
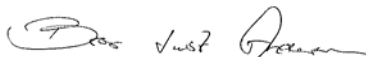


# Statusrapport for FACT-satsningen i Vestre Vikens opptaksområde, prosjektperioden 2018-2021



<b>Prosjektnummer:</b> 21/04203-1	<b>Prosjektnavn:</b> FACT statusrapport	<b>Referanse:</b>
<b>Beslutningsdato:</b> 08.02.2022	<b>Beslutning:</b>	
<b>Prosjekteiere:</b> Kristin Tafjord Lærum, ass.kl.dir PHR Nina Helen Mjøsund, konst. avd.sjef FoU	<b>Styringsgruppe:</b> Klinikkledergruppe PHR	
<b>Prosjektleder:</b> Bror Just Andersen, spesialrådgiver, FoU-avdelingen	<b>Prosjektsikring:</b> Nina Helen Mjøsund, konstituert avdelingssjef FoU-avdelingen	
<b>Vedlegg:</b> Se siste side		
<b>Signatur prosjekteier:</b> 	<b>Signatur prosjektleder:</b> 	

Denne rapporten er utarbeidet i forbindelse med avslutning av prosjektperioden 2018-2021 for de første fem FACT teamene i klinikk for psykisk helse og rus (PHR). Rapporten inneholder en beskrivelse av tiltak og vurdering av eksisterende data om virksomheten sett i lys av de planer og strategier som er beskrevet i styringsdokumentene. **Alle vedlegg som det henvises til i rapporten kan lastes ned fra våre nettsider eller fås ved nærmere henvendelse til FoU avdelingen.**

Versjonskontroll:

Versjon	Dato	Forklaring	Utført av
0.1	08.03.22	Første utkast, til revidering	Bror Just Andersen (BJA)
1.0	06.04.22	Versjon 1.0, revidert	BJA
1.1	10.05.22	Versjon 1.1. revidert	Nina Helen Mjøsund (NHM)
1.2	09.09.22	Versjon 1.2. ferdig revidert	NMH og BJA

## FORORD

Noen mennesker har behov for langvarige og sammensatte helse- og sosialtjenester både fra kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Fleksibel aktiv oppsøkende behandlingsteam (FACT) er en behandlingsmodell som er utviklet for mennesker med alvorlig psykisk lidelse, mange med samtidig rusmisbruk og alle med særlig behov for langvarig oppfølging. Teamene er tverrfaglig sammensatt, jobber utadrettet og samarbeider på tvers av sektorer.

Kommuner i Vestre Viken HF (VV) sitt opptaksområde gikk sammen med DPSene i Klinikkk for psykisk helse og rus (PHR) og etablerte fem FACT team i 2018; Asker FACT1, Bærum FACT1, Drammen FACT1, Kongsberg FACT1 og Ringerike FACT. Etableringen var initiert av Helsedirektoratet og ble støttet av prosjektmidler gjennom Statsforvalteren over fire år. Det ble gitt midler til et år med planlegging og etablering, og tre år til drift og utvikling av teamene. Flere team har blitt etablert de siste årene. Det er nå to team ved alle DPSer, FACT sikkerhet er etablert og seks FACT-ung team er under etablering.

Nå i 2022 er de fem første teamene over i vanlig drift og finansieres over kommunenes og helseforetakets ordinære budsjett. Våren 2022 besluttet klinikkdirektør å samle erfaringer fra prosjektperioden i denne rapporten. Oppdraget gikk til klinikkens Forsknings- og utviklingsavdeling (FoU). Rapporten viser at samhandling på tvers av nivåer kan gi gode løsninger. Både kommunene og helseforetaket ser fortsatt behov for god dialog og samhandling for å kunne tilpasse og utvikle gode lokale løsninger til beste for pasientene innenfor eksisterende rammer. Vi antyder noen områder for forbedring og utvikling.

I prosjektperioden har det vært arbeidet med et forskningsprosjekt for å få mer kunnskap om hvordan det går med pasientene i FACT. Prosjektet viste seg vanskelig å realisere og årsakene er sammensatt. Covid-19 pandemien, tekniske utfordringer og implementeringsvansker gjorde at klinikkdirektør februar 2022 besluttet å avslutte forskningsprosjektet. Vi har imidlertid startet en kvalitativ studie ved Bærum DPS der vi undersøker erfaringer hos enkelte pasienter, medarbeidere og ledere i FACT-teamene og i Bærum kommune.

Målgruppen for rapporten er medarbeidere i FACT-team, samarbeidende kommuner, ledere i PHR, Statsforvalteren og andre interesserte. Spesialrådgiver og prosjektleder Bror Just Andersen har ledet arbeidet med å utarbeide rapporten. Mange har bidratt og vi retter en stor takk til alle. Monica Aas, FoU har bidratt med tekst og analyser, Hanna Mantila, Blakstad sykehus med kvalitetssikring av DIPS-data, Asgeir Johnsen, Blakstad sykehus, Bodil Juul, FoU og Aasmund Ørbeck-Nilssen, OU avdelingen med tekst og erfaringer fra teamene. Hilde Nybakk Nymo, Mia Iversen, Irene Norheim og Nina Helen Mjøsund, alle fra FoU, har bidratt med tekst. I tillegg har flere lest gjennom og gitt innspill til rapporten; Henriette Osnes, erfaringsspesialist FACT, Hilde Rosenlund, Bærum kommune, Marie Kraugerud Rustadbakken, Drammen DPS, Magnus Karlsen, Blakstad sykehus. Monica Strand og Bodil Juul, FoU.

Nina Helen Mjøsund, ph.d., spesialsykepleier psykisk helse  
Konstituert forskningssjef PHR og leder av FoU-avdelingen

## 1. Innholdsfortegnelse

1.	Innholdsfortegnelse.....	4
2.	Sammendrag.....	5
3.	Innledning .....	8
3.1.	Målsetningen med etableringen av FACT, i «Samarbeidsavtalene» .....	8
3.2.	Evalueringskriterier, i «Mal for prosjektbeskrivelse PHR 2018» .....	8
3.3.	Målsetning, i «Prosjektbeskrivelse FACT forskningsevaluering» .....	9
4.	Målgruppeorientering .....	10
5.	Pasientinkludering og aktivitetsutvikling i teamene .....	12
6.	Aktivitetsutvikling innleggelser og oppholdsøgn.....	17
6.1.	Vurdering av endring fra 24 mnd før til 24 mnd etter inkludering i FACT .....	18
7.	Pasienter registrert med tvangsvedtak §3-2 og 3-3 .....	20
8.	Modelltrofasthet – FACT fidelitymålinger .....	21
9.	Erfaringer fra samarbeidspartnere .....	24
9.1.	Evaluerings ved FACT Asker .....	24
9.2.	Evaluerings ved FACT Drammen .....	24
9.3.	Evaluerings ved FACT Ringerike .....	25
10.	Erfaringer fra teamansatte .....	26
11.	Pårørendesamarbeid .....	27
12.	Nettverk for erfaringsspesialister i FACT .....	28
13.	Levevaner med fokus på mental sunnhet .....	29
14.	FACT Sikkerhet.....	30
15.	Sluttrapportering FACT Forskningsevaluering.....	31
16.	Oppnåelse av prosjektets mål .....	32
16.1.	Leveranser i prosjektperioden.....	33
17.	Aktuelle vedlegg .....	34

## 2. Sammendrag

For å markere overgangen fra prosjektf finansiering til drift for de fem første FACT teamene i VV området presenteres erfaringer og utvalgt tallmateriale fra perioden fra 2019-2021. Datagrunnlaget i rapporten er basert på to uttrekk fra DIPS der det første følger utvikling fra oppstart i FACT mens det andre ser på endringer fra før til etter inklusjon i FACT. Vi vil presisere at analysene av data fra det pasientadministrative systemet (DIPS) som presenteres i kapittel 4-6 kun omfatter pasienter kodet med NCMP-koden IEAD00. Det vil si at bare pasienter med intensivt behandlingstilbud, det som i FACT-manualen omtales som «ACT oppfølging» (Assertive Community Treatment) inngår i figurene i kap 4-6. Dette er en svakhet med rapporten og vi jobber med å finne en teknisk løsning som kan gi et mer komplett bilde av det totale pasientgrunnlaget. Styrken er imidlertid et bredt datatilfang og at vi kan følge hver enkelt pasient.

### *FACT teamenes målgruppeorientering*

Rundt 85% av pasientene med ACT oppfølging i FACT-teamene har diagnoser fra de diagnosegruppene som FACT-håndboken definerer som målgruppen for FACT-team (Diagnosegruppe F1, F2, F3 og F6). Det tyder på at teamene i høy grad gir behandling til de pasientene FACT er utviklet for.

### *Pasientinklusion og aktivitetsutvikling i teamene*

Kommunene i VV sitt opptaksområde sammen med DPS'ene kom frem til en ambisjon om å bygge opp et FACT tilbud til 1 500 pasienter. Dette var basert på veiledende dokumenter, sammen med beregninger knyttet til befolkningsgrunnlaget og erfaringer fra Nederland, der FACT først ble utviklet og tatt i bruk. Nederlandske forhold og erfaringer i forhold til antall pasienter per team viste seg ikke å være direkte overførbare til norske forhold, og behov for flere team viste seg. Målsetningen er fortsatt behandlingstilbud til 1 500 pasienter og flere team har blitt etablert.

I perioden 2019-2021 har det vært en tredobling i totalt antall pasienter inkludert, fra 360 i 2019 til 918 pasienter ved utgangen av 2021. I samme periode har det også vært en jevn økning i antall pasienter inkludert med ACT oppfølging, fra 291 i 2019 til 625 pasienter i 2021.

Parallelt med økningen i antall pasienter med ACT oppfølging har den ambulante og polikliniske aktiviteten også hatt en jevnt økning. Antall konsultasjoner har doblet seg fra 14 234 i 2019 til 28 049 i 2021. Disse endringene peker i retning av en ønsket utvikling. Mye tyder på at personer i målgruppen nå får individuelt tilpasset behandling gjennom sammenhengende tjenester, både i kommunale bo og behandlingstilbud og spesialiserte tilbud.

### *Aktivitetsutvikling innleggelser og oppholdsdøgn*

FACT pasienter med ACT oppfølging i PHR som i perioden har vært innlagt har naturlig også økt i perioden. Vi finner en økning i antall innleggelser fra 457 i 2019 til 683 i 2020 og videre til 863 i 2021. Som nevnt ovenfor økte antall pasienter som fikk ACT oppfølging i FACT teamene i samme periode fra 291 til 625. Gjennomsnittlig antall innleggelser per pasient gikk ned fra 1,6 i 2019 til 1,4 i 2021. Antall oppholdsdøgn per pasient gikk derimot opp fra 26,7 i 2019 til 29,7 i 2021. Gjennomsnittlig liggetid per opphold viser en økning fra 17,0 i 2019 til 20,0 i 2020 og 21,5 i 2021. Vi kan derfor si at vi ser en positiv trend i perioden 2019-2021 for antall innleggelser per pasient som faller med 12,5%. Mens gjennomsnittlig liggetid og gjennomsnittlig antall oppholdsdøgn per pasient øker med henholdsvis 26,5% og 11%.

### **Vurdering av endring fra 24 mnd før til 24 mnd etter inklusjon i FACT**

I det andre datauttrekk fra DIPS av alle pasienter med ACT oppfølging inkludert i FACT i 2019, N=292, har vi sammenliknet registreringer i DIPS 24 mnd før inklusjon i FACT med perioden 24 mnd etter inklusjon i FACT, et såkalt tidsseriedesign. Dette gir oss både en mulighet for å vurdere effekt av inklusjon i FACT for disse pasientene og et sammenlikningsgrunnlag med resultater fra tidligere studier. For FACT i VV finner vi en økning på 73% i antall konsultasjoner, en reduksjon på 52% i antall liggedøgn, en reduksjon på 33% i antall innleggelser, en reduksjon i gjennomsnittlig liggetid på 29% og en reduksjon i antall pasienter på tvang med og uten døgn på 35%. Sammenliknet med tidligere studier er dette gode resultater og en ønsket utvikling med høy grad av måloppnåelse.

### **Endringer i bruk av tvang**

I de foreløpige analysene finner vi en parallell og jevn økning mellom antall pasienter med ACT oppfølging inkludert i FACT og antall pasienter med tvangsvedtak med og uten døgn fra 2019-2021. Samtidig ser vi en svak, men positiv utvikling ved at andel av pasienter med tvangsvedtak går ned (2019: 30,5%, 2020: 31,2% og 2021: 29,9%). For å forstå utviklingen er det viktig ha med at FACT Sikkerhet (der alle har tvangsvedtak) kom med i statistikken med 16 pasienter i 2021. Dersom vi holder disse pasientene utenfor i vurderingen finner vi en relativ nedgang fra 2019 til 2021 på 12,2% i antall pasienter med tvangsvedtak.

### **Modelltrofasthet – FACT fidelitymålinger**

Alle team har gjort fidelitymåling for å vurdere om organisering, innhold og praksis i teamene er i overensstemmelse med FACT-modellens kjennetegn. Dette måles ved hjelp av en fidelityskala. Alle teamene ble vurdert til å være i det nest høyeste nivået, «tilfredsstillende modelltrofasthet». Dermed ville alle teamene blitt godkjent ved en eventuell sertifisering. Særlig positivt er det at alle team skårer høyt på delskalaen «Lokalbaserte tjenester». Vi finner også toppskår for at ingen team har venteliste og ingen registrerte «drop-out». Målingene viser at teamene har et forbedringspotensialet når det gjelder rutinemessig kartlegging av pasientene. Fidelitymålingene tyder på at teamene tilbyr et helsetilbud som er i tråd med FACT-modellen.

### **Erfaringer fra samarbeidspartnere**

Det har i perioden ikke blitt gjennomført noen samlet strukturert kartlegging av erfaringer fra samarbeidspartner med mulighet for aggregering og analyser. I de årlige rapporteringene til Statsforvalteren fra 2019 til 2021 finnes imidlertid beskrivelser og vurdering av samhandling med andre instanser som fastleger, NAV, Individuell jobbstøtte (IPS), kommunale bolig-, helse- og sosialtjenester, pårørende, nabolag, frivillige organisasjoner, skoler, politi og andre aktører, samt i lokal evaluering av FACT Asker, FACT Drammen og FACT Ringerike. Rapportene og evalueringen viser betydning av samhandling og at dette fokuseres i teamenes arbeid. Samhandlingen beskrives som god og ikke minst avgjørende for å tilby helhetlige og gode tjenester for målgruppen.

### **Erfaringer fra teamansatte**

I løpet av prosjektperioden er det samlet erfaringer fra medarbeidere i teamene gjennom Fidelitymålinger. Under målingens punkt 60 «Teamånd» gir teamets medlemmer en vurdering av; interne arbeidsforhold i teamet, opplevelsen av samhold, om de opplever at noen av teammedlemmene viser tegn til utbrenthet, om man opplever at det er felles enighet om arbeidsmetoder og mål, og om teamet satser på kvalitet og

innovasjon. Her får tre team toppskår og to team nest beste skåringskategori, hvilket tyder på at mange medarbeidere er fornøyd.

### *Pårørendesamarbeid*

For å styrke samarbeidet med pårørende og pasientens nettverk ble alle DPSene i PHR med i forsknings- og forbedringsprosjektet Bedre pårørendesamarbeid (BPS) i regi av Universitetet i Oslo høsten 2018. I BPS prosjektet deltar 15 DPS enheter fra 5 helseforetak i Helse Sør-Øst. Halvparten av enhetene ble randomisert til å få intervensjonen som skulle bedre pårørendesamarbeidet, mens de resterende skulle få intervensjonen senere. FACT teamet ved Ringerike DPS kom med i intervensjonsgruppen, og dette medførte markante forbedringer gjennom fire målinger fra start i 2018 til siste måling i 2020. De øvrige fire DPSene er nå inkludert i forbedringsarbeidet slik at alle får støtte til å systematisk bedre samarbeidet med pårørende.

### *Nettverk for erfaringsspesialister*

Alle FACT team i VV området har ansatt erfaringsspesialist, rollen var ny for mange ansatte og organisasjon. Nettverk for erfaringsspesialister ble derfor etablert våren 2020. Hensikten med nettverket er å dele erfaringer fra å jobbe som erfaringsspesialist. Nettverkets fokus har vært å bidra til utvikling av rollens praktiske innhold og bidra til forbedringer basert på erfaringsspesialistenes perspektiv. Nettverket har tilsammen hatt 18 møter fra februar 2020 til mars 2022. Nettverket er åpent og uavhengig av ansettelse i foretak eller kommune, dermed ønskes nyansatte eller erfaringsspesialister i nye team velkommen inn.

### *Levevaner med fokus på mental sunnhet*

Drammen FACT har deltatt i et forsknings- og fagutviklingsprosjektet som har benyttet aksjonsforskningsmetodikk for utvikle, prøve ut og evaluere intervensjoner for å understøtte FACT-teamets fokus på pasientenes bedringsprosesser, tilfriskning og livsmestring. Dette sammenfalt med innholdet i Helsedirektoratets satsning i 2019 på pakkeforløp også for pasienter i psykisk helsevern.

### *FACT Sikkerhet*

FACT Sikkerhet i PHR er et pilotprosjekt for å styrke spesialisthelsetjenestens evne til å ivareta samfunnsvernet både i helseforetak og ovenfor kommunehelsetjenesten. FACT Sikkerhet følger opp pasienter som er dømt til behandling i henhold til Psykisk helsevernloven kapittel 5. Teamet gir i tillegg veiledning og konsultative tjenester til de andre FACT-teamene og til kommunale bo- eller behandlingenheter.

I en sammenliknede vurdering av to pasienter seks måneder før og etter inklusjon i FACT Sikkerhet gikk antall innleggelser ned fra 19 til 9, mens antall døgn innlagt ble redusert med 49. Etter ett driftsår var ingen alvorlige voldelige handlinger begått av pasienter innskrevet i FACT-Sikkerhet.

### 3. Innledning

Referansene for vurdering av måloppnåelse i denne statusrapporten gjenfinnes i;

- Prosjektbeskrivelser og avtaler mellom kommuner og PHR, 2018-2020
- [FACT håndboken, 2. utgave 2013](#)
- FACT Fidelity skala/rammeverk, 2017
- [Evaluering av FACT-team i Norge, NKROP 2020](#)

Grunnleggsdokumenter er gjennomgått som utgangspunkt for en vurdering av prosjektperioden for FACT teamene i VV området. Det omfatter en overordnet samarbeidsavtale mellom kommunene og PHR og lokale samarbeidsavtaler mellom de enkelte DPS og deres kommuner. I tillegg inngår overordnet prosjektbeskrivelse og prosjektbeskrivelser fra teamene i søknader om prosjektmidler til Statsforvalteren i 2018-2021 og prosjektbeskrivelsen for FACT forskningsevaluering. Det er litt ulike fokusområder i disse dokumentene, men under overskriftene «målsetningen for etableringen av behandlingstilbudet» i samarbeidsavtalene, «evalueringskriterier» i prosjektbeskrivelse PHR 2018-2019 (tilsvarende i mange av de lokale samarbeidsavtalene), og «målsetning» i prosjektbeskrivelsen for forskningsevalueringen gjenfinner vi det som anses som dekkende for vurderinger i denne rapporten.

#### 3.1. Målsetningen med etableringen av FACT, i «Samarbeidsavtalene»

Den beskrevne målsetningen med etablering av FACT er at innbyggere i målgruppen får kontinuitet i behandling og oppfølging, unngår unødige innleggelse i sykehus, får økt mulighet for inkludering i familie og nærmiljø og kan delta i arbeids- og samfunnsliv. Denne målsetningen søkes oppfylt gjennom fokus på:

1. Bedre livskvalitet
2. Trygg og varig bosetting
3. Høyere brukermedvirkning og brukertilfredshet
4. Bedre sosial fungering og opplevelse av mestring
5. Bedre kontakt med hjelpeapparatet
6. Bedre tilgang til helsetjenester, omsorgstjenester og sosialtjenester i NAV
7. Bedre støtte og veiledning i å finne arbeid og beholde jobben
8. Redusert bruk av tvang
9. Færre akuttinnleggelse i sykehus og redusere behovet for langvarig opphold i sykehus

Ettersom det ikke har blitt gjennomført rutinemessig strukturerte kartlegginger eller brukerundersøkelser av pasientene i FACT teamene har vi per i dag ikke opplysninger for å svare ut punkt 1-7. Vi må derfor benytte data om behandlingsprosesser på gruppenivå for å si noe om disse punktene. I DIPS uttrekket finnes data som belyser punkt 8 og 9 på gruppenivå.

#### 3.2. Evalueringskriterier, i «Mal for prosjektbeskrivelse PHR 2018»

Statsforvalterens støtte til etablering av FACT team forutsatte en søknad inkludert en prosjektbeskrivelse. Malen for prosjektbeskrivelsen inneholdt følgende punkt som kan forstås som evalueringskriterier for etablering og drift av FACT teamene i prosjektperioden.

1. Oversikt sykdomsproblematikk ved inntak
2. Rapportering for måloppnåelse ref. regelverket for tilskuddsordningen
3. Nytteverdi og brukertilfredshet



4. Samhandling og implementering av samarbeidsavtaler
5. Teamets dimensjonering i forhold til befolkningens behov, inkludert eventuelle behov for justering
6. Forholdet til krav som stilles i pakkeforløp for psykisk helse og rus
7. Prosjektets status i forhold til kriterier i FACT Fidelity
8. Behandling
9. Kontinuerlig monitorering av antall innleggelser, døgnopphold, tvangsinnleggelser, etablering eller opphør av tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold, henvisninger eller uønskede hendelser

Punkt 1, 6 og 8 kan belyses ved hjelp av registreringer i pasientenes journal, DIPS. Punkt 2, 4 og 5 er ivaretatt gjennom årlig rapportering og lokalt jevnlig styringsgruppemøter mellom kommune(r) og DPS. Punkt 2 og 5 vil ikke bli omtalt ytterligere her, mens punkt 4 vil bli belyst gjennom kapittel 8 og 9. Ettersom det ikke rutinemessig har blitt gjennomført strukturerte kartlegginger eller brukerundersøkelser av pasientene i FACT teamene på en slik måte at data er tilgjengelig på gruppenivå har vi ikke førstehåndsopplysninger knyttet til punkt 3. Punktet blir likevel belyst under «Erfaringer fra samarbeidspartnere» i kapittel 9. Punkt 7 blir rapportert under kapittel 8, mens punkt 9 (foruten henvisninger og uønskede hendelser) blir omtalt i kapittel 5-7.

### 3.3. Målsetning, i «Prosjektbeskrivelse FACT forskningsevaluering»

I prosjektbeskrivelsen for FACT Forskningsevaluering var målsetningen å kunne vurdere om FACT-teamene utøver behandling som gir utbytte for pasientene, og om teamene drev sin virksomhet i tråd med modellen (FACT Fidelity). De spesifikke målområdene var:

1. Behandlingsutbytte; dvs. vurdere om pasientene i målgruppen oppnår følgende:
  - a. Høyere stabilitet og forbedret livssituasjon
  - b. Økt sosialt funksjonsnivå / bedret boevne
  - c. Bedre livskvalitet
  - d. Økt psykososial funksjon med mindre psykiatriske symptomer, rusmiddelbruk, og reduksjon i suicid- og voldrisiko
  - e. Redusert bruk av døgnbehandling
  - f. Redusert bruk av tvang (med og uten døgnbehandling)
2. Blir FACT-teamene organisert på en kvalitetsmessig god måte med tanke på modelltrofasthet og målgruppe-orientering?
3. Etableres teamene med en tilstrekkelig god sammenheng i tjenestetilbudet og kvalitet på relevante støttetiltak?
  - Herunder den helhetlige organiseringen / samhandlingen mellom FACT-teamene og Blakstad sykehus – både generelt og spesielt i forhold til FACT Sikkerhet.

Til punktene 2 og 3 har vi samlet data for evaluering av FACT teamenes aktivitet for perioden 2019-2021 og det vil gjenfinnes under henholdsvis kap 8-10 og 14. Punkt 1 var opprinnelig tiltenkt besvart gjennom et samtykkebasert forskningsprosjekt basert på erfaringer fra pasienter. Prosjektet møtte imidlertid store utfordringer og i februar 2022 ble det besluttet at FACT-studien skulle avsluttes.

## 4. Målgruppeorientering

Målgruppen for FACT er pasienter med langvarig alvorlig psykisk lidelse med påfølgende svikt i sosial fungering. Disse personene har behov for samordnet behandling og oppfølging fra både kommune og spesialisthelsetjeneste over lang tid. Dette er i hovedsak personer med psykoselidelser, alvorlige affektive eller bipolare lidelser, alvorlige angsttilstander og dels personer med alvorlige personlighetsforstyrrelser (unnvikende, engstelig og tilbaketrekkende adferd), med eller uten rus som tilleggspromblemattikk. Målgruppen beskrives også med funksjonsnivå fordi det ikke nødvendigvis er direkte sammenfall mellom diagnose og funksjonssvikt. Vi har imidlertid ikke tilgang til data om funksjonsnivå og resultatene må derfor leses med dette forbehold.

I hovedsak dekkes målgruppen gjennom diagnosegruppene:

- F10-19 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer (alkohol, narkotika, løsemidler o.l.)
- F20-29 Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser (psykoser, schizoaffektive)
- F30-39 Affektive lidelser (bipolar, manier, alvorlig depresjoner)
- F60-69 Personlighets- og atferdsforstyrrelser

For pasienter som har fått ACT oppfølging i FACT teamene og som har vært døgninnlagt finner vi følgende fordelinger:

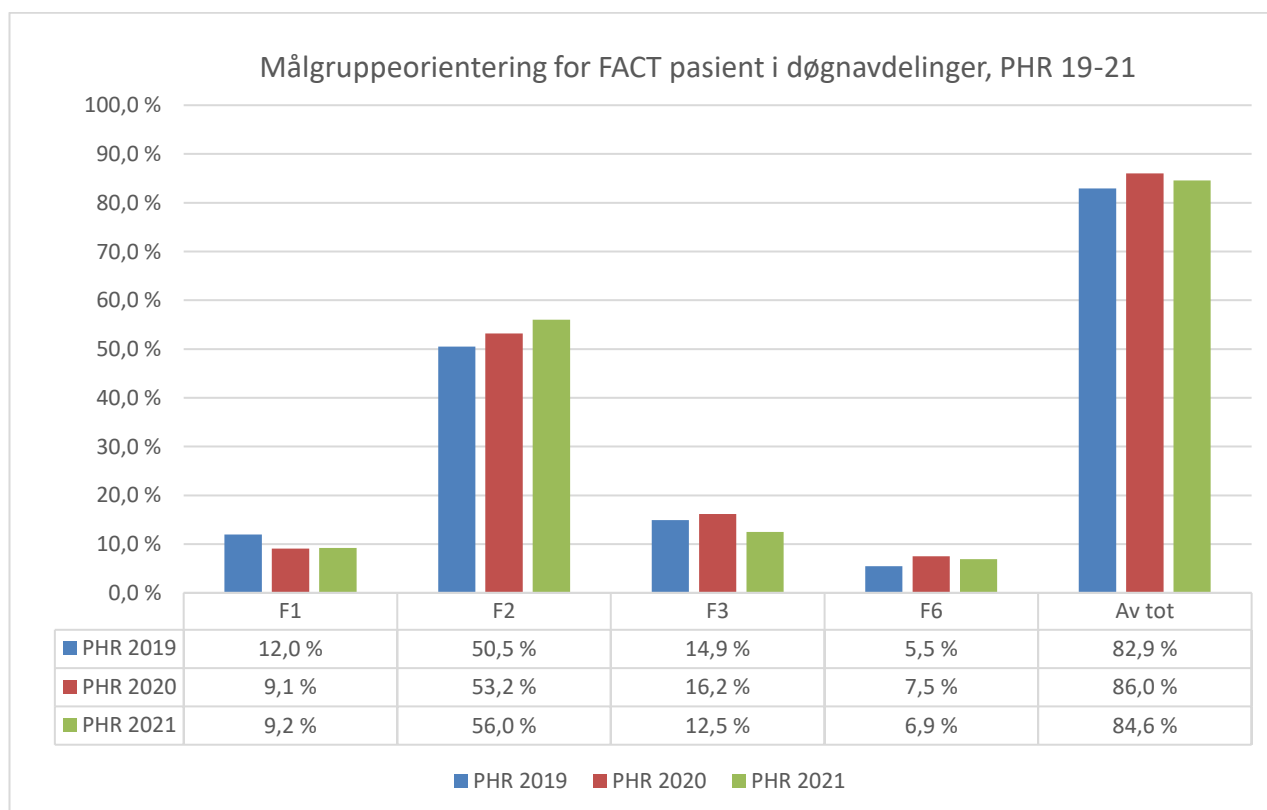


Fig. 1 Utdrag målgruppeorientering døgnbehandling (Mer info se vedlegg 1)

Rapporteringen er basert på hoveddiagnose. Tabellen viser en stabil fordeling på de aktuelle diagnosene over de tre årene. I perioden fra 2019-2021 er det noe nedgang innen F10-19 og F30-39 og noe økning i

F20-29 diagnoser. To av årene omfatter perioden med Covid-19 som gjør det vanskelig å si om dette er en trend eller en konsekvens av pandemien. For F60-69 gruppen ser vi en endring fra 5,5% i 2019 til 6,9% i 2021. Til sammen utgjorde pasienter registrert ved døgnbehandling i 2021 med hoveddiagnose innen målgruppen 84,6%. Det anonymiserte tallmaterialet kan fås ved henvendelse.

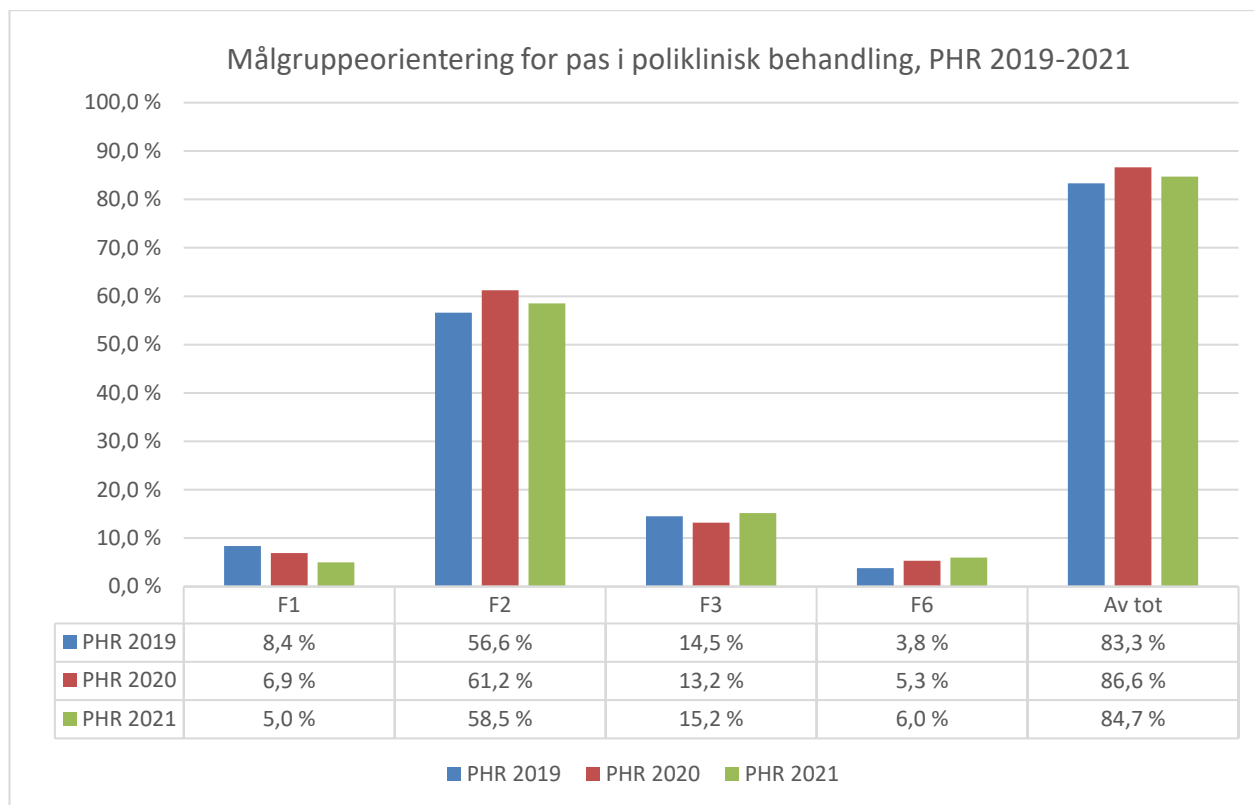


Fig. 2 Utdrag målgruppeorientering poliklinisk behandling (Mer info se vedlegg 1)

Ser vi på hvilke diagnosegrupper som fikk ambulante og polikliniske behandlingstilbud av FACT teamene finner vi et tilsvarende mønster som endringene i diagnosegrupper. I perioden 2019-2021 finner vi noe nedgang innen F10-19 og noe økning i F20-29 og F60-69 gruppene, men også noe økning i F30-39 gruppen. I 2021 var 84,7% av pasientene som fikk FACT oppfølging registrert med diagnoser i målgruppen. Oppsummerende kan vi med angitte forbehold si, ettersom cirka 85% av pasientene er innen målgruppen, og det er høy grad av overlapp mellom registreringen i det polikliniske tilbudet og døgnbehandlingen, at FACT teamene i VV området har høy grad av målgruppeorientering. I evalueringen fra NKROP finner vi større avvik fra målgruppedefineringen hos de syv teamene som er evaluert. F10-19 varierte fra 0-29%, F20-29 varierte fra 32-94% og F30-39 varierte fra 0-21% mens F60-69 varierte fra 0-6%. Om vi sammenlikner med pasientpopulasjon i FACT team i Danmark<sup>1</sup> har FACT team i VV omkring 10% høyere andel pasienter innen F20-29 og 8-9% lavere andel innen F30-39.

<sup>1</sup> Munch Nielsen, C. et.al. (2021). [The effect of flexible assertive community treatment in Denmark: a quasi-experimental controlled study](#). *Lancet Psychiatry*, 8(1), 27-35.

## 5. Pasientinkludering og aktivitetsutvikling i teamene

Høsten 2018 startet fem FACT team knyttet til hvert sitt DPS med forprosjekter. I løpet av første halvår 2019 ble teamene mer operative med en mer stabil organisering og inkludering av pasienter. Allerede høsten 2019 ble det vurdert at flere kommuner sammen med DPSene hadde for lite kapasitet sett i forhold til pasientgrunnlaget med behov for FACT. I dialog og samarbeid mellom DPS og tilhørende kommuner ble derfor 3 nye FACT team (FACT 2 Bærum, FACT Hallingdal og FACT Sikkerhet) planlagt med oppstart ila 2020/2021. I løpet av 2021 ble liknende behov også dekket med nye team i Drammen og Kongsberg (planlagt oppstart også for Asker i 2022). Fra juni 2021 teller dermed antall FACT team i VV området 10. Ni av teamene er tilknyttet DPS og ett tilknyttet Avdeling for spesialpsykiatri, Blakstad Sykehus.

Figur 3 og tabell 1 nedenfor viser en jevn økning fra 291 til 625 pasienter med ACT-oppfølging i alle FACT-team, inkludert de nyetablerte teamene. Med andre ord i overkant av en dobling i løpet av 3 år. Rapportering fra teamene 31.12.2021 viser at det totalt var registrert 918 pasienter, inklusiv pasienter med ACT-oppfølging i alle FACT teamene.

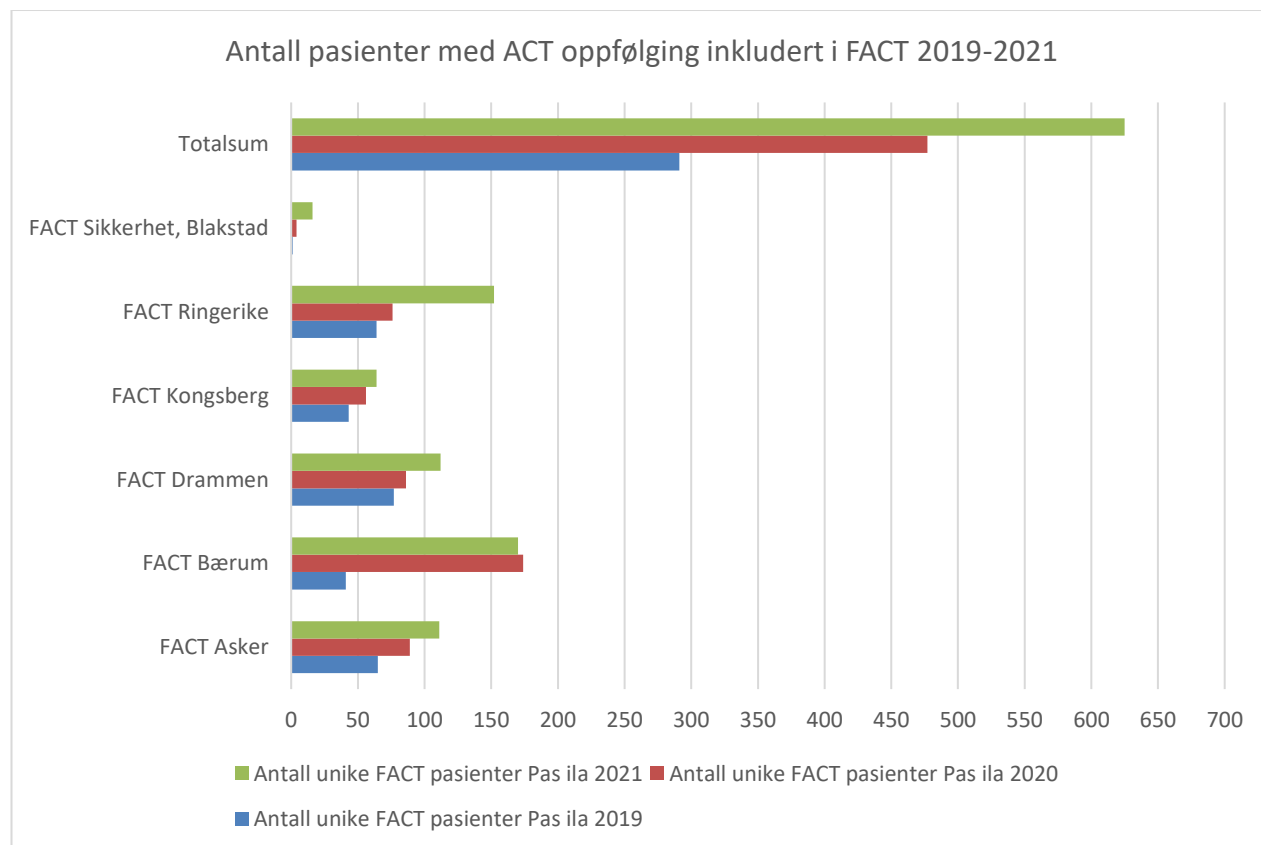


Fig. 3 Utvikling i antall pasienter med ACT oppfølging inkludert i FACT (Mer info se vedlegg 1)

Tabell 1 Utvikling i antall unike pasienter med ACT oppfølging inkludert i FACT (Mer info se vedlegg 1)

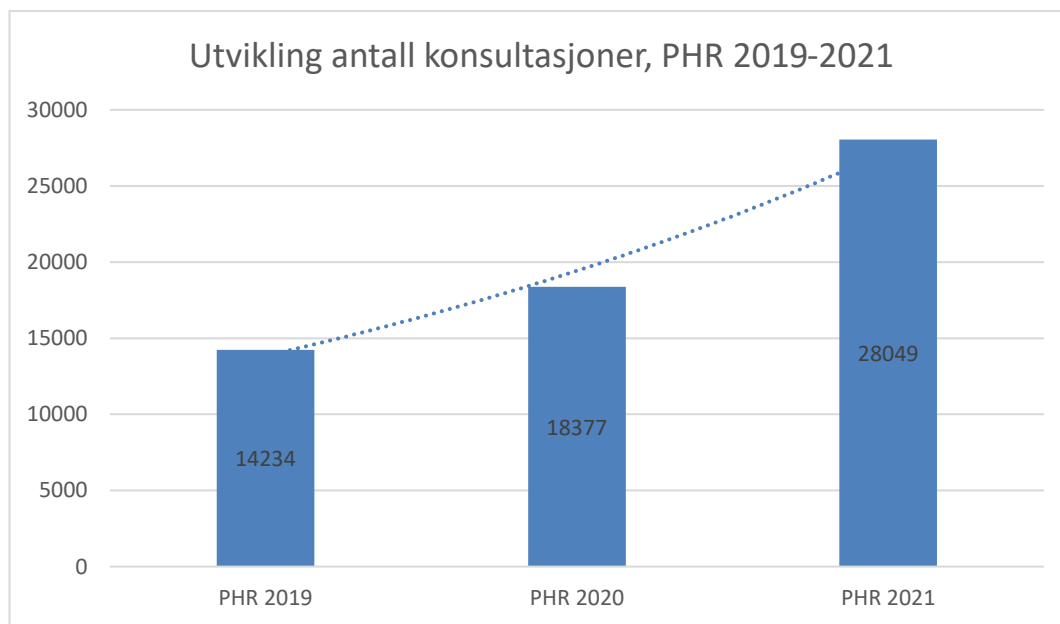
Avdeling/Antall	Pas ila 2019	Pas ila 2020	Team 1/2	Pas ila 2021	Team 1/2
FACT Asker	65	89		111	
FACT Bærum	41	174	105/65	170	85/85
FACT Drammen	77	86		112	76/36
FACT Kongsberg	43	56		64	62/2
FACT Ringerike	64	76	54/18	152	86/66
FACT Sikkerhet, Blakstad	1	4		16	
<b>Totalsum</b>	<b>291</b>	<b>477</b>		<b>625</b>	

Til sammenlikning finner vi i NKROP sin evalueringsrapport av syv team, at disse til sammen hadde inkludert totalt 402 pasienter etter 1 år og 620 pasienter etter 2 år. Variasjonen mellom teamene var imidlertid stor, fra 40 til 153 pasienter. I andre driftsår hadde FACT teamene i NKROP evalueringen i gjennomsnitt 66% (61-87%) av pasientene på tavlen ila ett år. Til sammenlikning hadde FACT teamene i VV HF et snitt på 81% i første driftsår og 68% i tredje driftsår.

Ved oppstart av FACT satsningen i VV sitt opptaksområde, ble det gjort beregninger basert på behov for FACT-tjenester i befolkningen og anbefalinger fra Helsedirektoratet og i FACT-håndboken. Målsettingen ble satt til at FACT-teamene i VV sitt område på sikt skulle gi tilbud til 1500 pasienter. FACT-håndboken var utviklet basert på Nederlandske forhold der denne behandlingsmodellen først ble utviklet. Videre ble det anbefalt at hver «case manager» burde ha en pasientportefølje eller «caseload» på 20-25 pasienter og at hvert team kunne gi tjenester til 200 til 300 pasienter. Underveis i perioden har VV sine team erfart at disse anslagene ikke var realistisk. Dette sammenfaller med erfaringer fra andre team i Norge, slik det er presentert i evalueringsrapporten fra NKROP i 2020. Dette gjenspeiler seg også retningslinjene i FACT Fidelity målingene, der optimal caseload er 10-15 pasienter per case manager.

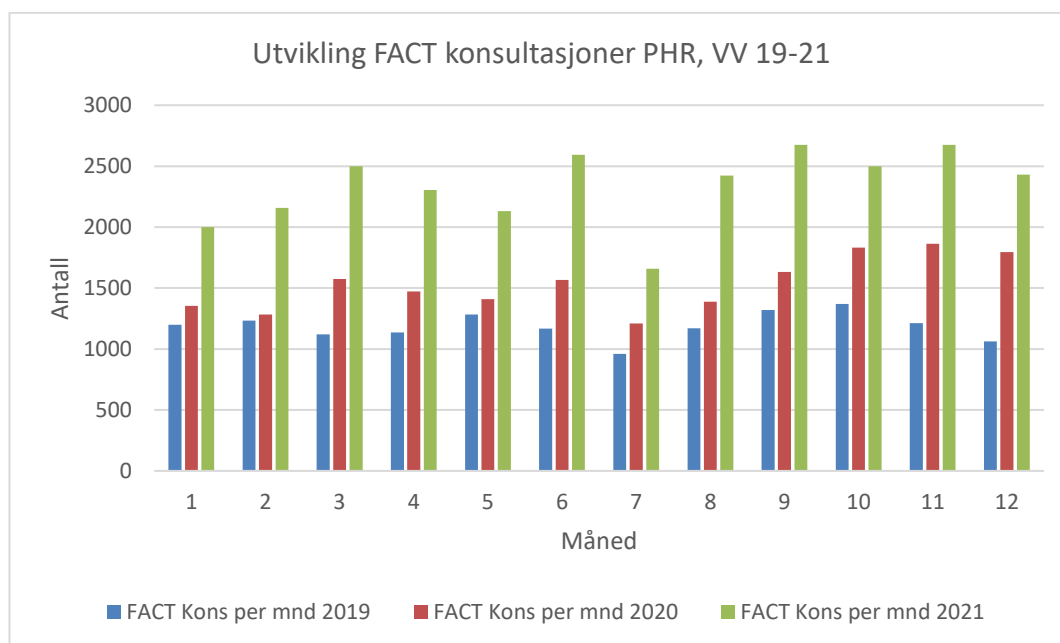
Målsettingen for FACT-satsningen i kommunene og VV er fortsatt tilbud til 1 500 pasienter. Fortsetter utviklingen slik den har gjort de siste tre år kan målsettingen nås i løpet av 2024.

Parallelt med økningen i antall pasienter har naturlig nok også den ambulante og polikliniske aktiviteten hatt en jevn økning.



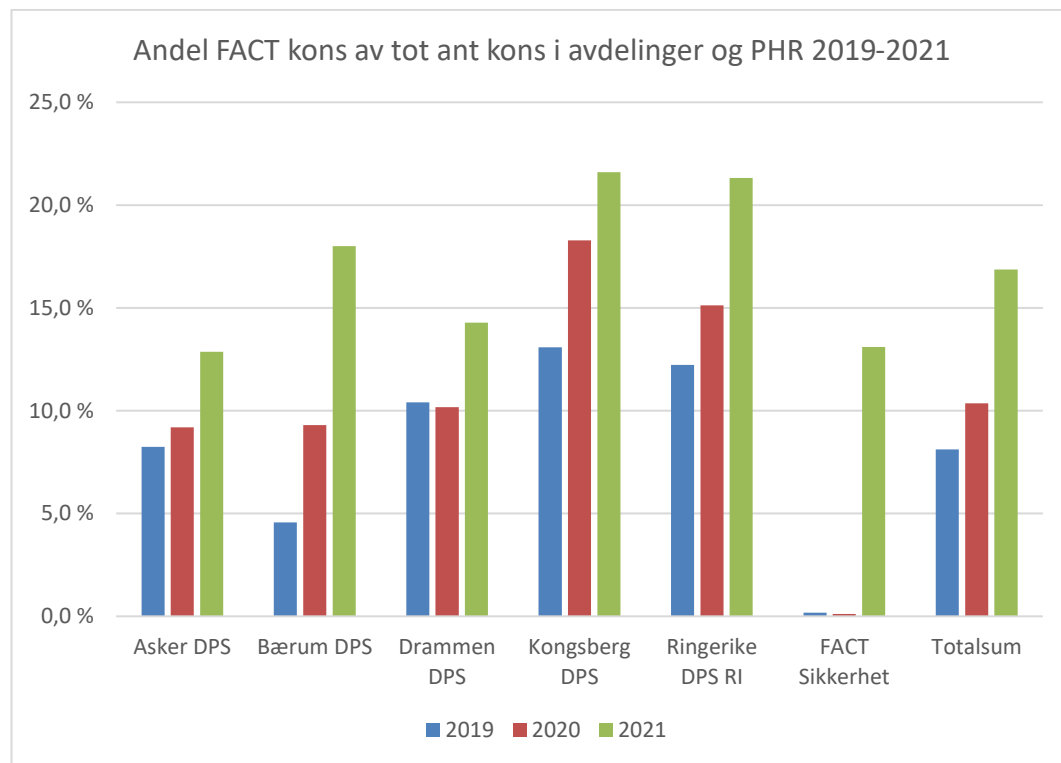
Figur 4 Utvikling i ambulante/poliklinisk konsultasjoner i FACT (Mer info se vedlegg 1)

På samme måte som antall pasienter har antall konsultasjoner doblet seg fra 14 234 i 2019 til 28 049 i 2021. Tallene her skiller ikke mellom ambulante og polikliniske konsultasjoner, men i rapportering fra teamene finner vi at cirka 80% av konsultasjonene er ambulante. I figur fem nedenfor, presenteres aktiviteten fordelt på måneder fra 2019 til og med 2021 for hele VV området. Det er naturlig nok noe variasjon i utviklingen knyttet til antall mellom de ulike DPS områdene, men trenden er den samme. Den parallelle økningen peker i retning av en ønsket utvikling og tyder på at mange i målgruppen nå får individuelt tilpasset behandling gjennom sammenhengende tjenester og spesialiserte tilbud i FACT. Den fullstendige oversikten for hvert enkelt team finnes i vedlegg 1.



Figur 5 Utvikling i ambulante/poliklinisk konsultasjoner for pasienter med ACT oppfølging i FACT (Mer info se vedlegg 1)

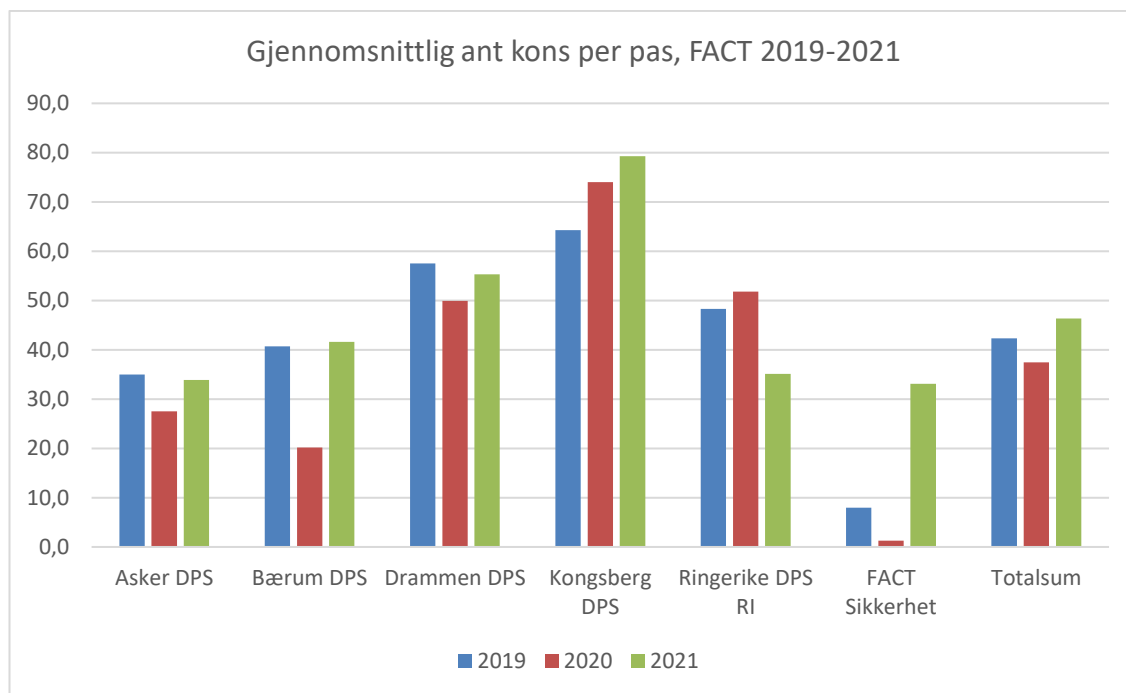
Som følge av økningen av antall pasienter med ACT oppfølging inkludert i FACT har også andelen av totalt antall konsultasjoner i PHR økt fra 8,1% i 2019 til 16,9% i 2021.



Figur 6 Utvikling i andel FACT konsultasjoner av totalt antall konsultasjoner i avdelinger og totalt i PHR (Mer info se vedlegg 1)

Figuren viser at antall konsultasjoner til pasienter i FACT teamene med ACT oppfølging utgjør 16,9 % av alle konsultasjoner i PHR i 2021. Utviklingen i andel FACT-konsultasjoner av de totale antall konsultasjoner er noe varierende i de ulike DPS områdene. Det har sammenheng med videreutvikling og etablering av nye team, men også, som man ser av figur 7 nedenfor, variasjon mellom teamene i forhold til gjennomsnittlig antall konsultasjoner per pasient.

Vi ser også en del ulikheter mellom teamene når det gjelder antall konsultasjoner per pasient i tidsperioden, men bare mindre variasjon i PHR totalt sett (fra 42,3 i 2019 til 46,4 i 2021).



Figur 7 Gjennomsnittlig antall konsultasjoner per pasient med ACT oppfølging fordelt på de ulike FACT teamene (Mer info se vedlegg 1)

Figuren viser at hver av FACT pasientene i 2021 fikk i snitt 41,6 konsultasjoner i FACT Bærum, mens de i Kongsberg fikk i snitt 79,3 konsultasjoner samme år. Variasjonen i antall konsultasjon per pasient mellom teamene er vanskelig å forklare. Både etablering av nye team og pandemi kan ha påvirket tallene, noe registreringsfeil og forskjellig praksis kan forekomme. Variasjonene kan også ha sammenheng med antall pasienter med behov for intensiv oppfølging. Ved nærmere analyser på individnivå finner vi at relativt få pasienter står for et så høyt antall konsultasjoner og antall innleggelses/antall liggedøgn at det gir utslag for tallene på avdelingsnivå.

For videre utvikling av teamene og andre tjenester både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten, bør det kanskje sees nærmere på behovene til disse relativt få pasientene.



## 6. Aktivitetsutvikling innleggelser og oppholdsdøgn

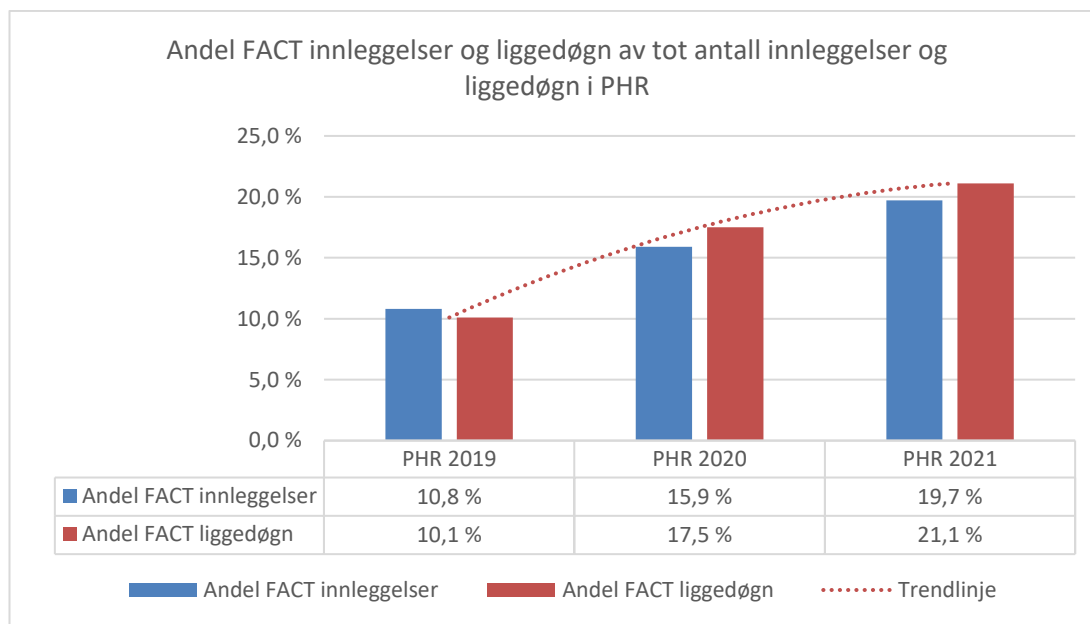
Hensikten med satsningen på FACT i VV området var å yte mer tilpassede tjenester til personer med alvorlig psykisk lidelse og funksjonsfall, for å fremme bedring og bidra til at personene kunne leve så godt som mulig med sine psykiske utfordringer. Dermed var det ønskelig å gi mer helse- og sosialtjenester og tettere oppfølging der personene bor, det vil si mindre døgnbehandling og mer poliklinisk og ambulant behandling. Et samfunnsøkonomisk motiv ligger også til grunn. En døgnplass i spesialisthelsetjenesten er ressurskrevende. Analyser forut for FACT-satsningen viste at omkring 5% av pasientene benyttet cirka 35% av den samlede døgnkapasiteten. En vesentlig andel av disse pasientene er innen målgruppen for FACT. Pasientene som får et FACT tilbud vil fortsatt ha behov for døgnbehandling, men vi har kunnskap om at mange ikke har samme behov for døgnbehandling hvis de får forebyggende, samordnet, tverrfaglig oppfølging og ambulant behandling.

I gjennomgangen av endringer i bruk av døgnbehandling totalt for pasienter som får ACT behandling i FACT nedenfor finner vi en økning i antall innleggelser fra 457 i 2019 til 683 i 2020 og videre til 863 i 2021 (slik som fremstilt i tabell 2 nedenfor). Dette sammenfaller med at antall pasienter med ACT oppfølging i FACT i 2019 var 291, økte til 477 i 2020 og videre til 625 i 2021. Gjennomsnittlig antall liggedøgn per pasient gikk derfor fra 26,7 i 2019 til 29,7 i 2021, dvs. en økning på 11%. Vi har også sett på gjennomsnittlig liggedøgn per opphold som viser en økning fra 17,0 i 2019 til 20,0 i 2020 og 21,5 i 2021. Mens antall opphold per pasient synker fra 1,57 i 2019 til 1,38 i 2021.

Tabell 2 Antall pasienter med ACT oppfølging, sum døgnopphold, gjennomsnittlig liggetid og antall opphold per pasient. (Mer info se vedlegg 1)

Lokasjon	Antall FACT pas	Sum døgnopphold	Gj.sn. liggedøgn per opph	Antall opph per pas
PHR 2019	291	457	17,0	1,57
PHR 2020	477	683	20,0	1,43
PHR 2021	625	863	21,5	1,38

For å vurdere endringer i døgnbehandling for FACT pasienter i forhold til utviklingen i døgnbehandling for pasienter i PHR generelt har vi også gjort en kartlegging av FACT pasientenes andel av innleggelser og liggedøgn. Som vi ser av figur 8 nedenfor stiger andelen døgnopphold tilknyttet FACT pasienter i tråd med økningen i antall pasienter inkludert i FACT.



Figur 8 Andel innleggelser og liggedøgn for pasienter med ACT oppfølging i FACT (Mer info se vedlegg 1)

Utviklingen i døgnbehandling for pasienter i FACT i VV området fra 2019-2021 viser at gjennomsnittlig antall innleggelser per pasient gikk ned fra 1,6 i 2019 til 1,4 i 2021. Antall oppholdsdøgn per pasient gikk derimot opp fra 26,7 i 2019 til 29,7 i 2021. Gjennomsnittlig liggetid per opphold viser en økning fra 17,0 i 2019 til 20,0 i 2020 og 21,5 i 2021. Vi kan derfor si at vi ser en positiv trend i perioden 2019-2021 for antall innleggelser per pasient som faller med 12,5%. Mens gjennomsnittlig liggetid og gjennomsnittlig antall oppholdsdøgn per pasient øker med henholdsvis 26,5% og 11%.

### 6.1. Vurdering av endring fra 24 mnd før til 24 mnd etter inklusjon i FACT

I et senere datauttrekk fra DIPS har vi gjort analyser av alle pasienter inkludert i 2019 med ACT oppfølging, N=292. Vi har på samme måte som i NKROP rapporten fra 2020 (referert ovenfor) identifisert antall konsultasjoner, innleggelser, liggedøgn og gjennomsnittlig liggetid, samt antall pasienter med tvangsvedtak for behandling med eller uten døgnopphold før opprettelse av FACT (dvs 2017 og 2018). Disse tallene er sammenliknet med perioden 24 mnd etter inklusjon i FACT (dvs 2020 og 2021). Dette gir oss både en mulighet for å vurdere effekten av inklusjon i FACT for disse pasientene og et sammenlikningsgrunnlag med resultatene i NK ROP rapporten og registerstudien fra Danmark (Munch Nielsen et.al. 2021, referert ovenfor).

Tabell 3 VV HF: FACT pasienter PHR inkludert i 2019, N=292. Endring fra 24 mnd før til 24 mnd etter inklusjon i FACT (Mer info se vedlegg 1)

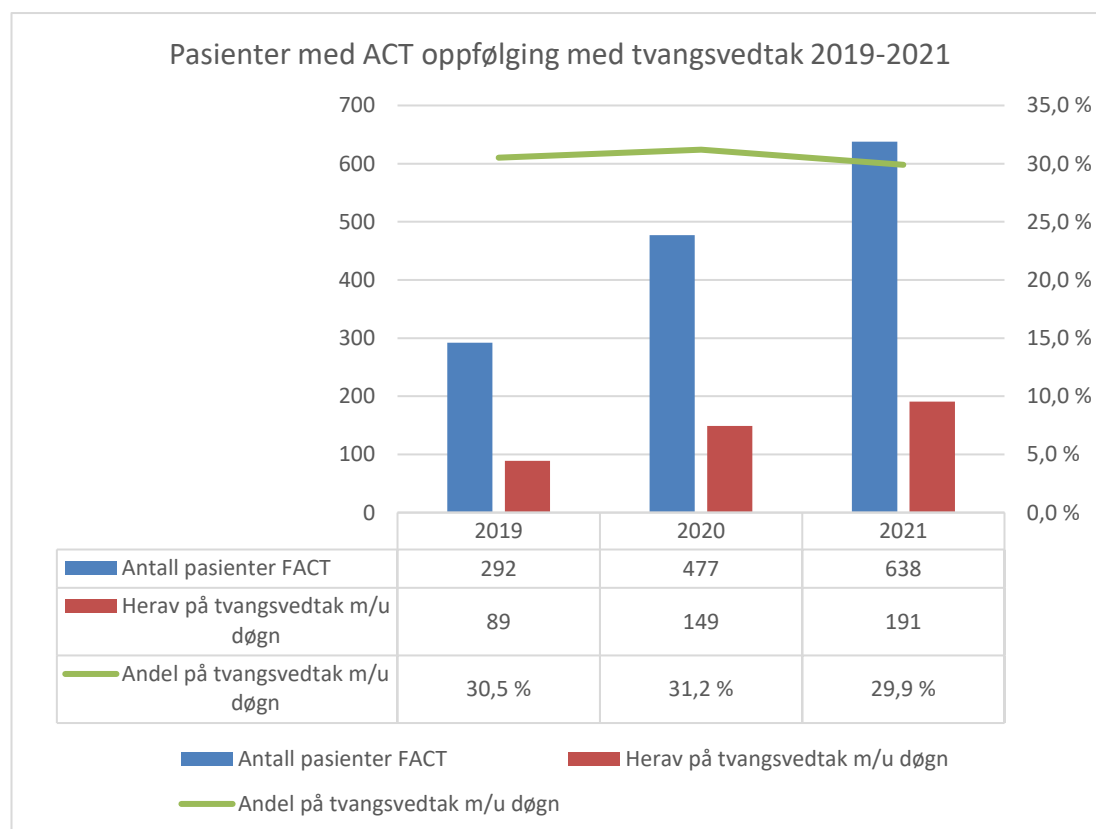
Reg pasienter med ACT oppfølging i FACT 2019, N=292	24 mnd før	24 mnd etter	Endring i %
Antall konsultasjoner	5545	9947	+79 %
Antall innleggelser	472	320	-32 %
Antall liggedøgn	11781	5651	-52 %
Gjennomsnittlig liggetid	25	17,3	-31 %
Antall pasienter på tvang med og uten døgnopphold	85	55,5	-35 %

For FACT i VV området er denne utviklingen positiv og i høy grad i overensstemmelse med de oppsatte målsetningene. I registerstudien fra Danmark (N= 1774/260) fant de i løpet av en periode på 30 mnd en nedgang i antall opphold, men ingen nedgang i antall liggedøgn eller bruk av tvang. I NKROP evalueringen (N=370) fant de derimot en reduksjon på 33% i antall liggedøgn, men lite nedgang i antall innleggelser. I VV området finner vi altså en betydelig nedgang både i antall innleggelser og antall liggedøgn. I NKROP rapporten var gjennomsnittlig liggetid i perioden før inntak i FACT 59,7 døgn og 40,3 etter. Tilsvarende tall for VV området er som vist i tabell 3 ovenfor 25 og 17,3. I NKROP rapporten var gjennomsnittlig antall innleggelser per pasient i perioden 24 mnd før inklusjon var 1,83 og 24 mnd etter 1,67 (dvs. en reduksjon på 0,16). I VV var til sammenlikning gjennomsnittlig antall innleggelser per pasient i perioden 24 mnd før inklusjon 1,62 og 24 mnd etter 1,09 (reduksjon på 0,53). I NKROP rapporten ble det utelukkende fokusert på endring i døgnopphold med tvang og det ble funnet en reduksjon fra 24 mnd før til 24 mnd etter på 40%. I VV området har vi imidlertid hatt en målsetning om reduksjon i bruk av all tvang, dvs. både i tvang med og uten døgn, og finner til sammenlikning en nedgang på 35% i perioden.

Til forskjell fra NKROP rapporten, som er basert på et anonymisert datagrunnlag, har vi i vårt datauttrekk mulighet til å følge enkeltpasienter gjennom hele forløpet. Vi har derfor også gjort innledende analyser av longitudinelle data der vi følger pasienter med registrert døgnopphold i spesialisthelsetjenesten over to og tre år for å se på endringer på individnivå og eventuelle forskjeller mellom FACT-teamene i Kongsberg og Ringerike (rurale) og FACT-teamene i Asker, Bærum og Drammen (urbane). Analysene av de longitudinelle dataene på individnivå bekrefter nedgang i antall liggedøgn, men ikke en signifikant nedgang i antall innleggelser (fra 2020 til 2021). I analysene av «rurale» og «urbane» team finner vi færre antall liggedøgn, men høyere antall innleggelser for pasientene i de «rurale» teamene, forskjellene er imidlertid ikke signifikante. Det bemerkes likevel at avstanden til Blakstad sykehus er betydelig lengre for de to «rurale» teamene og at de derfor i større grad benytter DPS døgnbehandling, der det tradisjonelt er kortere liggetid.

## 7. Pasienter registrert med tvangsvedtak §3-2 og 3-3

Å redusere bruk av tvang er både et faglig og politisk mål. Tidligere evalueringer og studier har vist at organisering av tjenestene i FACT bidrar til redusert bruk av tvangsinnleggelse. I PHR er målsetningen å redusere antall tvangsinnleggelse og redusere antall pasienter på tvangsvedtak uten døgnbehandling. I vårt datamaterialet inngår ikke antall tvangsinnleggelse, kun antall pasienter med tvangsvedtak. I NKROP rapporten er det imidlertid fokusert på nedgang i liggedøgn med tvang og ikke antall pasienter med tvangsvedtak. Resultatene er derfor ikke direkte sammenliknbare.



Figur 9 Antall og andel pasienter med ACT oppfølging i FACT med tvangsvedtak §3-2 og 3-3 (Mer info se vedlegg 1)

I figur 9 ser vi en parallell og jevn økning mellom antall pasienter med ACT oppfølging inkludert i FACT og antall pasienter med tvangsvedtak med og uten døgnbehandling fra 2019-2021. Samtidig ser vi en svak, men positiv utvikling i andelen pasienter som er på tvang (2019: 30,5%, 2020: 31,2% og 2021: 29,9%). En viktig opplysning er at FACT Sikkerhet kom inn i statistikken med 16 pasienter i 2021. Dersom vi holder disse utenfor finner vi en relativ nedgang på 12,2% i antall pasienter på tvang.

Det bør vurderes å undersøke nærmere endringer i antall liggedøgn på gruppenivå, og hvilken betydning slike endringer har for praksis i teamene og for fremtidig utvikling av kommunale tjenester.

## 8. Modelltrofasthet – FACT fidelitymålinger

FACT Fidelity (trohet til modellen) er en omfattende vurdering av FACT-teamets praksis og arbeidsmetoder sett i forhold til modellen. Fidelity vurderingene er gjennomført av to eksterne fagpersoner.

Fidelitymålingen omfatter 60 punkter fordelt på syv delområder. Det gis skår for hvert delområde og en totalskår (FACT Fidelity sumskåre). Det skåres fra 1 til 5 og ut fra sumskåre vurderes 1,0–3,0 som *ikke godkjent modelltrofasthet*, 3,1-3,3 som *moderat modelltrofasthet*, 3,4-4,0 som *tilfredsstillende modelltrofasthet* og 4,1-5,0 som *meget bra modelltrofasthet*. For å få en godkjent sertifisering kreves 3,4 eller høyere. Målingen omfatter:

1. Observasjon og analyse av FACT tavlemøte
2. Observasjon og analyse av behandlingsmøte
3. Intervju med teamleder og behandlingsansvarlig lege og psykolog
4. To gruppeintervjuer med ansatte i teamet
5. Gjennomgang og analyser av 6 tilfeldig utvalgte behandlingsplaner
6. Spørreskjema fylt ut i forkant av møter/intervjuer som omfatter;
  - a. Informasjon om og organisering i teamet
  - b. Informasjon om kompetanse i teamet
  - c. Antall brukere, rekruttering og utskrivning
  - d. Opplysninger fra siste 10 sykehusinnleggelses og utskrivninger
  - e. Tilgjengelig tjenester i teamet og omfang av intervensjoner
  - f. Omfang av lokalbaserte tjenester, ambulerende og samhandling
  - g. Gjennomgang av 5 utvalgte journaler – vurdering av omforent caseload, kontaktfrekvens, oppsøkende kontakt, kontakt med brukers nettverk, behandlingsplan, mestringsplan, rehabiliteringsmål og bruk av strukturerte kartlegginger (ROM)

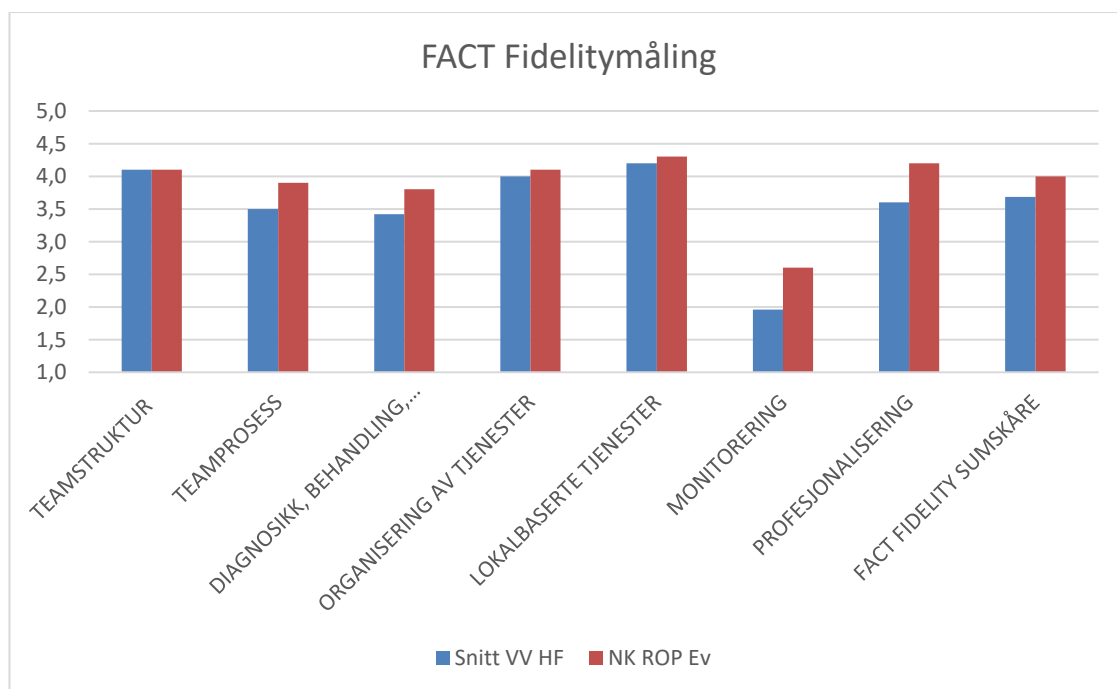
Tabell 4 Fidelitymålinger, delskårer og sumskår, FACT Fidelity VV (Mer info se vedlegg 2, Fidelitymålinger)

FIDELITY SKÅRINGSOMRÅDER (gjennomsnitt)	Asker	Bærum1	Drammen1	Kongsberg1	Ringerike	Snitt VV	NKROP Ev
TEAMSTRUKTUR	3,9	4,2	4,6	3,8	3,9	4,1	4,1
TEAMPROSESS	4,2	3,5	3,6	3,5	2,8	3,5	3,9
DIAGNOSIKK, BEHANDLING, INTERVENSJONER	3,6	3,3	3,5	3,3	3,1	3,4	3,8
ORGANISERING AV TJENESTER	4,1	3,6	4,1	4	4,4	4,0	4,1
LOKALBASERTE TJENESTER	4,6	4,2	4,4	4,2	3,6	4,2	4,3
MONITORERING	2,3	2,3	2,3	1,7	1,3	2,0	2,6
PROFESJONALISERING	4,6	4	4	2,4	3	3,6	4,2
<b>FACT FIDELITY SUMSKÅRE</b>	<b>3,9</b>	<b>3,6</b>	<b>3,9</b>	<b>3,5</b>	<b>3,4</b>	<b>3,7</b>	<b>4</b>

Alle teamene hadde på vurderingstidspunktet vært i drift 24 måneder eller mer. Den primære hensikt med fidelitymålingen er å gi et grunnlag for kvalitetsforbedring for hvert team. Alle team har etter målingene valgt områder for forbedring og bevaring.

Ser vi nærmere på delskåren «Teamstruktur» så skårer teamene høyt for bemanning og relevant kompetanse. Delskåren «Teamprosess» viser høy skåre på behandlingsplan, tavlemøter (deltakelse og frekvens) og teamlederfunksjonen. Delområdet «Diagnostikk, behandling, intervensjoner» viser høye skårer for flerfaglige praktiske behandlingstilnærminger, medisiner, kognitiv atferdsterapi, psykoedukasjon og somatisk oppfølging. «Organisering av tjenester» har høye skårer for bruk av inklusjonskriterier, planlegging og oppfølging etter utskrivelse, og toppskår for ingen venteliste og ingen drop out. Under delområdet «Lokalbaserte tjenester» skårer alle teamene svært høyt på ambulering (80% av konsultasjonene gjennomføres ambulant), metoder for oppsøkende tjenester og samarbeid med andre instanser. Til slutt under «Profesjonalisering» finner vi høy skåre på fokus på recoverybaserte tjenester, etablert teamånd og refleksjon over egen praksis. Det er ett område som skiller seg ut med lave skårer, det er «monitorering» som handler om bruk av rutinemessig systematisk kartlegging av pasientenes tilstand. I tillegg ser det ut til å være utfordringer med tilgang på brukerstyrte senger.

Slik det fremgår av tabellen skårer alle teamene i den øvre delen av skalaen. Dette på tross av ulik organisering av teamene, hvor Kongsberg og Ringerike har en såkalt «rural organisering». De har dermed ikke kommunale tjenester representert ved kommunalt ansatte i teamene. Alle teamene fyller fidelityskalaens krav til tilfredsstillende modelltrofasthet og ville blitt godkjent ved en eventuell sertifisering. Sammenliknet med NKROP sin evaluering av syv team i 2020 har teamene i VV området generelt noe lavere skåre enn teamene som der ble vurdert.



Figur 10 FACT Fidelity VV – NKROP (Mer info se vedlegg 2, FACT Fidelity)

FACT-teamene i VV og de syv som ble undersøkt i NKROP studien svarer tilnærmet likt på de fleste områdene. Forskjellen i delskåren «Monitorering» ser ut til å være forårsaket av at ett team i NKROP studien hadde rutiner for rutinemessige kartlegginger av pasienter og fikk delskåre 4,7.

Særlig positivt er imidlertid delområdet «Lokalbaserte tjenester» der alle teamene skårer høyt på måloppnåelse. Teamene fikk toppskår for at ingen team har venteliste og ingen registrerte drop out. I evalueringen fra NKROP i 2020 betegnes gjennomsnittlig drop out på 4% i året som svært positivt. God måloppnåelse i begge punkter kan forstås som at samhandlingen fungerer og gir kontinuitet for pasientene.

Vi anbefaler at teamene fortsetter med fidelitymålinger fordi det gir nyttig informasjon for bevaring og forbedring av praksis. I tillegg bør rutinemessig kartlegging av pasientenes tilstand innføres i CheckWare. Slik kan praksis forbedres når det gjelder monitorering og strukturert kartlegging av pasientene.

## 9. Erfaringer fra samarbeidspartnere

Det har i perioden ikke blitt gjennomført noen samlet strukturert kartlegging av erfaringer fra samarbeidsparter med mulighet for aggregering og analyser. Vi gjenfinner imidlertid beskrivelse og vurdering av samhandling med andre aktører i de årlige rapporteringene fra 2019 til 2021. Det ser ut til å være enighet om betydning av samhandling og at det fokuseres i teamenes arbeid. Samhandlingen beskrives som god og avgjørende for å tilby helhetlige og gode tjenester. Eksempler på parter i samhandling er fastleger, NAV, IPS, kommunale bolig-, helse- og sosialtjenester, nabolag, frivillige organisasjoner, skoler og politi. I tillegg har det blitt gjennomført egne evalueringer ved FACT Asker, FACT Drammen og FACT Ringerike.

### 9.1. Evaluering ved FACT Asker

En arbeidsgruppe med deltakere både fra Asker kommune og PHR gjennomførte en lokal evaluering av FACT Asker med hensikt å se på nytteverdi av FACT teamet. Arbeidsgruppen besto av Elin Skoglund, Lise Størkersen, Elin Kufås, Pernille Fjørtoft, Anne Grete Westly, Aasmund Ørbeck-Nilssen og Bodil Juul. Det ble gjennomført intervju med ansatte i kommunen, en bruker og teamleder, spørreundersøkelser til teamansatte og samarbeidende virksomheter, og noen registerdata ble innhentet. Rapporten ble sluttført desember 2021.

Rapporten viser at FACT teamet oppleves som et tilgjengelig tilbud med tverrfaglig kompetanse. Dette gir tilgang til mer individtilpassede tjenester for pasienter med de største behovene, noe som kommer både pasienter, pårørende og samarbeidspartnere til gode. Det fremheves at samarbeid og samhandling rundt innleggelse og utskrivinger fra døgnopphold på Blakstad sykehus fungerer bedre. Teamet har bidratt til reduksjon i innleggelse og lykkes med å etablere kontakt med pasienter som ikke tidligere har mottatt tjenester. Kommunale tjenester rapporterer samtidig utfordringer knyttet til behov for tilgjengelighet i henvisningsprosess, inklusjonskriterier, og overganger særlig knyttet til motivasjonsfase og oppstart. Rapporten inneholder også forslag til videre utvikling av samarbeidet mellom FACT og kommunale tjenester. For nærmere beskrivelser se vedlegg 3 Evalueringsrapport FACT Asker. Det bemerkes at «registerdata» i rapporten ble basert på foreløpige funn som nå er revidert, korrekte tall finnes i vedlegg 1.

I rapporten refereres det også til intervjuer med brukere som fremhever positive erfaringer med den fleksible måten teamet jobber på, de praktiske tjenestene de yter, arbeidet med mestringsplan, familiearbeidet, god kjennskap til kommunale tjenester og koordinering av helhetlig oppfølging. De opplever det som trygt å ha faste kontaktpersoner i teamet både i hverdag, ved innleggelse, i ferier og permisjoner. Men flere etterlyser brukerstyrt seng på DPS.

### 9.2. Evaluering ved FACT Drammen

Evalueringen av FACT Drammen ble gjennomført høsten 2021 for å innhente informasjon i forbindelse med overgang fra prosjektfinansiering til drift. En spørreundersøkelse ble organisert av seksjonsleder Marie K Rustadbakken, Drammen DPS og gjennomført blant ansatte i teamet, ledere, tillitsvalgte og verneombud. De ansatte fremhever særlig teamorganiseringen og samarbeidet mellom kommune og DPS. Samtidig peker de på utfordringer med andre samarbeidspartnere i kommunen og i helseforetaket. Ledergruppen i DDPS, tillitsvalgte og verneombud trekker fram engasjement og samarbeid, tilgjengelighet, ivaretagelse av tvunget psykisk helsevern, fleksibilitet, teamorganiseringen og tverrfaglighet som særlig positivt. Flere ønsker



imidlertid større klarhet om målgruppe, tydelighet i behandlingsplan, mer involvering i planlegging av avslutning og at det fokuseres på behovet for lege og psykologspesialist.

### 9.3. Evaluering FACT Ringerike

Evalueringen av FACT Ringerike ble gjennomført høsten 2020 for å belyse erfaringer kommunene Ringerike, Hole, Jevnaker, Krødsherad, Modum og Sigdal har gjort seg underveis i prosjektet og for å danne et beslutningsgrunnlag ved overgang til drift. Det ble gjennomført en spørreundersøkelse til de involverte kommunene. Evalueringen ble organisert av daværende samhandlingskoordinator Cecilie P Øyen og fokuserte på inklusjonskriterier, likeverdighet i tjenester uavhengig av geografi, samhandling, og utfordringer ved overgang til drift. Kommunene opplever i stor grad likeverdighet i tjenestetilbudet sett i forhold til geografi og FACT teamet blir opplevd som en trygg samarbeidspartner. Dette bidrar til bedring av funksjonsnivå og livskvalitet for pasienter med komplekse utfordringer, slik at de kan bo hjemme. FACT har gitt reduksjon i akutte innleggelser, samtidig som det kan gi noen utfordringer knyttet til mangel på kommunale døgnplasser. Kommunene synes å være spesielt fornøyd med teamets tilgjengelighet, veiledning og spesialistkompetanse, men opplever variasjon i forhold til inntak og ønsker seg en diskusjon om målgruppen, særlig knyttet til krevende brukere med personlighetsforstyrrelse. Kommunene mener at tjenestemottakere har fått et langt bedre tilbud, de er fornøyd med organisering av FACT Ringerike og anbefaler på det sterkeste at kommunene og spesialisthelsetjenesten prioriterer dette videre.

## 10. Erfaringer fra teamansatte

I løpet av prosjektperioden er det blant annet samlet erfaringer fra teamansatte gjennom Fidelitymålingen rapportert ovenfor. Under punkt 60 «Teamånd» vurderes følgende faktorer på en skala fra 1-5; «God stemning i teamet» (hyggelig, omgjengelig, avstresset), «Samhold i teamet» (støttende, engasjerende og involverende), «Felles filosofi» (enighet om arbeidsmetoder og målsetting for teamet), «Teamet satser på kvalitet og innovasjon» og «Færre enn 20 % av teammedlemmene viser tegn til utbrenthet». Her skårer tre av teamene fem og to team skårer fire.

I tillegg ble det høsten 2021 gjennomført en spørreundersøkelse «Evaluering av FACT som driftsmodell» basert på spørreundersøkelsen i evalueringen gjennomført ved FACT Drammen. Undersøkelsen ble sendt alle teamansatte i syv FACT team og hadde en total svarprosent på 59. Alle teamene har hver for seg fått tilsendt resultatoppsummeringen som anses som en viktig kilde til lokale forbedrings og bevaringsområder for organisasjon, samarbeid og samhandling.

## 11. Pårørendesamarbeid

I en satsning for å styrke det systematiske samarbeidet med pårørende og andre i pasientens nettverk ble alle DPSene i PHR med i forsknings- og forbedringsprosjektet Bedre pårørendesamarbeid (BPS) høsten 2018. Pårørendesamarbeid er en sentral del av selve FACT-modellen og dette forbedringsarbeidet er derfor spesielt aktuelt for FACT-teamene. Hovedmålet er å bedre samarbeidet mellom pårørende, pasienter og helsepersonell, og slik bedre den psykososiale helsen til pasienter og pårørende, og kvaliteten på tjenestene. Familiearbeidet utføres gjennom metoden psykoedukativt familiesamarbeid (PEF). Målgruppen er primært pasienter med psykoseproblematikk, disse inngår i målgruppen for FACT og dermed aktualiseres PEF metoden.

BPS prosjektet er en cluster randomisert kontrollert studie finansiert av Norges Forskningsråd, ledet av Reidar Pedersen ved Senter for medisinsk etikk, UiO. Samarbeidspartnere er Vestre Viken, Ahus, OsloMet, TIPS Sør-Øst og deltagende DPSer. Ved randomisering av de 15 deltagende enhetene kom Ringerike DPS (RDPS) med FACT teamet i intervensjonsgruppen, mens de øvrige 4 DPSer havnet i kontrollgruppen. I praksis betydde dette at kun Ringerike FACT fikk implementeringsstøtte fra BPS prosjektet i intervensjonsperioden mars 2019 til oktober 2020 til å forbedre sitt pårørendesamarbeid. De andre DPSene får nå samme tilbud om støtte til implementering etter at intervensjonsperioden er avsluttet.

Sentrale forskningsspørsmål er knyttet til om systematisk forbedringsarbeid gir økt grad av pårørendesamarbeid ved DPSene målt ved fidelitymålinger, og om forbedringsarbeidet kan ha hatt betydning for pasienter og pårørende sin psykososiale helse, funksjon og livskvalitet.

For Ringerike DPS medførte forbedringsarbeidet markante endringer gjennom de 4 fidelitymålingene fra baseline i 2018 til siste måling i 2020. Det var en betydelig økning på skalaer som målte implementeringsgrad av de nasjonale retningslinjene for pårørendesamarbeid. Fullstendig presentasjon av resultatene fra fidelitymålingene ved alle 15 deltakerenheter i BPS prosjektet vil bli publisert ila 2022. Analyser knyttet til spørsmål 2 er pågående og første publisasjon er planlagt ila 2023.

Av hensyn rettighetsvern knyttet til publisering i vitenskapelige tidsskrifter vil ikke resultatene fra dette prosjektet blitt tatt med i sammenliknede analyser før eventuelt etter en publisering. Linker til de to allerede publiserte studiene:

[Implementation of guidelines on family involvement for persons with psychotic disorders in community mental health centers \(IFIP\): protocol for a cluster randomized controlled trial - PubMed \(nih.gov\)](#)

[Family involvement practices for persons with psychotic disorders in community mental health centres - a cross-sectional fidelity-based study - PubMed \(nih.gov\)](#)

## 12. Nettverk for erfaringsspesialister i FACT

Alle FACT team i VV området har i tråd med FACT håndboken ansatt en erfaringsspesialist og nettverk for erfaringsspesialister ble etablert våren 2020. Hensikten med nettverket er å skape et felleskap for deling av erfaringer fra å jobbe som brukerspesialist.

Erfaringsspesialist-rollen var ny for mange. I nettverket har vi derfor hatt fokus på utvikling, bevisstgjøring av rollens praktiske innhold og bidrag til forbedringer basert på erfaringsspesialistenes perspektiv. Nettverket er åpent, slik at nyansatt eller erfaringsspesialister i nye team ønskes velkommen inn. Totalt har nettverket avholdt 7 møter i 2020, 8 møter i 2021 og 5 møter hittil i 2022. Flere av møtene har vært avholdt digital på grunn av smittevernregler. I denne perioden har nettverket blant annet jobbet med:

- Å få frem innhold i de forskjellige deltakernes arbeidshverdag med henblikk på likheter og forskjeller i utøvelse av rollen i de forskjellige teamene.
- Å strukturert beskrive hver enkelt sin kompetanse med henblikk på å gjøre spesifikk kompetanse tilgjengelig ved behov. Dermed kan en erfaringsspesialist be en annen om støtte ved behov for kompetanse knyttet til for eksempel bruk av tjenester innen TSB, barnevern, erfaringer fra å være pårørende eller å leve med en spesifikk lidelse.
- Å lage en beskrivelse av rollen til bruk i en brosjyre og for informasjon på intranett.
- Å foreslå navneendring på rollen fra brukerspesialist til erfaringsspesialist. Dette ble godkjent av styringsgruppen for FACT-satsningen 9.12.2021.
- Å utvikle nettverket til å bli et forum for strukturert deling av erfaringer (suksessfulle og utfordrende) fra den praktiske hverdagen, i den hensikt å utvikle sin kompetanse gjennom hverandres erfaringer.
- Å utvikle nettverket til å bli en arena for veiledning og støtte, både med tanke på rollen som erfaringsspesialist, men også knyttet til mer spesifikke utfordrende hendelser i arbeidshverdagen.
- Å øve på møteledelse.

Nettverket har siden oppstart vært ledet av konstituert avdelingsjef FoU, Nina Helen Mjøsund frem til februar 2022. Møtene har den siste tiden vært ledet på rundgang blant deltakerne. Innkalling, referat og annen tilrettelegging gjøres nå av spesialkonsulent, adm. Mari Dahl Røilid fra FoU-avdelingen, sammen med forsker Monica Strand, under veiledning av Nina Helen Mjøsund og spesialrådgiver Bodil Juul i innsatsteamet for FACT-satsningen.

Det anbefales å vurdere videre utvikling av nettverket og etablere felles samlinger med erfaringskonsulenter ansatt i kommuner.

### 13. Levevaner med fokus på mental sunnhet

Forsknings og fagutviklingsprosjektet (FACT-FoF): Levevaner med fokus på mental sunnhet er et samarbeidsprosjekt mellom og FACT-teamet ved Drammen DPS og FoU. Det startet i 2018 for å utvikle, prøve ut og evaluere tiltak og samarbeidsformer med pasienter og pårørende for å kunne tilby tilpassende, aktuelle og virksomme helsetjenester. Hensikten var å understøtte FACT-teamets fokus på pasientenes bedringsprosesser, tilfriskning og livsmestring. Dette sammenfalt med Helsedirektoratets satsning i 2019 på pakkeforløp også for pasienter i psykisk helsevern. Somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer er et av pakkeforløpene som gjelder for pasientene i FACT-teamene.

Forventet levealder er 15 – 20 år lavere for personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer sammenlignet med resten av befolkningen. Dette henger ofte sammen med livsstil og pasienter i FACT-teamets målgruppe er i en situasjon og kan ha levevaner som kan ses i sammenheng med tidlig død. Med bakgrunn i denne kunnskapen ønsket vi i prosjektet å utvikle tilpassede, praktiske og nyttige behandlingstilnæringer som kan påvirke og endre levevaner.

ABC for mental sunnhet er en strategi for å fremme og styrke psykisk helse (Norsk nettverk for helsefremmende sykehus og helsetjenester, 2019). ABC (Act, Belong, Commit) – prinsippene handler om å gjøre noe aktivt, gjøre det sammen og gjøre noe som oppleves meningsfullt. Tilnærmingen har vist seg å styrke personer med psykiske lidelser til å ta egne skritt for å bedre sin mentale helse. ABC-aktiviteter må tilrettelegges for det enkelte mennesket eller gruppe, tilpasses deres situasjon i den sammenhengen hvor de lever sine liv.

I prosjektet har man benyttet forskningsmetoden deltakende aksjonsforskning (Participatory Action Research, PAR) (Bradbury & Reason, 2008), fordi metoden legger til rette for at forskningen skal kobles tett sammen med praksis og forskerne inngår i gjensidig samhandling med deltakerne i deres virkelige liv. En prosjektgruppe ble etablert med fire teammedlemmer; Geir Fagervik, Ida Kristin Svanem, Unni Winther og Rigmor Anita Finding, samt Agnete Wiersholm og prosjektleder Nina Helen Mjøsund fra FoU.

FACT-teamet i Drammen har gjennomført en pilot med aktiviteter utformet etter ABC-prinsippene. Gjennom sommeren og høsten 2019 planla, organiserte og gjennomførte teamet flere tilbud med fellesaktiviteter i Drammen og omegn for pasienter og ansatte. Eksempler på aktiviteter er felles fisketur, fotosafari til friluftsområde, badetur, gåtur med innlagt lunsj i friluftsområde.

Ansatte i teamet har deltatt i et fokusgruppeintervju der erfaringene fra pilotaktivitetene ble undersøkt. Teammedlemmer opplevde at aktivitetene var av betydning og ønsket fortsatt å inkludere ABC i teamets aktiviteter. Så kom nedstengingen i forbindelse med Covid pandemien. Teamet skulle også flytte og prosjektet ble derfor satt på vent.

## 14. FACT Sikkerhet

Sammenfatningen er basert på «Statusrapport FACT Sikkerhet» og dialog med teamleder Asgeir Johnsen og prosjektleder Hanna Mantila. FACT Sikkerhet i PHR er et pilotprosjekt der den primære målsetningen er å styrke spesialisthelsetjenestens og sykehusets mandat til å ivareta samfunnsvernet for å hindre drap og voldelige handlinger begått av mennesker med en alvorlig psykisk lidelse. FACT Sikkerhet følger opp pasienter som er dømt til behandling i henhold til Psykisk helsevernloven kap. 5. FACT Sikkerhet skal bidra til å hindre at pasienter begår voldshandlinger grunnet mangelfull kompetanse hos lokalt helsepersonell eller fordi det har vært fravær av nødvendige helsetjenester etter utskrivelse fra sykehus. Den sekundære målsetningen er at behandlingstilbudet i FACT Sikkerhet bidrar til at pasientgruppen opplever økt autonomi og høyere livskvalitet. Teamet har per i dag 5,5 stillinger fordelt på psykolog, psykiater, sosionom, vernepleier, sykepleier og prosjektleder.

FACT Sikkerhet gir tverrfaglige tjenester til egen pasientportefølje og har behandlingsansvar for disse i en behovsprøvd periode etter utskrivelse fra sykehus. I denne perioden monitorerer FACT Sikkerhet de aktuelle pasienter ut fra tanken om tidlig intervensjon og eventuell reinnleggelse knyttet til forverring av psykisk helsetilstand og økt voldrisiko. Monitorering skjer gjennom polikliniske samtaler med behandlere, ambulerende virksomhet fra miljøterapeuter, hyppige rustester og veiledning av lokalt personell i vurdering av tidlige tegn. Sentralt er bruk av voldsrisikovurdering og ERM-plan (Early Recognition Method).

FACT Sikkerhet gir i tillegg veiledning og konsultative tjenester til FACT-teamene lokalt og kommunale bo- eller behandlingssenheter i forhold til målgruppepasienter utenfor egen portefølje.

Voldsrisikovurdering av pasienter utenfor sykehuset med et utfordrende diagnostisk symptombilde med samtidig voldsproblematikk er krevende, og det krever tidvis mye ressurser. Dersom man lykkes er imidlertid gevinsten stor både for pasient og behandlingssenheter. I en sammenliknede vurdering 6 måneder før og etter inklusjon i FACT Sikkerhet av to pasienter, som tidligere hyppig hadde mottatt helsetjenester fra sykehusets mottaks-, akutt-, og langtidsseksjoner gjennom mange år, ble det funnet en nedgang fra 19 til 9 innleggelser, og i samme periode en reduksjon på 49 antall døgn innlagt.

I FACT Sikkerhet gjenspeiles fleksibiliteten i behandlingstilbudet gjennom grad av intensivitet i oppfølgingen av målgruppepasientene. Teamet har definert fire nivåer på tavlen. Evaluering etter ca. et års drift har vist at differensieringen av innsats pr. pasient har gitt rett fordeling av ressurser og forventede resultater hos flere av mottakerne av høy-intensiv oppfølging. Etter første driftsår er ingen alvorlige voldelige handlinger begått av pasienter innskrevet i FACT-Sikkerhet, og samfunnsvernet anses derfor som ivaretatt.

Det bør vurderes en strukturert evaluering og vurdering av tilgjengelighet for FACT Sikkerhet.

## 15. Sluttrapportering FACT Forskningsevaluering

I forbindelse med tildelingen av prosjektmidler til FACT sommeren 2018 ble det planlagt at prosjektperioden skulle evalueres gjennom Fidelitymålinger, monitorering av aktivitet og en samtykkebasert forskningsevaluering. Kristin Tafjord Lærum var prosjekteier, mens Bror Just Andersen ble tildelt rollen som prosjektleder for forskningsevalueringen, men måtte omprioriteres til andre oppgaver i 2018 og 2019. I mars 2020 ble det igjen blåst liv i prosjektet og det ble arbeidet med utvikling av teoretisk ramme og samtykkeskjema, valg av formålstjenlig design, operasjonelle variabler, kartleggingsverktøy og oppsett for datainnsamling. Høsten 2020 ble det nedsatt en arbeidsgruppe med representanter fra FoU avdelingen og Klinikkstab som jobbet frem operasjonalisering og endelig organisering av den samtykkebaserte forskningsevalueringen. Oktober 2020 ble Monica Aas ble ansatt i stilling som forsker og prosjektkoordinator. Planlagt oppstart av inklusjon var trinnavis i løpet av første kvartal 2021, under forutsetning av at kartleggingspakken ble klargjort for utsendelse via CheckWare (CW). Planlagt slutføring for prosjektet var desember 2023.

Våren 2021 ble det utviklet et bredt samtykke, vi hadde dialog med alle teamene og brukere om valg av kartlegginger. Protokoll for forskningsprosjektet ble ferdigstilt og kartleggings skjema for traumer, MACE-10, ble utviklet og lagt inn i CW. I januar 2021 ble det formalisert en ressursgruppe med representanter fra kommunene, brukere, FACT teamene og FoU avdelingen og det ble sendt søknad til REK for godkjenning. Søknaden ble avvist fordi prosjektet ikke falt innen REKs virkeområde med anbefaling om å søke godkjenning hos personvernombudet (PVO). Ny søknad ble sendt PVO i VV og søknaden ble godkjent av personvernombudet april 2021. I november 2021 ble kartleggingsplanen for FACT Forskningsevaluering klar til bruk i CW. På grunn av restriksjoner knyttet til pandemien måtte de planlagte fysiske møtene med alle FACT teamene både høsten 2020 og våren 2021 reorganiseres til digitale møter. Høsten 2021 brukte prosjektleder, i samarbeid med Controller avdelingen i PHR, det meste av avsatt tid på utvikling og tilrettelegging av datauttrekk fra DIPS.

Prosjektet har møtt på store utfordringer og var i januar 2022 langt bak oppsatt målsetning for inkludering. Hovedårsaken er ringvirkninger av Covid-19 med beredskap og nedstengning, sykemeldinger, kapasitetsutfordringer i teamene, manglende møtepunkter, forsinkelser i oppstart med CheckWare og utfordringer med å inkludere pasienter. Inklusjon av pasienter startet etter mye forsinkelser høsten 2021, men per januar 2022 har vi kun fått inkludert 4 pasienter. Klinikkdirktør tok konsekvensen av dette og har besluttet at FACT-forskningsevalueringen skal avvikles i nåværende form.

## 16. Oppnåelse av prosjektets mål

Referansene for vurdering av måloppnåelse som rapporten er basert på

- Prosjektbeskrivelser og avtaler mellom kommuner og PHR, 2018-2020
- FACT håndboken, 2. utgave 2013
- FACT Fidelity skala/rammeverk, 2017
- Evaluering av FACT-team i Norge, NKROP 2020

### FACT teamenes målgruppeorientering – Måloppnåelse innfridd

Ettersom mellom 84,7 og 86,3% av pasientene er innen målgruppen (Diagnosegruppene F1, F2, F3 og F6) og det er høy grad av overlapp mellom registrerte i det polikliniske tilbudet og døgnbehandlingen har FACT i VV området oppnådd høy grad av målgruppeorientering.

### Pasientinkludering og aktivitetsutvikling i teamene – Måloppnåelse delvis innfridd

Målsetningen i grunnlagsdokumentene var, ut fra beregninger knyttet til befolkningsgrunnlaget, et FACT tilbud til 1 500 pasienter innen målgruppen. Erfaringer både i teamene i VV sitt opptaksområde og i andre team i Norge tilsier at dette er urealistisk. Målsetningen er fortsatt tilbud til 1500 pasienter, men at det må etableres flere team enn planlagt i 2018. I perioden 2019-2021 har det vært en jevn økning i totalt antall pasienter inkludert, fra 360 til 918 pasienter. Med andre ord en nær tredobling i løpet av 3 år. I samme periode har det vært en tilsvarende økning i antall pasienter med ACT oppfølging, fra i overkant 291 til i cirka 625 pasienter inkludert. Fortsetter denne utviklingen kan vi nå målsetningen om FACT tilbud til 1500 pasienter i løpet av 2024.

Parallelt med økningen i antall pasienter har den ambulante og polikliniske aktiviteten også hatt en jevn økning. På samme måte som antall pasienter har antall konsultasjoner doblet seg fra 14 234 i 2019 til 28 049 i 2021.

### Aktivitetsutvikling innleggelser og oppholdsdøgn – Måloppnåelse innfridd

FACT pasienter med ACT oppfølging i PHR som i perioden har vært innlagt har naturlig også økt i perioden. Vi finner en økning i antall innleggelser fra 457 i 2019 til 683 i 2020 og videre til 863 i 2021. Som nevnt ovenfor økte antall pasienter som fikk ACT oppfølging i FACT teamene i samme periode fra 291 til 625. Gjennomsnittlig antall innleggelser per pasient gikk ned fra 1,6 i 2019 til 1,4 i 2021. Antall oppholdsdøgn per pasient gikk derimot opp fra 26,7 i 2019 til 29,7 i 2021. Gjennomsnittlig liggetid per opphold viser en økning fra 17,0 i 2019 til 20,0 i 2020 og 21,5 i 2021. Vi kan derfor si at vi ser en positiv trend i perioden 2019-2021 for antall innleggelser per pasient som faller med 12,5%. Mens gjennomsnittlig liggetid og gjennomsnittlig antall oppholdsdøgn per pasient øker med henholdsvis 26,5% og 11%.

I det andre datauttrekk fra DIPS av alle pasienter med ACT oppfølging inkludert i FACT i 2019, N=292, der vi har sammenliknet registreringer i DIPS 24 mnd før inklusjon i FACT med perioden 24 mnd etter inklusjon i FACT, finner vi en reduksjon på 52% i antall liggedøgn, en reduksjon på 33% i antall innleggelser og en reduksjon i gjennomsnittlig liggetid på 29%.



## Endringer i bruk av tvang – Måloppnåelse innfridd

I de foreløpige analysene finner vi en parallell og jevn økning mellom antall pasienter inkludert i FACT og antall pasienter med tvangsvedtak med og uten døgn fra 2019-2021. Samtidig ser vi en svak, men positiv utvikling i andelen FACT pasienter som er på tvang (2019: 30,5%, 2020: 31,2% og 2021: 29,9%). For å forstå grunnlag og sammenheng er det imidlertid viktig ha med at FACT Sikkerhet kom inn i statistikken med 16 pasienter i 2021. Dersom vi holder disse utenfor i vurderingen finner vi en relativ nedgang på 12,2% i antall pasienter på tvang. Når vi så ser på analysene med resultater fra 24 måneder før til 24 måneder etter inklusjon i FACT finner vi en nedgang på 35%.

## FACT som samhandlingsmodell - måloppnåelse FACT Fidelity – Måloppnåelse innfridd

Alle teamene skårer i den øvre delen av skalaen for FACT Fidelity og innen rammen for det nest høyeste nivået «tilfredsstillende modelltrofasthet». 80% av konsultasjonene gjennomføres ambulant og alle teamene i VV området ville blitt godkjent ved en eventuell sertifisering.

Oppsummerende for vurdering av FACT som samhandlingsmodell er det mange områder som angir positive vurdering knyttet til dette. Særlig viktig er kanskje delområdet «Lokalbaserte tjenester» der alle teamene skårer svært høyt på måloppnåelse.

### 16.1. Leveranser i prosjektperioden

Leveranse	Status (Gjennomført/ pågående / ikke fullført)	Kvalitetskrav	Videre ansvarlig for leveransen i linjen
Monitorering av aktivitet i FACT, datauttrekk fra DIPS 2019-2021	Gjennomført	Leveransens kvalitetskrav anses å være innfridd	FoU-avd, PHR
FACT Fidelitymåling	Gjennomført	Leveransens kvalitetskrav anses å være innfridd	Innsatsteamet, PHR
FACT Forskningsevaluering	Ikke fullført	Avviklet, omtalt i eget kap	-
Pilotprosjektet FACT Sikkerhet	Pågående	Foreløpig status og framdrift omtalt i eget kap	Blakstad sykehus, PHR
Lokal evalueringsrapport fra FACT Asker	Gjennomført	Lokalt organisert i samarbeid med innsatsteamet	-
Bedre Pårørende Samarbeid (BPS)	Pågående	Organisert som implementering og forskningsprosjekt	FoU-avd, PHR
Evaluering av FACT som driftsmodell	Gjennomført	Spørreundersøkelse blant ansatte i teamene	Innsatsteamet, PHR
Levevaner med fokus på mental sunnhet	Gjennomført	Leveransens kvalitetskrav anses å være uavklart. Må vurderes.	FoU-avd og DDPS, PHR
Nettverk for brukerspesialister	Pågående	Leveransens kvalitetskrav anses å være innfridd	FoU-avd, PHR

## 17. Aktuelle vedlegg

Aktuelle vedlegg er tilgjengelig ved henvendelse til FoU-avdelingen, [fou-avdelingen@vestreviken.no](mailto:fou-avdelingen@vestreviken.no).

- Vedlegg 1 Tabelloversikt anonymisert datauttrekk fra DIPS 2019-2021
- Vedlegg 2 2019-04-10 MAL Avtale om FACT-samarbeid
- Vedlegg 3 2019-04-10 MAL prosjektbeskrivelse
- Vedlegg 4 Etablering av FACT voksne i Vestre Viken 12.03.2021
- Vedlegg 5 Evalueringsrapport FACT Asker
- Vedlegg 6 Evalueringsrapport FACT Drammen
- Vedlegg 7 Notat evaluering FACT Ringerike av kommunene
- Vedlegg 8 Statusrapport FACT-Sikkerhet 1.02
- Vedlegg 9 Oversikt over FACT Fidelity skåringer