtar hovedansvaret. Dette for at behandling/oppfølging kan videreføres når det anses som hensiktsmessig.

I saker der det etablerte behandlingsapparatet i liten grad har vært i kontakt med pasient/bruker bør det opprettes kontakt med det etablerte behandlingsapparatet når det anses som hensiktsmessig for å sikre pasient/bruker god oppfølging av andre på sikt.

Der ulike tjenester har kontakt med pasient/bruker må fordelingen av ansvar avklares individuelt og ACT-teamet får en viktig rolle som tilrettelegger i forhold til andre tjenester. Koordinatorrollen må også avklares. Nødvendig vedtak og rettigheter sikres etter gjeldende retningslinjer for dette.

Partene er opptatt av at kompetanse i ACT-teamet spres ut i organisasjonene og ACT-teamet har en viktig rolle som veileder for andre tjenester generelt og i forhold til enkeltbrukere også der brukere ikke tas inn i teamet.

9.2 Samarbeid mellom partene

Det forutsettes løpende samarbeid på ledernivå for å sikre nødvendig kompetanse i teamet som beskrevet under punkt 7 og samarbeid om alle nødvendige forhold knyttet til drift av teamet som følger av denne avtalen.

For å sikre samarbeid, avklare aktuelle problemstillinger og evaluere teamets drift i henhold til avtalen avholdes det fast fire årlige møter med ledere fra de to partene og teamleder for ACT teamet. Gjennomgang av økonomi skal også være tema på disse møtene, herunder godkjenning av driftsbudsjett og regnskap med fordeling av driftsutgifter mellom partene, jmfør punkt 10.

Kommunen har ansvar for å innkalle til disse møtene. Begge parter kan innkalle til møte utover dette ved behov.

10. Økonomi og finansiering

Hver av partene finansierer de stillingene de har arbeidsgiveransvar for. Dette inkluderer vikarer ved sykefravær utover arbeidsgiverperioden, vikarer ved permisjoner av lengre varighet herunder spesialistpermisjoner, samt utgifter til kurs-, etterutdanning, videreutdanning og profesjonsveiledning.

Driftsutgifter utover lønnsutgifter fordeles forholdsmessig og gjenspeiler partenes stillingsandel i teamet slik at kommunen dekker 60 % og sykehuset 40 % av driftsutgiftene.

Driftsbudsjettet holdes på samme nivå som i 2014. Driftsbudsjettet holdes på samme nivå som i 2014 regulert for årlig kostnadsøkning; herunder lønns- og prisvekst. Nødvendig kostnadsøkning utover dette forhåndsgodkjennes av partene, jmfør punkt 9.2.

Kommunen har ansvar for drift og regnskap og krever inn eventuelt utestående beløp fra sykehuset i henhold til denne fordelingsnøkkelen. Dette gjøres en gang per år. Regnskap legges fram på felles møte mellom partene, jmfør punkt 9.2.

10.1 Eksterne tilskuddsmidler

Så lenge Helsedirektoratet gir tilskudd til ACT-teamet, går dette til fradrag i ACT-teamets årlige utgifter. Tilskudd dekker i prioritetsrekkefølge teamets behov for 50 % psykiater, 100 % psykolog, 50 % bruker-spesialist og 50 % merkantilstilling. I den tiden det gis statlig tilskudd til finansiering av psykiaterstillingen overføres poliklinikkinntekter som denne stillingen genererer til ACT-teamet.

Begge parter samarbeider om og har ansvar for å søke aktuelle prosjektmidler for finansiering av ACT-teamet. Kommune er mottaker av tilskuddet fra Helsedirektoratet og er ansvarlig for den løpende driften av ACT-teamet jamfør punkt 8.1.

10.2 Endringer i sentrale føringer for finansiering

Avtalens punkt om økonomi og finansiering revideres når det foreligger endringer i statens bestemmelser om finansiering og/eller tilskudd ved drift av ACT-team eller tverrfaglig poliklinisk behandling, eller andre forhold av betydning for partenes drift av ACT-team.

11. Varighet, endring og oppsigelse av avtalen

Denne avtalen gjelder fra den er underskrevet av partene og inntil den blir sagt opp.

Avtalen kan endres ved enighet mellom partene. Endringer i avtalen skal gjøres skriftlig, dateres og underskrives av partene.

Partene forplikter seg til å gjøre endringer i hele eller deler av avtalen som følge av endringer i lov, forskrift, veiledere, finansieringsordninger eller ved endringer av rutiner og/eller organisasjonsendringer som har betydning for avtalen. Avtalen beskriver et team etter ACT modellen. Om teamet skal arbeide etter annen modell og om ansvarsområde/målgruppe skal forandres må dette gjøres etter diskusjon mellom partene og endring i avtalen.

Partene kan si opp denne avtalen med 12 måneders varsel. Varsel om oppsigelse skal være skriftlig. Oppsigelsestiden løper fra og med måneden etter skriftlig oppsigelse er sendt.

Ved vesentlig mislighold av betalingsforpliktelser kan partene heve avtalen med umiddelbar virkning, uten kostnad.

12. Tvist

Uenighet mellom partene om forhold knyttet til denne avtalen skal forsøkes løst ved forhandlinger.

Ved betalingsmislighold kan partene kreve forsinkelsesrenter i henhold til lov om renter ved forsinket betaling av 17. desember 1976 nr. 100

13. Dato og signatur

Sted og dato:	Sted og dato:
..... Administrerende direktør Sykehuset	..... Avdelingsdirektør, Avd. for Helse og omsorg Kommune

Avtalen er undertegnet i to eksemplarer hvor partene beholder hvert sitt.

VEDLEGG 10: SAMARBEIDSAVTALE MELLOM SYKEHUSET OG KOMMUNE OM ACT-TEAM

1. Innledning

For å sikre en felles forståelse av denne avtalen og ACT-teamets arbeid vedlegges dette notatet som utdyper en del av punktene i avtalen der man har sett det som nødvendig. Dette på bakgrunn av erfaringer som er gjort gjennom samarbeidsprosjektet. Dette notatet er ikke en del av avtalen, men kan sees som en nærmere forklaring og utdyping av avtalen.

2. Avtaleparter

3. Formål

4. Målgruppe

ACT-teamet tar utgangspunkt i ACT-modellen slik den er beskrevet i ACT-håndbok 2.utg., Aakerholt, Amund, Nasjonalt kompetansesenter ROP, 2013

Det vises også til Evalueringsrapporten: «Uprøving av ACT-team i Norge- Hva viser resultatene?», Nasjonal kompetansetjeneste ROP/KoRus-Øst og Akershus Universitets sykehus.

Målgruppen for teamet slik den beskrives i ACT-modellen er mennesker med alvorlige psykiske lidelser (psykoseproblematikk), med eller uten samtidig rusmiddelproblematikk og nedsatt funksjon på flere livsområder. De har ikke hatt god nytte av de eksisterende tjenestene eller tjenestene har ikke klart å fange dem opp i tilstrekkelig grad. Fra Helsedirektoratet beskrives målgruppen som:

Pasienter med:

- langvarige og ustabile sykdomsforløp
- langvarige psykotiske sykdommer/schizioaffektiv lidelse
- alvorlige bipolare lidelser
- rusmiddelmisbruk/ruslidelser og tentativt alvorlig psykisk lidelse
- alvorlige psykiske lidelser og lett psykisk utviklingshemming

5. Inntak/avslutning av ACT-teamet

Inntak i teamet gjøres på bakgrunn av henvisning fra fastlege eller spesialisthelsetjeneste. Andre tjenester kan allikevel kontakte ACT-teamet for hjelp til å vurdere en sak og om ACT-teamet kan være et aktuelt tilbud. ACT-teamet kan bidra til kontakt med andre tjenester og henvisning kan komme i etterkant dersom det er aktuelt at pasient/bruker skal tas inn i ACT-teamet.

Det etableres et inntaksteam bestående av representanter fra sykehuset, kommune og ACT teamet som beskrevet i avtalen. Inntaksteamet avgjør selv hvor ofte det skal møtes. Det føres protokoll fra møtet. Psykiater i ACT-teamet sørger for rettighetsvurdering av pasienten i forhold til prioriteringsforskriftens bestemmelser jf. Pasient- og bruker rettighetsloven. Representant fra

Kommunens tildelingskontor sikrer avklaring med andre helse- og omsorgstjenester i kommunen der det er nødvendig og gjør nødvendige vedtak i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven.

ACT-modellen er et ressurskrevende tilbud for en gruppe pasienter som krever langvarig og sammensatt

oppfølging og behandling. Det gis et integrert og samtidig spesialisthelsetjenestetilbud og kommunalt helse- og omsorgstjeneste tilbud til brukeren. I modellen opereres det med en behandler - pasient ratio på 1:10. Det angis at en ratio på 1:8 kan være realistisk i spredt bebygde områder i Norge. Dette er en norm som diskuteres. Foreløpig har alle team i Norge hatt lavere pasientantall enn dette, og det er ikke tydelig definert hvilke stillinger som medregnes når dette beregnes. I ACT-håndboka beskrives det at det er avgjørende for at teamet skal fungere etter hensikten at de har inntaksmyndighet og ansvar for inn- og utskrivning. Det vil derfor være vanskelig å angi eksakt hvor mange pasienter et team skal ha da dette vil kunne variere ut i fra oppfølgingsbehov og kompleksitet for de pasientene teamet følger opp til enhver tid. Ved stabilitet i teamet over tid vil man kunne se for seg at teamet kan ligge nærmere den oppgitte pasient/ behandler ratioen.

Det understrekes viktigheten av at inntaksteamet har ansvar for å sikre pasientens rettigheter i forhold til andre tjenester dersom de ikke tas inn i ACT-teamet.

6. Sammensatt og omfattende behov for tjenester utover ACT-teamets tilbud og kapasitet

7. Størrelse, fagsammensetning og fagutvikling i ACT-teamet

Roller og kompetanse i teamet er beskrevet i ACT-modellen og ACT-teamet skal følge disse. Disse funksjonene og beskrivelsene er ikke nødvendigvis tilpasset stillingsbeskrivelser i Tromsø kommune og UNN, men hver part har ansvar for å sikre disse funksjonene i henhold til beskrivelsen i modellen. Dette innebærer at ACT-teamet skal vises i organisasjonen som egen faglig enhet ledet av teamleder, under eget navn: ACT-teamet i Tromsø. Teamleder funksjonen er viktig og må tilpasses beskrivelsen i ACT-modellen. ACT-teamet har eget budsjett. Merkantilfunksjonen i ACT-teamet er også viktig. I henhold til modellen er det den merkantilt ansatte som oppdaterer timeplaner, fører logg, tar imot beskjeder og koordinerer virksomheten ved basen. Dette frigjør behandlerkapasitet. Det er også ønskelig å få på plass en brukerspesialist i teamet slik ACT-modellen beskriver. Man har generelt begrenset erfaring med utformingen av denne rollen i ACT-teamene i Norge og teamet bør arbeide med hvordan denne rollen skal være. Det er ønskelig å knytte kompetansekravet til denne stillingen opp til egenerfaring fra psykoseproblematikk, og også tvangsbehandling om mulig.

Helsedirektoratet tilbyr i 2015 fortsatt opplæring i ACT-modellen til nye medarbeidere. Det er nødvendig at slikt tilbud sikres nye medarbeidere også framover.

I prosjektperioden har ACT-teamene i Norge hatt en til to årlige samlinger i et faglig nettverk. Dette har nå opphørt. Arbeidet i ACT-teamene er krevende og teamene må sikres en tilhørighet i et større faglig nettverk. Styringsgruppa vil derfor ta et initiativ overfor Helsedirektoratet vedrørende ønske om en årlig samling i et nasjonalt ACT-nettverk.

8. Organisering

Det er valgt en modell der ansatte i teamet har forskjellige arbeidsgivere. Dette for å sikre en god forankring både i sykehus og i kommunen. Kommunen har ansvar for daglig drift, rapportering og søknader om tilskudd der det er aktuelt. Partene samarbeider om å søke eksterne tilskudd for finansiering av teamets virksomhet. Arbeidsgiveransvaret forutsetter at man sikrer tilstrekkelig kompetanse i teamet ut i fra modellen. De respektive arbeidsgiverne har ansvar for å tilrettelegge for medarbeidernes faglige utvikling i forhold til den kompetansen de ulike medarbeiderne skal representere i teamet. Arbeidsgiverne har også ansvar for å legge til rette for en kontinuerlig utvikling av teamet som helhet slik at det er i stand til å møte de utfordringene pasient/brukeroppgavene innebærer.

Teamet er sårbart for fravær og partene har også ansvar for å sikre vikar ved permisjoner, videreutdanning og lengre tids sykefravær. Partene bør også tilstrebe rask ansettelse i stillinger ved ledighet og man har ikke mulighet for å holde stillinger vakant uten at dette er avtalt med den andre part.

ACT-teamet må ha egnede og sentrale lokaler der brukere av teamet har mulighet for å stikke innom teamet. Lokalenes utforming må være slik at de bygger opp rundt teamets behandlingsfilosofi, den praktiske arbeidshverdagen og bidrar til godt teamsamarbeid. Dette forutsetter blant annet lokaliteter der det er mulighet for skjerming og ivaretagelse av taushetsplikt. Teamet må også ha tilstrekkelige hjelpemidler inkludert biler/andre transportmidler for å ivareta funksjonene til teamet. Teamet må også ha hensiktsmessige kommunikasjonsmidler i forhold til kliniske samarbeidsparter inkludert telefoner og dataverktøy.

De to partene har ulike journalsystem. Det har vært mange datatekniske utfordringer noe som har gjort arbeidet i teamet vanskeligere. Det har tatt lang tid å få klarhet i ansvarsforhold og det har tatt lang tid før nye medarbeidere får nødvendig journaltilgang. Det er viktig at disse utfordringene løses så langt det lar seg gjøre og begge parter har ansvar for at dette avklares og løses. Regelverket åpner for tilgang på journalopplysninger for hele teamet. Forskrift om virksomhetsovergrepene pasientjournal åpner for felles journal i formaliserte arbeidsfellesskap. Temaet understreker fordelene med å ha tilgang på begge journalsystem fordi brukerne også vil ha kontakt med andre tjenester. Det blir da viktig å sikre tilstrekkelig og oppdatert informasjon i begge journalsystem og teamet bør ha gode systemer for å sikre dette. Det skal lages egne retningslinjer for dokumentasjon og journalføring.

9. Samarbeid

10. Økonomi og finansiering

ACT-teamets drift i prosjektperioden har vært finansiert av kommune, sykehuset og Helsedirektoratets årlige tilskudd i størrelsesorden 1.6 mill., samt poliklinikkinntekter i psykiaterstilling. Tilskudd og poliklinikkinntekt har finansiert lønnsutgifter for psykolog, psykiater og driftsutgifter.

Samarbeidsavtalens punkt 7 skisserer en utvidet bemanning sammenlignet med prosjektperioden. Samlet årlig kostnad vil være ca. 5.3 mill. (2014-kroner).

Kostnadsoverslag 5,3 mill. bygger på følgende:

Type stilling	Stillingsandel	Lønnsutgifter (2014-tall)
Psykiatrisk sykepleier	1	625 000
Fagkonsulent	1	580 000
Brukerspesialist	0,5	252 113
	Sum	1 457 113
Vernepleier	1	553 646
Miljøterapeut	1	560 046
Sosionom	1	606 234
Merkantil	0,5	252 113
	Sum	1 972 151
Psykolog	1	882 000
Overlege	0,5	586 000
	Sum	1 468 000
Andre driftsutgifter		400 000
Samlet kostnad		Ca. 5 300 000

Til grunn for forslaget om fordeling av kostnader mellom partene ligger slike betraktninger:

Hver av partene betaler selv lønns- og andre utgifter som knytter seg opp til egne stillinger. Antallet årsverk fra helse- og omsorgstjenestene i kommunen overstiger spesialisthelsetjenestens. Det ulike antallet antas å gjenspeile reelle behov.

Teamet foreslås utvidet med brukerspesialist og merkantil, begge i minimum 50 %. Kostnadene til de nye stillingene vil være tilnærmet like. Merkantil stilling må ligge i kommunen. For å fordele denne økonomiske belastningen mellom partene mer jevnt, foreslås brukerspesialisten finansiert fra sykehuset.

Dersom man får tilskudd også videre går det til fratrekk til utgifter til psykiater, psykolog, brukerspesialist og merkantil stilling i prioritert rekkefølge.

Eventuelt behov for kostnadsøkning utover dette må godkjennes av partene, jmfør samarbeidsavtalens punkt 9.2.

11. Varighet, endring og oppsigelse av avtalen

12. Tvist

13. Dato og signatur

VEDLEGG 11: FORPLIKTANDE SAMARBEIDSAVTALE MELLOM DPS OG KOMMUNE

Prosjekt : Tverrfagleg Oppsøkande Behandlingsteam ved DPS - ei lokal tilpassing av FACT-modellen
I avtalen syner partane til :

1. Overordna samarbeidsavtale mellom kommune og Helse HF, datert ...
2. Tenesteavtale 2 mellom kommune og Helse HF. Samarbeid om ansvars- og oppgåvefordeling i tilknytning til innlegging, utskriving, habilitering, rehabilitering og lærings- og meistringstilbod for å sikra heilskapelege og samanhengande helse- og omsorgstenester til pasientar med behov for koordinerte tenester.
3. Helsedirektoratet - Tilskudd til etablering og drift av aktivt oppsøkende behandlingsteam etter ACT-modell (ACT-team).

Formålet med tilskuddsordningen er å opprette tverrfaglige aktivt oppsøkende behandlingsteam etter ACT-modell. ACT står for Assertive Community Treatment, og er en godt dokumentert modell for å gi oppsøkende, integrerte og helhetlige tjenester til personer med alvorlige psykiske lidelser og samtidige ruslidelser/ vansker som i liten grad selv oppsøker hjelpeapparatet. Det er anledning å søke om etablering av Fleksible ACT-team (FACT) over samme tilskuddsordning.

<http://helsedirektoratet.no/tilskudd/Sider/etablering-og-drift-av-aktivt-opsokende-behandlingsteam-etter-act-modell-act-team-2014.aspx>

1. Handbok for *Fleksible ACT-team (FACT)*

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

2. Søknad om tilskot til Helsedirektoratet, datert 17.02.14 vedr prosjekt:

Tverrfagleg Oppsøkande Behandlingsteam ved DPS, ei lokal tilpasning av FACT-modellen. (Vedlegg 1)

Ei lokal tilpasning av FACT tek utgangspunkt i at DPS og kommunane i opptaksområdet allereie har etablert mange enkelttiltak for målgruppa menneske med alvorleg psykisk lidning med behov for fleksible, samansette og lengrevarige tiltak på tvers av nivå som er i tråd med FACT modellen (t.d. individuelt tilpassa skule og arbeidstrening, brukarstyrt seng, heimebaserte støttetiltak, LMS, dagbehandling med psykoedukasjon, CBT og sosial ferdighetstrening). Men det er behov for å koordinera og sikra at desse tiltaka vert

a) utforma og særleg tilrettelagt med utgangspunkt i den enkelte sine behov dvs. er individualiserte

b) opplevd meningsfulle, samanhengande og heilskapelege for den det gjeld, dvs. er basert på brukarmedverknad/recovery og ein godt koordinert og forplikande samarbeidsavtale mellom tenestenivåa kommune/spesialisthelsetenesta

Det er trong for både å få synleggjort eventuelle udekka behov og å koordinera allereie etablerte tiltak saman med og rundt den enkelte pasient i tråd med samhandlingsreforma. Allereie velfungerande tiltak og samarbeidsformer mellom DPS og kommunane skal vidareførast. Kommunane bidreg inn i prosjektet med stillingsressursar som allereie vert nytta i høve til målgruppa.

Partane inngår med dette ein forplikande samarbeidsavtale i tråd med nemnde prosjektsskisse, mål og tiltak, jfr søknaden om tilskot.

Dato og underskrift

.....
Stad og dato :

For kommune:

.....
Stad og dato :

For Helse HF :

VEDLEGG 12: ENKELTVEDTAK

ACT - Saksbehandling og vedtakspraksis

Formål

Sørge for at alle brukerne som mottar bistand fra ACT teamene har gyldig vedtak
Beskrive målgruppe og inntakskriterier
Beskrive saksgangen i Geric

Omfang

Saksbehandlingen og vedtakspraksisen omfatter følgende oppfølgingstjenester:

- Enhet for psykisk helse og rus i kommunen
- ACT
- Botiltak og treffested for psykisk helse
- Enhet for rustjenester

Arbeidsbeskrivelse

Beskrivelse av tjenesten:

Tjenester som ytes av oppfølgingstjenester skal lovhjemles og vedtaksfestes.

Tjenester fra Enhet for psykisk helse og rus, Botiltak og treffsteder for psykisk helse og Enhet for rustjenester, ytes fortrinnsvis til mennesker som har behov for bistand til å mestre dagliglivet, knyttet til rusavhengighet og/eller problemer knyttet til sin psykiske helse.

ACT-teamet skal gi tilbud til brukere som ikke nyttiggjør seg disse tjenestene og som oppfyller øvrige inntakskriterier. Diagnosen alvorlig psykisk lidelse er hovedkriteriet for inntak. Inntaksteam i ACT beslutter inntak.

De fleste henvendelser til ACT kommer fra spesialisthelsetjenesten, men enheter i kommunehelsetjenesten kan også henvise.

ACT teamene er sammensatt av ressurser fra kommunen og fra spesialisthelsetjenesten.

Leder kommunale del ACT: ...

Kontaktperson ACT: ...

Bakgrunnsinformasjon

Saksgang:

Når det er besluttet inntak skal det skrives statusrapport i Geric med beskjed til vedtakskontoret om behov for vedtak.

Det skal følge med bakgrunnsopplysninger i Geric til vedtakskontoret i nye saker. Hvem har søkt/søkt på vegne av bruker, dato søknad, dato beslutning i inntaksteam, dato oppstart og målsetting for tjenesten og målsetting for tjenesten. Begrunnelse for tiltak ACT.

Vedtak på tjenesten fattes etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav a eller b.

VEDLEGG 13: VEDTAK OM FORLENGELSE AV INDIVIDUELL TJENESTE FOR N.N.

Gjeldende vedtak om individuell tjeneste har sluttdato 30.07.17. I samarbeid med Ole Olsen er det søkt om forlengelse av tjenesten. Vi viser til søknad om forlengelse av individuell tjeneste mottatt 17.07.17 og det ble fattet følgende vedtak:

Du innvilges individuell tjeneste med 8 timer pr. måned i 6 måneder. Tjenesten gis fra kommunens psykisk- og rustjeneste. Tjenesten skal inneholde medisinadministrering, motiverende samtaler i forhold til redusering av bruk av rusmidler, samt økt forståelse for håndtering av symptomer og eventuelle kriser. Råd og veiledning i dagligdagse gjøremål som handling, vasking av leilighet og klær ved behov. Fokus på sosiale ferdigheter og økt fokus på fysisk aktivitet og forebygging av livsstilssykdommer.

Bistandsbehovet blir fortløpende evaluert sammen med deg og vedtaket ta opp til ny vurdering innen 17.01.2018.

Begrunnelse

Søknaden er vurdert etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1a, jf. helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1 første ledd, jf. første ledd nr. 6 bokstav a og b.

Tjenesten gis for å hjelpe deg med å ha det bedre med utfordringene knyttet til din fysiske og psykiske helse.

Innsynsrett

I henhold til forvaltningsloven §§ 18 og 19 har du som part i saken som hovedregel rett til innsyn i de saksdokumentene som ligger til grunn for dette vedtaket.

Dersom du ønsker å gjøre deg kjent med dokumentene kan du ta kontakt med undertegnede.

Klage

Pasient- og rettighetsloven § 7-2 sier vedtaket kan påklages. Klagefrist er 4 uker fra vedtaket er mottatt, jf. § 7-5. Eventuell klage med begrunnelse sendes til adressen nederst i brevet. Opprettholdes vedtakets avgjørelse, sendes saken videre til Fylkesmannen. Din saksbehandler kan gi nærmere råd og veiledning.

Med hilsen

VEDLEGG 14: VEDTAK OM HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

Oppfølging psykisk helse og rus

Søknad

Helse- og velferdskontoret viser til søknaden din datert 15.03.2017 der du søker om oppfølging fra ACT-team. Ole Olsen har søkt på dine vegne i samråd med deg.

Vedtak

Du innvilges videre oppfølging fra ACT-team. Innhold og omfang avklares mellom deg og dine tjenesteyttere.

Du vil få en kontaktperson og sammen avtaler dere når og hvordan du skal få den hjelpen som står i dette vedtaket. Vedtaket varer til ditt behov for tjenester endrer seg, og vi sammen gjør en ny vurdering. Hvis det skjer kan tjenesten enders eller avsluttes.

Begrunnelse

Pasienter eller brukere har rett til nødvendig e helse- og omsorgstjenester. Kommunene er pliktig til å ivareta denne rettigheten, til personer som oppholder seg i kommunen.

Du har over flere år hatt oppfølging fra ACT-team. Du har fortsatt behov for bistand og oppfølging på grunn av din psykiske lidelse og det er av den grunn vurdert at du har behov for denne tjenesten.

Kommunen jobber med forebyggende helsearbeid. Det betyr blant annet at du fortsatt skal gjøre det du klarer selv. Da opprettholder og bedrer du din evne til å mestre hverdagen på best mulig måte.

Egenbetaling

Denne tjenesten er gratis.

VEDLEGG 15: EKSEMPLER PÅ HJELPESPØRSMÅL VED AVSLUTNING AV FACT OPPFØLGING/BEHANDLING

Hjelpespørsmål

Hvor ofte har pasienten kontakt med FACT-teamet? Når var forrige kontakt? Hvis pasienten ikke er i aktiv behandling direkte eller indirekte, kan det nå være aktuelt å vurdere avslutning / overføring av sak?

Kan pasienten sine hjelpebehov ivaretas av kommunehelsetjenesten, av fastlege og av Avdeling psykisk helse?

Alle pasienter skal ha behandlings- og kriseplan. Er dette gjort og er planene oppdatert? Har oppfølgende instans i 1. linjen fått tilsendt kopi av kriseplan med oppdatert kontaktinformasjon om hvem de skal ta kontakt med ved eventuelle tegn på tilbakefall?

Hvis pasienten er medisinsk avklart, og ikke lengre er i behov for koordinerte helsetjenester, kan pasienten sine behov bli tilstrekkelig ivaretatt ved å henvise ham/henne til privatpraktiserende psykiater eller psykologspesialist med driftstilskudd?

Hvis pasienten i hovedsak får støttesamtaler, kan slike støttesamtaler bli ivaretatt av Avdeling psykisk helse eller av personale i tilrettelagt bolig?

Hvis tjenester fra psykosepoliklinikken / FACT-teamene i all hovedsak handler om indirekte helsehjelp gjennom veiledning til botilbud, kan saken avsluttes til fordel for kriseplan og skriftlig samtykke fra pasienten om samarbeid (veiledning) mellom botilbud og psykosepoliklinikken?

Er psykosepoliklinikken i mål med den bestilling henviser kom med i utgangspunktet? (F.eks. om «second opinion» vedr. medisineringen)

Hvis hovedproblematikken er rus eller andre problemstillinger som ikke har med psykose å gjøre, er det aktuelt å henvise pasienten til annen instans i spesialisthelsetjenesten?

Hvis det er gitt flere adekvate forsøk på langvarig medikamentell / psykososial behandling i regi av psykosepoliklinikken, og hvor sykdom tross dette gir seg til kjenne ved å være «behandlingsresistent», kan det være aktuelt å avslutte saken med kriseplan i denne omgang? Hva forventer du som behandler at pasienten vil få som utbytte av behandlingen?

Hvis pasienten selv ønsker å avslutte og er på frivillig psykisk helsevern, er det aktuelt å vurdere om vilkår for etablering av TPH f.eks. pga. farlighet, suicidalitet, o.a.?

I en helhetsvurdering, vil det være faglig forsvarlig å avslutte / overføre pasient.

VEDLEGG 16: EKSEMPEL PÅ UKESKJEMA

(Brukt i nasjonal evaluering av ACT-team i Norge i perioden 2009 – 2014)

Informasjon om Ukeskjema for kontakt med pasienten

Ukeskjemaet brukes av hvert teammedlem for å registrere sine kontakter med pasienter i løpet av uka

Monitorering av behandling og oppfølging er en viktig del av arbeidet i ACT-team. De amerikanske manualene inneholder omfattende vedlegg og skjema for dette. I den norske håndboka har vi valgt å gjøre dette mer oversiktlig og tilpasset norske forhold. Ukeskjema om kontakt med pasienten er tilrettelagt for at teamene både kan gi informasjon til og motta systematisk dokumentasjon av egen virksomhet fra evalueringssprosjektet.

Skjemaet fylles ut av hvert teammedlem for de kontaktene vedkommende har med ulike pasienter i løpet av en uke. Kodene som skal brukes i ulike kolonner står til høyre på arket, og det er en kort veiledning nederst på skjemaet. Det skal registreres én kode for hovedinnhold i den enkelte kontakt med pasienten, og inntil to koder for andre aktiviteter. Ukeskjemaet bør også brukes for pasienter som ikke inkluderes i evalueringen. Det er viktig at samme behandler alltid bruker samme kode for seg, som bør være den kode vedkommende bruker i andre registreringer og sammenhenger (f.eks. sine forbokstaver eller kort brukernavn for IT).

Regelmessig bruk av ukeskjemaet vil gi informasjon om det tilbudet pasientene får gjennom hele evalueringssperioden for ACT-team, og dermed mulighet til å analysere i hvilken grad variasjon i pasientforløp kan forklares ut fra den behandlingen pasientene får.

Dette skjemaet er også viktig som dokumentasjon av i hvilken grad teamet praktiserer ACT-modellen, og den dekker flere sentrale deler av ACT-praksis. Ved evalueringsteamets besøk for å vurdere teamets grad av troskap mot ACT-modellen, vil data registrert med ukeskjemaet gi en del av de opplysningene som skal brukes uten at teamet må registrere det på nytt.

Hver behandler leverer ved ukeslutt utfylt(e) ukeskjema til ACT-teamets merkantile medarbeider, som kvalitetssikrer skjemaet, tar eventuelt kopi til pasientens journal, og sender skjema til evalueringssprosjektet for elektronisk registrering.

Ukeskjema om kontakter	Team:	År:	Uke:	Behandler:	Ark nr av
------------------------	-------	-----	------	------------	-----------

Dato	Start kl.	Slutt kl.	Sted	P-ID	Med-beh.	Innhold (H + ev B)	Andre	Reise-tid

KODER OM HVER KONTAKT	
Dato:	1-2 siffer for dato i måned
Start – Slutt:	Angi klokkeslett*
Sted	
U	Ute i samfunnet/hos pasient
K	I kontor tilknyttet ACT-teamet
T	Telefonsamtale
P-ID:	Pasientens kode i eval.
Medbeh:	Andre teammedlem som var med (initialer/koder)
Innhold i teamets kontakt: En kode for hovedaktivitet, og inntil to koder for biaktivitet	
1	Kontaktetablering
2	Utredning/undersøkelse
3	Planlegge behandling/tiltak
4	Medisinering
5	Kriseintervensjon/håndtering
6	Individerterapi/psykoterapi
7	Støtteterapi/støttesamtaler
8	Gruppebehandling
9	Sosial trening/Fritidsaktiviteter
10	Uformell kontakt med nettverk
11	Familie/nettverkssamtale
12	Forberede rusbehandling
13	Rusbehandling, gruppe
14	Rusbehandling, individuelt
15	Arbeid/yrke/utdanning
16	Arbeid med bolig/økonomi
17	Husarbeid/egenomsorg
18	Følge til lege /andre tjenester
19	Møte der pasienten er med
20	Møte uten pasienten
21	Ekstra journalarbeid (se **)
22	Arbeid med koordinering/ind.pl.
23	Får ikke kontakt/ikke møtt
24	Annet
Andre: Andre som deltar i kontakten (skriv ev flere)	
1	Fastlege/allmennlege/legevakt
2	Somatisk sykehus
3	Tannlege
4	Psykiatri/rustjeneste komm/by
5	Hjemmetjenester i komm/bydel
6	NAV, sosialtjenester, arbeid
7	Poliklinikk/akutteam ved DPS
8	Døgnavdeling ved DPS/sykehus
9	Ruspoliklinikk
10	Rusbehandling, døgn
11	Psykiater/psykolog egen praksis
12	Politi/kriminalomsorg
13	Andre

Registreringen gir profil for tilbudet pr pasient og for teamets arbeid. Hver behandler fyller ut et (ev flere) skjema for hver uke. Dagens kontakter fylles fortrinnsvis ut ved slutten av dagen eller tidlig neste dag. Utfylt skjema leveres ved ukeslutt til merkantil ansatt, som kvalitetssikrer det. Kontakter der flere er med, føres bare av hovedansvarlig/primærkontakt.

* Start/slutt gjelder for selve pasientkontakten/tid avsatt (uten reisetid)

** Kode 21 for ekstra journalarbeid brukes ikke for løpende notater etter kontakt, men annen bruk av journal (lese/skrive) utover noen minutter. (Intern avkryssing om journalnotat kan settes til høyre for linja.)

