



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSO321-H-2022-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	02-05-2022 09:00	Termin:	2022 VÅR
Sluttdato:	16-05-2022 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 BSO321 1 H 2022 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	418
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7998
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har Ja registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Flexible Assertive Community Treatment i
Norge

Flexible Assertive Community Treatment
in Norway

Kandidatnr: 418

BSO321 i Sosialt arbeid

Fakultet for helse- og sosialvitenskap. Institutt for velferd
og deltaking.

16.05.2022

Ord: 7998

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Abstract

Coordination of service provision for people with severe mental disorders and/or serious drug issues, is one of the main challenges in the health and welfare sector. In Norway, services for this group consists of specialist mental health services, specialist health services in substance abuse, various health and social services provided by the municipality, and those offered by general practitioners. This patient group shows a wide variation in issues and is usually in need of a coordinated and comprehensive service. Consequently, there are challenges with organizing and coordinating services for this group. Flexible Assertive Community Treatment (FACT) was implemented in 2013 in Norway and is an alternative treatment method for this group. This is a model of community-based mental health care, that provides multidisciplinary and flexible support for people with severe mental illness.

A key aspect of the FACT-model is recovery; a perspective with which providers aim to support the patients in their own recovery process. In this Bachelor thesis I will be examining why the Norwegian Health Authorities have decided to implement FACT-teams into the National service system. I have conducted a literature review where I have examined studies of experiences from service providers working in FACT-teams, in addition to those of the service's users. Furthermore, I have examined studies of recovery-oriented help and coordination between the specialist and municipal health service, as well as studies of the treatment effect of FACT (although the research on this topic seemed to be limited).

My findings show an unequal balance of powers between the sectors. In addition to this, bureaucracy is shown to be a barrier to recovery-oriented intersectoral care. FACT is suggested as a possible solution, creating a common action space between the sectors. Moreover, my findings show several positive experiences among service providers and service users of FACT. It is stated that they undertake responsibility, as well as both collaborate with and reassure, other services. Nevertheless, there seems to be a consensus within the field that this method still needs adapting. There are even those who question whether the Norwegian Health service system is prepared for such a coordinated service.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	4
1.1. Bakgrunn for valg av tema	4
1.1.1. Forskning på feltet og sosialfaglig relevans	4
1.2. Problemformulering og avgrensning	5
1.3. Presisering	5
1.4. Oppgavens oppbygging	6
2. Teori	7
2.1. Recovery	7
2.2. ACT	8
2.3. FACT	9
2.4. Nasjonale føringer	10
2.5. Lovverk	12
2.6. Evaluering av FACT-team i Norge	13
3. Metode	14
3.1. Valg av metode	14
3.2. Fremgangsmåte	15
3.3. Empiri	16
3.3.1. Umøtte behov i primær- og spesialisthelsetjenesten	16
3.3.2. Subjektive erfaringer	17
3.3.3. Behandlingseffekt	17
3.4. Kildekritikk	18
4. Presentasjon av funn	19
4.1. Umøtte behov i primær- og spesialisthelsetjenesten	19
4.2. Subjektive erfaringer med FACT-team	19
4.3. Behandlingseffekt av FACT-team	20
5. Drøfting	21
5.1. Samarbeid og koordinering	21
5.2. Erfaringer med FACT i Norge	23
5.2.1. Teamansatte	24
5.2.2. Pasienter	25
5.3. Virker FACT?	26
6. Oppsummering	29
7. Litteraturoversikt	31
Vedlegg 1. Oversikt over systematiske søk	35

1. Innledning

1.1. Bakgrunn for valg av tema

Mennesker med alvorlige psykiske lidelser, ofte kombinert med rusproblemer, fanget min oppmerksomhet gjennom utdanningsløpet; både på skolebenken og i arbeidslivet. En jobb ved siden av studiet har tillatt meg å bli kjent med denne gruppen på nært hold, noe som har vekket mitt engasjement og nysgjerrighet rundt denne tematikken. Jeg har ønsket å lære mer om hvem denne gruppen er, og hvordan deres møte med dagens behandlingssystem foregår. Både jeg og flere av mine kollegaer har delt frustrasjon over den offentlige hjelpetjenestens tilsynelatende ansvarsfraskrivelse, og hatt opplevelsen av at ansvaret for brukerne kastes mellom fengsel, psykiatri, rehabilitering og lignende. Flexible Assertive Community Treatment (FACT) en relativt ny samhandlingsmodell mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen som retter seg mot denne gruppen. Jeg ønsker å benytte bacheloremnet til å lære mer om forholdene rundt denne modellen, og hvordan denne virker.

1.1.1. Forskning på feltet og sosialfaglig relevans

Ifølge Sintefs rapport om kommunalt psykisk helse- og rusarbeid bruker norske kommuner en betydelig andel av sine ressurser innen psykisk helse- og rusarbeid til voksne med alvorlige og langvarige problemer (Ose et al., 2018). Likevel synes tilbudet for denne gruppen å være utilstrekkelig. Dette er til tross for at antall årsverk i kommunalt helse- og rusarbeid øker. Evjen et al. beskriver gruppen som vanskelige å nå. Mange er preget av livssituasjoner som gjør dem sårbare, som for eksempel funksjonsnedsettelse, sosiale problemer, forekomst av bostedsløshet, behov for rehabilitering eller pendling i tiltaksapparatet (2018, s.24). De har med andre ord omfattende og komplekse hjelpebehov som berører ansvarsområdet til både spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Sosionomer har som samfunnsmandat å gi bistand til mennesker som har behov for hjelp, sikre menneskeverdige levekår og fremme livskvalitet (FO, 2019, s. 3). Man kan si at sosialt arbeid handler om endringsarbeid, og om å bruke sin kunnskap om sosiale problemer, samfunn og menneskelige relasjoner i møte med brukere (Martinsen et al., 2019, s.11). På bakgrunn av dette anbefales det at ansatte med sosialfaglig kompetanse inngår i FACT-teamenes tverrfaglige sammensetning (Bakke

& Strand, 2018, s.15). Et viktig poeng er at FACT berøres direkte av helsetjenestens strukturer og politiske føringer. Sosionomer er følgelig i en unik posisjon til å se hvordan politikken slår ut, da de jobber i velferdstjenester og dermed utfører offentlig politikk (Martinsen et al., 2019, s.11). Fordi sosionomer jobber med endringsarbeid både på individ- og gruppenivå, er derfor FACT-teamenes arbeid svært relevant for dette faget.

1.2. Problemformulering og avgrensning

Følgende er besvarelsens problemstilling:

«Hvorfor benytter helsemyndigheter FACT-modellen som behandlingsform i Norge?»

Jeg ønsker å avgrense besvarelsen til tre undertema, som samlet sett skal være med på å belyse problemstillingen. Disse presenteres i form av følgende forskningsspørsmål:

- Hvilke umøtte behov er det FACT-teamene utfyller i den norske helsetjenesten?
- Hvilke positive og negative erfaringer har FACT-teamenes brukere og tjenesteytere uttrykt?
- Hvilken målbar effekt har FACT-team i Norge, ifølge forskning?

FACT er en utbredt modell og praktiseres i flere land i Europa, så vel som USA. Denne besvarelsen avgrenses imidlertid til å omfatte FACT i norske forhold. Dette er fordi det er en kontekst-preget modell der utformingen henger sammen med hvordan det lokale helsevesenet fungerer. Min problemformulering tar til sikte på å finne ut hvordan modellen praktiseres i Norge, og eventuelle erfaringer rundt dette.

1.3. Presisering

Målgruppen beskrives i FACT-modellens etableringshåndbok som mennesker med psykoselidelser, bipolar lidelse, alvorlige affektive lidelser, rusmiddelmissbruk (eventuelt i kombinasjon med psykoselidelse) eller psykoselidelser i kombinasjon

med lett utviklingshemming (Bakke & Strand, 2018, s.10). I den forbindelse vil begrepene ROP-pasienter og ROP-lidelser benyttes, definert som mennesker med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (Helsedirektoratet, 2012, s.16). I denne besvarelsen vil jeg i tillegg referere til målgruppen som «pasient» *eller* «bruker». Dette er fordi målgruppen har komplekse behov, og mottar stort sett tjenester både fra kommunen og spesialisthelsetjenesten. Jeg vil bruke disse termene om hverandre, basert på konteksten de presenteres eller diskuteres i. Det må likevel understrekes at disse vil ha samme betydning.

1.4. Oppgavens oppbygging

Denne besvarelsen består av 6 hovedkapitler, inkludert innledningskapittelet. I kronologisk rekkefølge presenterer jeg relevant teori. Deretter tar jeg for meg valg av metode og presentasjon av utvalgt forskningslitteratur, før jeg i korte trekk legger frem sentrale funn fra de enkelte forskningsartiklene. I kapittel 5 vil jeg i lys av teorigrunnlag og forskningslitteratur drøfte og legge frem egne funn, etterfulgt av en avslutningsdel.

2. Teori

2.1. Recovery

Recovery er et teoretisk perspektiv som jeg har valgt å legge til grunn i denne besvarelsen. Recovery kan beskrives som en retning innen bruker- og pasientbevegelsen der man bruker hverandres erfaringer for å arbeide med seg selv for å oppnå bedring (van Veldhuizen, 2013, s.15). FACT-modellen er blant annet inspirert av recoverytenkningen. Larry Davidson, en sentral forsker på recovery-tradisjonen definerer Recovery-orientert praksis som «*støttende innsats som bygger på hvert individs fortrinn, styrke og kompetanse til å mestre og gjenvinne et meningsfylt og konstruktivt liv med opplevelse av sosial tilhørighet*» (Davidson, 2008, sitert i Evje et al., 2018 s. 42). Med en slik tilnærming, tar man utgangspunkt i hva brukeren selv ønsker, og at man som hjelper tar en støttespiller- og samarbeidende rolle. En sentral tanke innen recovery er at man ikke nødvendigvis skal leve uten sykdommen, men med den. Dermed handler recovery om å finne ressurser i seg selv i samarbeid andre, eksempelvis venner, familie eller fagpersoner (van Veldhuizen, 2013, s.15). Selv om dette er en personlig prosess og arbeidsinnsats, vektlegges viktigheten av sosiale omgivelser og betingelser. Recoveryperspektivet har blitt oppfattet som viktig både i forståelsen av psykisk helse og i utviklingen av samarbeidsformene mellom brukere og tjenesteyterne, særlig i brukermiljøer og kommunalt psykisk helsearbeid (van Veldhuizen, 2013). CHIME, som kan ses på som recovery-perspektivets rammeverk, er en engelsk forkortelse som på norsk som står for *tilhørighet, håp, identitet, mening og selvbestemmelse*. Dette er fem dimensjoner som går igjen fra studier der personer med egenerfaring snakker om hva som har betydning for den psykiske helsen (Leamy et al., 2011).

I NAPHAs rapport om recoveryorienterte praksiser nevnes det at recovery i liten grad er fremstilt som et sentralt begrep i norsk helse- og velferdspolitik (Borg et al., 2013, s. 11). Likevel ser man tydelige samsvar mellom grunnlagsperspektivene i recovery og sentrale politiske satsningsområder innen psykisk helse. Eksempler på dette er menneske- og pasientrettigheter, lokalbaserte tilbud, sosial inkludering, deltakelse og medvirkning (Borg et al., 2013, s. 11). Basert på grundig gjennomgang av forskning på området, presenterer rapporten tre definisjoner av recovery: 1. en personlig prosess, 2. en sosial prosess og 3. som et resultat (klinisk recovery).

Recovery som en personlig prosess er særlig vektlagt i brukermiljøet, med fokus på og ønske om å formidle den enkeltes innsats, tålmodighet og kraft som kreves for å gjennomgå denne prosessen. Innenfor denne forståelsen fremheves noen områder: betydningen av tro og håp i fremtiden, mening, egenkontroll og tilknytning til personer og miljøer (Borg et al., 2013, s. 11). Her er håp, optimisme og mening i livet sentralt. Med *recovery som en sosial prosess* menes aktiviteter og strategier basert i personens hverdagsliv og lokalmiljø (Borg et al., 2013, s. 12). For eksempel regnes hjemmet, arbeidssted, utdanning og venner å ha stor betydning for recoveryprosessen. Forståelsen av å «bli frisk» utfordres av mange miljøer, og prosesser i hverdagslivet som hindrer eller tilrettelegger for recovery kan bli tydelige (Borg et al., 2013, s. 14). Sosial identitet og sosiale miljøer regnes også som viktige her. Man kan altså si at denne forståelsen for recovery favner om den dynamiske prosessen mellom personen og omgivelsene (Borg et al., 2013, s. 16). *Recovery som et resultat* (klinisk recovery) står i kontrast til personlig recovery ved at dette begrepet reflekterer resultatorientering. Begrepet har sitt utspring fra behandlings- og rehabiliteringsmiljøet, og handler om behandlingseffekt og objektive resultatmål (Borg et al., 2013, s. 16). Det å definere recovery som en sosial eller personlig prosess kan være utfordrende der tjenester forventes å bruke standardiserte mål og tjenester (Jacobsen 2001, referert i Borg et al., 2013, s. 16). Det har blitt mye brukt som resultatmål for å bli «frisk» eller symptomfri innenfor medisin og andre helsefag. Denne recovery-forståelsen har mange fellestrekk med behandlingsforskning og effektmålinger som har lange tradisjoner innen ulike deler innen psykisk helsehjelp, og da særlig spesialisthelsetjenesten (Borg et al., 2013, s. 16).

2.2. ACT

ACT står for Assertive Community Treatment, og er det som FACT-modellen har sitt utspring fra. Når man skal diskutere FACT, er det derfor sentralt at man vet noe om hva ACT er og går ut på. ACT-modellen opprinner fra Wisconsin i USA fra begynnelsen av 1970-tallet (Aakerholt, 2013, s. 10). Man ønsket å forhindre at noen ble bostedsløse eller svingdørspasienter da de store psykiatriske sykehusene ble avvirket. Et viktig prinsipp i det som da var kjent som «Training in Community Living», var at den skulle være team-basert og omfatte et vidt spekter av tiltak. I senere tid

har ACT blitt etablert i flere stater i USA, Canada, Australia og flere europeiske land (Aakerholt, 2013, s. 10).

ACT-modellens målgruppe i Norge kjennetegnes av at de har psykoselidelser, de er vanskelige å etablere kontakt med, og de har gjerne mange mislykkede behandlingsopphold bak seg, ofte på tvang (Aakerholt, 2013, s. 11). Man kan si at ACT egner seg mest for psykosepasienter med lavt funksjonsnivå og omfattende tilleggsbelastninger. Her inngår også psykoselidelser i kombinasjon med rusmiddelmissbruk. Det blir estimert at målgruppen til ACT er 20% av de langvarige psykisk syke menneskene i en befolkning, eller 1% av den totale befolkningen (Bond et al., 2005, referert i van Veldhuizen, 2007, s. 424). Man kan si at ACT tar til sikte på å samle nødvendige tjenester i ett team. Det består av et tverrfaglig sammensatt team som leverer både kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester, som for eksempel integrert behandling av rus og psykiske lidelser og tett individuell oppfølging med tanke på bolig, arbeid, familie og fritid. En av primærhensiktene med ACT er å lære brukerne å mestre tilværelsen i lokalmiljøet (training in community living) (Aakerholt, 2013, s. 24). Derfor foregår også 80 prosent av kontakten med pasientene der de selv bor.

ACT er gjenstand for mye forskning, og er en forskningsbasert modell. Med andre ord tar man til sikte på å gjennomføre behandlingsmodellen i størst mulig samsvar med de kontrollerte studiene som er gjort. Tanken er at man da oppnår den samme effekten overalt der den gjennomføres (Evjen et al., 2018, s. 230). Et særtrekk med ACT er derfor at teamene gjennomfører evalueringer regelmessig gjennom å ta i bruk fidelity-skalaer for å måle grad av modelltrofasthet.

2.3. FACT

Flexible Assertive Community Treatment (FACT) er på sin side en nederlandsk adaptasjon av ACT-modellen. Hensikten med behandlingsformen er å tilby langsiktig, integrerte og omfattende tjenester for personer med alvorlige psykiske lidelser, komplekse behov og lavt nivå av daglig fungering (van Veldhuizen, 2007, s. 424).

Den blir regnet som rehabiliteringsorientert klinisk case-management-modell, og er delvis basert på ACT-modellen. Case management handler om å koordinere og sikre at pasienten får nødvendige tjenester uansett hvor mange instanser som er involvert (Aakerholt, 2013, s. 8). Der ACTs målgruppe er 20% av de alvorlig psykiske syke personene i en populasjon, søker FACT å i tillegg nå de resterende 80% av de psykisk syke personene i et samfunn, som blir regnet som mer stabile (van Veldhuizen, 2007, s. 424). Ordet *flexible* i FACT gjenspeiler én av hovedforskjellene mellom modellene, som er at FACT favner om en viere målgruppe og at behandler-bruker-kontakten har en tilpasset intensitet, basert på brukerens aktuelle behov (Evjen et al., 2018, s. 232). Dette skal altså åpne for at teamene har kapasitet til å følge opp en større gruppe over lengre tid, noe som sikrer kontinuitet for tjenestemottakerne også i de stabile fasene. En tanke er derfor at FACT-teamene vil kunne handle raskere med intensiv behandling dersom en pasient er på vei inn i en mer hjelpetrengende og ustabil fase.

Teamene er, likt som i ACT, tverrfaglige med hensikt å tilby alle de nødvendige tjenestene fra ett og samme team (Aakerholt, 2013, s. 37). Blant annet er ACT ett av flere behandlingstilbud som FACT-teamene har og som gjerne tilbys i intensive behandlingsfaser. I Norge blir FACT sett på som en samhandlingsmodell mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen, der målet er at brukere får helhetlige og integrerte tjenester (Landheim & Odden, 2020, s.13).

2.4. Nasjonale føringer

I forståelsen av hvorfor ACT- og FACT-team har blitt prioritert som behandlingsform i Norge, kan det være hensiktsmessig å se nærmere på bakgrunn for initieringen av disse. Det vil være naturlig å trekke inn offentlige føringer og utredninger som omtaler tilstanden i dagens helsevesen overfor den aktuelle målgruppen.

Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse publisert i 2012 (Helsedirektoratet). Formålet med retningslinjen var å fremme bedring og livskvalitet hos personer med ROP-lidelser, samt å tilgjengeliggjøre viktig faglig informasjon og kunnskap på feltet for

tjenesteytere som kommer i kontakt med gruppen. Retningslinjen trekker flere steder paralleller mellom psykiske lidelser og ruslidelser og viser til at høy alvorlighet av psykiske lidelser øker forekomsten av ruslidelser. Det vises også til både nasjonale og internasjonale befolkningsstudier som bekrefter at ROP-lidelser ofte opptrer sammen (Helsedirektoratet, 2012, s.25). Det står i anbefaling nr. 64 at det i alle kommuner skal finnes rutiner for både identifisering og oppfølging av ROP-pasienter, noe som også skal komme frem i kommunenes handlingsplaner (Helsedirektoratet, 2012, s.76). Sosialtjenesten peker imidlertid på utfordringer rundt kartlegging og oppfølging av denne gruppen (Helsedirektoratet, 2012, s.33). Når det gjelder organiseringen av tiltak overfor denne målgruppen, understrekes viktigheten av å tilby flere tiltak på en god og koordinert måte, gjerne integrert, med ACT-team og intensiv case management som eksempel på team som kan tilby dette (Helsedirektoratet, 2012, s.59).

Opptappingsplanen for rusfeltet kom i 2015 (Prop.15 S (2016-2020)). Her understrekes hvordan rus og psykisk helsefeltet er et satsingsområde for regjeringen, noe som per 2015 har gitt resultater. Det anerkjennes likevel at det er særskilte utfordringer på rusfeltet som krever mer konkretiserte og prioriterte innsatsområder, blant annet gjennom styrking og øking av kapasiteten på feltet (Prop. 15 S (2016-2020), s.6). Målet er at opptappingsplanen bidrar til at den samordnede innsatsen overfor blant annet personer med alvorlig rusavhengighet blir forbedret, forsterket og tverrsektoriell.

Opptappingsplanen påpeker at der fremdeles er mangler rundt koordineringen av tjenester til mennesker med alvorlige rusproblemer og psykiske problemer. Også her foreslås nye tilnæringsmåter for denne målgruppen, som teambaserte faglige løsninger og samhandlingsmodeller, eksempelvis aktivt oppsøkende tverrfaglige behandlingsteam (Prop.15 S (2016-2020), s.21). Kartleggingen viser til at brukergruppen har svært omfattende hjelpebehov, og mottar tjenester og bistand fra flere ulike sektorer innad i kommunene, gjerne med behov for en mer spesialisert behandling (Prop. 15 S (2016-2020), s.23). Også her anbefales ulike oppsøkende tjenester, herunder ACT-team. Hva gjelder samhandling av tjenester understrekes det at tjenestetilbudet er fragmentert og lite samordnet. Her vises til behovet for å

innrette tjenester og hjelpetiltak slik at den enkelte møter et sammenhengende, tilgjengelig og helhetlig hjelpetilbud (Prop. 15 S (2016-2020), s.23).

2.5. Lovverk

Pasient- og brukerrettighetsloven gir pasienter og brukere rettighet til å få forsvarlig helsehjelp, både fra kommunen og spesialisthelsetjenesten (1999, § 1-1). Pasientens tilstand påvirker hvilket tjenestenivå hjelpen skal ytes fra. Det er nødvendig for FACT-teamenes målgruppe å få helsehjelp fra begge nivåene. Hvordan FACT-teamene velger å organisere seg, påvirker hva de hjemler virksomheten sin i (Bakke & Strand, 2018, s.23). Her kan det nevnes at organiseringen avhenger av hvilke avtaler man klarer å utforme mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen. Team som utelukkende organisatorisk er plassert i spesialisthelsetjenesten, hjemles i spesialisthelsetjenesteloven (1999). Det samme gjelder kommunen med helse- og omsorgstjenesteloven (2011). Team med delt organisering må hjemle virksomheten i begge lovverkene. Det er viktig å påpeke at uansett hvordan teamene velger å organisere seg, har alle pasienter av FACT-team sine rettigheter etter pasienter- og brukerrettighetsloven (1999). I tillegg er alle team-ansatte forpliktet etter helsepersonelloven i kraft av å jobbe i helse- og omsorgstjeneste. Denne regulerer både taushetsplikten og opplysningsplikten (1999, §§ 21-29 e.).

Fordi FACT-teamene forankres ulikt i spesialist- og kommunehelsetjenesten, er det relevant å se på lovverket som regulerer bruk av og innsyn i journal hos disse. Informasjonen i journalene er viktig å kunne formidle i FACT-team, både mellom samarbeidspartnere og tjenestenivåene, for å kunne gi et så forsvarlig og raskt tilbud som mulig. Rundskrivet til helsepersonelloven (Helsedirektoratet, 2018, § 25) åpner for å gi pasientopplysninger på tvers av tjenestenivå. Begrunnelsen for bestemmelsen er å ivareta pasientens behov for oppfølging, samt for å bidra til forsvarlige, hensiktsmessige og rasjonelle forhold i helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2018, innledning avsn. 2).

2.6. Evaluering av FACT-team i Norge

På oppdrag fra Helsedirektoratet gjennomførte Nasjonal kompetansetjeneste ROP en forskningsbasert evaluering av de sju første FACT-teamene i Norge. Denne ble utgitt i 2020 (Sigrun & Odden). Siden 2009 har helsedirektoratet stimulert til utprøving og implementering av ACT og senere FACT. Hensikten med evalueringen var å øke kunnskapen rundt nytteverdien og effekten av FACT-modellen, både nasjonalt og internasjonalt (Sigrun & Odden, 2020, s.6). Dette ville kunne gi innspill til en videre utvikling av modellen i Norge, som igjen ville styrke tilbudet til målgruppen.

Evalueringen består av både kvalitative og kvantitative data der det blant annet kartlegges erfaringer fra pasienter, pårørende, ansatte i FACT-teamene, i tillegg til at det er samlet data fra ulike lokale journalsystemer. Den inneholder flere ulike undersøkelser som belyser forskjellige problemstillinger som sammen danner grunnlaget for den omfattende evalueringen.

Fem av teamene i evalueringen er fra Helse Vest RHF, og to fra Helse Sør-øst RHF. To av teamene hadde opptaksområde spredtbygde områder, mens de øvrige fem holdt til i mer urbane områder. Opptaksområdene varierte fra omkring 20 000 innbyggere og opp til ca. 120 000 innbyggere. Når det gjaldt organiseringen av teamene, var der store variasjoner. Ett var organisatorisk plassert i kommunen, ett i både kommunen og spesialisthelsetjenesten, og resten var plassert i DPS. De fleste hadde delt arbeidsgiveransvar mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Etter to år hadde de sju teamene et kombinert antall på 620 pasienter i et samlet opptaksområde på 360 000 innbyggere (18+ år), som med andre ord utgjorde 0,2 promille av befolkningsgrunnet per 2020. Hovedsakelig inkluderte teamene personer med psykoselidelser, med unntak av teamene i de mindre tette befolkede områdene som gjerne utvidet målgruppen noe. I kartleggingen av pasienterfaringer deltok det 89 pasienter. Det er viktig å understreke at dette ikke er et representativt antall for alle som var i behandling på dette tidspunktet.

3. Metode

Metode fungerer som et verktøy når vi samler inn data som trengs for å undersøke det valgte tema (Dalland, 2017, s. 52). Man skiller gjerne mellom kvantitativ og kvalitativ metode. Kvantitativ metode omfatter målbar data, der målet ofte er å finne generelle sammenhenger. Med kvalitativ metode tar man derimot sikte på å fange opp meninger og opplevelser som ikke kan tallfestes eller måles, der konklusjoner er basert på fortolkninger gjort av forskeren (Dalland, 2017, s. 52).

3.1. Valg av metode

Jeg har valgt å benytte meg av litteraturstudie som metode. Aveyard definerer litteraturstudie som en omfattende studie som innebærer tolkning av litteratur, der hensikten er å besvare et bestemt spørsmål (2019, s.2). Jeg ønsker med andre ord å erverve meg ny kunnskap ved å systematisk søke opp og analysere eksisterende og relevant litteratur på området.

Litteraturstudier er viktige fordi de oppsummerer samlinger av litteratur og presenterer det i en ny kontekst (Aveyard, 2019, s.4). I en tid der det stadig publiseres ny forskning er det et nødvendig å ha oppdaterte analyser og oversikter innenfor de ulike områdene. For tjenesteytere innen helse- og sosialfaget er det for eksempel viktig at et vidt og kvalitetssikret utvalg av informasjon er lett tilgjengelig, slik at hjelpen som tilbys er i tråd med aktuell og relevant forskning på området (Aveyard, 2019, s.4).

Hvordan jeg forstår og analyserer litteraturen som jeg har valgt ut, påvirkes av hvilket vitenskapssyn som legges til grunn. Vitenskapssyn kan forenklet sett deles inn i to deler der den ene har sitt opphav i naturvitenskapens tradisjon med studier av den fysiske naturen, og den andre med sitt opphav i humanvitenskapene, i studiet av mennesker og menneskeskapte fenomener (Dalland, 2017, s. 39). Disse kalles positivisme og hermeneutikk. I denne oppgaven vil jeg benytte meg av en hermeneutisk tilnærming fordi litteraturen som skal analyseres hovedsakelig er kvalitativ. Intervjupersonenes forståelse og opplevelse av tema sentralt.

3.2. Fremgangsmåte

Jeg valgte å benytte meg av databasene Helsebiblioteket, Epistemonikos, Idunn, Google Scholar, Oria, Web of Science og PubMed. I tillegg brukte jeg relevante pensumbøker fra studiet. «Dobbelt opp; om ruslidelser og psykiske lidelser» av Reidunn Evjen, Knut Boe Kielland og Tone Øiren (2018) er en pensumbok som har vært særlig vektlagt.

Jeg ønsket å starte bredt for å få en oversikt over hva FACT var, og hva det kunne være interessant å lære mer om. Jeg gikk derfor inn på helsebibliotekets sider og brukte søkeordene «ROP-lidelse», «FACT» og «Flexible Assertive Community Treatment». Jeg søkte på ROP-lidelser fordi ROP-pasienter er en gruppe som interesserer meg og som jeg vil lære mer om. Dessuten er det ikke uvanlig at FACT-team jobber med denne gruppen. Her fant jeg Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse. Da jeg søkte på «Flexible Assertive Community Treatment» på samme database fant jeg referanser til den nasjonale evalueringsrapporten av FACT-modellen. Fordi det blant annet var Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP) som stod bak evalueringen, bestemte jeg meg for å gå inn på deres nettside (www.rop.no) og lese om FACT. Her fant jeg at de hadde samlet håndbøker, rapporter og evalueringer om og av FACT. Disse har jeg brukt gjennomgående i oppgaven.

Jeg startet med et pilotsøk for å få inspirasjon til nyttige søkeord og en overordnet oversikt av tema. Jeg brukte søkeordene *Flexible Asserive Community Treatment* på Google Scholar. Ved å se over søkeordene til artiklene jeg fant, noterte jeg med ned følgende nøkkelord: *Recovery, Flexible Act, FACT-team, Flexible Assertive Community Treatment, dual diagnosis, coordination*. For meg var det viktig at forskningsartiklene var nokså nye, da FACT-modellen selv er relativt ny, og stadig nye FACT-team opprettes med nye erfaringer både nasjonalt og internasjonalt. I gjennomgangen av litteratur generelt, leste over overskrifter og oppsummeringer (abstract). Jeg hadde mine forskningsspørsmål som grunnlag, der det var viktig at litteraturen som ble valgt berørte disse temaene. I vedlegg 1. har jeg laget en systematisk oversikt over hvilke søk jeg har gjort i de ulike databasene der jeg

inkluderer inklusjons/eksklusjonskriterium, antall treff, og dato som søkene ble gjort på.

3.3. Empiri

Forskningsartiklene som jeg mener er med på å besvare problemstillingen min, vil presenteres i følgende undertema: (1) subjektive erfaringer med FACT-team, (2) umøtte behov i den norske primær- og spesialisthelsetjenesten og (3) Behandlingseffekt av FACT-team. Hvert av undertemaene er tilknyttet besvarelsens forskningsspørsmål.

3.3.1. Umøtte behov i primær- og spesialisthelsetjenesten

Jeg brukte søkeordene *dual diagnosis* OG *substance abuse* OG *coordination*, og fant artikkelen «Coordination of services for dual diagnosis clients in the interface between specialist and community care» av Catharina Bjørkquist & Gunnar Vold Hansen. Dette er en norsk studie publisert i 2018. Hensikten er å studere koordineringen av de omfattende hjelpetjenestene som tilbys personer med samtidige ruslidelser og psykiske lidelser. Studien tar utgangspunkt i gruppeintervju, med representanter fra primær- og spesialisthelsetjenesten, samt brukere og pårørende. Den er med på å belyse aktuelle problemområder som kan oppstå i ansvarsfordelingen mellom kommunal og statlig helsetjeneste i Norge.

Jeg brukte søkeordene *Recovery-oriented* OG *FACT-team* på Oria, med kriterium om at det måtte være publisert innen de siste fem årene. Da fant jeg følgende artikkel "Recovery-oriented intersectoral care between mental health hospitals and community mental health services: An integrative review." Kim Jørgensen, Tonie Rasmussen, Morten Hansen & Kate Andreasson. Dette er en review-studie publisert i 2021 som ser nærmere på koordineringen av recovery-orientert hjelp på tvers av sektorer i helsetjenesten. Jørgensen et al. sikter på å belyse perspektivene til representanter fra psykiatriske sykehus og fra kommunale helsetjenester. Forskningsartiklene som er inkludert i studieoversikten er skandinaviske hvorav to av disse tar for seg erfaringer med FACT-team.

3.3.2. Subjektive erfaringer

«Flexible assertive community treatment teams can change complex and fragmented service systems: experiences of service providers» var av Kristin Trane, Kristian Aasbrenn, Martin Rønningen, Sigrun Odden, Annika Lexén & Anne Landheim. Jeg fant forskningsartikkelen på Web of Science, ved å benytte meg av søkeordene *Flexible Assertive Community Treatment* OG *service provider*. Dette er en ny forskningsartikkel (fra 2021), der forskningen har funnet sted i Norge. Studien er kvalitativ, der seks av de syv første FACT-teamene som ble etablert i Norge, inkluderes i fem individuelle fokusgruppeintervju. Intervjuene ble gjennomført tre år etter at modellen ble implementert, og hensikten var å kartlegge erfaringer, samt å få et innblikk i hvilken effekt FACT-teamene hadde hatt i det eksisterende helsesystemet.

På PubMed fant jeg artikkelen «Service User Experiences of How Flexible Assertive Community Treatment May Support or Inhibit Citizenship: A Qualitative Study» av Eva Brekke, Hanne K. Clausen, Morten Brodahl, Annika Lexén, Rene Keet, Cornelis L. Mulder & Anne Landheim. Her brukte jeg søkeordene *flexible assertive community treatment* AND *service users* AND *recovery*. Forskningsartikkelen ble publisert i 2021. Hensikten var å utforske og beskrive perspektivet til tjenestemottakerne i FACT og hvorvidt behandlingsmodellen fremmer medborgerskap. Dette er en kvalitativ studie hvor det ble gjennomført intervju med 32 tjenestemottakere fra fem forskjellige FACT-team i Norge.

3.3.3. Behandlingseffekt

Ved å søke på *Flexible community treatment* AND *FACT-team* på Web of Science fant jeg artikkelen “The effect of Flexible Assertive Community Treatment in Denmark: A quasi-experimental controlled study” av Camilla Munch Nielsen, Carsten Hjorthøj, Helen Killaspy & Merete Nordentoft. Dette er en dansk studie som ble publisert i 2021 der hensikten var å sammenligne behandlingseffekten av FACT-modellen sammenlignet med behandling gjennomført av «standard community help teams» eller ACT-team i Danmark. Det er foreløpig lite forskning på feltet der FACT blir sammenlignet med ACT, og det er derfor en interessant vinkling å ta med i vurderingen av FACT-teamene.

3.4. Kildekritikk

Kildekritikk handler ifølge Dalland & Trygstad om å vurdere og karakterisere litteraturen, og begrunne relevansen (Dalland, 2017, s.158). Jeg har gått inn i oppgaven med en forforståelse til grunn, noe som kan ha vært med på å påvirke hvilken forskningslitteratur som har blitt prioritert. Dette kan være en begrensning for oppgaven, der mine oppfatninger og meninger delvis kan farge besvarelsen. Likevel har jeg vært bevisst dette og forsøkt å tilegne meg kunnskap rundt problemstillingen på en metodisk og åpen måte.

Forskningen som er funnet har jeg vurdert som relevant for problemstillingen, da disse direkte berører tema som besvarelsen tar for seg. Forskningen er hovedsakelig gjennomført i Norge, noe som er sentralt i forståelsen av hvorfor denne behandlingsmodellen gjennomføres med utgangspunkt i vårt eksisterende helsesystem. Samtlige forskningsartikler er internasjonalt publisert, og derfor skrevet på engelsk. Jeg ser på dette som et kvalitetstegn, da det må kvalitetssikres etter en norsk og internasjonal standard. Forskningen er også hentet fra anerkjente vitenskapelige og fagfellevurderte tidsskrift, noe som også sikrer faglig kvalitet. Et annet tegn på høy faglig kvalitet er at det i flere av forskningsprosjektene er involvert et større antall forskere. Dermed går analysen gjennom mange ledd, og konklusjonen er et resultat av flere individuelle og faglige vurderinger.

Selv om besvarelsen avgrenses til å ta for seg FACT-modellen i en Norsk kontekst, har jeg unntaksvis valgt å benytte meg av en dansk enkeltstudie. Dette er fordi jeg ikke kunne finne tilsvarende norske studier, og fordi jeg vurderer innholdet som relevant i diskusjonen om FACT-modellens effektivitet. Jeg tar likevel høyde for at det er noen forskjeller mellom helsesystemene i Danmark og Norge, hvilket tas til betraktning når jeg vektlegger innholdet i diskusjonen om modellens effektivitet.

4. Presentasjon av funn

I denne delen av besvarelsen skal jeg presentere funn fra hvert av de utvalgte forskningsartiklene. Jeg vil presentere dem i samme tematiske rekkefølge som tidligere, som vil være i sammenheng med besvarelsens forskningsspørsmål.

4.1. Umøtte behov i primær- og spesialisthelsetjenesten

Bjørnquist & Hansen (2018) forsket på koordineringen av tjenester til personer med komplekse dobbeltdiagnoser, og samlet data gjennom gruppeintervju under en dagslang workshop. De intervjuet klienter, pårørende og tjenesteytere fra ulike sektorer i helsetjenesten. Funnene indikerer at informasjonsutveksling mellom tjenestene vanligvis var skriftlig, og at koordineringen mellom rusbehandling og psykisk helsehjelp opplevdes som fragmentert. Tjenesteytere hadde lite kunnskap rundt hva de andre aktuelle profesjonene i helsetjenesten gikk ut på og omfattet. Det kunne oppstå et skille mellom pasientens behov og hva tjenesteyteren kunne tilby. En eventuell koordinator utgjorde ifølge pasienter og tjenesteytere en viktig funksjon når det gjaldt å samhandle tjenester og bygge relasjoner.

Jørgensen et al. (2020) gjennomførte en oversiktsstudie av recovery-orientert tverrsektoriell hjelp mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Oversiktsstudien inkluderte syv studier, der man gjennom interaktiv, induktiv og deduktiv analyse genererte fire følgende tema: (1) strukturell rutinemessig omsorg, (2) skreiv balanse mellom sektorer, (3) byråkrati som barriere i recovery-orientert tverrsektoriell omsorg og (4) fleksible tilnærminger innenfor psykisk helsehjelp. Konklusjonen er at definisjonen av recovery-orientert tverrsektoriell omsorg er tvetydig. Strukturelle og lingvistiske ulikheter imellom hjelpesektorene beskrives som særlig utfordrende når det gjelder samarbeid.

4.2. Subjektive erfaringer med FACT-team

I forskningen gjort av Trane et al. (2021), gjennomførte de fem fokusgruppeintervju av 40 tjenesteytere fra ulike FACT-team, tre år etter de ble implementert. Gjennom grundig tematisk analyse, kom de frem til fem hovedtema som sammen utgjør forskningens konklusjon: (1) FACT-team har en brobyggerfunksjon mellom de ulike tjenestene, (2) de samarbeider med andre tjenester, (3) de tar ansvar og garanterer

andre tjenester, (4) de gjør ikke rede for alle feilene i hjelpesystemet, og (5) de er en del av et hjelpesystem som hindrer/hemmer deres funksjon.

Brekke et al. (2021) gjennomførte 32 intervjuer med tjenesteytere fra fem FACT-team i Norge, og analyserte disse ved bruk av tematisk kryss-seksjonell analyse. Funnene indikerer at FACT-team kan fremme medborgerskap ved at de ser pasientene fra et helhetlig perspektiv, tilrettelegger for empowerment og brukarmedvirkning, og ved at de tilbyr praktisk og lett tilgjengelig hjelp. Artikkelen understreker også at noen deltakere fra studien hadde erfaringer som hemmet medborgerskap. Dette omfattet tvang, begrensede muligheter for medvirkning, og autoritære aspekter ved systemet rundt FACT.

4.3. Behandlingseffekt av FACT-team

I Nielsens et al. (2021) kvasi-eksperimentelle kontrollstudie undersøkte de effekten av FACT i Danmark. Studien omfattet fem FACT-team, fire ACT-team og fem standard community mental health teams (CMTH-teams). Det blir fastslått at pasienter av FACT har færre innleggelser enn pasienter fra kontrollgruppene. Imidlertid var det ingen signifikante forskjeller i totale innleggelsesdøgn, bruk av tvang, episoder med selvskading eller dødsfall, sammenlignet med de andre teamene.

5. Drøfting

I denne delen vil jeg, med bakgrunn i teorien og empirien som har blitt presentert i besvarelsen, drøfte følgende problemstilling: «*Hvorfor benytter helsemyndigheter FACT-modellen som behandlingsform i Norge?*». Med utgangspunkt i forskningsspørsmålene og egne funn, har jeg delt drøftingen inn i følgende undertema: «*Samarbeid og koordinering*», «*Erfaringer med FACT i Norge*», og «*Virker FACT?*».

5.1. Samarbeid og koordinering

Bjørnquist & Hansen skiller i sin forskning mellom begrepene samarbeid og koordinering, selv om disse ofte brukes om hverandre (2018, s.234). Koordinering forklares som en «ovenfra-og-ned-styring» i en hierarkisk organisering, mens samarbeid indikerer den enkeltes villighet til å samarbeide. Med andre ord forstås koordinering i lys av det strukturelle og organisatoriske, mens samarbeid påvirkes av den enkeltes vilje og egenskaper. Det kan likevel hevdes at det organisatoriske bidrar til å fastsette rammer rundt den enkelte yrkesutøver, noe som videre kan påvirke grunnlaget og forutsetningene for samarbeid. Rom for samarbeid minkes betraktelig når man har ulike syn på eller faglige forutsetninger når det gjelder hva som skal til for å fremme bedring hos pasienten (Jørgensen et al., 2020, s. 796).

Bjørnquist & Hansen (2018) belyser både pasientenes, pårørendes og tjenesteyternes perspektiv på denne problematikken ytterligere. Koordineringen av tjenester for personer med ROP-lidelse blir nevnt som ett av hovedproblemene i den norske helse- og velferdssektoren (Bjørnquist & Hansen, 2018, s.234). Når det gjelder informasjonsutvekslingen mellom sektorer, uttrykker både tjenesteytere fra spesialist- og kommunehelsetjenesten misnøye. De peker på byråkrati og ulike oppfatninger av hvilken behandling som kunne og burde tilbys, som et særlig problem. For eksempel kunne spesialisthelsetjenesten gi veiledning rundt eller løfter om hva primærhelsetjenesten ville kunne tilby, som ikke nødvendigvis samsvarte med de faktiske omstendighetene (Bjørnquist & Hansen, 2018, s.237).

Man kan trekke linjer til Jørgensens et al. oversiktsstudie hvor samarbeid er et gjennomgående tema i diskusjonen om tverrsektoriell hjelp (2020, s. 796). Også her nevnes byråkrati og utilstrekkelig kommunikasjon på tvers av sektorene som sentrale problemer. Flere informanter trekker frem mangel på kunnskap om hva som tilbys i andre sektorer som et problem, og hva jobbene i de andre hjelpetjenestene innebærer. I tillegg nevnes mangelen på et felles faglig språk i diskusjonen om tverrsektorielt samarbeid (Jørgensen et al., 2020, s. 796). I spesialisthelsetjenesten blir det for eksempel brukt termer som «pasient» med fokus på symptomer, diagnoser og medisin, mens man i kommunen foretrekker «klient» eller «bruker» og fokuserer på det «helhetlige» bildet. I kommunen er det ikke nødvendigvis like klare retningslinjer for hvordan brukerens vanskeligheter skal tolkes, eller hvordan behandling eller rehabilitering skal organiseres, noe som kan bidra til å skape ytterligere uenigheter på tvers av nivåene (Jørgensen et al., 2020, s. 796).

På bakgrunn av dette kan man trekke linjer mellom den kliniske recovery-definisjonen og spesialisthelsetjenesten mens en mer sosial eller personlig recovery-definisjon knyttes til kommunehelsetjenesten (Jørgensen et al., 2020, s. 797-798). Recovery anbefales som en tilnærming i ROP-retningslinjen hvor det heter at «*Personens egne ressurser må støttes under hele behandlingsforløpet på en slik måte at livskvaliteten bedres*» (Helsedirektoratet, 2012, s. 59). Men selv om man i begge tjenestenivåene støtter opp under recovery-orientert hjelp, kan det tyde på at det ilegges forskjellige definisjoner i de ulike tjenestenivåene, noe som dermed fører til motstridende prioriteringer. Dette er i tråd med funnene i NAPHA-rapporten der det presiseres at recovery ikke har en entydig definisjon, og at det tydes og omtales ulikt på feltet (Borg et al., 2013 s.5). Dårlig kommunikasjonsflyt og misforståelser kan være med på å skape ytterligere hemninger i samarbeid på tvers av nivåer og profesjoner.

Ifølge informantene i studien til Jørgensen et al. oppleves kommunikasjonen mellom profesjonene bedre når man har kjennskap til hverandre på tvers av sektorer, samt at det skaper en fleksibel og effektiv arbeidsflyt (2020, s.796). Lignende uttalelser blir gjort i Bjørnquist & Hansens studie (2018, s.240). Mange av informantene hevdet personlige relasjoner fremmet samarbeid blant annet fordi man da ville ha mer

kunnskap rundt hva jobben til den andre innebar og at det åpent for mer uformell kommunikasjon. Likevel opplevdes det problematisk at de enkelte tjenesteyterne «hoppet over» formelle kanaler, i tillegg til at slik kontakt ofte var tilfeldig og basert på hvem man kjenner (Bjørnquist & Hansen, 2018, s.241). Det kan dermed hevdes at behovet for mer strukturert og informert kommunikasjon på tvers av sektorene ligger til grunn. På bakgrunn av dette understreker Jørgensen et al. (2020) og Bjørnquist & Hansen (2018) viktigheten av koordinering i hjelpetjenesten. Her inngår jevn informasjonsutveksling og kontinuerlig evaluering av de ulike tjenestetilbudene (Bjørnquist & Hansen, 2018, s.241).

ROP-retningslinjen oppfordrer til at behandling skal gjennomføres integrert og samtidig, etter en samlet plan (Helsedirektoratet, 2012, s.60-61). Dessuten anbefales FACT-modellen som en mer fleksibel løsning som fremmer kunnskap iblant de ansatte, god kommunikasjon og godt samarbeid på tvers av tjenestenivåene (Jørgensen et al., 2020, s.797).

5.2. Erfaringer med FACT i Norge

Å implementere innovative hjelpetjenestemodeller i et allerede eksisterende hjelpesystem er en komplisert prosess. Det norske helsesystemet skiller seg fra flere andre land med sin todeling og tilknytning til velferdsstaten. Modellen som opprinnelig ble grunnlagt i Nederland, kom til Norge i 2013 og har vært gjenstand for forskning og evalueringer siden (Landheim & Odden, 2020, s.13). Tjenesteyternes og pasientenes erfaringer med FACT-team så langt, er et viktig perspektiv i diskusjonen om FACT-modellens nytteverdi.

I opptrappingsplanen for rusfeltet ble det understreket hvordan tjenestetilbudene i kommunen og spesialisthelsetjenesten av mange hadde opplevdes som fragmentert. I tillegg hadde det blitt avdekket utfordringer med tilrettelegging av tilbud slik at de dekket den enkeltes behov (Prop.15 S (2016-2020)). s.20). Her ble også viktigheten av et sammenhengende behandlingsforløp vektlagt, noe som skal innebære at pasienten ikke opplever unødig venting i noen del av behandlingsforløpet (Prop.15 S (2016-2020). s. 23). Det presiseres at regjeringen i perioden 2016-2020 stimulerer til etableringen av flere oppsøkende behandlingsteam, herunder ACT- og FACT-team

(Landheim & Odden, 2020, s.45). Evalueringen av ACT viste til gode resultater og erfaringer gjort av brukere, pårørende og samarbeidspartnere, noe som skulle få betydning for hvordan tjenestene til disse gruppene ble organisert (Landheim & Odden, 2020, s.45). Dette sier noe om hvor mye de involvertes erfaringer potensielt vektlegges også i FACT-evalueringen.

5.2.1. Teamansatte

Trane et al. (2021) inkluderte i sin forskning noen av de første FACT-teamene som ble implementert i Norge. Også her vektlegges vanskeligheter med å implementere en ny behandlingsmodell inn i et eksisterende hjelpesystem. Uforutsigbarhet, endring i roller, ulike lovverk og bestemmelser som man må forholde seg til på tvers av tjenestenivåene og samarbeidsutfordringer er potensielle problemer som kan oppstå (Trane et al. 2021, s.2). Likevel indikerer funnene generelt positive erfaringer hos tjenesteyterne når det gjelder FACT-teamenes funksjon i det norske helsevesenet (Trane et al. 2021, s.4). Representanter fra både spesialist- og kommunehelsetjenesten viser til FACT-teamenes etablerte brobyggerfunksjon mellom tjenestenivåene, med utsagn som «de ser det store bildet», «pasienten blir sett i begge nivåene», samt at teamene beskrives som «hybride», «lim», «noe imellom primær- og spesialisthelsetjenesten», og «oversetter mellom nivåene» (Trane et al. 2021, s.4). Dette er i tråd med den nasjonale evalueringen hvor teamansatte stort sett erfarer gode samarbeid med de kommunale tjenestene (Landheim & Odden, 2020, s.115).

Det må likevel nevnes at noen team fra evalueringen fremdeles hadde utfordringer med å etablere fullgode samarbeid med spesialisthelsetjenesten, selv om mange var forankret her (Landheim & Odden, 2020, s.116). Flere erfarte at de måtte utfordre etablerte kulturer eller et rangeregime hos kommune- og spesialisthelsetjenesten ved å særlig vektlegge likeverd mellom tjenestene. En informant spesifiserte dette og sa blant annet «dett er ikke slik at spesialisthelsetjenesten definerer en sannhet, og så skal kommunehelsetjenesten følge den sannheten som blir definert» (Landheim & Odden, 2020, s.116). Ett team med sterk forankring hos spesialisthelsetjenesten opplevde at recoveryfokus ble sett på som et utfordrende og nytt perspektiv for spesialisthelsetjenesten, som også skapte motstand (Landheim & Odden, 2020, s.117). Å jobbe recoveryorientert endrer ansattrollen i arbeidet mot en mer likeverdig

relasjon. Det fører til at den ansatte får mindre makt, og må gi avkall på noe av kontrollen (NAPHA, 2010). Disse erfaringene kan reflektere et skille mellom tjenestenivåene, og de kan være med på å male et bilde av det mange opplever som fragmenteringer i systemet.

Det kan argumenteres for at personlig og sosial recovery ikke er i overensstemmelse med tradisjonell behandling og eksisterende strukturer knyttet til tjenestetildeling for øvrig. Mange hevder at perspektivet dessuten er for lite håndfast og konkret, og at det ikke nødvendigvis er faglig forsvarlig å legge store deler av ansvaret for bedring hos pasienten (NAPHA, 2010). Som man ser, utfordrer perspektivet strukturer som lenge har ligget til grunn for tjenesteytingen og som det er vanskelige å endre. I forskningen av Trane et al. påpeker teamansatte følgelig at FACT ikke har løst alle utfordringene, og at det fremdeles ikke er gjort rede for alle feil i systemet (2021, s. 6). I tillegg til å trekke frem utfordringer i samarbeidet mellom kommune og spesialisthelsetjeneste, nevnes mangelen på felles kommunikasjonssystem, at man ikke hadde tilgang til alle nødvendige journalsystemer og ulike lovforankringer (Trane et al., 2021, s. 6). Teamansatte har diskutert hvorvidt helsetjenestesystemet i Norge er «klart» for FACT, hvorpå mange poengterer at modellen åpner for en utvikling i riktig retning (Trane et al., 2021, s. 6).

5.2.2. Pasienter

Fordi FACT er recoverybasert, er det naturlig å se pasientenes erfaringer i lys av CHIME, kjent som recoveryperspektivets rammeverk (Leamy et al., 2011). Evalueringsrapporten sier noe om erfaringene til tjenestemottakerne av FACT (Landheim & Odden, 2020). Selv om disse ikke kan generaliseres, kan det være interessant å studere disse i lys av CHIME og funnene av Brekke et al. (2020)

Evalueringsrapporten viser at flertallet av pasientene fra undersøkelsen synes deres meninger ble vektlagt da behandlingen ble bestemt, og at samarbeidet var bra (Landheim & Odden, 2020, s.93). Hva gjelder tvang og personlig frihet opplevde de færreste at teamene var for påtrengende, eller at de måtte gjennom behandling som de ikke ønsket (Landheim & Odden, 2020, s.94). Undersøkelsen viser også generelt stor tilfredshet med arbeidsmetoden til FACT-teamene (Landheim & Odden, 2020, s.100).

I forskningen av Brekke et al. hadde imidlertid noen av informantene vansker for å stole på teamene, fordi anledning for å iverksette tvangsbehandling kunne være til stede (2021, s.7). Mange gikk derfor med på å ta medisiner, til tross for potensielle bivirkninger. Noen opplevde også at de hadde lite innvirkning på de viktige sakene, og pekte på større strukturer som en hindring (Brekke et al., 2021, s.7). Her kan man trekke linjer til funnene av Trane et al. der også tjenesteyterne peker på behandlingssystemet på strukturnivå som et hinder for FACT-teamene (Trane et al., 2021, s. 6). Andre pasienter hadde følgelig en grunnleggende mistillit til behandlingssystemet på bakgrunn av tidligere erfaringer (Brekke et al., 2021, s.7). Slike hendelser kan rokke ved pasientenes opplevelse av selvbestemmelse, noe som er uhenksmessig i lys av recoveryperspektivets rammeverk.

Brekke et al. understreker dog behovet for relasjonelle og inkluderende tilnærminger for å fremme medborgerskap og recovery i behandlingssystemet, og peker på FACT som et mulig svar på dette (2021, s.2). Ett av hovedfunnene omhandler informantenes (pasientenes) opplevelse av «empowerment» og selvbestemmelse. Flere beskrev positive endringer etter at de kom i kontakt med FACT, som økt fokus på deres ønsker og behov, mindre sykdomsfokus og mindre såkalt ovenfra-og-ned-kommunikasjon (Brekke et al., 2021, s.6). Mange opplevde teamansatte som pålitelige, genuine, respektfulle, trygge og profesjonelle, for å nevne noe. Informantene opplevde også at de i stor grad ble inkludert rundt avgjørelser angående behandlingsopplegget, noe som er i tråd med funnene fra evalueringsrapporten (Brekke et al., 2021 s.7; Landheim & Odden, 2020, s.94). Det å bestemme over og ta ansvar for eget liv er identitetsbyggende prosesser, og for hjelperen er det i følge recoverytenkningen viktig å stille spørsmål om hva som er viktig for pasienten (NAPHA, 2010). På den måten legges fokuset på ressurser og personlige egenskaper, noe som fremmer mestring og bekreftelse.

5.3. Virker FACT?

Blant annet i den nasjonale evalueringen påpekes mangelen på forskning når det gjelder nytteverdien og effekten av FACT, både nasjonalt og internasjonalt (Landheim & Odden, 2020, s.4). Selv om det finnes en rekke studier som har funnet

reduksjoner i innleggelsesdøgn og økning i psykososial fungering hos FACT-pasienter, kritiserer Nielsen et al. (2021, s.28) i sin forskning disse for å ha metodiske svakheter. Det påpekes at kontrollgruppene i studiene ikke er sammenlignbare. I én studie bestod for eksempel kontrollgruppene av ulike pasienter som mottok behandling fra forskjellige nivåer, noe som utydeliggjorde sammenligningsgrunnlaget, mens en annen studie hadde kontrollgrupper som ikke nødvendigvis mottok sammenlignbar behandling (Nielsen et al., 2021, s.28). Grunnleggende kjennetegn hos de ulike gruppene ble derfor ikke undersøkt. Nielsen et al. (2021) ser på behandlingseffekten av FACT-team *sammenlignet* med kontrollgrupper fra ACT-team og CMH-team. Det hevdes at dette er den første studien som gjennomfører en slik sammenligning, noe som kan gi et interessant perspektiv i vurderingen av FACT (Nielsen et al., 2021, s.28).

Her fant man at det totale antallet psykiatriske innleggelsesdøgn blant pasientene i FACT-teamene ikke hadde en signifikant reduksjon sammenlignet med kontrollgruppene. Dette var til tross for at antall innleggelser var færre (Nielsen et al., 2021 s.32). Funnene tilsier med andre ord at pasientene hos FACT hadde færre, men lengre innleggelser selv om kontakten var hyppigere hos denne gruppen (Nielsen et al., s.28). Det hevdes altså at ambulerende og/eller tverrfaglige team være effektivt, men at FACT ikke nødvendigvis skiller seg fra ACT eller andre lignende team. Selv om dette er en enkeltstudie, belyser den likevel sentrale aspekter ved implementeringen av FACT-modellen som kan være viktig å ta til betraktning. Det åpner for at det stilles spørsmål rundt effektiviteten til en slik modell, og hvorvidt den gir resultater.

Dersom man ser Nielsens et al. (2021) funn i lys av de tidligere presenterte erfaringsinnhentingene, kan man imidlertid stille spørsmål ved om antall innleggelsesdøgn nødvendigvis gir et stort nok bilde av behandlingseffekten til FACT-modellen. Dessuten kan det hevdes at forskningen over en toårsperiode ikke gir representative tall, spesielt når teamenes oppstartsfasen inngår her. I evalueringsrapporten presiseres det at man fortrinnsvis ønsker å redusere antall tvangsinnleggelser, fremfor innleggelser i psykisk helsevern generelt (Landheim & Odden, 2020, s.88). I forbindelse med dette undersøkte man hyppighet og varighet på innleggelser hos samtlige pasienter av de aktuelle FACT-teamene. Her

sammenlignes de to siste årene før pasientene ble tatt inn i FACT, med to år etter inntak. Resultatene viser signifikante reduksjoner i antall innleggelser på tvang, reduksjoner i antall brukere som var innlagt og reduksjoner i antall totale oppholdsdøgn (Landheim & Odden, 2020, s.86-87).

Det kan diskuteres om det heller skulle ha vært kontrollgrupper fra for eksempel ACT, slik som Nielsen et al. (2021) gjorde i sin forskning. Et viktig poeng er at metoden som ble benyttet i evalueringsrapporten åpner for at regresjon mot gjennomsnittet kan forekomme. Dette er en mulig feilkilde som kan oppstå når man ikke benytter seg av kontrollgrupper. Likevel kan noen hevde at sammenligningsgrunnlaget mellom ACT og FACT blir uriktig fordi målgruppene er ulike, noe som derfor gjør det vanskelig å si noe sikkert om årsakssammenhengene. Tatt dette i betraktning er det viktig å se på funnene fra rapporten samlet sett.

Modellens grunnelement er at arbeidet skal springe fra pasientens kunnskap om seg og sitt liv, og at behandlingsmålene skal utarbeides sammen med dem (Landheim & Odden, 2020, s.90). Pasientenes og teamansattes perspektiv på behandlingen gis med andre ord stor plass i FACT-modellen. Det at mange pasienter og teamansatte viser høy tilfredshet med modellen samtidig som at antall tvangsinnleggelser går ned, kan ha en korrelasjon. Evalueringen konkluderer avslutningsvis med at FACT fremstår som en viktig tjeneste i veien mot mer helhetlige og integrerte tjenester til den definerte målgruppen (Landheim & Odden, 2020, s.145).

6. Oppsummering

I denne besvarelsen har jeg hatt som hensikt å besvare spørsmålet om hvorfor helsemyndighetene har valgt å benytte FACT-modellen som behandlingsform i Norge. Med forskningsspørsmål til grunn benyttet jeg meg av litteraturstudie som metode og landet til slutt på fem forskningsartikler. Samlet sett tok de for seg umøtte behov i primær- og spesialisthelsetjenesten, subjektive erfaringer med FACT-team og behandlingseffekt av FACT.

Basert på min litteraturstudie har jeg funnet flere faktorer som er med på å forklare hvorfor helsemyndighetene har valgt å benytte FACT-modellen som behandlingsform i Norge. Mye tilsier at den norske helsetjenesten er fragmentert. Eksempelvis er kommunikasjon mellom tjenestenivåene tidkrevende og mangelfull (Bjørnquist & Hansen, 2018, s.237; Jørgensen et al., 2020, s. 796). Det åpner i tillegg for at misforståelser og uenigheter kan oppstå, blant annet fordi behandling av den aktuelle målgruppen i større grad preges av et diagnose- og symptomfokus i spesialisthelsetjenesten enn i kommunehelsetjenesten. Ulike prioriteringer kombinert med manglende kunnskap om hvilke tjenester som eksisterer, reduserer rom for samarbeid og koordinering mellom tjenestenivåene betraktelig. FACT-teamene er tverrfaglige og består blant annet av representanter fra begge nivå. De tilbyr integrerte tjenester, koordinerer øvrige tjenester og tar hovedansvar for pasientene, hvilket åpner for at tilbudene til den aktuelle målgruppen styrkes, og ressursbruken effektiviseres (Aakerholt, 2013, s. 37). Ansatte og pasienter opplever derfor dette som en annerledes og bedre behandlingsmetode som skiller seg fra andre tilbud (Brekke et al., 2021, s.6; Landheim & Odden, 2020, s.93; Trane et al. 2021, s.4). Recovery som et faglig perspektiv i FACT har dessuten vist seg hensiktsmessig da det fremmer et helhetlig syn på pasienten, og utviklingen av en tillitsbasert relasjon mellom ansatte og pasienter. Den nasjonale evalueringsrapporten viser lovende resultater for modellen (Landheim & Odden, 2020).

Man kan, basert på besvarelsens teori, funn og drøfting, si at FACT-modellen viser seg hensiktsmessig i dagens helsesystem og at den bidrar til å redusere noe av fragmenteringen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Å arbeide i

tverrfaglige team fremmer mer kunnskap om ulike tjenestetilbud og profesjoner blant de ansatte, i tillegg til at det åpner for god faglig kvalitet i hjelpetilbudet. Likevel må det understrekes at tilnærmingen har sine begrensninger. Ikke bare grunnet de ulike utfordringene som oppgaven har belyst, men fordi teamene organiserer og forankrer seg ulikt rundt i landet. En kan se for seg at dette vanskeliggjør ikke bare eventuell videre forskning på feltet, men også å sørge for likhet i behandlingstilbudet. Selv om dette målet først og fremst er administrativt, for ikke å si politisk, vil det være nyttig for en fremtidig sosionom å være denne problematikken seg bevisst.

7. Litteraturoversikt

Aakerholt, A. (2013). *ACT-håndbok: Inkludert en beskrivelse av FACT-modellen.*

<https://rop.no/globalassets/litteratur/act-handbok.pdf>

Aveyard, H. (2019). *Doing a literature review in health and social care : a practical guide* (4. utg). Open University Press/ McGraw- Hill Education.

Bakke, H, L. & Strand, G. (2018). *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).* Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP), og Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA).

https://rop.no/globalassets/temasider/actfact/etablererguide_act_fact.pdf

Bjørkquist, C. & Hansen, GV. (2018). Coordination of services for dual diagnosis clients in the interface between specialist and community care. *Dovepress,11*, 233-243. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S157769>

Borg, M., Karlsson, B. & Stenhammer, A. (2013). *Recoveryorienterte praksiser: En systematisk kunnskapssamling* (Rapport nr 14/2013). Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA).

<https://napha.no/multimedia/4281/NAPHA-Rapport-Recovery-web.pdf>

Brekke, Clausen, H. K., Brodahl, M., Lexén, A., Keet, R., Mulder, C. L., & Landheim, A. S. (2021). Service User Experiences of How Flexible Assertive Community Treatment May Support or Inhibit Citizenship: A Qualitative Study. *Frontiers in Psychology*, 12, 727013–727013. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.727013>

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6.utg.). Gyldendal.

Evjen, R., Kielland, K.B. & Øiern, T. (2018). *Dobbelt opp - Om ruslidelser og psykisklidelse* (4.utg.). Universitetsforlaget.

- Fellesorganisasjonen (FO). (2019). Yrkesetisk grunnlags- dokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere. Fellesorganisasjonen:
<https://www.fo.no/getfile.php/13248471580893260/Bilder/FO%20mener/Brosjy rer/Yrkesetis k%20grunnlagsdokument.pdf>
- Helse- og sosialdepartementet. (2015). Opptappingsplanen for rusfeltet (2016-2020). (Prop. 15 S (2016-2020)).
<https://www.regjeringen.no/contentassets/1ab211f350b34eac926861b68b6498a1/no/pdfs/prp201520160015000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m (LOV-2011-06-24-30). <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser Sammensatte tjenester – samtidig behandling* (IS-1948).
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser>
- Landheim, A. & Odden, S. (2020). *Evaluering av FACT-team i Norge – Sluttrapport*. Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP), Sykehuset Innlandet HF.
<https://www.helsebiblioteket.no/272514.cms>
- Leamy, M., Bird, V., Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445-452.
doi:10.1192/bjp.bp.110.083733

- Marthinsen, K., Ellingsen, I., T. & Strøm, E. (2019). Sosionom Relasjoner og muligheter. Fellesorganisasjonen. <https://www.fo.no/getfile.php/1321111-1573823783/Dokumenter/FO%20mener/Politikk/Innspill%20til%20regjering%20og%20partier/2019/Sosionom.pdf>
- Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. (2010, 12. august). *Recovery*. NAPHA. Hentet 07.04.22 fra <https://napha.no/content/13883/recovery>
- Nielsen, Hjorthøj, C., Killaspy, H., & Nordentoft, M. (2021). The effect of flexible assertive community treatment in Denmark: a quasi-experimental controlled study. *The Lancet. Psychiatry*, 8(1), 27–35. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30424-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30424-7)
- Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP). (2022, 03. mars). *ACT/FACT*. <https://rop.no/actfact/>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV- 1999-07-02-63). <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Ose, S. O., Kaspersen, S. L., Ådnanes, M., Lassemo, E., & Kalseth, J. (2018). Kommunalt psykisk helse-og rusarbeid 2018. Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene. *SINTEF rapport*. <http://hdl.handle.net/11250/2578749>
- Sosial- og helsedepartement. (1997). *Åpenhet og helhet: Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. (St. meld. nr. 25 (1996-1997)). <https://www.regjeringen.no/contentassets/b0c5168d7b574157977a877d2a68aa17/no/pdfs/stm199619970025000dddpdfs.pdf>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m (LOV-1999- 07-02-61). <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61>

Trane, K., Aasbrenn, K., Rønningen, M., Odden, S., Lexén, A. & Landheim, A. (2021). Flexible assertive community treatment teams can change complex and fragmented service systems: experiences of service providers. *International Journal of Mental Health Systems*, 15(38). <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00463-1>

van Veldhuizen, J., R. (2013). *FACT: Flexible Assertive Community Treatment; visjon, modell og organisering av FACT-modellen. Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse*. Sykehuset Innlandet HF. <https://rop.no/globalassets/dokumenter/fact-handbok.pdf>

van Veldhuizen, J. R. (2007). FACT: a Dutch version of ACT. *Community mental health journal*, 43(4), 421-433. <https://doi.org/10.1007/s10597-007-9089-4>

Vedlegg 1. Oversikt over systematiske søk.

DATABASE	DATO	SØKEORD/KOMBINASJON	ANTALL TREFF	KOMMENTARER
Helsebiblioteket	22.03.22	ROP-lidelse	360	Ingen eks/inkl-krt.
Helsebiblioteket	22.03.22	FACT	4683	I størsteparten av treffene så det ut som at ordet «fact» ble brukt i en annen betydning.
Helsebiblioteket	22.03.22	Flexible Assertive Community Treatment	5	Ingen eks/inkl-krt.
Google Scholar	23.03.22	Flexible Assertive Community Treatment	944	Ekskluderte all forskning publisert før 2018, og hadde som kriterium at det måtte være review-artikkel. Hensikten med søket var å få inspirasjon til søkeord.
Idunn	24.03.22	FACT-team + Flexible assertive community treatment	6	Kriterium: forskningsartikkel
Web of Science	30.03.22	FACT-team AND Flexible assertive community treatment	13	Det kom få treff opp, noe som gjorde at jeg kunne få en oversikt over forskningen om FACT-team, uten å inkludere flere søkeord. Eller legge til kriterier
PubMed	31.03.22	Dual diagnosis AND substance abuse AND coordination	17	Ingen eks/inkl-krt.
PubMed	04.04.22	Flexible assertive community treatment AND service users AND recovery	4	Ingen eks/inkl-krt.
Web of Science	04.04.22	Flexible assertive community treatment AND service provider	3	Ingen eks/inkl-krt.

Oria	07.04.22	Recovery-oriented OG FACT-team	28	Kriterium: Publisert ila. De siste fem årene.
------	----------	--------------------------------	----	--

Vedlegg 1. Oversikt over systematiske søk.

DATABASE	DATO	SØKEORD/KOMBINASJON	ANTALL TREFF	KOMMENTARER
Helsebiblioteket	22.03.22	ROP-lidelse	360	Ingen eks/inkl-krt.
Helsebiblioteket	22.03.22	FACT	4683	I størsteparten av treffene så det ut som at ordet «fact» ble brukt i en annen betydning.
Helsebiblioteket	22.03.22	Flexible Assertive Community Treatment	5	Ingen eks/inkl-krt.
Google Scholar	23.03.22	Flexible Assertive Community Treatment	944	Ekskluderte all forskning publisert før 2018, og hadde som kriterium at det måtte være review-artikkel. Hensikten med søket var å få inspirasjon til søkeord.
Idunn	24.03.22	FACT-team + Flexible assertive community treatment	6	Kriterium: forskningsartikkel
Web of Science	30.03.22	FACT-team AND Flexible assertive community treatment	13	Det kom få treff opp, noe som gjorde at jeg kunne få en oversikt over forskningen om FACT-team, uten å inkludere flere søkeord. Eller legge til kriterier
PubMed	31.03.22	Dual diagnosis AND substance abuse AND coordination	17	Ingen eks/inkl-krt.
PubMed	04.04.22	Flexible assertive community treatment AND service users AND recovery	4	Ingen eks/inkl-krt.
Web of Science	04.04.22	Flexible assertive community treatment AND service provider	3	Ingen eks/inkl-krt.

Oria	07.04.22	Recovery-oriented OG FACT-team	28	Kriterium: Publisert ila. De siste fem årene.
------	----------	--------------------------------	----	--