



Prosjektrapport forprosjekt FACT - team i Region Setesdal

2023

1.0.	INNLEDNING	3
1.1	BAKGRUNN FOR PROSJEKTET	3
1.2	MÅLSETNING MED PROSJEKTET – HOVED - OG DELMÅL	3
1.3	MANDATET OG OPPGAVER.....	3
1.4	PROSJEKTDeltakere og prosjekt	4
1.5	PROSJEKTETS ARBEIDSMETODE	5
2.0.	FACT MODELLEN	6
2.1.	ROLLE- OG BEGREPSAVKLARINGER.....	7
2.2.	TIMEGLASS MODELLEN I FACT.....	7
2.3.	EVALUERINGSRAPPORTEN FACT - TEAM I NORGE 2020.....	8
3.0.	RESULTATER.....	10
3.1.	ØYEBLIKKSBIKKE – KARTLEGGING AV MÅLGRUPPEN	11
3.2.	VIKTIG ERFARING FRA ANDRE FACT- TEAM I NORGE	11
4.0.	FELLES UTGANGSPUNKT OG ULIKHETER I TO MODELLER	12
5.0.	GENERELT OM KORT OG LANGSIKTIG NYTTEVERDI	16
5.1.	INNSPILL FRA KOMMUNENE PÅ MODELLENE	17
6.0.	ANBEFALING	19
7.0.	REFERANSELISTE	20

1.0. INNLEDNING

Våren 2022 ble det søkt om statlige midler fra Statsforvalteren til et forprosjekt Fact team i Setesdal. Saken ble behandlet og vurdert som aktuelt i kommunedirektørutvalget og Helsenettverket i Setesdal. LMT Setesdal er ansvarlig for gjennomføring og prosjektleder.

1.1 BAKGRUNN FOR PROSJEKTET

Det er fra nasjonalt hold ønskelig å etablere Flexible Assertive Community Treatment team (FACT) også i spredt bebygde strøk. FACT kan oversettes til Fleksibelt aktivt oppsøkende behandling. Det er fra nasjonalt hold et ønske å gi et samlet og helhetlig behandlingstilbud til personer med alvorlige psykiske lidelser. Fact er en samhandlingsmodell mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen som retter seg mot personer med alvorlige psykiske lidelser og som har store sammensatte problemer. Et FACT- team består som oftest av teamleder, psykiater, psykolog, arbeidsspesialist, russspesialist, brukerspesialist, case managere (behandlerne i kommunen og spesialisthelsetjenesten) og merkantil ansatt.

Sørlandet sykehus Helseforetak (SSHF) ønsker en mer forpliktende samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommune. Helsefellesskapet/Overordnet Strategisk Samarbeidsutvalg (OSS) opprettet i 2020 en arbeidsgruppe bestående av representanter fra SSHF og de kommunale regioner i Agder. OSS utarbeidet et mandat til arbeidsgruppen som våren 2022 leverte sitt forslag om intensjonsavtale og videre arbeid med FACT i Agder. Intensjonsavtalen ble vedtatt i mars 2022 og beskriver ønsket om FACT- team i hele Agder i både store og små kommuner.

Det ble nedsatt en prosjektgruppe fra de fem kommunene i Region Setesdal; Bykle, Valle, Bygland, Evje og Hornnes og Åseral, LMT Setesdal, bruker/pårørende representant, tillitsvalgte og SSHF. Det ble ansatt en prosjektleder og prosjektet ble gjennomført i perioden september 2022 - mars 2023.

1.2 MÅLSETNING MED PROSJEKTET – HOVED - OG DELMÅL

I søknaden om midler i 2022 ble formålet beskrevet slik:

«Skal vi etablere et Fact team i Setesdal i samarbeid med spesialisthelsetjeneste?»

Gjennomføre en kartlegging av det faktiske behovet i Setesdal. To av kommunene har pr i dag Fact avtale med SSHF. Setesdal har ikke mange pasienter innenfor kriteriene til Fact som står i den eksisterende avtalen. Det vil være hensiktsmessig å utvide inntakskriteriene for å treffe behovet i Setesdal.

1.3 MANDATET OG OPPGAVER

Forprosjektet skal gjennomføre en kartlegging av det faktiske behovet i de fem setesdalskommunene i samarbeid med psykisk helse og rustjenestene i kommunene, fastleger og spesialisthelsetjenesten.

- Innhente kunnskap fra andre FACT/ambulerende team i distrikts Norge
- Generell betraktning: Hvor mange pasienter og fagpersoner må man ha tilknyttet et team for at det skal være «lønnsomt» (effektivt)?
 - nytten for pasienten og pårørende for å få rask hjelp og tverrfaglig bistand
 - nytten for fagmiljø i kommunene
- Avklare inntakskriterier som alder, diagnoser, funksjon, inntaksrutiner og henvisninger etc.
- Avklare antall aktuelle pasienter fra de fem kommunene i region Setesdal «øyeblikksbilde»
- Beskrive organiseringen av tiltaket, blant annet:
 - Hvor er Koordinator/Teamleder/ Case Manager stasjonert, ansettelsesforhold
 - Samarbeidet mellom Koordinator/Teamleder/ Case Manager og kommunene
 - Samarbeidet mellom Koordinator/Teamleder/ Case Manager og spesialisthelsetjenesten
 - Beskrive digitale løsninger som et mulighetsrom i Setesdal (ref. Finnmark)
 - Finansiering
- Utarbeide forslag til implementeringsplan
 - Hvordan få tiltaket i gang (Kick-off)
 - Implementeringsdrivere: kompetanse, ledelse, organisasjon
 - Kompetanseheving, veiledning for fagfolk i kommunene
 - Rekruttering koordinator/Teamleder/Case Manager – kompetanse på FACT
 - Ledelsesstrategier, beslutninger, tilpasning av teamet til kommunene
 - Tilsyn med teamets måloppnåelse
 - Evaluering underveis
- Avklare faktiske kostnader for kommunene i Setesdal
- **Etter endt arbeid skal det foreligge en rapport som minimum inneholder:**
 - Anslå (et estimat på) antall pasienter som kan inkluderes - «øyeblikksbilde»
 - Skissere organisering av teamet
 - Anslå fordeling av stillinger
 - Skissere en eller flere anbefalinger til løsning
 - Avklare faktiske kostnader for kommunene i Setesdal
 - Anslå kort- og langsiktig nytteverdi

1.4 PROSJEKTDeltakere og Prosjekt

Prosjektgruppen har bestått av:

- Bodil Bakkan Nielsen / Prosjektleder
- Gro Berit Straum/LMT Setesdal
- Niclas Jørgen Nilsson Halvorsen /SSHF/DPS Østre- Agder
- Morten Laukvik/SSHF/Distriktspsykiatrisk Senter (DPS) Østre- Agder
- Sigrun Horrisland /Mental Helse Agder
- Siv Jordbruen Sveindal /Åseral kommune
- Rebecca-Yung Flåt Svenning /Evje og Hornnes kommune
- Kjersti Plathe /Bygland kommune
- Erik Bjørnebak/ Valle og Bykle kommuner
- Tobbi Kvaale SSHF/Avdeling for rus og avhengighet (ARA)
- Liv Marion Uleberg/NSF/Fengselshelsetjenesten/Evje og Hornnes

Utover dette har følgende personer vært involvert:

- Ellen Benum / Leder LMT Setesdal
- John Horve / IKT Systemansvarlig helse og omsorg og Personvernombud

1.5 PROSJEKTETS ARBEIDSMETODE

Det har vært minimum ett prosjektmøte i måneden til sammen åtte møter i prosjektperioden. Avdeling for rus og avhengighetsbehandling (ARA) kom med i prosjektgruppa på det andre møtet.

Det har i prosjektperioden vært både Teams - og fysiske møter med alle kommuner i region Setesdal. Møtedeltakere har vært ledere og ansatte i Psykisk helse- og rustjenester, kommune- og fastleger, Ansatte i NAV kontor.

Hensikten med disse møtene i vår region har vært informasjon om prosjektet og «*hva er egentlig et FACT- team?*» Mulige løsninger for et FACT-team i region Setesdal, aktuelle inklusjonskriterier og et øyeblikksbilde på hvor mange pasienter som faller inn under inntakskriteriene.

Kartleggingsarbeidet har bestått av:

- Det er hentet inn informasjon fra SSHF Østre - Agder og ARA i prosjektmøter og på epost.
- Avisartikkel i Setesdølen om forprosjektet som var rettet mot brukere og pårørende. Artikkelen ble delt i sosiale medier.
- Innhentet informasjon om digitale prosjekter i Agder ved Anne Camilla Gabrielsen i september 2022
- Hospitering i D-FACT Finnmark: Sør-Varanger kommune fysisk og digitalt 13.september 2022
- Hospitering i FACT Lofoten som er fysisk i Leknes fra 28 -30. november 2022. 11 personer fra SSHF, Mental helse, representant fra LMT, og Setesdal kommunene deltok.
- Webinar om FACT- team i Stad kommune, SPoR november 2022
- D-FACT - team i Østre del av Finnmark, digitalt 15. og 19. desember 2022 og 11. januar 2023.
- Hospitering i FACT- team i Østre- Agder 5. januar 2023
- Hospitering Tandem i Kristiansand kommune 9. januar 2023
- Digitalt møte FACT- team i Stad kommune og Nordfjord Psykiatrisenter 11. januar
- Hospitering FACT - Rus i Kristiansand 12. Januar 2023
- Samarbeidsmøte med Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) på telefon, teams og fysisk møte i Trondheim.
- Telefoner og epost til personer som har jobbet /jobber med FACT - team i drift eller prosjekt som har vært nødvendig for hospiteringer og digitale informasjonsmøter.
- Samarbeidsmøte med avdelingssjef i DPS Østre-Agder for å informere om prosjektet og mulighetsrommet.
- Innhentet informasjon fra Politiet i Setesdal
- Innhentet informasjon fra FACT- team som har gode DIPS avtaler /ordninger

2.0. FACT MODELLEN

FACT– teamene i Norge yter langvarig oppfølging til mennesker med alvorlige psykiske lidelser og såkalte ROP lidelser i deres lokalsamfunn. Begrepet ROP, brukes som en samlebetegnelse for «Samtidig Ruslidelse Og Psykisk lidelse». En person med en ROP-lidelse, kan ha en alvorlig eller mindre alvorlig psykisk lidelse i kombinasjon med en alvorlig eller mindre alvorlig ruslidelse. Oppfølgingen fra FACT er rettet mot mennesker som i tillegg til sin alvorlige psykiske plager ofte har begrenset sosial fungering, ustabil bosituasjon, problemer med å få arbeid, økonomiske vansker og andre faktorer som gir lav livskvalitet. Kontakten med hjelpeapparatet, familien og nettverket er ofte begrenset.

FACT håndboka følger de såkalte EPA kriteriene

EPA er nederlandsk og står for: Ernstige Psychiatrische Aandoening og betyr alvorlig psykisk lidelse/betingelse.

Hvem hører til under gruppen med alvorlig psykisk lidelse (EPA)

- En psykisk lidelse der oppfølging /behandling er påkrevet
- Alvorlig svikt i sosial fungering
- Det er en årsakssammenheng mellom disse to kriteriene, det vil si personens funksjonssvikt skyldes den psykiske lidelsen
- Tilstanden er ikke av forbigående art, men gjennomgripende og langvarig
- Det er nødvendig med samordnet hjelp og oppfølging fra profesjonelle oppfølgere for å gjennomføre en behandlingsplan.

(FACT på Agder presiserer i intensjonsavtalen at målgruppen avtales regionvis).

Ideen bak FACT- team modellen er team-samarbeid og at spesialister og Case Manager jobber skulder ved skulder. F i FACT betyr fleksibilitet i forhold til hvordan du jobber med målgruppen. 90 % av arbeidet i et FACT- team utrettes der pasienten bor og oppholder seg.

FACT - modellens bestanddeler

1. Vi vil være der bruker ønsker og lykkes
2. Oppsøke og forankre pasienten i tjenesteapparatet
3. Støtte opp under inkludering og sosial nettverksbygging
4. Tilby pasienten den oppfølging som til enhver tid er nødvendig
5. Tilby behandling i tråd med faglige retningslinjer
6. Støtte opp under yrkesrettet rehabilitering, bedring og selvhjelp

En person som henvises til et FACT- team blir skrevet opp på en digital tavle som innebærer at hjelpen intensiveres og personen kommer i fokus på tavlemøtene hos teamet. Flere fra teamet følger opp pasienten og ved inntak er alltid brukeren et minimum antall uker på tavla. Teamet avklarer og vurderer innsatsen til hele teamet og bruken av spesialistkompetanse – såkalt delt Caseload.

Teamets tilgjengelighet og kapasitet anslås ut ifra teamets størrelse, sammensetning og tilgang på ressurser. Stillingsstørrelser avhenger av antall pasienter, reiseavstand for teamet og andre relevante faktorer.

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).

2.1. ROLLE- OG BEGREPSAVKLARINGER

FACT- teamet etableres ut fra anbefalinger i FACT håndboka og Etableringshåndbok for ACT og FACT-team. FACT-teamet skal ha tverrfaglig sammensetning med bred kompetanse innen arbeid med psykose- og rusproblematikk.

Basert på hensikten med ACT- og FACT-modellen anbefales det at teamet har ansatt psykiater, psykolog, arbeidsspesialist, russpesialist, brukerspesialist, Case Managere (personer med sosial- og helsefaglig kompetanse og erfaring) og merkantil ansatt. Hva menes med følgende stillingsbetegnelser.

- **Psykiater** er legespesialist i spesialisthelsetjenesten med ansvar for psykiatrisk og medisinsk behandling. Målgruppen har behov for lege som er spesialist innen psykiatri og /eller Rus og avhengighetsmedisin.
- **Psykolog** forstås her som psykologspesialist i spesialisthelsetjenesten
- **Sosialfaglig** medarbeider som er sosionom med spesialisering i psykisk helse og rus og gjør sosialfaglige tjenester i teamet
- **Teamleder** leder teamet og har spesialkompetanse på psykisk helse og rus. Arbeidsoppgaver har ansvar for oppretting og oppbygging av teamet og har ansvar for den daglige driften av teamet. Har fag- og personalansvar og skal sikre et godt samarbeid med de ordinære tjenestene i kommunene og spesialisthelsetjenesten. Deler av stillingen vil innebære klinisk arbeid etter FACT - modellen.
- **Case Manager** er en fagperson som er pasientens behandler/primærkontakt. Denne har ansvar for å vurdere, planlegge, koordinere og følge opp det samlede behandlings- og sykepleietilbud til pasienten over tid og på tvers av helsetjenestenivå. Case Manager har vanligvis den daglige fysiske oppfølgingen av pasienten.
- **Russpesialisten** vil ofte være en ansatt med erfaring og kompetanse fra rusbehandling.
- **Arbeidsspesialisten** vil være en ansatt med særlig kompetanse på å få folk ut i ordinært arbeid (etter individuell jobbstøtte (IPS)-modellen) i samarbeide med NAV.
- **Brukerspesialisten** er en person ansatt i teamet på bakgrunn av sin egen erfaring innen psykisk helse og rus problematikk. Brukerspesialisten skal være ansatt i teamet på ordinære vilkår, dvs. med samme rettigheter og plikter som alle andre ansatte.
- **Merkantil funksjon** i et FACT- team kan gjøre tavlevedlikehold, prioritering av oppdrag, koordinere reising, ha oversikt over hvem som befinner seg hvor og på den måten også kunne bidra til å ivareta sikkerheten til teammedlemmene. Disse oppgavene kan ligge til andre funksjoner i teamet, f.eks. Teamleder.
- **Caseload** er pasientporteføljen til den enkelte Case Manager

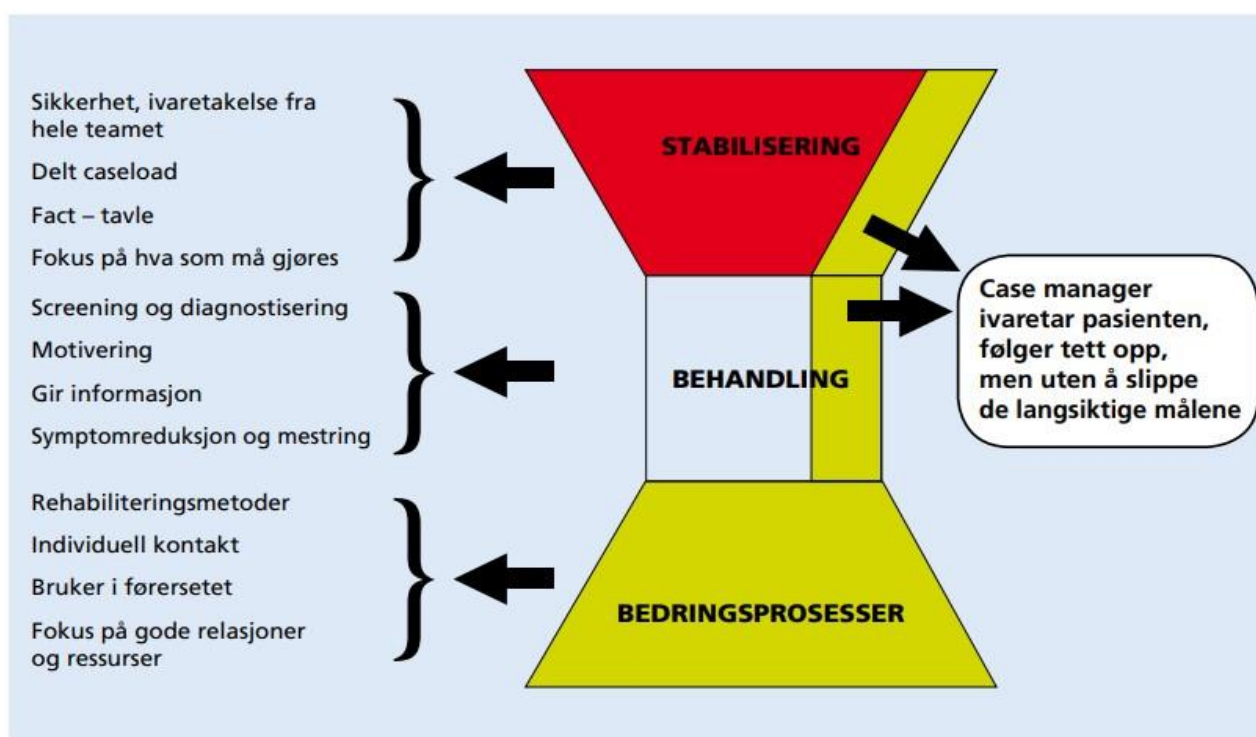
2.2. TIMEGLASS MODELLEN I FACT

Timeglass modellen er i hovedsak 3 typer tiltak som beskrevet i figuren Stabilisering, behandling og Recovery. Det er rollen til fagutøveren (Case Manager) som endres etter hvor pasienten er til enhver

tid. I Krise, i behandling eller har startet en Recovery prosess. Det er Case Manager sitt ansvar å bringe pasientens tilstand og behov inn i det tverrfaglige teamet.

FACT er hentet fra opprinnelseslandet Nederland og har vært brukt i Norge siden de første FACT - team ble etablert med den såkalte 2010 skalaen – modelltrofasthet og fidelity.

Alle FACT - team som er inne i en tilskuddsordning skal gjennomføre en **fidelitymåling**. Ved å gjøre en fidelitymåling får teamet målt forbedringsmuligheter og utfordringer. Hovedmålet med en slik måling har hovedfokus på struktur, organisering og innholdet i oppfølgingen /behandlingen i henhold til modellen. Det er et krav fra Helsedirektoratet til de som mottar tilskudd å gjennomføre måling av modelltrofasthet (intern /ekstern) hvert 1 og hvert 3. år og at det foretas en justering til FACT – modellen. I henhold til variablene i FACT – Fidelityskala 2010 (norsk versjon 2022) måles teamstruktur, behandling og intervensjoner, organisering av tjenestene, lokalt baserte tjenester, monitorering og profesjonalisering.



2.3. EVALUERINGSRAPPORTEN FACT - TEAM I NORGE 2020

Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykiske lidelse (N-ROP) gjennomførte på oppdrag av Helsedirektoratet en forskningsbasert evaluering av de sju første FACT- teamene i Norge. FACT- modellen er utviklet i Nederland og er en tilpasning av ACT modellen. Bakgrunnen for satsningen på FACT er det fragmenterte tjenesteapparatet og den manglende samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Hensikten med evalueringen som ble slutført i 2020 var å undersøke hvilken nytteverdi FACT- teamet og modellen har for brukerne, pårørende, teamansatte og samarbeidspartene. (Evalueringsrapporten FACT - team 2020)

- Norske FACT- team er ulikt organisert, men det ser ikke ut til at det har betydning for hvordan det går med brukerne eller modelltrofasthet.
- FACT- modellen ble implementert bra med modelltrofasthet både i urbane og rurale områder og i team med ulik organisatorisk forankring.
- Det er variasjon mellom FACT - teamene når det gjelder målgruppe. FACT - teamene i de store byene inkluderer i all hovedsak personer med psykoselidelse. FACT - teamene i rurale strøk har en mer variert målgruppe.
- Innleggelse og oppholdsdøgn på tvang er nesten halvert etter inntak i FACT- teamene sammenlignet med to år før inntak.
- Brukere som er fulgt opp i 2 år har oppnådd bedring på ulike områder (bolig, meningsfylt aktivitet, funksjon, symptombelastning og livskvalitet)
- Brukere, pårørende, teamansatte og samarbeidspartnere mente brukerne får bedre oppfølging og behandling gjennom FACT - teamene.
- FACT- teamets oppsøkende virksomhet, teamtilnærmingen, det brede spekteret av tjenester og kontinuitet i kontakten med brukerne fremheves som viktig av brukerne, de pårørende samarbeidspartene og teamansatte.
- Ulike lovverk, journalsystemer og kommunikasjonssystemer ble av ulike parter sett på som en barriere for samhandling.
- Samlet sett sier evalueringen at FACT er en god tjenestemodell for målgruppa. Teamene ga et bedre tilbud enn brukerne hadde fått tidligere, og er et viktig skritt på veien på å gi helhetlige og integrerte tjenester.
- Rådgivende tiltak i evalueringen er blant annet at det ble gitt parallelle tjenester i tillegg til FACT oppfølging. De pårørende opplevde at det var varierende og utilstrekkelig og at de burde bli ivarettatt på en bedre måte. Behandlingsplanene var i liten grad i tråd med FACT modellens krav. De inneholdt i liten grad brukerens egne mål, ressurser og styrker. Den beskrev i liten grad hvilke andre instanser som gir tjenester.
- Evalueringsrapporten kommer med anbefalinger som understreker som beskrevet over. En av de 11 anbefalingene i evalueringen er å styrke samhandlingen mellom tjenester og nivåer og bør tilrettelegge for digitale kommunikasjonsløsninger.

3.0. RESULTATER

Prosjektgruppa er enige i inklusjonskriteriene og disse avtales regionvis, som er i henhold til intensjonsavtalen i FACT - Agder.

Inklusjonskriterier i Setesdal

I utgangspunktet kan alt av psykiatri og rus diagnose inkluderes. Personen klarer ikke å nyttiggjøre seg ordinære tjenester i kommunen eller spesialisthelsetjenester.

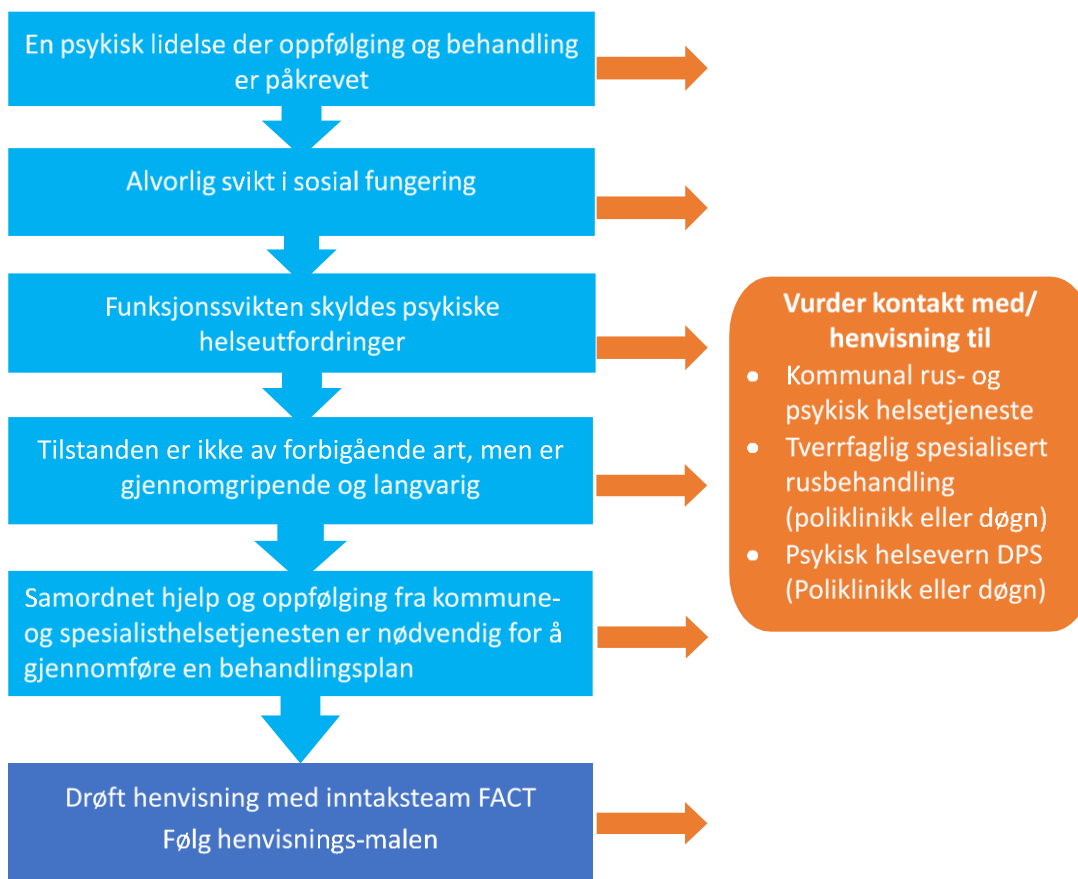
Eksempler på inklusjonskriterier:

- Psykoselidelser
- Alvorlige affektive lidelser (depresjon, bipolar lidelse)
- Alvorlige angstlidelser (OCD, PTSD, traumelidelser/traumereaksjoner)
- Alvorlige personlighetsforstyrrelser
- Alvorlige utviklingsforstyrrelser (ADHD, autisme)
- Alvorlige rusavhengighetsproblemer og ROP- lidelser
- Voksne over 18 år og ingen øvre aldersgrense. En 17 åring i en overgang fra for eksempel ABUP til Voksen er også innenfor vår målgruppe

Ved vurdering for FACT behandling skal funksjonsnivå vektlegges over diagnose. Vi ønsker spesifikt å sikre at ingen faller utenfor på grunn av manglende diagnose.

Flytskjema gjennomgås før man vurderer å gå videre med henvisning.

Flytskjema for vurdering til FACT-team



3.1. ØYEBLIKSBILDE – KARTLEGGING AV MÅLGRUPPEN

Skjema viser kartlegging gjort i hovedsak av psykisk helse og rustjenestene i kommunene.

Kommune/enhet/tjeneste	I forhold til EPA kriterier/ inklusjonskriterier i Setesdal
Bykle kommune	5 - 6 personer
Valle kommune	5 – 6 personer
Bygland kommune	3 - 4 personer
Åseral kommune	5 - 6 personer
Evje Hornnes kommune	10 - 15 personer
Totalt i kommunene	28 – 37 personer

Politiet i Setesdal rapporterer om 25 loggføringer i 2021 og 21 loggføringer i 2022 på oppdrag politiet har brukt patrulje på i forbindelse med psykiatrioppdrag i fire av de fem kommunene i Region Setesdal. Psykiatrioppdrag der fengselet på Evje ber om politiets bistand, utgjør et stort antall, men er ikke regnet med. Oppdragene er tidkrevende. I kommuner der politiet har et samarbeid med FACT rapporteres det om nedgang i antall oppdrag.

3.2. VIKTIG ERFARING FRA ANDRE FACT- TEAM I NORGE

- Å jobbe i **team** på tvers av kommuner og sykehus er suksessfaktor nummer en for utfallet hos pasienten.
- Utdfordrende å bruke små stillingsprosjenter inn i teamet både for kommunene og spesialisthelsetjenesten
- «Spesialisten i lomma»
- Behandling i FACT- team gir bedring og endring hos pasienter
- Et bedre liv for mange pasienter - både somatisk, fysisk og psykisk, aktivitet og jobb/utdannings muligheter
- Tverrfaglig team gir likeverdighet og felles ansvar for hele porteføljen
- Case Manager i kommunen opplever betydningen av felles ansvar med å jobbe i et team
- Modelltrofasthet
- Tette samarbeidsrelasjoner mellom mange instanser og teamet
- Legetjenesten opplever at det er lettere å få hjelp til alvorlig syke etter innføring av FACT
- Tryggere på legevakten
- Politiet opplever færre oppdrag med pasientgruppen
- Færre innleggelser i sykehus
- Egne biler i FACT teamet er en nødvendighet

4.0. FELLES UTGANGSPUNKT OG ULIKHETER I TO MODELLER

Teamorganisering

- **Motto:** «Hjelpe med alt! Ikke gi opp!»
- Teamet gjør **både spesialistoppgaver og kommunale oppgaver**
- Teamet jobber etter FACT modellen og tar **Fidelity målinger**, år en og tre, i forbindelse med årlig evaluering i prosjektperioden
- **Forpliktet tid** for FACT ansatte i teamet er ukentlig tavlemøte og behandlingsmøte, til sammen ca. to timer. Resterende tid brukes til pasientbehandling og primærjobb. FACT teamet er tilgjengelig 08.00 – 15.30 på hverdager.
- **Flere fagkategorier** er involvert i hver pasient; Vernepleier, Sosionom, Sykepleier, Psykiater, Psykolog, Brukerspesialist, Russspesialist, NAV/IPS (individuell jobb støtte). Samarbeidsparter utover de faste medlemmene i teamet kan kalles inn til møter, men pga. personvern må de avgrenses til aktuell case. Dette kan f.eks. gjelde NAV/IPS.
- De to NAV kontorene i Setesdal samarbeider etter behov og er ikke medlemmer i teamet
- Alle pasienter i teamet får en **risikovurdering** i forhold til vold og utagering. Ved voldshendelser/drap vil det være FACT - teamet som må redegjøre for innlagt pasient, Ikke kommunen.
- **Behandler fra sykehuset** jobber primært digitalt men vil måtte komme ut til pasient ved førstegangs vurdering og ved psykiatriske/ medisinske vurderinger. Spesialist blir på den måten kjent med pasientene.
- **Merkantil funksjon** kan ligge i sykehuset. Oppgaven kan være å oppdatere den digitale tavlen og sørge for at teamet utløser HELFO refusjon. Har oversikt over teamet og samarbeider tett med Teamleder som evt. også kan ha disse oppgavene.
- **Teamlederfunksjonen** har ansvar for koordinering av ukeplanleggingen og timebestilling til spesialisthelsetjenesten utover behandlingsmøtene og kan samarbeide tett med Merkantil funksjon.

Modell 1: Teamleder/psykiatrisk sykepleier i 100 % stilling kan være ansatt i LMT Setesdal/SSHF.

Er «limet» i teamet og reiser ut til kommunene.

Jobber sammen med Case Managere i kommunene inn mot FACT pasientene som er på «ON» på den digitale tavlen.

Deltar på tavlemøtene og har delt ansvar (Caseload) for pasientporteføljen i FACT - teamet.

Modell 2: Teamleder/Case Manager/psykiatrisk sykepleier i 100 % stilling er ansatt i LMT Setesdal/SSHF.

Case Manager jobber tett sammen med behandlerne og fastlege i kommunene inn mot pasientene som er tatt inn i FACT- teamet.

Deltar på tavlemøtene og er Case Manager for ca. halvparten av pasientporteføljen i FACT - teamet.

Modell 1: Case Manager (CM) som er ansatt i kommunene og har en 0 % ansettelse i SSHF.

Jobber med egne FACT- pasienter og forventes ikke å reise ut til andre kommuner.

Case Manager jobber både individuelt og tett sammen med spesialister ut mot pasienten når denne er på «ON» på tavlen.

Case Managere **har sammen med FACT teamet** ansvar for pasientporteføljen i sin kommune.

Modell 2: Case Manager (CM) /vernepleier/ sosionom/sykepleier med spesialutdanning (100 %) er i ansatt i LMT Setesdal/SSHF.

Case Manager jobber tett sammen med behandlerne og fastlege i kommunene inn mot Fact pasientene.

Deltar på tavlemøtene og er Case Manager for ca. halvparten av pasientporteføljen i FACT- teamet og har ansvaret for oppfølgingen av FACT- pasientene.

<p>Modell 1: Kommunenes behandlere er Case Managere og er medlemmer i FACT- teamet og har avsatt stillingsprosjenter til jobben.</p>	<p>Modell 2: 200 % ansatte i LMT Setesdal er Case Managere i FACT- teamet.</p> <p>Kommunenes behandlere er ikke en del av FACT - teamet.</p> <p>FACT- teamet må ha egne behandlingsmøter med <u>hver av behandlerne</u> i kommunene om felles pasienter.</p>
---	---

- FACT pasientene har ved inntak pasientrettigheter og SSHF har behandlingsansvaret.
- Case Manager har ansvar for å **invitere inn andre** i samarbeid rundt pasient som for eksempel NAV/Individuell jobb støtte (IPS).
- **Prosjektleder** kan lånes ut i 20 % stilling i prosjektperioden fra koordinator psykisk helse og rus i LMT Setesdal. Denne kan også tilføre ruskompetanse inn i teamet.
- Teamet i samarbeid med fagmiljøet i region Setesdal: Arbeide for mulighet for egenstyrte senger i KØH i hele region Setesdal. Ved behov for KØH plass til brukergruppen bidrar FACT teamet med ressurser og kompetanseheving.

<p>Modell 1: Caseload (Pasientporteføljen) deles med hele teamet digitalt i det ukentlige tavlemøtet og behandlingsmøtet. (CM i de andre kommunene bidrar kun i det digitale ukentlige tavle- og behandlingsmøtet)</p>	<p>Modell 2: Caseload (Pasientporteføljen) deles med de to Case Managere i LMT Setesdal og SSHF. (I praksis vil behandlerne i kommunene, ikke medlem av FACT- teamet, dele arbeidet rundt egne pasienter i FACT med CM i LMT Setesdal).</p>
---	--

Møter

- Digitalt Tavlemøte minimum 1 gang pr uke à 30 minutter med mulighet for flere ganger ved behov. På tavlemøter snakkes det blant annet om pasientene som er på «ON» på den digitale tavlen. Ressursene fra teamleder/spesial sykepleier fordeles og digital time med psykolog, psykiater, brukerspesialist osv. ved SSHF avtales.
- Digitalt Behandlingsmøte 1 gang pr uke à 1-3 timer. Alle i teamet møter.
- Digitalt Teammøte 1 gang pr måned à 1-2 timer.
- Digitalt Inntaksteam: 1 gang pr uke hvis det er søknader. Psykiater SSHF og Teamleder fra kommunene utgjør inntaksteamet. (Fagperson som søker pasienten inn bør inviteres) Henvisninger kan drøftes i FACT- teamet for å sikre det tverrfaglige og tverretatlige perspektivet i vurderingsprosessen.
- Digital/fysisk time med spesialister som er ukentlig tilgjengelig etter avtale
- FACT samling x 2 pr år for alle team-medlemmer.

<p>Modell 1: Digitalt tavlemøte i forkant av fast digitalt behandlingsmøte der alle i teamet møter.</p>	<p>Modell 2: Digitale Tavlemøter x pr uke der behandlingsmøter avtales. Case Manager avtaler direkte med behandler i kommunene, som ikke er medlem i teamet, om deltagelse i behandlingsmøter.</p>
--	---

Eksempel på ukeplan for teamet

(Teamleder koordinerer timebestilling til **tilgjengelige spesialister**)

Tidspunkt	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag
08.30-09.00			Inntaksmøter ukentlig v/søknader		
09.00-09.30					
09.30-10.00			Tavlemøte		
10.00-10.30			Behandlingsmøte		
10.30-11.00			Behandlingsmøte		
12.00-12.30		Psykiater	Behandlingsmøte	Russpesialist	
12.30-13.00		Psykiater		Russpesialist	
13.00-13.30		Brukerspesialist		Psykolog	
13.30-14.00		Brukerspesialist		Psykolog	Team møte
14.00-14.30					K/S 1 gang
14.30-15.00					Pr måned

Det kan være tidsbesparende å ha tavlemøte og behandlingsmøte på samme dag og rett etter hverandre.

Kommunikasjon

- Hovedsaklig digital kommunikasjon mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene
- Bruk av Norsk Helsenet (NHN).
- 0 % stillingshjemmel i SSHF for de som er i teamet for å kunne dokumentere i pasientjournalssystem i sykehus (DIPS).
- Alle FACT ansatte har bærbar pc med DIPS tilgang
- Den digitale Fact/pasient tavlen er på SSHF og holdes oppdatert av SSHF

Inntakskriterier

- Inklusjonskriteriene i Setesdal gjelder
- Tvungen psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD) og DOM: Ivaretas av SSHF

Kriterier for å bli «ON» på den digitale tavlen

- Kriseforebygging
- Kortvarig og tett oppfølging
- Langvarig og tett oppfølging
- Personer som er vanskelig å nå
- Høyrisiko og vanskelig å nå
- Nye pasienter
- Tvangs-behandling

Teamet blir enige om felles strategi / felles tiltak som settes inn i møte med pasienten.

Opplæring

- FACT opplæring for ansatte i teamet som ikke har det fra før.
- Opplæring i bruk av journalverktøyet DIPS.
- Ulike behandlingstilnæringer som Kognitiv terapi
- Integreert behandling av ROP-lidelser (IDDT)
- Rutiner for sikkerhet / trygghet for behandlere mtp. Oppsøkende virksomhet og høyrisiko

Økonomi

Partene har ansvar for egne ansatte og driftskostnader. Unntak er at spesialisthelsetjenesten og kommunene deler 50:50 på utgiftene til nyansettelser.

Et FACT - team utløser refusjon fra Helfo, disse midlene fordeles 50:50.

20 % prosjektlederstilling kan lånes ut fra allerede eksisterende stilling i LMT Setesdal i prosjektperioden (Denne har ruskompetanse og kan være en ekstra ressurs ved behov).

Årlig evaluering i prosjektperioden for å vurdere fortsatt drift eller ikke. Ingen krav til videreføring av prosjektstillinger. Forpliktet tid for Fact ansatte: Ukentlig tavlemøte og behandlingsmøte, ca. to timer. Dette utgjør ca. **5 % pr uke pr FACT ansatt**. Resterende tid brukes til pasientbehandling og primærjobb.

Eksempel på 50:50 deling mellom sykehus og kommuner

Kommuner og SSHF	%	År 1 + 2	År 3	År 4	Fra år 5
Tilskudd fra Statsforvalteren som kan utløses pr 100 % stilling		300 000 pr 100 % stilling	250 000 pr 100 % stilling	200 000 pr 100 % stilling	
Stillingsprosenter tas fra eksisterende stillinger					
<ul style="list-style-type: none"> ○ Bykle ○ Valle ○ Bygland ○ Evje og Hornnes ○ Åseral ○ LMT Setesdal Prosjektleder 20 % ○ SSHF 	220 220				
Modell 1 (M1): 50:50 Nyansettelse i LMT Setesdal og SSHF:					
<ul style="list-style-type: none"> ○ 100 % Psykiatrisk spl. m/ Teamlederfunksjon ○ Driftsutgifter 	100	-850 000 -100 000	850 000 -100 000	850 000 -100 000	850 000 -100 000
Modell 2 (M2): 50:50 Nyansettelse i LMT Setesdal og SSHF:					
<ul style="list-style-type: none"> ○ 100 % CM/spesialutd. m/ Teamlederfunksjon ○ 100 % CM/spesialutd. ○ Driftsutgifter 	200	-850 000 -850 000 -150 000	-850 000 -850 000 -150 000	-850 000 -850 000 -150 000	-850 000 -850 000 -150 000
M1: Sum prosenter	540	1 620 000	1 350 000	1 080 000	0
M2: Sum prosenter	640	1 920 000	1 600 000	1 280 000	0
M1: Sum utgifter		-950 000	-950 000	-950 000	- 950 000
M2: Sum utgifter		-1 850 000	-1 850 000	-1 850 000	-1 850 000
M1: Sum overskudd/underskudd til 50:50 fordeling mellom kommuner og SSHF		670 000	400 000	130 000	-950 000
M2: Sum overskudd/underskudd til 50:50 fordeling mellom kommuner og SSHF		70 000	-170 000	-490 000	-1 850 000

5.0. GENERELT OM KORT OG LANGSIKTIG NYTTEVERDI

Nasjonal satsning på FACT er ønske om å bedre det fragmenterte tjenesteapparatet og den manglende samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. FACT er pr definisjon ikke et tilbud som kommer i tillegg til alt annet, men Fact skal være en samhandlingsmodell som effektiviserer samhandling. Målet er at samarbeidet skal gi helhetlige tjenester og ha et forpliktende samarbeid med spesialisthelsetjenesten, på tvers i Setesdal.

Nytteverdi:

- FACT skal på sikt føre til en gevinst rundt disse pasientene, selv om det er vanskelig å måle selve gevinsten i kroner og øre. Gevinsten realiseres i alle kommuner- og spesialist tjenester (fastlege, politi, kommunal rus og psykisk helsetjenester, NAV, kommunale boliger, innleggelses) i psykisk helsevern og medisinske sykehusavdelinger. FACT vil mest trolig gi indirekte og kvalitative gevinster; en reduksjon i arbeidsbyrden for overnevnte tjenester, slik at frigjorte ressurser kan brukes alternativt, samt gi økt livskvalitet for brukerne.
- Opprettes tilbudet gradvis har FACT - teamet anledning til å bli mer robust, generere inntekter og antageligvis begynne å avlaste eksisterende tjenester i noen grad.
- FACT samarbeidet gir lettere og direkte tilgang til spesialister.
- Alle pasienter i FACT utarbeider kriseplan sammen med sin Case Manager som forebygger lidelse og innleggelses.
- Innleggelses og oppholdsdøgn på tvang kan reduseres.
- Brukere kan lettere oppnå bedring på ulike områder (bolig, meningsfylt aktivitet, funksjon, symptombelastning og livskvalitet) og får bedre oppfølging.
- FACT- teamets oppsøkende virksomhet og teamtilnærming og det brede spekteret av tjenester og kontinuitet er viktig for brukerne, de pårørende samarbeidspartene og teamansatte.
- FACT er en god tjenestemodell for målgruppa og gir et bedre tilbud til brukerne. Pasientene får medvirke og blir myndiggjort.
- Å ha bil i FACT - teamet er et viktig verktøy. Transport er svært viktig tiltak for pasientene, de kommer seg f.eks. til NAV, lege og butikken. I tillegg gir det en mulighet for å samtale i bilen i stedet for på et kontor. Samtale i bilen går lettere og er mer uforpliktende.
- Mulighet for å lage gode behandlingsplaner som tar opp i seg brukerens egne mål, ressurser og styrker.
- På tross av at kommunene er små og har få innleggelses vil det kunne forbli lave tall på dette med et FACT- team. I de tilfellene det blir innleggelses, vil pasienten kunne få en bedre vurdering i et FACT- team. Brukerne vil i de fleste tilfeller bli møtt på en mer helhetlig måte, hvor problemstillingene blir belyst på en tverrfaglig måte.
- I små kommuner står man ofte veldig alene i vanskelige saker og man ser seg av og til litt blind på fremgangsmåter og muligheter. Med et team i ryggen vil de ansatte få en økt styrke i jobben og gir en større motivasjon til å være med å skape endringer som igjen vil gi et bedre tilbud til brukerne.
- Døgnplasser blir lagt ned, avstander til behandler blir større når poliklinisk tilbud blir mer digitalisert. Selv om vi tenker et digitalt FACT så vil personell som er ansatt i kommunene være brobygger inn mot spesialistene.

5.1. INNSPILL FRA KOMMUNENE PÅ MODELLENE

Begge modellene vil være bra for brukerne.

Det viktigste er at FACT- teamet blir rigget på en måte som ikke tar ressurser fra det eksisterende tilbudet i kommunen. Med mange personer på venteliste sier det noe om at ressursene pr i dag er for små.

Erfaringsmessig er kommunene som har FACT- avtale i dag fornøyde med FACT- oppfølgingen. Vi ser at det gagnar pasienten at det kommer inn andre som jobber mot et felles mål. Det vi ikke er fornøyde med er at inklusjonskriteriene er så snevre i dagens FACT- avtale.

Modell 1:

Modell 1 gjør at den som kjenner pasienten jobber i teamet og det er en fordel for pasienten. Å jobbe i team er viktig for fagtilhørighet og kompetanseheving.

Med denne modellen vil de kommunalt ansatte få et mer «eierforhold» til både oppfølging og samarbeid i teamet. De kommunalt ansatte blir her Case Managere, og blir fullverdige medlemmer av FACT-teamet. På denne måten vil de kommunalt ansatte få innblikk i saker fra andre kommuner og man vil både få og gi veiledning til andre i liknende case.

Fordeler:

- Øker kompetansen i kommunen
- Direkte kontakt med spesialistene
- En tverrfaglig og bredere plattform i form av å samhandle i et team
- Et felles evidensbasert kompetansegrunnlag for de som jobber med alvorlig psykisk syke i regionen
- Får nye «øyne» inn i utfordrende saker
- Sikrer oppfølging nasjonalt gjennom fidelitymålinger - modelltrofasthet
- Modellen vil også kunne styrke fagnettverket i regionen og gi et felles kunnskapsgrunnlag.
- Tavlemøtet/behandlingsmøtet planlegger hver enkelt pasients behandlingsplan.

Utfordringer:

- Dersom kommunen bare har en Case Manager, vil denne få alle de tyngste brukerne. Det vil ikke være noen endring i porteføljen for den kommunalt ansatte, men de har imidlertid et team rundt seg og FACT-pasientene.
- Det stilles spørsmål ved hvor mye hjelp det er med et digitalt team?
- Det påpekes at Case Manager i kommunen kan bli mindre fleksibel og få mindre tid til direkte pasientarbeid.
- Case Managere får bundet opp cirka to timer pr uke for å delta på tavle- og behandlingsmøte.
- En kommune frykter at det kan bli en utfordring å kombinere fleksibelt arbeid (F en i FACT) med FACT pasienter og planlagt arbeid med andre pasienter.
- Det kan være vanskelig å oppleve teamfølelse når det bare er digitalt team og en ansatt ved LMT Setesdal.

Modell 2:

Modell 2 ligner på dagens FACT- avtale. Forskjellen er inklusjonskriteriene og to nyansettelser i LMT Setesdal/SSHF.

Med bredere inklusjonskriterier og et tettere samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste vil modell 2, ved deltagelse av behandlere i behandlingsmøter, være det beste alternativet for både ansatte og pasienter.

Økonomisk sett krever modell 2 mer av kommunene. Imidlertid har modell 2 større nytteverdi for behandlerne med stort press, når Case Managerne i LMT Setesdal/SSHF tar over arbeidsbyrden.

Case Manager jobber tett med de kommunalt ansatte som har den daglige oppfølgingen med pasienten. Dette kan gi de ansatte i kommunen litt avlastning, hvor man kan få litt nye øyne inn i krevende situasjoner.

Fordeler:

- Øker kompetansen inn i kommunen
 - (Gjør den egentlig det når Case Manager er i LMT Setesdal?)
- Modell 2 oppleves som hjelp/avlastning/sparringspartner fordi det kommer 1 eller 2 Case Managere fysisk ut til pasientene.
- Behandlerne i kommunen får direkte kontakt med spesialistene gjennom FACT- teamet
- Kommunenes ansatte får litt avlastning av «utenforstående» Case Managere. I en liten kommune kan det være positivt med Case Managere som ikke er en del av den kommunale «staben»
- Enklere å danne teamfølelse når det er ansatt to stillinger ved LMT Setesdal/SSHF i FACT- teamet
- Når pasienten har høyt symptomtrykk er det en fordel med flere fagfolk i vurderingene.
- Modell 2 vurderes som best for pasientene fordi vi erfaringsmessig ser at dagens modell fungerer. Pasientene opplever å bli sett og hørt av flere fagpersoner som de er trygge på. De møter dem fysisk og via skjerm.

Utfordringer:

- Med denne modellen blir de ansatte satt litt på sidelinjen i forhold til FACT
- Kan skape en avstand mellom FACT- team og kommunens ansatte
- De «minste» kommunene og kommunene plassert lengst unna Evje kan bli nedprioritert på sikt. Obs! Det er pasientenes status som prioriteres ikke om kommunene er langt vekk
- På sikt vil det bli mange pasienter for to Case Managere og store avstander

6.0. ANBEFALING

Ressursene til psykisk helse- og rustjenestene i hver av kommunene er knappe og med økende behov for denne type tjenester vil det være nødvendig å både øke ressursbruk og rigge seg slik at man utnytter de ressursene man har på en best mulig måte.

Anbefaling:

Kommunene er ikke omforent om en modell, da begge modellene har sine fordeler og utfordringer og at kommunene er noe forskjellige.

Modell 2 vil være en god løsning for ansatte og for kontinuiteten i pasientarbeidet.

Flertallet i Prosjektgruppa mener likevel at den beste løsningen vil være Modell 1 og at kommunene setter av stillingsressurser i området 25 – 50 % for de minste kommunene og opp til det dobbelte for den største kommunen. Samt at det tilsettes en psykiatrisk sykepleier med teamlederfunksjon i 100 % som har kontor plass i LMT Setesdal.

Sikringen av samhandlingen i et FACT- team ivaretas da på tavlemøter og behandlingsmøter.

Begrunnelse:

I modell 1 er de kommunalt ansatte Case Managere og blir fullverdige medlemmer av FACT-teamet og det skaper et bredere samarbeid på tvers av kommunene. Å jobbe i team er viktig for fagtilhørighet og kompetanseheving. Tverrfaglig team gir likeverdighet og felles ansvar for pasientporteføljen. I tillegg erfarer andre FACT- team at det å jobbe i team på tvers av kommuner og sykehus er suksessfaktor nummer en for utfallet hos pasienten.

FACT modellen vil kunne gi Region Setesdal et felles evidensbasert kunnskapsgrunnlag å jobbe etter, ved at alle får samme opplæring og jobber ukentlig sammen på tvers av alle kommunene.

7.0. REFERANSELISTE

Brukerne og Fact april 2022

<https://napha.no/content/25634/overrasket-over-hvor-gode-erfaringer-brukerne-hadde-hatt-med-fact>

Etableringshåndbok ACT- og FACT- team

<https://napha.no/content/22416/nyttig-handbok-om-hvordan-act--og-fact-team-kan-etableres>

Evalueringsrapporten Fact- team

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/evaluering-av-fact-team-i-norge/id2702575/>

Fact håndboka:

<https://rop.no/globalassets/dokumenter/fact-handbok.pdf>

Faglig litteratur/artikler om Fact- team i Norge og Nederland.

Nettsted: www.Napha.no

Fidelity

<https://rop.no/kompetanseheving/actfact/fidelity-modelltrofasthetsmaling/>

Nettsted

www.rop.no

Nyttige artikler som er brukt i rapporten

<https://napha.no/content/21842/fordeler-med-fact>

Tilskuddsmidler og krav til mottaker mars 2022

<https://napha.no/content/25586/na-strammes-fact-modellen-inn>

Temasider

<https://rop.no/globalassets/temasider/actfact/fact-fidelityskala-2010-norsk-revisjon-2022.pdf>