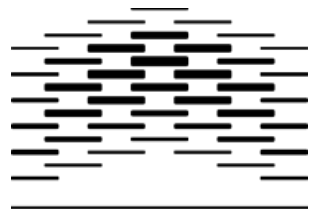


Bokmål

INNLEVERING AV EKSAMENSBE SVARELSE VED HØGSKOLEN I OSLO OG AKERSHUS

STUDIEPROGRAM:	Bachelor i sykepleie
EMNEKODE OG EMNENA VN:	SYBA3900 Bacheloroppgave
KULL/KLASSE:	HØST 2015 (SYPLGR15H)
INNLEVERINGS DATO	01.06.2018
EVT. VEILEDER/ EMNEANSVARLIG	
EKSAMENSFORM: Hjemmeeksamen <input type="checkbox"/> Mappeeksamen <input type="checkbox"/> Prosjekteksamen <input type="checkbox"/> Individuell <input type="checkbox"/> Gruppe <input checked="" type="checkbox"/>	
KANDIDATNUMMER/NAVN	181 226
ANTALL SIDER INKLUDERT FORSIDE/ANTALL ORD	38 SIDER / 9017 ORD



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

BACHELOROPPGAVE I SYKEPLEIE

2018

ACT- og FACT

*

Hva er ACT-team og hva er FACT-team og på hvilken måte kommer dette pasienten til gode?

01.06.2018

SAMMENDRAG (ABSTRACT)

Tittel: ”ACT og FACT”

Engelsk tittel: ”ACT and FACT”

Hensikt: Per 1. mai 2018 (Nasjonalt kompetansetjeneste, ROP) finnes 17 FACT-team og 8 ACT-team i Norge. Flere team er under etablering, og det er et ønske fra helsemyndighetene om at flere team opprettes. Assertive Community Treatment (ACT) er en modell for å gi oppsøkende, samtidige og helhetlige tjenester til mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Den har vist gode resultater, blant annet i Norge. Flexible Assertive Community Treatment (FACT) er en tilpasning av ACT-modellen. Oppgaven er relevant for oss som kommende sykepleiere ettersom sykepleiere har en sentral rolle i slike team. Med denne oppgaven ønsker vi å finne ut av om ACT- og FACT-team er så revolusjonerende som flere beskriver, eller om dette er ”keiserens nye klær”, et nytt format på noe som allerede har vært utprøvd tidligere.

Problemstilling: *”Hva er ACT-team og hva er FACT-team og på hvilken måte kommer dette pasientene til gode?”*

Metode: Vi har valgt å bruke en litteraturstudie basert på pensumlitteratur, selvvalgt litteratur og forskning. Oppgaven er bygget på pensumlitteratur, annen litteratur og ni selvvalgte forskningsartikler.

Resultat: Vi har anvendt ni forskningsartikler for å kunne svare på problemstillingen vår i kapittelet om drøfting. Forskningsartiklene vi har valgt tar utgangspunkt i pasientenes, brukernes, de pårørendes eller myndighetenes erfaringer med ACT- og FACT-team. Dette drøftes avslutningsvis opp mot hvordan teamenes arbeid kommer pasientene til gode.

Konklusjon: Vi har i denne oppgaven drøftet hva ACT- og FACT-team er, og hvordan arbeidet i slike team kommer pasienten til gode. Vi kan konkludere med at tjenesten hjelper pasientene til økt sosial funksjon. De opplever at de får hjelp til praktiske og hverdagslige problemer.

Forskningen forteller tjenesten har liten funksjon når det kommer til bedring av sykdom og hverdagslig funksjon. Innføring av tjenesten er derimot helt i tråd med samhandlingsreformen og dette kan bli sett på som et insentiv til hvorfor tjenesten innføres i så stor grad.

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING	7
1.1 HENSIKT.....	7
1.2 AVGRENSING.....	7
1.3 PROBLEMSTILLING.....	8
1.4 OPPGAVENS OPPBYGGING.....	8
1.5 DEFINISJON AV BEGREPER I PROBLEMSTILLINGEN.....	8
2.0 METODE	9
2.1 LITTERATURSTUDIE.....	9
2.2 SØKEPROSESSEN.....	10
2.3 KILDEKRITIKK.....	10
3.0 TEORI	12
3.1 ACT- OG FACT-TEAM.....	12
3.2 ACT – OPPRINNELSE OG BAKGRUNN.....	13
3.2.1 Målgruppe.....	13
3.3 FACT.....	14
3.3.1 Oppbygging av FACT-team.....	14
3.2 De ulike byggesteinene.....	15
3.4 UTVIKLING AV PSYKISK HELSEVERN.....	17
3.4.1 Nedbygging av institusjoner.....	17
3.4.2 Samhandlingsreformen.....	17
3.5 SYKEPLEIERENS ROLLE I FACT.....	17
4.0 RESULTATER	19
4.1 HELSEARBEIDERNE ERFAINGER MED ACT- OG FACT-MODELLEN.....	19
4.2 PASIENTENES ERFAINGER MED ACT- OG FACT-MODELLEN.....	22
4.3 PÅRØRENDES ERFAINGER MED ACT- OG FACT-MODELLEN.....	23
4.4 MYNDIGHETENES ERFAINGER MED ACT- OG FACT-MODELLEN.....	24
4.5 ACT- OG FACT-MODELLEN I NORGE.....	24
5.0 DRØFTING	26
5.1 PASIENTEN.....	26
5.2 ANSATTE.....	28
5.3 PÅRØRENDE.....	29

5.4 MYNDIGHETENE.....	30
6.0 AVSLUTNING.....	33
6.1 KONKLUSJON.....	33
LITTERATURLISTE.....	36

1.0 INNLEDNING

1.1. Hensikt

Per 1. mai 2018 (Nasjonalt kompetansetjeneste, ROP) finnes 17 FACT-team og 8-ACT-team i Norge. Flere team er under etablering, og det er et ønske fra helsemyndighetene om at flere team opprettes. Assertive Community Treatment, på norsk Aktivt Oppsøkende Behandling, er en modell for å gi oppsøkende, samtidige og helhetlige tjenester til mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Den kjennetegnes av at behandlerne oppsøker pasienten i pasientens eget lokalsamfunn, etablerer kontakt på pasientens premisser, samt dekker ulike behov på tvers av fag og sektorer. ACT-teamet skal tilby behandling, rehabilitering, oppfølging og støtte til målgruppen, samt bidra til at en sårbar og utsatt samfunnsgruppe med alvorlige psykiske lidelser får tilgang til sammenhengende, helhetlige og godt koordinerte tjenester. Modellen har vist gode resultater i utlandet og i Norge. Flexible Assertive Community Treatment (FACT) er en tilpasning av ACT-modellen. Oppgaven er relevant for oss som kommende sykepleiere ettersom sykepleiere har en sentral rolle i slike team. Resultater fra andre land og prøveprosjekt i Norge viser svært lovende resultater. Med denne oppgaven ønsker vi å finne ut av om ACT- og FACT-team er så revolusjonerende som flere beskriver, eller om dette er ”keiserens nye klær”, et nytt format på noe som allerede har vært utprøvd tidligere.

1.2 Avgrensing

Vi har valgt å avgrense oppgaven til hvordan ACT- og FACT-team kommer pasientene til gode. Begrunnelsen for valget er at når alt kommer til alt, er det pasientene som står i fokus og for dem tjenesten er opprettet. For å diskutere oss frem til dette har vi valgt å dele drøftingen inn i pasientenes, de ansattes, pårørendes og myndighetenes tanker omkring arbeidet teamene utfører. Dette basert på forskningen vi har funnet, som vi har delt inn i kapitler basert på pasientenes, de ansattes, pårørendes og myndighetenes erfaringer med tjenesten. Vi har også et delkapittel under resultater som tar for seg ACT-FACT i Norge.

1.3 Problemstilling

På bakgrunn av valgt tema og avgrensning har vi kommet frem til denne problemstillingen:

Hva er ACT-team og hva er FACT-team og på hvilken måte kommer dette pasientene til gode?

1.4 Oppgavens oppbygging

Denne oppgaven består av seks kapitler som rangeres fra 1.0 - 6.0. Oppgavens andre kapittel tar for seg metoden der søkeprosessen, begrunnelse for valg av litteratur og kildekritikk blir lagt frem. I det tredje kapittelet blir teorien systematisk lagt frem. Deretter presenteres forskningsfunnene fra de utvalgte artiklene som inngår i kapittel nummer fire. Neste kapittel tar for seg drøftingsdelen hvor forskning og litteratur drøftes og diskuteres. Avslutningsvis kommer kapittel seks med en konklusjon.

1.5 Definisjon av begreper i problemstillingen

ACT (Assertive Community Treatment) er en modell for å gi oppsøkende, samtidige og helhetlige tjenester til mennesker med alvorlige psykiske lidelser. FACT (Flexible Assertive Community Treatment) er en tilpasning av ACT-modellen (Aakerholt, 2012).

2.0 METODE

Metode er en systematisk fremgangsmåte som benyttes for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse valgt problemstilling (Thidemann, 2017). Metoden som benyttes forteller noe om hvordan en bør gå frem for å etterprøve eller tilegne seg ny kunnskap og er et redskap i møte med noe vi ønsker å undersøke (Dalland, 2012). Å benytte seg av en metode vil si å følge en bestemt vei mot et mål (Johannesen, Christoffersen & Tufte, 2010). En vitenskapelig metode er en systematisk fremgangsmåte som bør uttrykkes slik at leseren har muligheten til å gjenta undersøkelsen som er blitt gjennomført, og komme frem til det samme resultatet på de premissene som er beskrevet (Rienecker, Stray Jørgensen & Tufte, 2010).

Metodelæren går blant annet ut på hvordan en går frem for å undersøke om våre antagelser stemmer overens med virkeligheten (Johannesen, et al., 2010). I denne sammenhengen vil det si om og på hvilken måte ACT- og FACT-team kommer pasienten til gode. Å kunne ta kritiske standpunkt i henhold til forskning vil være til nytte når man skal anvende forskningen i praksis (Dalland, 2012). I anvendelsen av metode er det viktig å ha fokus på systematikk, nøyaktighet og åpenhet (Johannesen et al., 2010).

2.1 Litteraturstudie

Oppgaven er basert på et litteraturstudium som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder. I en litteraturstudie benyttes data som er samlet inn av andre, dette kalles sekundærdata og finnes i bøker, tidsskrifter, databaser og lignende (Thidemann, 2017). I en litteraturstudie kan en benytte kvalitativ og kvantitativ metode, fremgangsmåten blir også nøyaktig beskrevet. Kvalitativ metode bidrar til å gi oss en bedre forståelse av det samfunnet vi lever i, og hvordan vi samhandler med andre. Metoden tar for seg erfaringer og meninger som ikke kan måles, metoden går i dybden og skal få frem helheten av et fenomen. Den kvantitative metoden skiller seg fra den kvalitative ved at forskningsmetoden befatter seg med tall og det som er målbart, kvantifiserbart (Dalland, 2012). Vurderingen av de skriftlige kildene i form av kildekritikk er det metodiske redskapet i en litteraturstudie. Tema og problemstilling kan ta utgangspunkt i noe man har opplevd i praksis eller noen man har funnet interessant i litteraturen. Litteraturen som velges er den kunnskapen oppgaven har som utgangspunkt og det problemstillingen skal drøftes i forhold til. Søkeprosessen

vil være viktig for innhenting av kilder som kan bidra til å styrke oppgavens grunnlag og belyse den valgte problemstillingen (Dalland, 2012). En skiller mellom *systematisk litteraturoversikt* og *allmenn litteraturoversikt*. En systematisk litteraturoversikt er en vurdering og oppsummering av relevant forskning og eksisterende kunnskap innenfor et bestemt forskningsområde. I en allmenn litteraturoversikt beskrives og analyseres et antall utvalgte artikler, men som sjelden er gjennomført systematisk (Thidemann, 2017).

2.2 Søkeprosessen

Som tidligere nevnt er dataen vi samler inn, sammen med teoridel grunnlaget for oppgaven. I følge Dalland (2007) er det helt avgjørende med tilstrekkelig data for å tilfredsstillende besvare problemstillingen. Litteratursøket går ut på å orientere seg om hvilken informasjon som allerede er produsert om et gitt tema. Problemstillingen er utgangspunkt for søkeordene man velger å bruke. Dalland presiserer at søkeord er helt avgjørende for å oppnå tilgang til riktig informasjon (Dalland, 2007).

Videre skriver Dalland (2007) at det stilles krav til både relevans og pålitelighet av dataen som benyttes i oppgaven. Dette ligger til grunn for måten dataen nyttiggjøres på. Det har også innvirkning på verdien dataen bringer til oppgaven. Relevansen er relativ til problemstillingen.

2.3 Kildekritikk

Kildekritikk kan forklares som ulike metoder brukt for å skille verifiserte opplysninger fra spekulasjoner. Gjennom kildekritikk kan vi forsøke å avgjøre om det en kilde sier er sant eller usant. Hensikten med dette er å fremme relevans og holdbarhet til litteraturen som vi velger å bruke i oppgaven. I følge Dalland (2007) er det nødvendig å gjøre rede for tilgangen til litteraturen. Kildekritikk har to sider. En side inkluderer søk etter litteratur i henhold til en problemstilling, den andre siden handler om redegjørelse av litteratur brukt i en oppgave (Dalland, 2007).

Grunnlaget for både teori og drøfting av problemstilling ligger i litteraturen. Litteraturen inneholder kunnskap om diverse teorier samt kunnskap samlet fra undersøkelser (Dalland, 2007). Vi har i stor grad valgt å bruke litteratur fra ulik forskning og rapporter fra blant annet helsedirektoratet. Forskingen vi bruker er peer reviewed. Dette forteller oss at forskningen er fagfelle vurdert og derfor innehar informasjon som vi antar å være riktig. Rapportene er skrevet

eller oversatt av offentlige instanser i Norge og basert på vår tillit til de norske helsemyndighetene antas å være riktig og gyldig informasjon. Vi skal likevel sammenligne denne informasjonen med det forskningen forteller oss.

I søkeprosessen har vi benyttet Sve-Med for å finne MeSh-termer som vi har anvendt i søkingen. Som søkemotor har vi brukt Google-Scholar og Cinahl til å kombinere de valgte søkeordene med *AND* og *OR*. Vi har også benyttet PubMed for å finne to av artiklene. Cinahl er en database som publiserer fulltekster med hovedfokus på sykepleierelaterte tidsskrifter (HiOA, 2018). PICO-skjema kan benyttes som et hjelpemiddel for å organisere søkeordene i søkeprosessen. Under utvelgelsen av forskningsartikler kan man også bruke IMRaD-strukturen. Ettersom vår søkeprosess var såpass enkelt gjennomførbar har vi valgt å ikke bruke verken PICO-skjema eller IMRaD-strukturen. I Sve-Med+ benyttet vi søkeordet "ACT" og huket av for "peer-reviewed", da fant vi fire forskningsartikler som vi hadde lyst til å bruke i oppgaven vår. I Google-Scholar benyttet vi søkeordene "ACT" og "FACT" og fant tre artikler. For å ha mer å støtte oppgaven vår på benyttet vi PubMed hvor vi søkte på "Assertive Community Treatment" og "Flexible Assertive Community Treatment", her fant vi to artikler som vi har tatt med i oppgaven vår. Vi så på årstallet studien var utgitt og benyttet Nasjonalt kunnskapssenters sjekklister for å kritisk vurdere de valgte artiklene (Nordtvedt et. al., 2012).

3.0 TEORI

3.1 ACT- og FACT-team

Assertive Community Treatment (ACT) har som formål å sikre at pasientene får en bedre kontakt med helsetjenesten, reduksjon av antall innleggelses og bedret sosial funksjon. Teamenes målgruppe er mennesker med alvorlige og langvarige psykiske lidelser, og den faglige tenkningen er recovery-inspirert. Recovery kan til norsk oversettes til ”bedringsprosesser”, en dyp unik personlig endringsprosess. Hensikten med recovery er å fremskynde nye mål og meninger med livet utover det å være psykisk syk. Recovery-orientert arbeid innebærer å samarbeide med brukere og pårørende for å tilrettelegge for denne typen individuelle prosesser. Recovery-prosessen i ACT handler om å undersøke og sette ord på pasientens ønsker, behov, verdier og ressurser, hva de ønsker med sitt liv. For noen av pasientene er målet å komme seg ut av sykdomstilstanden sin, noen ønsker å bli helt friske mens andre har som mål å avslutte den medisinske behandlingen sin (Meese og Ekeland, 2017).

ACT-teamenes målgruppe er voksne mennesker diagnostisert med langvarige psykoselidelser. Ustabile sykdomsforløp, liten effekt av tidligere behandling og manglende evne til å samarbeide om den forskrevne behandlingen kjennetegner brukerne. Et mangfold av pasientene har også et rusmiddelmissbruk og andre somatiske plager. Pasientgruppen har behov for et langvarig behandlingsforløp med særlig tilrettelagte tilbud. Studier gjort i Norge og Danmark viser at modellen medfører reduksjon av antall liggedøgn og innleggelses, redusert rusproblematikk og en bedret sosial fungering samt livskvalitet. De samme gode resultatene med ACT vises derimot ikke i studier gjort i Storbritannia og Nederland. En årsak til dette kan være at de nevnte landene allerede hadde et godt etablert tilbud tilpasset pasientgruppen (Meese og Ekeland, 2017).

Flertallet av de ansatte i ACT-teamene har en helse- og sosialfaglig utdannelse og teamene er tverrprofesjonelle. Selve kjernen i teamene sekretær, sosionom (sosialrådgiver), verne- og sykepleiere, psykiater og psykolog. Enkelte steder er det også utviklet et eget spesialistteam bestående av arbeids-, bruker- og russpesialist, men ikke alle team i Norge og Danmark har det. Teamets ansatte har en lav pasientratio (avhenger av demografiske forhold) med omkring ti pasienter. I den reviderte utgaven av den norske ACT-håndboken understrekes det i en behandlingsplan at behandlingen skal ta utgangspunkt i pasientens ønsker, ressurser og mål (Meese og Ekeland, 2017).

3.2 ACT - Opprinnelse og bakgrunn

I et flertall av vestlige land har helse- og sosialpolitikken overfor mennesker med alvorlige psykiske lidelser endret seg betydelig de siste tiårene. Nye måter å organisere tjenester og tilbud, samt nedbygging av nye institusjoner tyder på et skifte av perspektiv. Fra et eldre perspektiv med institusjonalisering og segregering til en moderne filosofi med normalisering og integrering hvor ”pasienter” anses som brukere og medborgere. ACT-modellen hadde sitt utspring i Wisconsin, USA på 1970-tallet. I Danmark ble den tatt i bruk i 2001 og i Norge i 2009 (Meese og Ekeland, 2017). Modellen av resultatet av en samfunnsbevegelse innen psykiatri som var i protest mot asyntenkningen. Det foregikk en stor avvikling av de psykiatriske sykehusene. For å unngå at pasienter ble kasteballer i systemet eller bostedsløse ble det opprettet en ny type behandling. Målet var å følge opp og behandle pasienter i deres nærmiljø. Modellen ble opprinnelig kalt ”training in community living”.

Siden 1970 har ACT blitt etablert i en rekke stater i USA, Canada, Australia samt en rekke europeiske land. Det finnes eksempler på land som har en to-delt helsetjeneste hvor en part tilbyr behandling og en annen part tilbyr oppfølging. ACT-modellens formål er å samle alt dette under ett team. Det har derfor vært utfordringer knyttet til gjennomføring av dette i land med to-delning av helsetjenesten. I Europeiske land har varianten av ACT-modellen gjerne vært mer rettet mot *clinical case-management*, det vil si at den har et fokus på pasientens evne til overlevelse, personlig vekst, funksjon i lokalsamfunn, tilpasning og/eller bedring av psykiske lidelser (Aakerholt. 2013).

3.2.1 Målgruppe

I følge helsedirektoratet er målgruppen for ACT-team definert slik:

- Langvarig og ustabile sykdomsforløp.
- Langvarige psykotiske lidelser / schizoaffektive lidelser.
- Alvorlige bipolare lidelser.
- Rusmiddelmissbruk / ruslidelser og tentativ alvorlig psykisk lidelse.
- Alvorlige psykiske lidelser og lett psykisk utviklingshemming.

Målgruppen skal også ha liten evne til samarbeid med behandling, akutte innleggelse preget av krise, store begrensninger i sosial funksjon, tilbakefall med negative konsekvenser, tidligere behandling med begrenset effekt og lite sosial støtte. Slik vi forstår det er dette altså ment som et

tilbud til de mest sårbare pasientene (Aakerholt, 2013).

3.3 FACT

FACT-team er en nederlandsk videreutvikling av amerikanske ACT-team. I motsetning til ACT-teamene skal FACT-teamene omfavne en bredere pasientgruppe. FACT-teamenes sin funksjon er å gi langvarig oppfølging til pasienter med alvorlig psykiske lidelser i deres lokalsamfunn. I tillegg til at pasientene er plaget med alvorlig psykiske lidelser, sliter de med lav sosial funksjon, ustabil bosituasjon, problemer med å få arbeid, økonomiske problemer samt andre utfordringer som gjør at livskvaliteten er svekket. Ofte har pasienten begrenset kontakt med hjelpeapparatet (van Veldhuizen, 2013).

FACT modellen er bygget på biopsykososial tenkning der oppgavene er å; følge med på sykdoms- og symptomutvikling, te veiledning og praktisk hjelp i hverdagen, arbeide med rehabilitering og støtte brukerens bedringsprosesser. FACT-teamene jobber ut ifra to forskjellig nivåer av behandlingsintensitet; Ordinær oppfølging fra teamet og intensiv behandling og oppfølging der pasienter har kontakt med flere team-medlemmer, samt at det en gang om dagen blir tverrfaglig diskutert og planlagt hva slags oppfølging som skal gis og av hvem (van Veldhuizen, 2013).

3.3.1 Oppbygging av FACT-team

De nederlandske teamene har hatt omkring 200 pasienter hver og totalt gitt behandling til 40 000-50 000 pasienter. Den enkelte pasient får en fagperson som primærkontakt, samt en sekundærkontakt som stiller opp ved fravær av primærkontakt. Hver fagperson kan ha ansvar for opptil 25 pasienter. Et FACT-team består av medlemmer fra ulike yrkesgrupper, psykiater, psykisk helsearbeidere, psykolog, arbeidsspesialist og brukerspesialist. Modellen er lagt opp som et lavterskeltilbud, hvor sykehusinnleggelse regnes med i poliklinisk aktivitet, dette innebærer at man ikke blir skrevet ut av tjenesten når man er innlagt på sykehus (van Veldhuizen, 2013).

FACT- håndboken viser til at rundt 80% av pasientbehandling skjer utenfor lokalene til tjenesten. Likevel skal det være tilrettelagt slik at pasientbehandling også kan skje i lokalene. Det er vesentlig at de ansatte i FACT-teamene er innforstått med at arbeidsoppgavene vil bryte med den tradisjonelle forståelsen av arbeidsoppgavene som tradisjonelt er knyttet til yrkesgruppen (van Veldhuizen, 2013).



Illustrasjon av de ulike byggesteinene i FACT (van Veldhuizen, 2013).

3.3.2 De ulike byggesteinene

1. *Være der brukeren ønsker å lykkes.*

Tanken bak dette er at de ansatte i FACT-teamet skal være der pasienten er. De er tilstede hjemme hos pasient, besøker familie, er med til arbeidsplass, osv. Gjennom å fremme mestring i miljøet der pasienten er bidrar man til å trene opp ferdigheter som gjør hverdagen enklere å mestre. Ved at pasientens egne ønsker og mål er i førersetet bidrar man til å øke motivasjon og tro på egne evner. Et stort mål er at dette skal bidra til at pasienten både skal tro på å oppleve bedring (van Veldhuizen, 2013).

2. *Oppsøke og forankre pasienten i tjenesteapparatet.*

Hos den definerte pasientgruppen til FACT er det svært mange som har liten innsikt i egen sykdom og som ikke oppsøker hjelp. Dette er en stor del av årsaken til tjenestens opprinnelse. Gjennom å oppsøke pasientene kan man bidra til å skape tillit og bygge allianse med helsevesenet. Ettersom FACT har en lavterskel profil kan det ofte være de som oppretter førstekontakt med pasientene. Et av ønskene FACT har er å redusere innleggelser samt gjøre innleggelsene så kortvarige som mulig. Likevel er det tidvis både nyttig og viktig med innleggelser. Avrusning eller stabilisering på medikamenter er eksempler på dette. Som tidligere nevnt blir innleggelser vurdert som poliklinisk aktivitet. Du blir derfor ikke skrevet ut av tjenesten selv om du er innlagt. FACT-teamene skal samarbeide tett med stedet der pasienten er innlagt. Gjennom dette samarbeidet blir nyttig informasjon delt begge veier og det vil være mulig å følge opp pasientene fra innkomst til utskrivelse. Hvis det er mulighet og/eller behov for det, skal også FACT stille opp med transport fra innleggelse tilbake til bolig.

3. Støtte opp under inkludering og sosial nettverksbygging.

Et av målene til FACT er å bidra til inkludering av pasienter med psykiske lidelser. Målet er at de skal inkluderes og delta i lokalsamfunnet. Basert på pasientens egne preferanser og ønsker skal man bygge et sosialt støtteapparat. FACT skal ikke alene ha ansvaret for hele inkluderingsprosessen. Det skal tas i bruk de sosiale strukturer som allerede finnes. Det er derfor viktig at de ansatte i FACT er godt kjent med lokalmiljø, naboer, familie, politi og borettslag. Det er vesentlig at det er en gjensidig tillit mellom disse instansene. Ved å synliggjøre overfor lokalsamfunnet hva den psykiske helsetjenesten kan bidra med er man indirekte med på å bryte ned stigmaet knyttet til denne menneskegruppen (van Veldhuizen, 2013).

4. Tilby pasienten den oppfølgingen som til enhver tid er nødvendig.

FACT kan bli brukt som et alternativ til innleggelse i psykisk helsevern. Behandlingen som tilbys tilpasses i forhold til pasientens behov og situasjon. Tidvis vil det være behov for intensiv behandling, mens i en mer stabil periode kan det tenkes at det ikke er et like stort behov. Dette er individuelle vurderingen som blir gjort i samarbeid med pasienten. Noe av grunnmuren til FACT er at alt dette gjøres av et og samme team og på denne måten bidrar til både kontinuitet og stabilitet. I ACT- team i USA har man sett at når det er en nedtrapping av intensiviteten i behandlingen så flyttes pasienten ofte over til nye behandlere. Erfaring viser at dette ofte kan føre til tilbakefall. På denne måten hindrer FACT at pasientene blir "kasteballer" i systemet (van Veldhuizen, 2013).

5. Tilby behandling i tråd med faglige retningslinjer.

Gjennom prinsippet SDM (Shared decision making) lager behandler planer og tar valg i samråd med pasienten. Erfaring viser at man ved bruk av SDM prinsippet øker sjansen for at behandlingen fullføres (van Veldhuizen, 2013).

6. Støtte opp under yrkesrettet rehabilitering, bedring og selvhjelp.

Et av de mest sentrale målene i FACT er å støtte bedring og bedringsbaserte retningslinjer for bedring. Gjennom et unikt perspektiv kan erfaringseksperten i team bidra vesentlig i et slikt arbeid. Arbeidsspesialisten skal bidra til å engasjere pasienten i å søke betalt arbeid (van Veldhuizen, 2013).

3.4 Utvikling av psykisk helsevern

3.4.1 Nedbygging av institusjoner

Store medisinske leksikon definerer at et av hovedproblemene i psykiatrien i dag er nedbyggingen av institusjoner. Dette har ført til at personer som har behov for plass, ikke får det. Det fører også til at psykisk helsevern er preget av mange korte opphold. Pasienter skrives ut før tilstrekkelig stabilisering og behandling av psykisk lidelse er gjennomført på grunn mangel på sengeplasser. Dette fører igjen til reinnleggelse, som på sikt kan bidra til å skape det vi kan kalle "svingdørspasienter". Hvis man sammenlikner dette systemet med andre land hvor nedbyggingen av psykisk helsevern har kommet lenger kan man se en situasjon som ligner på middelalderen, hvor alvorlig psykisk syke vandrer forkomne rundt i samfunnet og potensielt lever et liv som hjemløse uten trygge rammer (Braut & Malt, 2016).

3.4.2 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen ble innført 1. januar 2012. Den har et ønske om å forebygge fremfor å reparere. Gjennom å bygge opp helsetilbudene i kommunene ønsker de å kunne tilby helsetjenester nærmere der folk bor. Ved hjelp av økt brukermedvirkning ønsker man å gjøre det bedre for pasientene. 4,2 milliarder norske kroner flyttes fra sykehus til kommunene for at kommunene skal ha ressurser til å bygge opp en mer kompetent helsetjeneste. Det er ønsket at samhandlingen mellom de ulike leddene i helsetjenesten øker og får bedre kvalitet. Målet med reformen er at kommunen skal ta større ansvar. De er pliktige å stille opp for pasientene i takt med utskrivelse, samt er de pliktige til å opprette øyeblikkelig hjelp og døgntilbud til akutte situasjoner. For folk flest betyr dette blant annet at folk med kroniske lidelser vil få bedre oppfølging, det vil bli flere tilbud til de som har levevaner som fører til sykdom. Folk vil også merke at det blir mer fokus på helsefremmende arbeid i nærmiljøet (Helse- & omsorgsdepartementet, 2014).

3.5 Sykepleierens rolle i FACT

Sykepleier er den største yrkesgruppen i FACT. I Nederland har tradisjonelt sykepleieren hatt en sterk rolle innenfor psykisk helsevern. Sykepleiere innen psykisk helse er ofte trent i å arbeide med sosial støtte og oppfølging, de med spesialisering har en enda spissere kompetanse innenfor disse områdene. I de amerikanske ACT-teamene er det ofte bare en sykepleier. Denne sykepleieren har typisk ansvar for medisiner og pasientens fysiske helse. I Nederland har de sykepleiere med spesialutdanning innen sosialpsykiatri, man kan se at disse har fått en svært sentral rolle i FACT. Ved siden av pasientoppfølging bidrar de med ledelse, coaching i team, kvalitetsforbedring, forskning og undervisning. Sykepleier spiller også en helt sentral rolle når det kommer til

medikamenter og oppfølging av disse, oppfordring til en sunnere livsstil og fremme både fysisk og psykisk helse. Sykepleier utvikler behandlingsplanen med pasienten før den blir vurdert, justert og akseptert i en tverrfaglig vurdering. FACT har utviklet kurs hvor kliniske sykepleiere i løpet av en periode på 10 dager for opplæring i tankegang og praktisk gjennomføring av FACT (van Veldhuizen, 2013).

4.0 RESULTATER

4.1 Helsearbeidernes erfaringer med ACT- og FACT-modellen

Ansatte i ACT-team gir uttrykk for at jobben de utfører, både faglig og personlig, er meget tilfredsstillende ifølge en norsk-dansk studie fra 2014 samt grunnleggere av ACT-modellen (Stein & Santos, 1998; Nasjonalt Kompetansetjeneste ROP, 2014; Kalmark, 2014). Studiens utvalg besto av tre team, to danske og ett norsk, med seks ACT-ansatte i hvert team. De ansatte ga uttrykk for at de opplevde å ha bredere handlingsrom, større fokus på pasientenes behov, evner og ressurser sammenliknet med tidligere erfaringer innenfor faget. Det opplevdes også som positivt å se resultater av innsatsen de hadde lagt i behandlingen. Det er også relativt få rapporterte hendelser med truende atferd sett i sammenheng med hvor syke pasientene er. Helsearbeiderne gir imidlertid uttrykk for at håndtering og avgjørelser omkring innleggelse kan oppleves som spesielt utfordrende og belastende på et følelsesmessig plan sett i sammenheng med at de jobber så tett opp mot pasientene (Nasjonalt Kompetansetjeneste, ROP, 2014).

Resultatet av undersøkelsen viser at ansatte er mer tilfredse med å arbeide med recovery innen ACT-modellen sammenliknet med tidligere erfaringer fra psykisk helsearbeid. Å arbeide i ACT-team oppleves av mange som annerledes og positivt. Arbeidet er preget av større handlingsrom, selvstendighet, fleksibilitet, kreativitet og mulighet til å sette et personlig preg på behandlingen (Meese og Ekeland, 2017). I en annen studie (Stokmo, Ness, Borg & Sommer, 2014) ble de utført fem individuelle kvalitative dybdeintervjuer av helsearbeidere i ACT-team. Utvalget besto av fem helsearbeidere, to kvinner og tre menn, fire sykepleiere og en sosionom. Her uttrykte helsearbeiderne at ACT-modellen la til rette for fleksibelt arbeid, at det var ”rom for å føle seg litt frem”. Som en norsk informant så fint forteller, dreier det seg ikke bare om oppfølging av det medisinske, men at det innad i ACT også er rom for medmenneskelighet. Det er mindre fokus på sykdom og diagnoser, og pasientens individuelle behov står i fokus. En annen vesentlige forskjell mellom ACT-team og institusjonsbasert arbeid er at teamene stort sett drar på hjemmebesøk til sine pasienter. Flere informanter opplever at pasientene har lettere for å senke skuldrene i trygge og kjente omgivelser, det generer mindre stress og pasientene kan selv bestemme om de ønsker besøk eller ikke. Selv om en gjerne ville antatt det motsatte, opplever informantene færre avvisninger og fysiske utageringer enn tidligere. Det gir uttrykk for opplevelsen av at pasienter på

sengepost konfronteres hardere tross dårlige tilstand (Meese og Ekeland, 2017; Stokmo et al., 2014).

En dansk informant beskriver ACT-teamenes arbeid som ”frivillige på tilbud”, pasientene presses med andre ord ikke til behandling de ikke selv ønsker. Det er et lavere sykdomsfokus samt fokus på diagnose, pasientens individuelle behov er det som står i fokus. For å skape grobunn for forandring og personlig utvikling, handler teamets arbeid i hovedsak om å bygge og utvikle en bærende relasjon til pasienten tidlig i forløpet. Et annet viktig mål er å hjelpe pasienten frem mot å erkjenne sine utfordringer og deres behov for teamets helhetlige støtte, på denne måten kan de mestre livet best mulig på egenhånd og nyttiggjøre seg av det kommunale hjelpeapparatet. For noen pasienter er målet å komme seg ut av sykdomstilstanden sin, for enkelte er det å bli helt friske. Andre har som mål å trappe ned og senere avslutte medisinsk behandling. Gjennom å mestre ting de ikke har mestret tidligere kan pasienten få økt opplevelse av livskvalitet (Meese og Ekeland, 2017).

Som ansatt i ACT-team har man ofte færre pasienter å forholde seg til, men på et mer nært og personlig plan. Informantene erfarte at å arbeide etter modellen førte til et større pasientfokus i deres arbeid ettersom den innebar en ny arbeidsrolle sammenliknet med tidligere jobber helsearbeiderne hadde hatt innen psykisk helsearbeid. Ettersom besøkene i hovedsak skjer hjemme hos pasienten, virker behandlingen på denne måten mer avslappet da den foregår i kjente omgivelser. Pasienten kan da også selv bestemme om han ønsker besøk eller ikke. Gjennom å møte pasientene på sin egen arena opplevde de ansatte en større bevissthet omkring brukermedvirkning, de ble kjent med et bredere område av personens liv, noe de ikke ville hatt mulighet til på en sengepost (Meese & Ekeland, 2017; Stokmo et al., 2014).

Denne måten å møte mennesker på kan også oppleves både krevende og utfordrende, da spesielt i forbindelse med sykehusinnleggelse der sengepostene er overbelastet (Meese & Ekeland, 2017; Stokmo et al., 2014). Som Nasjonalt Kompetansetjeneste (ROP, 2014) også understreker, kan slik håndtering omkring innleggelse også oppleves som spesielt belastende på et følelsesmessig plan når man jobber så tett på pasientene. Det uttrykkes at det kan gi en følelse av avmektighet å måtte forlate en pasient i hjemmet uten at en annen overtar (Meese og Ekeland, 2017). Undersøkelser viser til at ACT-ansatte, selv de meg mye erfaring, kan føle seg hjelpeløse i møte med utfordrende pasienter. Møter med pasienter foregår vanligvis alene, og i møte med dårlige pasienter gir

hjelperne uttrykk for å føle seg mer utsatt og mindre beskyttet enn de ville gjort i en avdeling (Lohne & Bruseth, 2006).

En annen informant drar frem ulempen med at det er antallet tiltak som utføres som blir loggført og ikke arbeidet og innsatsen som legges i de ulike tiltakene. Tiltak og ytelser henger sammen med budsjettet, desto flere ytelser desto mer økonomisk støtte og motsatt. Å gi en medisin gir med andre ord like stor økonomisk uttelling som samtalerapi eller andre former for miljøterapi, tross at dette er en større påkjenning og krever ulik arbeidsinnsats av helsearbeideren. En annen problemstilling er at informantene som skal fremstå som ”frivillige på tilbud”, samtidig har det medisinske ansvaret for pasientene. Det er ikke et ukjent fenomen at pasienter innen psykisk helsevern ikke opplever seg selv som syke, og i enkelte situasjoner var de ansatte nødt til å presse pasientene til å ta medisiner. Tvangssituasjoner ble nevnt som en utfordring som i enkelte tilfeller utfordret fokuset på brukermedvirkning (Maslach & Leiter, 2016; Meese & Ekeland, 2017; Kalmak, 2014; Stokmo et al., 2014).

Å ha nok tid var en annen ting som ble understreket som essensielt, noe som var mulig ettersom hver helsearbeider ikke hadde mer enn ti pasienter å forholde seg til (Stokmo, et al., 2014). Danske ACT-team hadde flere pasienter i enn de norske, noe som byr på økt arbeidsmengde og kapasitet på de ansatte, noe som igjen gir øker risikoen for utbrenthet (Maslach & Leiter, 2016; Kalmak, 2014).

Internt samarbeid blir spesielt viktig på en arbeidsplass som er bygget opp på et slikt grunnlag. Pasientene som teamene møter har så komplekse, utfordrende og sammensatte behov at å kunne dele og diskutere erfaringer, faglige utfordringer og personlige syn relatert til pasientene under morgenrapporten, uformelt i lunsjen eller på kontoret er essensielt på en slik arbeidsplass. At disse møteplassene er en arena for faglig diskusjon er spesielt viktig for nye medarbeidere, men også for at ansatte skal unngå å oppleve maktesløshet, rådvillhet og utbrenthet. Resultatene konkluderer med at informantene i Norge og Danmark har samsvarende erfaringer med arbeidet i slike team (Meese og Ekeland, 2017). Undersøkelser peker mot at pasientenes positive syn på egen bedringsprosess gjenspeiler ACT-modellens fokus på recovery med relasjonsbygging, brukerinvolvering og spesifikke arbeidsmetoder som å møtes ute eller i hjemmet, og å motta de fleste tjenester fra ett team fremfor å søke hjelp hos ulike instanser (Sommer, 2010; Aagaard & Müller-Nielsen, 2011; Heiervang et al.; Kalmak, 2014).

4.2 Pasientenes erfaringer med ACT- og FACT-modellen

Å bygge tillitsbaserte relasjoner til pasientene kan være en utfordrende oppgave viser studier. Mange kan ha mistet tilliten til og tro på andre mennesker basert på tidligere innleggelseserfaringer og sin belastede livsbakgrunn. Gjennom tillit til sine hjelpere kan pasienten gjenoppbygge sin tillit til seg selv, og på denne måten ha bedre forutsetninger for bedring (Ekeland, 2007). En kilde til positive endringer hos pasienten kan grunne i et langvarig tillitsforhold til primærkontakten og teamet i ACT (Stein og Santos, 1998; Aakerholt, 2012). Pasientene trakk i en annen studie (Lofthus, Westerlund, Bjørgen, Lindstrøm, Lauveng, Rose, Ruud & Heiervang, 2016) rem betydningen av den holistiske tilnærmingen til ACT som hjalp dem å fokusere på egen bedring. Hjemmebesøk og arbeidet som foregår utenfor kontoret var elementer som ble nevnt som viktige for bedringsprosessen.

Medikamenter var også en viktig del av behandlingen som ACT-teamene bistod med i tillegg til samtaleterapi. Medikamenter er ikke uten bivirkninger og det påvirker pasientenes hverdag (eks. bilkjøring, samt fysiske og psykiske bivirkninger, kognitive utfordringer). Fordelen ved å være i et ACT-team kan være den økte muligheten for at medisiner blir gitt i riktige doser, samt at riktige medikamenter blir forskrevet til hver enkelt pasient. Et annet viktig aspekt ved psykiatrisk medikamentbehandling er å etter hver kunne avslutte den. For flere av pasientene var et viktig mål å redusere medikamentdoser og å etter hvert avslutte behandlingen uten at teamets ansatte grep inn, eller å tillate at pasientene selv bestemte når tiden var inne for slik nedtrapping. Flere av pasientene gav uttrykk for at det var betryggende med nær oppfølging av teamet (Lofthus et al., 2016).

Videre trekker pasientene frem fleksibiliteten til teamene som positiv i forhold til å gjøre hverdagen deres enklere. Den praktiske hjelpen besto av hjelp til dagligvarehandel, renhold i hjemmet, hjelp til å finne et ordentlig sted å bo, tilgang på bil, å holde avtaler, finansiell bistand og å opprettholde kontakten med sosialhelsetjenesten. Tilgangen på bil gjennom teamene var et spesielt viktig moment pasientene trakk ut som positivt, dette gav dem en opplevelse av frihet, selvstendighet og bedring. Noen av de norske ACT-teamene arbeidet i landlige områder hvor tilgangen på bil var essensiell. Muligheten for forbindelser og til å delta på aktiviteter er fundamentalt for bedringsprosessen. Aktiviteter som sosiale sammenkomster, kafébesøk og spaserturer ble nevnt av flere informanter. Sosiale faktorer ble nevnt som en viktig del av behandlingen og mulighet for bedring. Å ha tilgang på bil og reisestøtte fra ACT-teamet var viktige faktorer for sosial deltakelse (Lofthus et al., 2016).

En svensk studie (Svensson, Hansson & Lexén, 2018) viser til positive resultater knyttet til sosial funksjon. På punktet kalt vennskap (møte en venn minst en gang den siste uken) scoret pasientene signifikant høyere etter 18 måneder med FACT behandling. Etter like lang tid kunne man også se at det var en betydelig negativ sammenheng mellom lengden på FACT behandling og nedgang i hverdagslig funksjon. Det var også en liten økning i antall dager innlagt på sykehus 18 måneder pre og post FACT behandling, dette kan tyde på at pasientene har behov som FACT behandlingen ikke klarer å møte (Lexén, et al., 2018).

Etter 2 år med ACT behandling hadde pasientene en betydelig reduksjon i tjenester mottatt under innleggelse på sykehus sammenlignet med kontrollgruppen. De hadde også flere kontakter og hadde mindre sjanse for å droppe ut av behandlingen. Pasientene i ACT uttrykker større tilfredshet med behandling de mottar og hadde økt funksjon. De hadde likevel ingen nedgang i det totale sykdomsbildet. De gode funnene gjør at det konkluderes med at ACT kan være en nyttig intervensjon for alvorlig psykisk syke (Aagaard & Müller-Nielsen, 2010).

Gruppene som hadde størst restriksjoner hadde størst utbytte av ACT-teamenes arbeid og størst grad av bedring. Denne gruppen hadde utbytte av ACT-teamenes filosofi med fleksibilitet, praktisk hjelp og individuell støtte, og hadde størst potensiale for bedring innen behandlingsmodellen i følge denne studien (Lofthus et. al., 2016). Data fra en annen studie (Drukker, Visser, Sytema & van Os, 2013) viste at flest pasienter i FACT også hadde ikke-FACT episoder etter oppstarten av FACT. Videre viste det seg at pasienter under FACT-team hadde høyere psykososial fungering og hadde større utbytte av poliklinisk omsorg enn de to kontrollgruppene. FACT-brukere mottar med poliklinisk omsorg og har bedre psykososial fungering. Imidlertid kommer ikke årsakssammenhengen frem i disse dataene. I tillegg var ikke pasientene i denne studien under FACT-team på ubestemt tid.

4.3 Pårørendes erfaringer med ACT- og FACT-modellen

Selv om pårørende i mange tilfeller er en viktig ressurs for brukeren og samtidig viktig å inkludere i behandlingen, gir informantene uttrykk for at de pårørende er en gruppe som lett kan bli glemt. Informantene har ulike erfaringer med hva som angår samarbeidet med pårørende. Noen involverer og engasjerer seg i pasientens behandling og kan være til stor hjelp for teamet, mens andre har lite innsikt i pasientens tilstand og krever mer å samarbeide med. Det finnes også pasienter som ikke har eller vil ha kontakt med familien (Meese og Ekeland, 2017).

Helsemyndighetene og ACT-modellen selv legger vekt på betydningen av samarbeid med familie, pårørende og nettverket pasienten omgis av (Weimand, et al., 2014; Sosial- og helsedirektoratet, 2006; Aakerholt, 2012). Alle teamene har pårørendesamlinger med undervisning om psykiske lidelser og behandling, her kan også pårørende dele erfaringer med andre i samme situasjon (Meese og Ekeland, 2017). I en annen studie (Stokmo, et al., 2014) understrekes også viktigheten av kontakten med pårørende. Helsearbeiderne fortalte at pårørende ble invitert til samarbeidsmøter for å øke deres forståelse av pasientene og deres helseutfordringer. Dette for å legge til rett for samhandling og god relasjon i familien. Tross delte erfaringer fra informantene, gir de pårørende likevel selv uttrykk for at deres opplevelse av ACT-teamene og deres kontakt med dem er positiv, men ikke bedre sammenliknet med andre områder de var kjent med fra psykisk helsevern. Flere gir også uttrykk for opplevelsen av å bli ekskludert av helsepersonalet (Nasjonalt Kompetansetjeneste ROP, 2014).

4.4 Myndighetenes erfaringer med ACT- og FACT-modellen

Et dansk ACT-team forteller om erfaringer med overbelegg og manglende plass til dårlige pasienter. En norsk studie viser på en annen side at kriseplasser på sengepost og innleggelser uten å måtte gå via fastlegen ville gi økt innleggelsesfrekvens, men også en samlet reduksjon av innleggelsestiden på 33 prosent samt at nedgangen i antall tvangsinnleggelser er betydelig (Heskestad & Tytlandsvik, 2008). ACT-modellen er i dag blant de mest studerte behandlingsmodellene, og er definert som bevisbasert (Marshall & Lockwood, 2011).

I 2015 ble det publisert en studie fra Danmark (Hastrup & Aagaard, 2014) som undersøker kostandene knyttet til ACT behandling. Til tross for antagelser om at ACT er en kosteffektiv behandlingsmetode er resultatene noe tvetydig. Resultatene viser en signifikant nedgang i kostnadene knyttet til innleggelser for pasientene som mottok ACT behandling. Ettersom det i utgangspunktet var forskjeller mellom ACT gruppen og kontrollgruppen i bruk av omsorgsboliger gjør dette resultatene mer tvetydig. I verste fall økte ikke kostnadene. Sammenlignet med den standardiserte polikliniske behandling er de kliniske fordelene ved innføring av ACT anerkjente og det anbefales derfor at ACT videre innføres i Danmark (Hastrup & Aagaard, 2014).

4.5 ACT- og FACT-modellen i Norge

I den norske studien (Pettersen et. al., 2014) undersøkes behandlingen av 70 informanter i tolv norske ACT-team. Studien tar for seg pasientenes opplevelser av ACT-modellen og 42 av

pasientene var under CTO (Community Treatment Order). Pasientene her assosieres med lang behandlingshistorikk, institusjonalisering og varierende grad av negativ behandlingserfaring. Studiens hensikt var å undersøke behandlingens effektivitet og graden av tilheling i lys av ACT-modellen og blandede metoder. Den var den første til å bruke en strukturert og predefinert skala med intervjuer av ACT-modellens pasienter. Resultatene var overaskende, og viser at informantene som var under oppsyn av CTO hadde størst utbytte av behandlingstjenesten og grad av bedring (Pettersen et. al., 2014). ACT-teamene understrekte tre viktige aspekter ved behandlingen; fleksibelt behandlingsopplegg, den medikamentelle behandlingen og tilgang på bil (Lofthus, et al., 2016).

5.0 DRØFTING

Vi vil i drøftingen trekke frem relevante resultater fra forskningen og sammenligne dette med det teorien forteller oss. Ut i fra dette vil vi ytre våre tanker, antydninger og avslutningsvis konklusjoner. Gjennom dette skal vi svare på problemstillingen vår.

5.1 Pasienten

Når vi ser på hva Pasientene selv forteller om hva de synes er bra med tjenesten får vi et bedre bilde av samsvaret mellom formål og resultat. I følge (Lofthus et al., 2016), forteller pasientene at fleksibiliteten i teamene er positivt. Den praktiske hjelpen de får gjennom renhold, bosted, finansiell bistand, koordinering og kontakt med hjelpeapparat og transport blir sett som verdifullt av pasientene. De opplever at dette forenkler hverdagen. Spesielt blir bistand ved transport trukket frem som positivt av pasientene. De opplever at det på denne måten er enklere å delta i nærmiljøet samt å ordne praktiske gjøremål (Lofthus et al., 2016). Svensson, Hansson & Lexén, 2018 sin studie støtter deler av dette. Pasientene scoret betydelig høyere på sosial deltakelse etter inkludering i FACT. Dette tyder på at tjenesten hjelper pasientene å bygge og å delta i relasjoner.

Dette forteller oss at pasientene i likhet med store deler av befolkningen har et behov for å ha orden rundt seg, ordne praktiske gjøremål, ha tilstrekkelig med økonomiske midler og delta sosialt. Det er rimelig å anta at dette er ting pasientene i utgangspunktet har ønsket om å gjøre på egenhånd, men som de mangler ressurser til å gjennomføre. Med tanke på formålet om å ta hensyn til pasientens behov og ønsker (Meese og Ekeland, 2017) ser det ut til at dette området innenfor pasientens ønsker og behov er ivaretatt av ACT/FACT tjenesten.

Pasientene uttrykker at den helhetlige tilnærmingen av tjenesten ACT/FACT bidro til at pasientene klarte å fokusere på egen bedring. Besøk hjem og annet arbeid utenfor kontor/institusjon ble sett på som viktig for å bidra til bedring (Lofthus et al., 2016). Sett i sammenheng med opprinnelsen til ACT hvor man ønsket å gi pasientene kompetanse i å fungere utenfor institusjon er dette resultatet helt i tråd med den opprinnelige tankegangen (Aakerholt. 2013). Som tidligere nevnt får man ikke nødvendigvis kompetanse i å leve i et lokalsamfunn av årelange innleggelser på sykehus (Aakerholt. 2013).

Pasientgruppen inkludert i tjenesten har ofte hatt problemer med å følge forskrevet behandling (Aakerholt, 2013). Ved alvorlig psykisk sykdom er medikamentell behandling ofte en viktig grunnpilar for å opprettholde stabilitet. Vi synes derfor det var svært positivt å lese at flere av pasientene synes samarbeidet om medikamentell behandling var betryggende. De opplevde at de fikk tett oppfølging og at de fikk mulighet til å redusere og/eller avslutte medikamentell behandling i samarbeid med teamet på deres egne premisser (Lofthus et al., 2016). Med dette som bakgrunn tenker vi at dette er en naturlig årsak av brukermedvirkning og selvbestemmelse. Det er naturlig å anta at deler av denne pasientgruppen har vært behandlet med tvang opptil flere ganger. Det er ikke vanskelig å se for seg at det da må være både mestringsbyggende og tillitsskapende å få lov til å ta del i egen behandling og delta i å sette sine egne rammer og regler. Hvis utfallet i tillegg blir positivt tror vi at dette vil bidra til å skape en positiv sirkel knyttet til behandling og tillit, samt redusere faren for frafall i behandlingen.

Til tross for en del positive resultater er ikke alt like ensidig. Det var en betydelig negativ sammenheng mellom lengden på FACT behandling og nedgang i hverdagslig funksjon. Samtidig var det en liten økning i antall dager innlagt på sykehus (Lexén, et al., 2018). Målgruppen for tjenesten er svært sårbar, noe som kan tyde på at FACT i "dårlige perioder" ikke er tilstrekkelig for å opprettholde god nok helse og funksjon i hverdagen. På denne måten er det ikke sikkert at ACT/FACT har noen reell innvirkning på antall innleggelser. Dette går direkte mot tjenestens sitt mål om å redusere antall innleggelser (Meese og Ekeland, 2017). Her må det understrekes at det er studier som har motsigende resultat, dette kommer tydeligere frem under kapittelet om "myndighetene".

Som en helhetlig oppsummering av pasientenes opplevelse av hvordan tjenesten fungerer kan vi sammenligne resultatene fra forskningen med noen av de seks byggesteinene som ligger til grunn for hvordan tjenesten er utformet (van Veldhuizen, 2013). Det kan se ut til at tjenesten lykkes i å være der pasienten ønsker å være. Pasientene opplever arbeidet som gjøres i hjemmet og utenfor institusjon som positivt (Lofthus et al., 2016). Punktet som handler om støtte og inkludert i sosial nettverksbygging ser også ut til å være nyttig for pasientene. Tre av studiene viser til at pasientene opplever større sosial deltakelse og økt sosial funksjon (Lexén, et al., 2018; Lofthus et al., 2016; Drukker et al., 2013). Der tjenesten skal tilby pasienten den oppfølging som til enhver tid er nødvendig kan det se ut til at tjenesten ikke møter pasientenes behov. Som tidligere nevnt så man ingen nedgang i det totale sykdomsbildet (Aagaard & Müller-Nielsen, 2010). I Lexén (et al., 2018) var det en liten økning i antall dager innlagt. Det kan derfor tenkes at FACT ikke innehar den

kompetansen og de ressursene som man kan finne på et sykehus under en innleggelse. Samtidig viser (Aagaard, Müller-Nielsen, 2010) at det var en betydelig reduksjon i tjenester mottatt under innleggelse på sykehus.

5.2 Ansatte

Gjennom forskningen får vi inntrykket av at de ansatte opplever arbeidet i ACT/FACT som tilfredsstillende både på et faglig og personlig plan (Stein & Santos, 1998; Nasjonalt Kompetansetjeneste ROP, 2014; Kalmark, 2014). De trekker frem bredere handlingsrom, økt fokus på pasientens behov, evner, ressurser, fleksibilitet og muligheten til å sette et personlig preg på behandlingen som positive aspekter ved behandlingsmetoden (Nasjonalt Kompetansetjeneste, ROP, 2014; Meese og Ekeland, 2017). Det er få rapporterte hendelser med truende atferd, fysiske utageringer og de opplever færre avvísninger (Nasjonalt Kompetansetjeneste, ROP, 2014; Meese & Ekeland, 2017). De ansatte er mer fornøyde med arbeidet med recovery innen ACT-modellen sammenliknet med hvordan de har opplevd arbeidet med den tidligere, de opplever større bevissthet omkring pasientfokus og medvirkning (Stokmo, et al., 2014). Hjemmebesøkene oppleves som mer personlig ifølge helsearbeiderne, behandlingen er også frivillig og pasientene presses ikke til behandling. Godt internt samarbeid blant ansatte trekkes frem som spesielt viktig under gitte arbeidsforhold (Meese og Ekeland, 2017).

Det gis uttrykk for at de ser resultater av innsatsen de legger i behandlingen (Nasjonalt Kompetansetjeneste, ROP, 2014). Det er rimelig å anta at dette positive resultatet gir utslag i møte med pasientene. Vi går ut i fra at deler av årsaken til dette resultatet er at de ansatte opplever at behandlingen de gir fungerer. Når ansatte trives i jobben blir de ofte værende, noe som igjen kan bidra til kontinuitet og videre utvikling av kompetanse. Dette igjen antar vi at vil kunne bidra til å bygge nære relasjoner til pasientene samt skape trygghet i behandlingen. Det er dog viktig å påpeke at dette er de ansatte sine tilbakemeldinger. I resultatene der pasientene gir uttrykk for sine erfaringer med tjenesten er det ikke utelukkende positivt. Dette kommer tydeligere frem i kapitlet om pasientenes opplevelse.

På en annen siden kan arbeidet i ACT og FACT oppleves som utfordrende og belastende på et følelsesmessig plan, og oppleves spesielt krevende i forbindelse med sykehusinnleggelser og når bruk av tvang er nødvendig (Nasjonalt Kompetansetjeneste, ROP, 2014; Meese og Ekeland, 2017; Stokmo, et al., 2014). I avsnittet over nevner vi antagelser om hva tilfredshet med arbeidsmetode og arbeidsplass kan bidra til. Dette resultat viser noen av motsetningene. Vi antar derfor at en

arbeidsplass som er både utfordrende og belastende i verste konsekvens kan føre til utbrenthet, sykemelding og oppsigelser. Hos en pasientgruppe som har stort behov for trygge rammer og stabilitet vil utskiftning av personal antageligvis kunne bidra til økt usikkerhet rundt behandling de mottar. Et sentralt dilemma som nevnes i overnevnte studier er kollisjonen mellom ACT- og FACT-modellens sterke fokus på brukermedvirkning og når bruk av tvang er nødvendig som en del av behandlingen (Stokmo, et al., 2014). Ettersom teamene også har det medisinske ansvaret for pasientene blir denne problemstillingen også et tema når pasientene ikke har innsikt i egen sykdom og nekter å ta medisinen sin (Maslach & Leiter, 2016; Kalmark, 2014). Bruk av tvang er tidvis en nødvendighet. Vår erfaring forteller at det kan bidra til å skape mistillit og motstand til behandling. Vi har opplevd at det kan svekke relasjonen til behandlingsapparatet. På bakgrunn av dette tenker vi at derfor vil kunne være hensiktsmessig at det særskilt nøye burde vurderes hvem som utfører tvang. Kan det være en idé at man i visse tilfeller unngår at for eksempel primærkontakt er den som utfører tvang? Dette for å bevare en viktig behandlingsrelasjon og ikke bryte et ellers godt samarbeid med en pasient. Dette vil naturligvis ha bemanningsmessige utfordringer. De ansatte føler seg i enkelte situasjoner mer utsatt og mindre beskyttet enn de ville gjort på en sengepost, å forlate pasienten i hjemmet uten at noen overtar kan oppleves som vanskelig (Lohne & Bruseth, 2006; Meese & Ekeland, 2017). Som i andre områder innen helsetjenesten stilles det krav til dokumentasjon, dette gir ACT- og FACT-ansatte uttrykk for at er en tidkrevende prosess som stjeler tid som kunne vært benyttet hos pasientene (Stokmo, et al., 2014).

5.3 Pårørende

Betydningen av samarbeidet med familie, pårørende og nettverket som omgir pasienten innen psykisk helsevern er et tema det legges stor vekt på gjennomgående i studiene vi har sett på. Samhandling og en god relasjon til familien blir trukket ut som et viktig aspekt i behandlingen (Meese & Ekeland, 2017; Weimand, et al., 2014; Sosial- og helsedirektoratet, 2006; Aakerholt, 2012). ACT legger til rette for dette gjennom pårørendesamlinger, undervisning om psykiske lidelser og behandling og samarbeidsmøter (Meese & Ekeland, 2017; Stokmo, et al., 2014). Det er likevel viktig å poengtere at selv om kontakt med pårørende er viktig både for behandlingsteamet og pasienten selv, at det innenfor de fleste samfunnsområder og da spesielt innen psykisk helsevern, ikke alltid er slik at pasienter har eller ønsker å ha kontakt med familiene sine (Meese og Ekeland, 2017). Det er også store variasjoner i hvor mye pårørende engasjerer seg (Meese og Ekeland, 2017).

Helsearbeiderne legger frem opplevelsen av at pårørende er en gruppe som lett kan glemmes (Meese & Ekeland, 2017). Tross variert spekter av erfaringer blant ansatte, har pårørende en positiv opplevelse av ACT-teamenes arbeid. Likevel trekkes det frem at de i likhet med andre områder innen psykisk helsevern ofte opplever å føle seg ekskludert av helsepersonalet (Meese & Ekeland, 2017; Nasjonalt Kompetansetjeneste, ROP, 2014). At opplevelsen av ACT og FACT er gjennomgående positiv ifølge de pårørende er bra, men at det lett kan glemmes eller føle seg ekskludert er områder som bør arbeides med. Utfra det som kommer frem gjennom forskningen er ikke dette direkte kritikk av ACT/FACT, men et område med generelt forbedringspotensiale innen psykisk helsevern og helsevesenet generelt. Sett i lys av at Meese & Ekeland skriver at god samhandling og kontakt med familie er et viktig element i behandlingen, er det tenkelig at fraværet av dette har konkrete konsekvenser som igjen bidrar til at forbedringspotensiale blir ekstra synlig i arbeidet med psykisk syke ettersom kontakten med pårørende her er av spesielt stor betydning.

Vi har forståelse for at pårørende kan føle seg litt glemt i arbeidet med en såpass krevende pasientgruppe. Vi har vanskeligheter med å sette noe konkret svar på hvorfor det er slik. Det kan tenkes at en årsak kan være tid og prioriteringer. Pasientene krever ofte mye av helsearbeideren. I perioder preget av akutte situasjoner, krise og ustabilitet kan man se for seg at pasienten får det fulle fokuset. I mer stabile perioder burde det være mer rom for samtaler med pårørende. ACT/FACT skal derfor i alle teamene ha samlinger for pårørende med aktuell undervisning om psykiske lidelser og behandling. Her skal det også være mulighet for pårørende å dele erfaringer med mennesker i samme situasjon (Meese og Ekeland, 2017).

Det skrives at noen involverer og engasjerer seg i pasientens behandling og kan være til stor hjelp for teamet, mens andre har lite innsikt i pasientens tilstand og krever mer å samarbeide med (Meese og Ekeland, 2017). Det danner et bilde av at ikke alle pårørende nødvendigvis er en ressurs i utgangspunktet. Med liten innsikt kan man se for seg at pårørende også kan bidra til atferd som ikke nødvendigvis er helsefremmende for pasienten. Samtidig vil pårørende med riktig kunnskap og god kjennskap til pasienten kunne bidra med viktig informasjon om pasientens funksjon, verdier, moraler, tilnæringsmåter og lignende. Vi ser for oss at de også vil kunne være en viktig støttespiller i arbeidet med å bygge tillit. Derfor ser på det som positivt at det tilbys pårørendesamtaler i alle team (Meese og Ekeland, 2017).

5.4 Myndighetene

Vi vet at myndighetene i Danmark har erfaringer med overbelegg og manglende plass til dårlige pasienter (Heskestad & Tytlandsvik, 2008). Vi vet også at det har vært en nedbygging av psykisk helsevern og at antall plasser på institusjoner er synkende. Det er kamp om plassene og pasienter som er for syke for utskrivelse risikerer å bli skrevet på bakgrunn av plassmangel. Dette er noe av det som bidrar til "svingdørspasientene" (Braut, Malt, 2016). De som faller ut og inn av behandling og ikke får tilstrekkelig med hjelp til å skape stabilitet i tilstand og hverdag. ACT/FACT sin målgruppe faller inn under denne pasientgruppen. De skal både oppsøke og ta i mot denne typen pasienter (Aakerholt, 2013). Hvis vi legger til grunn at nedbyggingen av psykisk helsevern skal fortsette så er det åpenbart et behov for denne type tjeneste og behandling. Samfunnet som helhet løper en stor risiko når man ikke tar ansvar for de svakeste.

Hvis vi tar samhandlingsreformen i betraktning er ACT/FACT sine tjenester i tråd med den utviklingen regjeringen ønsker. Det står at de ønsker å tilby helsetjenester i kommunene og nærmere der mottakeren er. Mye av ansvaret flyttes fra sykehus til kommune (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). Kommunen blir på denne måten en mer ansvarlig part når det kommer til sine innbyggers helse. ACT/FACT ønsker å tilby tjenester der pasienten er. De ønsker også å inkludere de i lokalsamfunnet (van Veldhuizen, 2013). Samhandlingsreformen sier også at det vil bli flere tjenester til de som har levevaner som fører til sykdom (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). Her kan et eksempel være rus. Hvis vi ser til en dansk studie som så på kostnadene knyttet til FACT så finner vi at kostnadene knyttet til innleggelser gikk betydelig ned. De totale kostnadene var ikke nødvendigvis så mye lavere på grunn av bruk av omsorgsboliger (Hastrup, Aagaard, 2014). Dette forteller oss at ved å gjøre dette så frigjør man plass på sykehusene og kostandene i spesialisthelsetjenesten flyttes over til kommunen ettersom det ofte er disse som har ansvar for denne type boliger. Ut i fra dette kan man se noen av incentivene helsedirektoratet har for å innføre ACT/FACT. Det vil altså både kutte kostnader der hvor kostander skal kuttes og ansvaret blir flyttet dit ansvaret skal flyttes i følge samhandlingsreformen.

Det som er mer usikker er om dette kommer pasientene til gode. Resultatene fra en Dansk/Norsk studie problematiserer måten tjenesten blir finansiert på. I stedet for at arbeidsinnsatsen et tiltak krever gir økonomisk støtte, blir antall tiltak og ytelser direkte knyttet til budsjett. Dette betyr rent praktisk at det å dele ut en medisin gir samme økonomiske bidrag som det å drive samtaleterapi. Dette til tross for at samtaleterapi er langt mer tidkrevende og utfordrende (Meese og Ekeland,

2017). Både for ledelse og ansatte kan det tenkes at et slikt fokus kan bidra til at kvantitet går fremfor kvalitet i behandlingen. Stoppeklokke-systemet fra somatisk hjemmesykepleie er viden kjent og viden kritisert. Vi tenker at den svært sårbare målgruppen som inkluderes i ACT/FACT har tidkrevende og omfattende utfordringer som ikke nødvendigvis gir utslag i antall tiltak utført i løpet av et besøk. Dette vil igjen kunne bidra til svekket finansiering sammenlignet med antall timer utført arbeid per pasient.

Det Forskningen forteller oss at behandlingen på noen punkter fungerer (Lexén, et al.,2018). Det vi også kan se ut i fra en annen studie er at pasientene hadde en betydelig nedgang i hverdagslig funksjon i sammenheng med hvor lenge de deltok i FACT behandling (Lexén et al.,2018). Vi mener derfor at det potensielt kan stilles spørsmålsteget til om ACT/FACT kan stille med de ressursene som er nødvendig for å romme målgruppen sin.

6.0 AVSLUTNING

Vi vil i avslutningen presentere konklusjonen i oppgaven samt besvare problemstillingen på bakgrunn av hva vi kom frem til i drøftingen. På en kort og konkret måte ønsker vi å oppsummere de viktigste poengene. Avslutningsvis presenteres de ulike kildene i litteraturlisten.

6.1 Konklusjon

Til å begynne med presenterte vi oppgavens problemstilling, ”hva er ACT-team og hva er FACT-team og på hvilken måte kommer dette pasientene til gode? Hva er ACT/FACT er har blitt presentert gjentatte ganger i oppgaven, og defineres slik: Assertive Community Treatment (ACT) er en modell for å gi oppsøkende, samtidige og helhetlige tjenester til mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Den kjennetegnes av at behandlerne oppsøker pasienten i pasientens eget lokalsamfunn, etablerer kontakt på pasientens premisser, samt dekker ulike behov på tvers av fag og sektorer. ACT-teamet skal tilby behandling, rehabilitering, oppfølging og støtte til målgruppen, samt bidra til at en sårbar og utsatt gruppe med alvorlige psykiske lidelser får tilgang til sammenhengende, helhetlige og godt koordinerte tjenester. Modellen har vist gode resultater i andre land, men også i Norge. Flexible Assertive Community Treatment (FACT) er en tilpasning av ACT-modellen.

Et mer komplekst spørsmål å besvare er hvordan ACT/FACT kommer pasientene til gode. Vi har gjennom arbeidet med denne oppgaven fått et godt innblikk i hvordan ansatte, pårørende og pasienter opplever ACT/FACT. Drøftingen konkluderer med at pasientene opplever at den praktiske hjelpen de får gjennom renhold, bosted, finansiell bistand, koordinering og kontakt med hjelpeapparat og transport blir sett på som verdifullt. Det blir sett på som positivt. Spesielt blir bistand ved transport trukket frem som positivt av pasientene. De opplever at det på denne måten er enklere å delta i nærmiljøet samt å ordne praktiske gjøremål. Pasientene får økt deltakelse sosialt etter inkludering i ACT/FACT behandling. Behandlingen sin helhetlige tilnærming kommer pasientene til gode. Dette fører til at pasientene opplever at de får mulighet til å fokusere på sin egen bedring. Besøk hjem og annet arbeid utenfor kontor/institusjon ble sett på som viktig for å bidra til bedring. Brukermedvirkning og selvbestemmelse i forhold ser ut til å samstemme med pasientenes ønsker. De opplevde at de fikk tett oppfølging og at de fikk mulighet til å redusere og/eller avslutte medikamentell behandling i samarbeid med teamet på deres egne premisser.

En av byggesteinene i tjenesten er at de skal gi pasientene den oppfølging som de til enhver tid har behov for, dette kan se ut til at de ikke lykkes med da de hverdagslig funksjon har en nedgang samt at det ikke bidrar til noen endring i det totale sykdomsbildet. Dette tyder på at FACT ikke nødvendigvis klarer å ivareta de komplekse utfordringene til pasientene.

De totale kostandene knyttet til pasientgruppen gikk ikke nødvendigvis ned ved innføring av tjenesten, men det var en betydelig nedgang i kostnader knyttet til innleggelse på sykehus. Ansvar ble flyttet til omsorgsboliger. Ved å gjøre dette så frigjør man plass på sykehusene og kostandene i spesialisthelsetjenesten flyttes over til kommunen. Dette er helt i tråd med samhandlingsreformen. Dette kan bli sett på som et klart incentiv som taler for innføring av tjenesten. Tjenesten er finansiert basert på antall tiltak utført. Det vil si at arbeidstimer og innsats per tiltak ikke gir utslag økonomisk som igjen kan føre til at tjeneste ikke får de midlene de trenger for å gi god behandling til brukerne. Hos en pasientgruppe som ofte har svært komplekse og tidkrevende utfordringer kan en slik arbeidsmetode ikke nødvendigvis komme pasientene til gode.

De ansatte i tjenesten er i stor grad fornøyd med måten tjenesten er utformet på og de arbeidsmetodene som brukes. Ut i fra dette kan vi se for oss at kan bidra til stabilitet i tjenesten ved at ansatte blir værende og videre utvikling av kompetanse. Det vil være rimelig å anta at pasientene vil ha nytte av trygge og stabile rammer med god kompetanse. De forteller samtidig at jobben det kan være belastende følelsesmessig, spesielt ved bruk av tvang. De føler seg også mer utsatt enn hva man gjør på en sengepost. Dette kan bli sett på som risikofaktor mot det overnevnte.

Vi vet at helsearbeidere formidler at pårørende føler seg ekskludert til tross for at god samhandling med pårørende er sett på som en viktig del av behandlingen. Det er derimot svært ulikt hvor god kunnskap og innsikt pårørende har i sykdom. ACT/FACT har gode tiltak for pårørende, vi vet derimot ingenting om hvordan disse fungerer i praksis.

Avslutningsvis kan vi konkludere med at tjenesten hjelper pasientene til økt sosial funksjon. De opplever at de får hjelp til praktiske og hverdagslige problemer. Forskningen forteller at tjenesten har liten funksjon når det kommer til bedring av sykdom og hverdagslig funksjon. Innføring av tjenesten er derimot helt i tråd med samhandlingsreformen og dette kan bli sett på som et incentiv til hvorfor tjenesten innføres i så stor grad.

LITTERATURLISTE

Aagaard, J., & Müller-Nielsen, K. (2011). Clinical outcome of assertive community treatment (ACT) in a rural area in Denmark: A casecontrol study with a 2-year follow-up. *Nordic Journal of Psychiatry*, 65(5), 299-305. DOI:

<http://dx.doi.org/10.3109/08039488.2010.544405>.

Aakerholt, A. (2012). *ACT-håndbok*. (2. utgave). Hamar: Nasjonalt kompetansetjeneste, ROP.

Aakerholt, A. (2013). Kap 2: Assertive Community Treatment, ACT. *ACT-håndbok*. (2. utg). Hamar: Nasjonal kompetansetjeneste (ROP).

Aakerholt, A. (2013). Kap 3: Målgruppen for ACT. *ACT-håndbok*. (2. utg). Hamar: Nasjonal kompetansetjeneste (ROP).

Braut, G. S. & Malt, U. *Psykiatrisk sykehus*. Store Medisinske Leksikon. Hentet 31.05.2018.

https://sml.snl.no/psykiatrisk_sykehus

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4. utg.), Oslo: Gyldendal akademisk.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Drukker, M., Visser, E., Sytema, S, van Os, J. (2013). Flexible Assertive Community Treatment, Serverity of Symptoms and Psychiatric Health Service Use, a Real Life Observational Study. *US National Library of Medicine: National Institute of Health*. DOI:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3866708/>

Ekeland, T.-J. (2007). *Kommunikasjon som helseressurs*. I T.-J. Ekeland & K. Heggen (red.), *Meistring og myndiggjering: reform eller retorikk?* (s. 31-51). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Hastrup, L. H. & Aagaard, J. (2014). Costs and outcome of assertive community treatment (ACT) in a rural area in Denmark: 4-year registerbased follow-up. *Nordic journal of Psychiatry*. DOI: (<https://doi.org/10.3109/08039488.2014.936500>).

Heiervang, K. S., Bjørgen, D., Westerlund, H., Lofthus, A-M., Laueng, A., & Ruud, T. (2014). *Bruker spør bruker om ACT*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). *Samhandlingsreformen i kortversjon*.
<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/samhandlingsreformen-i-kortversjon1/id650137/>.

Heskestad, S., & Tytlandsvik, M. (2008). *Brukerstyrte kriseinnleggelser ved alvorlig psykisk lidelse*. Tidsskrift for Den Norske Legeforening, 128(1), 32-35.

HiOA. (2016). Databaser. Hentet 3. mai 2018 fra
<https://student.hioa.no/databaser>

Kalmark, M. (2014). Oppsøgende Psykoseteam (ACT-model) – en tverrfaglig teambasert intervention. Om Modeltrofasthed og oplevelsen af reduktion af kompleksitet. *Nordic School of Public Health. NHV: 61*.

Lofthus, A.-M., Westerlund, H., Bjørgen, D., Lindstrøm, J. C., Lauveng, A., Rose, D., Ruud, T. & Heiervang, K., (2016). Recovery concept in a Norwegian setting to be examined by the assertive community treatment model and mixed methods. *International Journal of Mental Health Nursing* (2018) 27, 147-157. DOI: 10.1111/inm.12304.

Lohne, P., & Buseth, T. (2006). *Alvorlig psykisk lidelse og rusavhengighet: Integrert behandling i oppsøkende poliklinisk team*. Tidsskrift for Norsk psykologforening, 43(6), 563-573.

Marshall, M & Lockwood, A. (2011). *Assertive community treatment for people with severe mental disorders*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2011, Art. No.: CD001089. DOI: 10.1002/14651858.CD001089.pub2.

Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). *Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry*. *World Psychiatry*, 15(2), 103-111. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/wps.203311> (<http://dx.doi.org/10.1002/wps.203311>).

Meese, E. Skov, Ekeland, T. J. (2017). Tidsskrift for psykisk helsearbeid. ”Her er det rom for medmenneskelighet” ansattes erfaringer med recovery innen ACT-modellen i Norge og Danmark. DOI: [10.18261/issn.1504-3010-2017-04-04](https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2017-04-04).

Nasjonalt Kompetansetjeneste ROP. (2014). *Utprøving av ACT-team i Norge – Hva viser resultatene?* Oslo: Akershus universitetssykehus.

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinar, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert!/: en arbeidsbok* (2. utg.). Oslo: Akribe.

Pettersen, H., Ruud, T., Ravndal, E., Havnes, I. & Landheim, A. (2014). *Engagement in assertive community treatment as experienced by recovering clients with severe mental illness and concurrent substance use*. International journal of Mental Health systems, 8, 1-8.

Rienecker, L., Stray Jørgensen, P. & Skov, S. (2013). *Den gode oppgaven: håndbok i oppgaveskriving på universitet og høyskole* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Stein, L. I., & Santos, A. B. (1998). *Assertive Community Treatment of Persons with Severe Mental Illness*. New York: W.W. Norton & Company Inc.

Stokmo, H., Ness, O., Borg, M. & Sommer, M. (2014). *Helsearbeidernes erfaringer med hvordan modelltrofasthet virker inn på brukermedvirkning i ACT-team*". Tidsskrift for psykisk helsearbeid. https://www.idunn.no/tph/2014/01/helsearbeidernes_erfaringer_med_hvordan_krav_ommodelltrofasthet

Sosial- og helsedirektoratet. (2006). *Tiltaksplan for pårørende til mennesker med psykiske lidelser 2006-2008*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, Avd. for psykisk helse.

Svensson, B., Hansson, L. & Lexén, A. (2018). *Outcomes of clients in need of intensive team care in Flexible Assertive Community Treatment in Sweden*. Nordic journal of Psychiatry. Volume 72, 2018, utgave 3. (<https://doi.org/10.1080/08039488.2018.1430168.gfrtrtf>)

Thidemann, I. J. (2017). Valg av metode. I. J. Thidemann. *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (s. 76-82). Universitetsforlaget 2015.

Van Veldhuizen, R. (2013). *FACT - Flexible Assertive Community Treatment* (s. 8, 20, 21, 22). Groningen: Nasjonal kompetansetjeneste (ROP).

Weimand, B., Pravin, I., & Ruud, T. (2014). *Pårørende og ACT-team. En undersøkelse om pårørendes erfaringer med ACT-team, og ACT-teamlederes erfaringer med samarbeidet med pårørende*. Oslo: Akershus universitetssykehus.

