

Gir de norske ACT-teamene integrerte tjenester alene,  
eller arbeider de mer etter en  
Intensive Case Management-modell?

Beathe Dømbe



Masteroppgave ved institutt for klinisk medisin  
Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

27.04.2015





**Gir de norske ACT-teamene integrerte tjenester alene,  
eller arbeider de mer etter en Intensive Case  
Management-modell?**

© Beathe Dømbe

2015

Gir de norske ACT-teamene integrerte tjenester alene, eller arbeider de mer etter en Intensive Case Management-modell?

Beathe Dømbe

<http://www.duo.uio.no>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo











# Sammendrag

*Bakgrunn* Helsedirektoratet anslo i 2008 at det var en gruppe på omkring 4000 personer med alvorlig psykisk lidelse og tilleggsproblematikk, som ikke fikk dekket sitt hjelpebehov. Myndighetene valgte å satse på innføring av Assertive Community Treatment-modellen, som er en integrert modell for å gi helhetlige tjenester til pasientgruppen. I den norske konteksten er det imidlertid et spørsmål om teamene tilbyr integrerte og helhetlige tjenester alene, da det norske velferdssystemet er bygd ut med instanser som hver for seg kan tilby de samme tjenestene som ACT. *Formålet* er å undersøke om de 12 norske ACT-teamene tilbyr integrerte og helhetlige tjenester alene, eller om de arbeider mer etter en Intensive Case Management-modell. *Metode* Samtlige kontakter (n=69701) med alle pasienter som ble tatt opp i ACT ble kartlagt i en to-års periode. Studien har et deskriptivt, longitudinelt og prospektivt design, den beskriver hvilke kommunale instanser teamene samhandler med, om hvilke tjenester og i hvilket omfang, og om samhandlingsprofilen varierer mellom teamene. *Resultat* Teamene utfører i all hovedsak flest kontakter alene, det vanligste innholdet i disse kontaktene er samtaler, medisiner og sosial trening/fritidsaktivitet. 13 prosent av kontaktene var samhandling, 7 prosent var med kommuner, hvor vanligste innhold var møter, samtaler, medisiner, arbeid/utdanning/økonomi/bolig, planlegging av behandling og tiltak, og følge til en instans. Omfanget av samhandling var nokså likt fordelt mellom teamene *Konklusjon* Teamene gir integrerte og helhetlige tjenester alene.





# Forord

Å få være student er et stort gode, som nå har vart i tre år. Det beste med å være student er likevel når man er ferdig, og euforien ved å nå et mål.

Disse tre årene har i tillegg til faglig fordypning gitt mange nye bekjentskap, og vennskap. Det har vært gøy å bli kjent med den fine gjengen i klassen, jeg er så glad for å ha vært på denne reisen sammen med dere.

Det er mange som har stilt opp og gjort dette mulig for meg. En spesiell takk rettes til min veileder Anne Landheim, som er så snill, og som hele veien har vært tilgjengelig og gitt konstruktive tilbakemeldinger. Jeg fant nok ikke fram til sporet du har pekt på hele veien ett minutt for tidlig. Oppgaven har blitt til i et samspill mellom oss, og derfor benevnes undertegnede for ”vi” gjennom oppgaven. Takk også til Torleif Ruud som har svart grundig på mailer, og bidratt til oppgaven kunne bli til. Mine arbeidsgivere i perioden, Time kommune og Flakstad kommune, har begge strukket seg langt for at dette skulle gå, takk! Ikke minst takk til kollega som har vært støttende, oppmuntrende og interessert. Og en spesiell takk til Nan Eriksen som stilte opp helt i siste liten, det hadde ikke gått uten, tusen takk!

Den største takken er til min mann, Martin, som har vært en fantastisk pappa for vår datter, Astrid, som kom til under skrivingen av denne oppgaven. Det har blitt mange fugleturer på dere, ikke rart hun er så opptatt av kråka.

Takk til pappa, for at du har tro på meg, og alltid sier ”dette, det fikser du”.

Til mamma for at du har vært barnevakt, og gitt meg noen sårt tiltrenge friminutt med Marit, min aller beste venn i verden.

Beathe Dømbe

27.4.2015

Ramberg









# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning</b>	<b>1</b>
1.1	Bakgrunn	1
1.2	Om ACT	2
1.2.1	Kort historikk	2
1.2.2	Hva ACT-modellen innebærer	4
1.3	Om Intensive Case Management (ICM)	5
1.4	Modeller for å tilby integrerte tjenester i Norge	5
1.4.1	Problemstilling og formål	6
1.5	Disposisjon	8
<b>2</b>	<b>Teori og forskning</b>	<b>9</b>
2.1	Forskning på ACT-modellen	9
2.1.1	USA, Australia, Storbritannia og Nederland	9
2.1.2	Norge, Sverige og Danmark	10
2.2	Sluttrapporten "Utprøving av ACT-team i Norge"	10
2.2.1	Teamansattes erfaringer med samarbeid med andre instanser	11
2.2.2	Samarbeidspartneres erfaringer med ACT-teamene	11
2.3	Evalueringen av ACT-teamet i Moss	12
2.3.1	Ansvarsfordeling	12
2.4	Organisasjonsteori	13
2.4.1	Organisasjonens struktur og mål	13
2.4.2	Integrerte tjenester	16
2.4.3	Koordinering	17
<b>3</b>	<b>Metode</b>	<b>19</b>
3.1	Design	19
3.2	Populasjon, utvalg og svarprosent	19
3.3	Datainnsamling	20
3.3.1	Analyse av data fra ukeskjema	21
3.4	Etikk	21
3.5	Dataenes reliabilitet og validitet	22
3.5.1	Reliabilitet	22
3.5.2	Intern validitet	23
3.5.3	Ekstern validitet	24
<b>4</b>	<b>Resultater</b>	<b>25</b>
4.1	Omfang av kontakter som ACT-teamene gjennomfører alene og i samhandling med andre	25
4.2	Med hvilke kommunale instanser, om hvilke tjenester, og i hvilket omfang samhandler teamene?	27
4.2.1	Variasjon mellom teamene	29
4.3	Kort oppsummering av hovedfunn	31
<b>5</b>	<b>Diskusjon</b>	<b>32</b>
5.1	Tilbyr ACT-teamene integrerte tjenester alene, eller arbeider de etter en ICM-modell?	32
5.2	ACT-teamenes rolle som case managere	33

5.3 Kan integrerte tjenester i den norske sammenhengen best gis gjennom en instans, eller ved at flere instanser samhandler tettere?.....	37
6 Konklusjon .....	39
Litteraturliste.....	41
Vedlegg .....	44

# 1 Innledning

Å gi omsorg er et eksempel på en kompleks oppgave i det norske velferdssystemet som har blitt delt inn i deloppgaver som utføres av hver sine instanser. Denne organiseringen av tjenester har skapt et problem som er generelt for hele velferdsstaten. Når noen har et sammensatt problem og behov for flere tjenester fra flere atskilte instanser samtidig, krever det at delene fungerer sammen (Jacobsen, 2004). Et ønskeforløp kjennetegnes av at pasienten kjenner sine egen rettigheter og at de mange instansene i velferdssystemet samhandler slik at pasienten opplever tilgjengelighet, romslighet, pålitelighet og trygghet (Evjen, Kielland, & Øiern, 2012). Men det virkelige forløp har vært preget av brudd og svikt i overgangene (Evjen et al., 2012; Helse- og omsorgsdepartementet, 2006, 2009; Helsedirektoratet, 2008).

## 1.1 Bakgrunn

I forbindelse med evalueringen av opptrappingsplanen for psykisk helse anslo Helsedirektoratet at blant 18000 mennesker med alvorlig psykisk lidelse som enten mottar-, eller har behov for et omfattende hjelpetilbud, var det en gruppe på omkring 4000 personer med alvorlig psykoselidelse eller bipolarlidelse, ofte i kombinasjon med rusmiddelproblemer, psykisk utviklingshemning eller andre funksjonsnedsettelse, som ikke fikk dekket sitt hjelpebehov. Denne gruppen av pasienter har ofte lange og ustabile sykdomsforløp, er vanskelig for hjelpeapparatet å komme i kontakt med, da mange ikke ønsker hjelp, og har ofte selv vanskelig for å finne frem i et oppstykket og usammenhengende tjenestetilbud (Helsedirektoratet, 2008). Pasientgruppen er spesielt sårbar for mangel på kontinuitet og samhandling mellom tjenestene, og myndighetene har gjennom satsninger som Samhandlingsreformen satt som mål at det må legges bedre til rette for samhandling mellom kommunal helse- og sosialtjeneste og spesialisthelsetjenesten, med særlig vekt på at tjenester blir koordinerte og samtidige (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006, 2009; Helsedirektoratet, 2008).

På bakgrunn av dette utlyste Helsedirektoratet i 2009 midler til etablering og drift av Assertive Community Treatment-teams (ACT), og til utvikling av andre organisatorisk forpliktende samhandlingsmodeller mellom kommuner og helseforetak innen psykisk

helsefeltet (Helsedirektoratet, 2009, 2014). Fra 2007 har det blitt opprettet 14 ACT-team med en geografisk spredning fra Tromsø i Nord til Jæren og Kristiansand i sør. Helsedirektoratet bevilget også midler til en omfattende nasjonal evaluering av ACT-teamene som ble ferdigstilt i desember 2014 (Ruud & Landheim, 2014).

ACT-modellen er utviklet og prøvd ut i USA, modellen har vist seg å ha god effekt for pasientene (Marshall & Lockwood, 2010). Målgruppa er personer med alvorlige psykiske lidelser som ikke har klart å nyttiggjøre seg ordinære helse- og sosialtjenester, til tross for at de har et stort hjelpebehov. Formålet med ACT-modellen er å gi lokalbaserte, sammenhengende og helhetlige tjenester fra ett team bestående av ansatte fra både kommune og spesialisthelsetjenesten. (Ruud & Landheim, 2014). At ett team skal gi alle tjenester som brukerne har behov for har andre forutsetninger i Norge enn i USA, det norske velferdssystemet er mer velutbygd og består både av instanser som kan tilby de samme tjenestene som ACT, og instanser hvis myndighet ikke kan delegeres til ACT. Dette er forhold som kan påvirke om alle tjenester gis fra ett team, eller om teamene samhandler med andre for å gi helhetlige og integrerte tjenester.

Denne oppgaven skal undersøke om ACT-teamene i Norge tilbyr integrerte tjenester alene, eller om de arbeider mer etter en Intensive Case Management-modell, som vil si at de samhandler med andre instanser for å gi integrerte tjenester. For å undersøke dette er oppgaven basert på en empirisk undersøkelse av hvilke kommunale instanser de norske ACT-teamene samhandler med, i hvilket omfang og om hvilke tjenester. Det er interessant å undersøke hvor mye de samhandler med andre instanser da det er et krav i modellen at teamene skal gi alle tjenester, og fordi vi i Norge har et godt utbygd kommunalt tjenesteapparat, og det er et spørsmål om ACT-modellen kan fungere på en annen måte i Norge enn i USA der kravet om å gi helhetlige tjenester kan modifiseres.

## **1.2 Om ACT**

### **1.2.1 Kort historikk**

På norsk kan Assertive Community Treatment oversettes til *aktivt oppsøkende behandlingsteam* (Aakerholt, 2013). Oppsøkende arbeid har til hensikt å nå personer som i

liten grad, eller ikke i det hele tatt selv tar kontakt med tjenesteapparatet (Heskestad, Schjervheim, & Ruud, 2012). Å arbeide oppsøkende for å gi tjenester til mennesker med psykiske lidelser i deres hjem fremfor inne i psykiatriske sykehus har lange tradisjoner i Europa. Allerede på 1930-tallet fantes det mobile klinikker i Amsterdam, og på 50- og 60-tallet utviklet oppsøkende arbeid seg i Storbritannia og Frankrike også. Men det var først når Leonard Stein og Mary Ann Test sin banebrytende rapport ”Alternative to Mental Hospital Treatment” fra USA kom at det ble satt internasjonalt fokus på aktivt oppsøkende arbeid (Burns & Fim, 2005). Rapporten viste at programmet, som den gang ble kalt Training in Community Living (TCL), førte til nedgang i innleggelses, at pasientene i større grad klarte å bo selvstendig, flere kom i tilrettelagt arbeid, de fungerte bedre sosialt ved at de hadde mer kontakt med nære venner, de opplevde symptomlette og hadde bedre compliance i forhold til psykofarmaka. Behandlingseksperimentet ble avsluttet og pasientene ble overført til tradisjonelle oppfølgingsprogram. Det ble gjennomført en oppfølgingsundersøkelse i løpet av 14 måneder etter avslutningen, hvor Stein og Test så at flere av de positive behandlingsresultatene var gått tilbake, og de konkluderte med at det ikke var nok med tidsavgrenset trening i å bo ute i lokalsamfunnet, men at det var nødvendig med kontinuerlig og gjerne livslang oppfølging. Hvorpå de endret navnet på modellen fra TCL til Assertive Community Treatment (ACT) (Burns & Fim, 2005; Stein & Test, 1980)

Utviklingen av oppsøkende behandlingsmetoder har sammenheng med nedbygging av psykiatriske institusjoner som startet på 1950-tallet i flere land (Burns & Fim, 2005; Stein & Test, 1980). Etter Stein og Test sin rapport har det blitt gjort en kontinuerlig innsats for å få ned varigheten av sykehusopphold og utvikle modeller for oppfølging og behandling i pasientenes lokalmiljø (Burns & Fim, 2005). Selve ACT-modellen har siden utviklet seg i flere retninger, den siste utviklingen kalles Flexible Assertive Community Treatment (FACT) og stammer fra Nederland. En av de største forskjellene mellom modellene er at FACT tilpasser intensiteten i oppfølgingen ut fra en dag-til-dag vurdering av brukeren sitt funksjonsnivå. I dårlige perioder mottar brukerne ACT-oppfølging der teamet bruker teamtilnærming, har hyppige kontakter og diskuterer brukeren sin situasjon på det daglige morgenmøtet. I bedre perioder mottar de såkalt *case management* som betyr at det er ett teammedlem som gir den daglige oppfølgingen, og som støtter brukeren i å benytte seg av de eksisterende tjenestene i hjelpeapparatet (van Veldhuizen, 2013). For begge modellene er det utviklet *Fidelityskalaer*, en fidelityskala er et måleverktøy som brukes for å kunne evaluere i

hvilken grad et team har implementert modellen slik den er beskrevet i manualen (Monroe-DeVita, Teague, & Moser, 2011; Aakerholt, 2013).

### **1.2.2 Hva ACT-modellen innebærer**

ACT er en klient-sentrert og recovery-orientert modell som gir tjenester til pasienter med de mest alvorlige og komplekse psykiske lidelsene, som har et svært lavt funksjonsnivå, og som på grunn av begrensninger i det etablerte hjelpeapparatet har gått uten passende helse- og sosialhjelp. Målgruppen er ofte overrepresentert blant hjemløse og i fengsler. ACT-teamene er multidisiplinære og består minst av teamleder, psykiater, sykepleier/vernepleier, arbeidsspesialist, russpesialist og brukerspesialist. Teamene skal også ha en merkantilt ansatt i full stilling for å sikre at behandlerne kan bruke mest mulig tid på oppsøkende arbeid.

Opprinnelig er teamene ment å ha døgnåpent alle dager i uka (Allness & Knoedler, 2003). I Norge har de fleste teamene kun åpent på dagtid (Ruud & Landheim, 2014). Teamene arbeider etter en teamtilnærming, der alle behandlerne har et felles ansvar for alle brukerne. Det skal være få brukere per behandler, og vanligvis skal ikke dette overskride 1:10.

Teamene skal ha hyppig kontakt med brukerne, hyppighet er viktigere enn varighet av hver kontakt. Tjenestene som teamene yter skal være individuelt tilpasset hver enkelt bruker, og bygge på brukernes egne mål og ressurser. Teamet tilnærmer seg brukerne med å bygge relasjoner. De skal være aktivt involvert i tilrettelegging for at brukerne kan bedre sitt funksjonsnivå, lærer å mestre og leve med symptomer, oppnå egne mål, og holde på håp (Allness & Knoedler, 2003). En slik tilnæringsmåte kan innebære at teamene hjelper med oppgaver som vanligvis ikke blir sett på som behandleroppgaver, som å skaffe oppbevaring for møbler som brukeren er redd skal bli stjålet, rydde leiligheten sammen, kjøre bort søppel, eller nesten hva som helst (Allness & Knoedler, 2003; Aakerholt, 2013). Teamene arbeider oppsøkende og leverer tjenester ute i brukernes lokalmiljø, de arbeider for at brukerne skal klare å bo i egen leilighet, benytte seg av fasiliteter som finnes i nærmiljøet, og også for at de brukerne som ønsker det skal finne seg en jobb i det ordinære arbeidsmarkedet. For å sikre kontinuitet er ACT-behandlingen ikke tidsavgrenset, for mange er det nødvendig med livslang ACT-oppfølging (Allness & Knoedler, 2003).

## 1.3 Om Intensive Case Management (ICM)

Internasjonalt har det etter at nedbyggingen av psykiatriske institusjoner startet utviklet seg en rekke samhandlingsmodeller som skal sikre pasienter med alvorlig psykisk lidelse og tilleggsproblemer langvarig, helhetlig og kontinuerlig tilgang på helse- og sosialtjenester i deres lokalsamfunn. En samlebetegnelse på disse modellene er Case Management (CM). Det har lenge manglet bred begrepskonsensus blant fagfolk og forskere for hvordan hver enkelt modell skal defineres. Men ofte brukes et kontinuum der modeller med lav grad av formalisering er i den ene enden, og modellene med høy grad av formalisering er i den andre enden. Det ene enden består av modeller der personer uten fagkompetanse løser den som er i behov av tjenester til den aktuelle instansen, uten selv å yte noen tjenester direkte (Brokered case management). Mens i den andre enden finnes ACT som er en klart definert modell og yter alle tjenester selv (Bachrach, 1993; Burns & Firth, 2005; Schaedle, McGrew, Bond, & Epstein, 2002). ICM ligger tett opp til ACT, modellene har mange likhetstrekk, de er begge modeller for å gi lokalbasert oppfølging til mennesker med alvorlig psykisk lidelse, de gir tjenester til brukere som har et omfattende hjelpebehov, og begge har et praktisk fokus på hjelp som oppfølging av medisinerings, hjelp til å bo og hjelp med økonomi.

Hovedforskjellene er at ACT er en klart definert modell, mens ICM ikke er det, at ACT har en teamtilnærming, mens i ICM arbeider teammedlemmene som individuelle case managere, ett ACT-team skal gi alle tjenester som brukerne har behov for, mens ICM har som mål at brukeren skal benytte tjenester i det eksisterende hjelpeapparatet (Gournay, 2000; Schaedle et al., 2002).

## 1.4 Modeller for å tilby integrerte tjenester i Norge

Arbeidet med å utvikle samhandlingsmodeller i Norge er større- og går lengre tilbake enn hva denne oppgaven kan omfavne. Samhandlingsmodellene som omtales i denne oppgaven er noen av dem som har blitt etablert som følge av Helsedirektoratets utlysning av midler til oppstart og utprøving av *organisatorisk forpliktende samhandlingsmodeller* og *ACT-team* i 2009.

Det er en pågående debatt om hvilke samhandlingsmodeller som er best egnet for å gi integrerte tjenester til mennesker som har sammensatte problemer, og som har behov for

behandling og oppfølging fra ulike instanser og tjenester i Norge. Nasjonalt knytter debatten an til Helsedirektoratets todelte satsning på organisatorisk forpliktende samhandlingsmodeller og ACT-team, og det at det finnes en organisatorisk kontrast mellom ACT-team og flere av de organisatorisk forpliktende samhandlingsmodellene. Internasjonalt henger debatten sammen med utviklingen case management modellene.

Den organisatoriske kontrasten mellom ACT og flere av de organisatorisk forpliktende samhandlingsmodellene handler om ulike måter å tilby integrerte tjenester på. Integrert tjenester kan gis enten ved at én instans gir alle tjenester, eller ved at flere instanser samarbeider tett for å få tjenestene til å fremstå som et samlet tilbud (Heskestad et al., 2012; Konrad, 1996; Øvretveit, 1997). Flere av de organisatorisk forpliktende samhandlingsprosjektene i Norge er organisert på sistnevnte måte, mens ACT er organisert på førstnevnte måte. Romeriksprosjektet (Ramsdal & Hansen, 2012), Samhandling Psykiatri og Rus i Vestfold (SPoR) (Bjørn, 2014), og Samhandlingsteamet i Bærum (Andersen, 2013) er eksempler på samhandlingsmodeller som tar utgangspunkt i å utvikle samarbeidet mellom eksisterende tjenester. Samhandlingsmodeller av denne typen innebærer at det ikke blir opprettet nye tjenester, men at personal fra eksisterende tjenester får omgjort en brøkdel av stillingen sin til å arbeide i et samhandlingsteam (Andersen, 2013; Bjørn, 2014; Ramsdal & Hansen, 2012). ACT-modellen innebærer opprettelse av en ny instans med nye stillinger og ansettelser. Å ta utgangspunkt i å utvikle samhandlingen mellom eksisterende tjenester sees av mange som bedre ressursutnyttelse enn å opprette ACT-team. Det sees også som mindre sårbart for nedleggelse når tildelingen av prosjektmidler opphører (Andersen, 2013; Bjørn, 2014; Heskestad et al., 2012; Ramsdal & Hansen, 2012). Forskningsgrunnlaget for å si noe om hvilken effekt samhandling på tvers av tjenester i Norge har på individnivå, med henhold til endring i funksjonsnivå er mangelfullt (Andersen, 2013). For Romeriksprosjektet og Samhandlingsteamet i Bærum er det planlagt forskningsbaserte evalueringer som skal ligge tett opp til den nasjonale evalueringen av ACT, dette vil gjøre sammenligning av resultat mellom modellene mulig (Andersen, 2013; Ramsdal & Hansen, 2012).

#### **1.4.1 Problemstilling og formål**

I Norge er det gjennomført en evaluering av det første ACT-teamet som startet opp, og den Nasjonale evalueringen av 12 ACT-team ble ferdigstilt i 2014. Team-ansatte uttrykte i



intervju at de ikke ser det som hensiktsmessig, eller mulig at ACT skal yte alle tjenester som brukerne har behov for. Samtidig forteller teamansatte at grenseoppgangene mellom ACT-team og særlig rus- og psykiatritjenesten og hjemmetjenesten er uklare, og at oppgavefordelingen har vært vanskelig å få til (Pöyry, 2011; Ruud & Landheim, 2014). Dette er forhold som kan påvirke om de norske ACT-teamene tilbyr integrerte tjenester alene, slik det er ment ut fra modellen (Monroe-DeVita et al., 2011), eller om de samhandler med andre instanser for at brukerne skal få alle tjenester de har behov for.

For å kunne si noe om hvordan norske ACT-team tilbyr integrerte tjenester er det nødvendig å undersøke omfanget av de norske ACT-teamenes samhandling. Denne undersøkelsen sier noe om spesialisthelsetjenesten, men er begrenset til å se på teamenes samhandling med kommunale instanser, noe som følgelig utelater store deler av teamenes samhandling med spesialisthelsetjenesten. Det er også viktig å undersøke hva andre instanser gjør uten at ACT-teamene er involvert, men dette er utenfor rammene av denne oppgaven. For å undersøke hvordan norske ACT-team tilbyr integrerte tjenester er oppgaven basert på en empirisk undersøkelse av hvilke kommunale instanser de norske ACT-teamene samhandler med, i hvilket omfang og om hvilke tjenester. *Formålet* med oppgaven er derfor å undersøke om de norske ACT-teamene tilbyr integrerte tjenester alene, eller om de arbeider mer etter en Intensive Case Management-modell. Kunnskap om dette vil både være et viktig bidrag i den videre debatten om hvilke samhandlingsmodeller som gir best ressursutnyttelse og best kvalitet på tjenestene i det norske systemet, og kunne bidra til videreutvikling av ACT-modellen i den norske konteksten.

Denne oppgaven skal undersøke følgende problemstilling:

*I hvor stor grad samhandler de norske ACT-teamene med kommunale instanser, med hvilke instanser samarbeider de, og om hvilke tjenester? Varierer samhandlingsprofilen mellom teamene?*

I evalueringen som har vært gjort av ACT i Norge hittil har det vært størst fokus på ansatte i ACT-teamene sine erfaringer fra samarbeid med andre instanser, og samarbeidspartners erfaringer med samarbeid med ACT. Det har i mindre grad vært fokus på samarbeidet sett fra et systemperspektiv. Denne oppgaven vil gjennom bruk av forskning, teori om

samhandlingsmodeller og organisasjonsteori belyse samarbeid mellom ACT-teamene og kommunale instanser på organisasjonsnivå.

## **1.5 Disposisjon**

Oppgaven vil videre bestå av en teoridel som redegjør for forskning omkring ACT-modellen nasjonalt og internasjonalt, og organisasjonsteori. Deretter kommer metodedelen som forteller hvordan vi har gått frem i denne oppgaven. Så kommer en presentasjon av resultatene, og deretter blir resultater og metodologiske forhold diskutert i et diskusjonskapittel, før oppgaven avsluttes med en konklusjon.

## 2 Teori og forskning

### 2.1 Forskning på ACT-modellen

Ett av de vanligste utfallsmålene på effekt av ACT-modellen er om den fører til nedgang i døgnopphold i psykiatriske sykehus (Dieterich, Irving, Park, & Marshall, 2010; Marshall & Lockwood, 2010), i forhold til denne oppgavens problemstilling ville det vært relevant å si noe om bruk av primærhelsetjenester etter inklusjon i ACT, og om ACT-team i andre land samhandler med dette tjenestenivået. Men det har ikke lyktes undertegnede å finne noen studier som måler dette, noe som kan bety at det ikke er publisert noen studier på dette området. Forskningen som omtales i det følgende er mer generell og viser hovedtrekkene i forskningen som er gjort omkring ACT-modellen.

#### 2.1.1 USA, Australia, Storbritannia og Nederland

Funnene til Stein og Test (1980) har blitt bekreftet i en rekke studier en lang årrekke (Marshall & Lockwood, 2010). Hovedtyngden av undersøkelser som har påvist effekt av ACT-modellen er gjort i USA og Australia. I Marshall og Lockwood (2010) sin systematiske oversikt fra Cochrane Collaboration, som det ofte refereres til for å vise til at ACT-modellen oppnår bedre effekt enn standard behandling, er alle studiene fra USA bortsett fra tre stykker. Men i de seinere års studier har man ikke kunnet fastslå at ACT-modellen gir signifikant bedre resultater enn standard behandling. Dette gjelder særlig studier fra de europeiske landene Storbritannia og Nederland (Killaspy et al., 2006; Sytema, Wunderink, Bloemers, Roorda, & Wiersma, 2007; UK700 Group, 1999), men også studier fra USA (Drake et al., 1998; Mueser, Bond, Drake, & Resnick, 1998). Funnene har blitt fulgt av en opphetet akademisk debatt om hva som er årsak til de uteblivende resultatene. De vanligste tolkningene av resultatene er at ACT-modellen ikke har blitt tilstrekkelig implementert i de europeiske landene, at kontrollvariabelen ”standard behandling” som ACT sammenlignes med i randomiserte kontrollerte studier, varierer mellom landene, og at tjenestetilbudet i Storbritannia og Nederland i større grad enn i USA er bygd ut med tjenester som tilbyr de samme tjenestene som ACT, derfor blir forskjellen fra ACT til standard behandling mindre (Burns, Fioritti, Holloway, Malm, & Rossler, 2001; Johnson, 2008; Rosen, Mueser, & Teesson, 2007). I følge Burns og Firm (2005) er det mest kompliserte aspektet med å tolke forskningsresultat om behandling knyttet til behandlingens kontekst. I debatten ble det på

bakgrunn av de manglende funnene stilt spørsmål til hvilke elementer fra modellen som er kritisk for at ACT-behandlingen skal fungere, og hvilke elementer fra modellen som kan utelates eller nedtones (UK700 Group, 1999). Studier fra USA har vist at det er en sammenheng mellom høy modelltrofasthet og behandlingsresultater (Marshall & Lockwood, 2010). Mens et europeisk funn peker på at de viktigste elementene for å oppnå resultater er at teamene yter tjenester i hjemmet, og at teamene gir alle tjenester som brukerne har behov for (Burns, Knapp, et al., 2001).

### **2.1.2 Norge, Sverige og Danmark**

Det er gjort lite forskning på ACT i Skandinavia, Norge er foreløpig det eneste Skandinaviske landet som har innført en strikt ACT-modell. Sverige har rendyrket en ICM-modell, og Danmark har innført det de kaller for ”Opsøgende psykoseteam” med en klar ACT-profil (Aakerholdt, 2010). Basert på internasjonal forskning og erfaringer fra modellene som de har prøvd ut anbefaler nå begge landene innføring av ACT-team for å følge opp mennesker med alvorlige psykisk lidelse og tilleggsproblematikk (Socialstyrelsen, 2011; Sundhetsstyrelsen, 2015).

I Norge er det gjennomført en omfattende evaluering av 12 ACT-team med 142 brukere, studien har ikke et kontrollgruppedesign, men sammenligner brukernes situasjon to år før inklusjon med situasjon deres to år etter inklusjon. Evalueringen viste blant annet at antallet oppholdsdøgn ble halvert, det skjedde en stor nedgang i innleggelser med tvang, brukerne opplevde bedring på flere områder, og både brukerne og pårørende er tilfreds med hjelpetilbudet (Ruud & Landheim, 2014). Resultater fra denne evalueringen viser noe annet enn hva de seinere års studier fra Storbritannia og Nederland har gjort . Andre resultat fra Sluttrapporten som er spesielt relevant for problemstillingen vil bli nærmere omtalt i kommende kapittel.

## **2.2 Sluttrapporten ”Utprøving av ACT-team i Norge”**

I slutten av 2014 ble den nasjonale evalueringen av ACT i Norge ferdigstilt, evalueringen munnet ut i sluttrapporten ”Utprøving av ACT-team i Norge. Hva viser resultatene” (Ruud & Landheim, 2014). Evalueringen er omfattende, blant temaene den tar for seg som er spesielt

relevant for denne oppgavens problemstilling er teamenes samhandling med andre, teamansattes erfaringer med samarbeid med andre instanser og samarbeidspartneres erfaringer med ACT-teamene. Denne delen av evalueringen baserer seg på kvalitative data gjennom fokusgruppeintervju med teamansatte fra alle de 12 teamene, og fokusgruppeintervju med sentrale samarbeidspartnere i kommune og spesialisthelsetjeneste for fire team.

### **2.2.1 Teamansattes erfaringer med samarbeid med andre instanser**

ACT-modellen har i flere sammenhenger blitt betegnet som en ”halvannenlinjeinstans”, og dette fremheves som noe av suksessfaktoren til modellen (Ruud & Landheim, 2014; Aakerholt, 2013). I Norge er modellen basert på et forpliktende samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjenesten, teamene bidrar i så måte til samhandling mellom nivåene, og teamene blir betegnet som brobyggere. Det er imidlertid ulike synspunkter på hvordan arbeidsdelingen mellom de forskjellige instansene og teamet skal være, det virker å være et mindretall som mener at ACT-teamet over tid bør ha totalansvaret for brukerne. Flere team har et uttalt mål om å knytte brukerne til eksisterende tjenester og gjøre dem i stand til å nyttiggjøre seg det ordinære tjenestetilbudet, mange ansatte mener at for å tilpasse modellen til norske forhold må modellen inkludere samarbeid med andre instanser. Team som har blitt nedlagt har uttrykt at det har vært uheldig at det ikke har vært andre tjenester som brukerne har hatt kontakt med underveis (Ruud & Landheim, 2014).

I intervjuene rapporteres det om at grenseoppgangene mellom tjenester fra ACT-teamene og kommunale instanser noen ganger er uklare. Teamene kan i stor grad tilby samme tjenester som flere kommunale instanser, blant annet hjemmehjelpsoppgaver og utdeling av medisiner. En informant sier at teamet også gjør hjemmehjelpsoppgaver, men at dem som har behov for rengjøring fast bør ha en hjemmehjelp. Det samme teamet har også satt bort medisiner til hjemmesykepleien for pasienter som har behov for medisiner hver dag (Ruud & Landheim, 2014).

### **2.2.2 Samarbeidspartneres erfaringer med ACT-teamene**

Av fastlegene fremheves særlig teamenes koordinatorfunksjonen som nyttig. De vektlegger at teamene behersker koordinering mellom teamet, sykehuset, behandlende lege og noe med NAV. Det ser ut for at både kommunale instanser og DPS har en opplevelse av å bli forstått av ACT, og at teamene hjelper hver av tjenestenivåene med kompatibilitet med motsatt tjenestenivå. ACT-teamene har motvirket at tjenestenivåene skyver ansvar over på hverandre. For primærhelsetjenesten oppleves ACT som er døråpner inn i spesialisthelsetjenesten, og samarbeidspartnerne sier at ACT-teamene har nådd en gruppe som kommunen ikke nådde før, og setter dette i sammenheng med at ACT har en mer fleksibel arbeidsmåte enn kommunens hvor oppfølgingen er basert på vedtaksfestet innhold og tidsbruk.

Når det gjelder arbeidsdeling mellom kommunene og ACT-team er det ulik praksis for hvorvidt teamene tar over alle tjenester, eller om kommunene fortsetter å levere tjenester som psykisk helsearbeid, praktisk bistand eller utlevering av medisiner. I intervjuene uttrykker de fleste som uttaler seg at den valgte modellen fungerer adekvat. Men noen mener at rollefordelingen mellom kommunene og ACT er en utfordring, og at det kan være uheldig at ACT-teamet tar over alle funksjoner da dette motvirker at tjenester som er bygget opp blir brukt. Men det kan også være uhensiktsmessig med parallelle tjenester da dette kan føre til uklarheter og misforståelser om hvem som skal gjøre hva (Ruud & Landheim, 2014).

## **2.3 Evalueringen av ACT-teamet i Moss**

Evalueringen av teamet i Moss gjennomførte blant annet intervju med ansatte i ACT-teamene for å undersøke deres erfaringer med modellen.

### **2.3.1 Ansvarsfordeling**

Intervjuene med de ansatte i ACT-teamet viste at teamene hadde brukt mye tid på ansvarsfordeling mellom seg og kommunene. Intervjuene viste at teamet ikke vurderte seg som en totalinstitusjon, og at ansvarsfordelingen var vanskeligst på områder som hjemmehjelp, hjemmesykepleie, psykiatritjeneste og bo-veiledning, områder hvor både ACT og kommunene har et ansvar. Moss-teamet ville at den kommunale hjemmehjelpen skulle yte praktisk bistand der hvor brukerne hadde behov for permanent hjelp, mens teamet tok seg av den mer terapeutiske kontakten. Teamet hadde også i utgangspunktet ønsket at

hjemmesykepleien skulle ha ansvar for medisinutdeling, men etter hvert fant teamet ut at medisinutdelingen ga muligheter for kontakt, og at det i mange tilfeller var hensiktsmessig at medisinutdelingen var teamets ansvar. Når det gjaldt nytte og avlastning for de kommunale tjenestene var inntrykket at de kommunale instansene ble avlastet (Pöyry, 2011).

## 2.4 Organisasjonsteori

Organisasjonsteori betegner et sett med begreper og teorier som innenfor samfunnsvitenskapene brukes til å beskrive, forklare og gi råd om organisasjonsatferd, organisasjonsteori kan brukes til å forbedre organisasjoner (Jacobsen & Thorsvik, 2013). En vanlig definisjon av begrepet er at ”En organisasjon er et sosialt system som er bevisst konstruert for å løse spesielle oppgaver og realisere bestemte mål” (Bastøe & Dahl, 1995). Det organisasjonsteoretiske faget omfatter studier av indre og ytre forhold i offentlige og private organisasjoner, og det gjøres analyser av organisasjonenes struktur, kultur, omgivelser og prosesser (Bastøe & Dahl, 1995). I følge Bastøe og Dahl (1995) er det strukturelle perspektivet den mest utbredte måten å analysere organisasjoner på. Denne oppgaven vil ha hovedfokus på det strukturelle perspektivet, med det menes i denne sammenheng organisasjonens struktur og mål.

### 2.4.1 Organisasjonens struktur og mål

De formelle strukturene for oppgave- og autoritetsforhold som styrer hvordan menneskene skal samordne sine aktiviteter og ressurser for å oppnå organisasjonens mål, betegnes som organisasjonsstruktur (Kaufmann & Kaufmann, 2009). Organisasjonsstrukturen er blant annet konstruert ut fra de oppgaver og mål som den enkelte organisasjon har, og ut fra omgivelsene som organisasjonen eksisterer i. Hvilken struktur man velger avhenger blant annet av hvilke kvalifikasjoner som kreves av de ansatte og hvilke mål organisasjonen har (Bastøe & Dahl, 1995).

Vi så innledningsvis at det er mange likhetstrekk mellom ACT og ICM, men at det også er noen forskjeller som spesielt har sammenheng med deres struktur og mål. ACT-modellen har høy grad av formalisering, noe ICM ikke har. Formalisering betegner organisasjonens grad av eksplisitte regler og prosedyrer. Formalisering skjer når organisasjonsstrukturen blir

dannet og arbeidsoppgavene settes i faste rammer, beslutningsmyndighet fordeles, det utformes belønningssystemer, og rutiner og standardisering for arbeidsoppgavene opprettes gjennom regler og standardprosedyrer (Jacobsen, 2004). I team styres medlemmenes arbeidsmengde og kliniske handlingsrom av disse formelle retningslinjene som er en klart definert "team policy" (Konrad, 1996; Leutz, 1999; Øvretveit, 1997). ACT-modellen har høy grad av formalisering ved at teamets sammensetning, arbeidsmetode, arbeidsmengde, kliniske handlingsrom og målgruppe er klart definert, avgjørelser blir tatt i fellesskap på de daglige team-møtene og teamene skal ha en teamtilnærming til brukerne (Allness & Knoedler, 2003; Monroe-DeVita et al., 2011; Aakerholt, 2013). Formaliseringen og strukturen i ACT-modellen har sammenheng med at modellen har som mål at brukerne skal få alle tjenester de har behov for fra ett team. Mens ICM modellen har en lavere grad av formalisering og løsere struktur, fordi målet er at brukerne skal benytte seg av tjenester og kompetanse som finnes i andre deler av tjenesteapparatet.

I følge Knudsen (2004) er formelle målformuleringer, skriftlige instruksjoner og organisasjonsplaner vanligvis normsettende for interne arbeidsopplegg og for holdninger til omgivelsene i ny-oppstartede virksomheter. Men i løpet av kort tid vil slike skrevne instruksjoner erstattes av uformelle normer som er basert på erfaringer i jobben, tidligere erfaringer, tradisjonelle profesjonelle standarder og forventninger til virksomheten (Knudsen, 2004). Resultater fra Sluttrapporten viste at flere team oppga at de hadde et mål om å knytte brukerne til eksisterende tjenester. Dette settes i sammenheng med at velferdssystemet i Norge er velutbygd, og at brukerne både har rettigheter på forskjellige tjenester i det øvrige apparatet, og at noen ganger kan det være av praktisk betydning at andre instanser enn ACT utfører visse deler av tjenestetilbudet (Ruud & Landheim, 2014). Men disse resultatene er basert på kvalitative data, og det er derfor nødvendig å undersøke om det er mange team som har arbeider etter et slikt mål med en kvantitativ metode, slik denne undersøkelsen skal.

Bastøe og Dahl (1995) sier at for å undersøke hva som virkelig er en organisasjons mål, fremfor de skrevne og formelle, må en se på hva organisasjonen faktisk gjør.

### **Samarbeid, samordning, samhandling, koordinering og integrering**

Organisasjoners struktur er blant annet konstruert ut fra omgivelsene som organisasjonen skal eksistere i. Fordi ACT-modellen er en amerikansk modell som opprinnelig er utviklet for å



fungere i USA, er det nødvendig å redegjøre for organisasjonsteoretiske begrep som kan brukes til å se ACT-modellens struktur i sammenheng med de særnorske omgivelsene.

*Samarbeid, samordning, samhandling, koordinering og integrering* er noen av de mest brukte begrepene i faglitteratur, forskning og offentlige dokumenter som betegner prosessen som er nødvendig for å få tjenester til å fremstå som sammenhengende og helhetlige for brukerne. Begrepene blir i mange tilfeller brukt om en annen, og definisjoner kan være motstridende. Det hersker en begrepsforvirring som gjør det vanskelig å bruke begrepene konsekvent (Axelsson & Axelsson, 2009; Jacobsen, 2004; Knudsen, 2004). Begrepene vil i det følgende bli redegjort for slik de forstås i denne oppgaven.

*Integrering* brukes i følge Axelsson og Axelsson (2009) av mange forskere som et overordnet begrep for samarbeid, samordning, samvirke og andre nærliggende begrep. Willumsen (2009) skriver på sin side at *målet* med alt samarbeid innen offentlige velferdstjenester er integrerte tjenester, og integrering betegner å bringe tjenester sammen til en helhet (Axelsson & Axelsson, 2009). I denne oppgaven vil integrering forstås som målet med alt samarbeid.

*Samhandling* blir av Knudsen (2004) brukt synonymt med *transaksjon* som reflekterer at ytelse utveksles mot motytelse. Det kan for eksempel dreie seg om bytte av tjenester mot hverandre.

*Koordinering* kan i likhet med integrering være en fellesbetegnelse på fenomener som samarbeid, samhandling, nettverksbygging, kontakt, kommunikasjon og andre lignende begreper (Knudsen, 2004). Men koordinering blir av Knudsen (2004) definert som prosessen som er nødvendig for å frembringe rasjonell samhandling. Gjennom koordinering styres samhandlingen slik at man oppnår best mulig ressursutnyttelse, eller slik at mål nås med et minimum av produksjonskostnader og transaksjonskostnader. Samordning brukes i mange tilfeller synonymt med koordinering.

*Samarbeid* kan ha en dobbelt betydning der det på den ene siden innebærer et vedvarende mønster av samhandling, der partene ikke krever motytelse for hver ytelse, men ser enkeltransaksjoner i lys av hele serien. På den andre siden må hver enkelt enhet kunne justere sin atferd og politikk, uten konkurranse og konflikt, for at samhandlingen kan skje rasjonelt med mål om best mulig ytelse og ressursutnyttelse totalt sett. Godt samarbeid gir

mulighet for å gi brukerne av offentlige tjenester bedre service. Bedre service kan blant annet oppnås ved at brukerne får oppfylt flere hjelpebehov samtidig, at reiseavstandene blir mindre eller at brukerne må innom færre offentlige kontorer nå enn tidligere (Knudsen, 2004).

Oppsummert vil begrepsforståelsen som ligger til grunn for denne oppgaven innebære at samarbeid oppstår som følge av et vedvarende og vellykket mønster av samhandling. Koordinering er nødvendig for å styre samhandlingen for at den skal bli målrettet og nyttig, dette vil i lengden føre til et samarbeid med rom for fleksibilitet der enhetene avstemmes i forhold til hverandre uten konflikt. Kort sagt ønsker man med samhandling å få til samarbeid, koordinering er nødvendig for å styre samhandlingen, og det overordnede målet er å oppnå integrerte tjenester.

#### **2.4.2 Integrerte tjenester**

At tjenestetilbudet fremstår som usammenhengende og oppstykket for brukere av velferdstjenester har sammenheng med at velferdstjenestene har blitt mer og mer spesialisert. Flere og flere yrkesgrupper er involvert i produksjon av tjenester, og den økte spesialiseringen og profesjonaliseringen har ført til at tjenestetilbudet har blitt fragmentert (Axelsson & Axelsson, 2009). Spesialisering gjør at tjenesteyterne blir mer effektiv i det de gjør (Jacobsen, 2004), men for brukere som har behov for tjenester fra flere instanser samtidig kreves det at de ulike aktørene føres sammen til en helhet (Axelsson & Axelsson, 2009). I dette finner man ett av de store problemene med all organisert tjenesteyting, hver enkelt tjeneste blir sterkt avhengig av andre for å kunne gi et helhetlig tilbud, og for at tjenestene skal bli helhetlige må delene fungere sammen (Jacobsen, 2004).

Helsemyndighetenes satsning på ACT i Norge er en erkjennelse av at det eksisterende tjenesteapparatet ikke lykkes med å nå den lille, men krevende pasientgruppen, til tross for at flere ulike samarbeidsformer er prøvd ut i en årrekke. Spesialiseringen i tjenesteapparatet produserer restkategorier og fører til at noen faller utenfor de ulike instansenes definerte arbeidsoppgaver (Aakerholt, 2013). For at tjenestene skal bli integrerte kreves det et grenseoverskridende samarbeid, som i praksis ofte betyr samarbeid mellom flere nivåer, mellom profesjonelle, mellom etater/organisasjoner og mellom samfunnssektorer (Axelsson & Axelsson, 2009). På organisasjonsnivå varierer samarbeidsformer i forhold til graden av integrering (Willumsen, 2009). Grad av integrering kan best beskrives med to ender på et

kontinuum. I den ene enden finner man løst-koblede relasjoner, såsom nettverk hvor medlemskap er frivillig og i konstant endring. I den andre enden finnes høyt strukturerte og formaliserte team som er tett integrerte og som karakteriseres av et kollektivt ansvar (Øvretveit, 1997).

ACT er en fullt integrert modell sammensatt av yrkesgrupper som utgjør tverrfaglighet for å kunne tilby integrerte tjenester fra en og samme instans, modellen betegnes i flere tilfeller som en "en-stopp instans" (Burns & Firm, 2005; Monroe-DeVita et al., 2011). Innføringen av fullt integrerte modeller kritiseres ofte for å være kostnadskrevene og for kun å være til for en smal målgruppe (Leutz, 1999). I følge Leutz (1999) rettferdiggjøres ofte innføringen av slike team av at andre tjenester vil bli avlastet, og av at kvaliteten på tjenestene vil bli bedre.

### **2.4.3 Koordinering**

Koordinering betyr at flere forhold blir satt opp mot hverandre og vurdert i forhold til en helhet, delene tilpasses slik at helheten skal bli best mulig (Jacobsen, 2004). Koordinering handler om at knappe offentlige ressurser blir utnyttet på best mulig måte gjennom en arbeidsdeling som unngår at det gjøres dobbeltarbeid, og at ansvarsforhold blir avklart slik at det ikke finnes gråsoner. I koordineringsprosessen reduseres noen av delene, mens andre økes ut fra vurderinger om helheten. Koordinering er et gi- og- ta- forhold, og i dette ligger det en kime til konflikt (Jacobsen, 2004).

#### **Koordineringsstrategi**

Det finnes en rekke strategier som er virkemidler for å bedre koordineringen mellom enheter, deriblant finnes en strategi som har som siktemål å redusere behovet for koordinering (Jacobsen, 2004). ACT-modellen er basert på en slik koordineringsstrategi, teamene er en "en-stopp instans" og brukerne skal ikke ha behov for å gå noen andre steder for å motta tjenester (Burns & Firm, 2005; Monroe-DeVita et al., 2011). Å minske behovet for koordinering kan brukes som koordineringsstrategi når samarbeid mellom eksisterende tjenester ikke har fungert. Man søker da å avskaffe noe av instansenes avhengighet av andre instanser for å kunne tilby integrerte tjenester. Ett tiltak for å avskaffe avhengighet og minske behovet for koordinering er å opprette en ny enhet som skal ha ansvar for den uløste

oppgaven. Å gå til dette skrittet tas i tilfeller hvor det finnes gråsoner man ikke lykkes med å oppklare og brukere som faller utenfor behandlingssystemet (Jacobsen, 2004). At pasientene som er inkludert i ACT tidligere har hatt vanskelig for å benytte seg av det eksisterende hjelpeapparatet henger i stor grad sammen med at det har vært gråsoner omkring ansvarsforholdene for behandling av lidelsen. Mennesker som har en sammensatt problematikk knyttet til psykisk lidelse med behov for hjelp fra flere instanser samtidig, har ikke passet inn i de ulike instansenes definerte arbeidsoppgaver og ansvarsområder, og pasientene har endt opp som ”kasteballer” (Helsedirektoratet, 2008). Gråsoner gjør at brukerne får en dårligere tjeneste enn de kunne fått dersom koordineringen var bedre, og hvis ansvarsforhold var avklart (Jacobsen, 2004). Med innføringen av ACT-modellen forutsettes dette koordineringsproblemet å bli løst da det helhetlige behandlingsansvaret nå er adressert til ACT-teamene. Koordineringsstrategien med å minske behovet for koordinering kan sies å være operasjonalisert i ACT-modellen i alle seks sub-skalaene, der alle elementene inngår i en helhet for at temaene skal ha kompetanse og ressurser til å yte flest mulig tjenester selv.

# 3 Metode

I metodekapittelet vil det redegjøres for forskningsdesign, populasjon og utvalg, og datainnsamling. Videre vil vi i dette kapittelet diskutere og vurdere dataenes reliabilitet (pålitelighet) og validitet (relevans).

Denne masteroppgaven bygger på deler av et datamateriale som er samlet inn i forbindelse med evalueringen av 12 ACT-team i Norge. Dette var en omfattende evaluering som er nøyere beskrevet i sluttrapporten for evalueringen (Ruud & Landheim, 2014). Undertegnede har fått tilgang til datamaterialet.

## 3.1 Design

For å besvare problemstillingene i denne oppgaven har det blitt benyttet data fra et eget registreringsskjema kalt «Ukeskjema». Samtlige kontakter med den enkelte pasient/bruker ble kartlagt i en periode på to år. Alle pasienter som var inkludert i ACT-teamene det første året er inkludert i studien. Dataene skal i denne oppgaven benyttes for å beskrive omfang av teamenes samhandling med kommunale instanser, med hvilke instanser- og hvilke tjenester teamene samhandler om, og om samhandlingsprofilen varierer mellom teamene. Designet er derfor deskriptivt longitudinelt og prospektivt.

## 3.2 Populasjon, utvalg og svarprosent

Undersøkelsen omfatter de første 12 ACT-teamene som ble etablert i Norge fra 2007 til 2012. Dette var samtlige team i en gitt tidsperiode. Teamene er geografisk spredt, fra Tromsø i nord til Kristiansand og Jæren i sør. Samtlige kontakter med den enkelte pasient skulle registreres og benyttes som datakilde for å dokumentere innhold, varighet, hvor kontakten foregikk og om tjenesten ble gjennomført alene eller sammen med andre instanser. Dette for å si noe om hvordan teamene arbeider. Samtlige behandlere skulle fylle ut en beskrivelse av den enkelte kontakt ved bruk av Ukeskjemaet. Samtlige behandlere (n=96) har fylt ut ukeskjema i en periode på to år. Vi har fått inn en beskrivelse av 69701 antall kontakter. Det er grunn til å tro at dette gjenspeiler omtrent det totale antallet kontakter slik at dataene er representative for

samtligge kontakter i det enkelte team. Vi vet imidlertid at i noen team var det enkelte behandlere som ikke fylte ut ukeskjemaet like ofte som de burde gjort.

Meningen var at ukeskjema skulle fylles ut for alle brukere ved hver kontakt, men det har vært et omfattende arbeid for de teamansatte og man kan ikke forvente at det foreligger fulltallige registreringer. For å undersøke i hvilken grad omfanget av registreringer samsvarer med den reelle gjennomførte kontakten, ble teamlederne vist tall på sitt teams registreringer og bedt om å gi tilbakemelding på i hvor stor utstrekning de mente at ukeskjemaene var brukt. Teamene som ga tilbakemelding mente at ukeskjemaene var brukt i 70-85% av alle kontaktene. Manglende registreringer varierer på tvers av tidsrom og teammedlemmer (Ruud & Landheim, 2014).

### **3.3 Datainnsamling**

Ukeskjemaene brukes for å dokumentere behandlingen som blir gitt til den enkelte bruker av ACT-teamene. Hvert enkelt teammedlem registrerer alle kontaktene de har hatt med brukerne i løpet av en uke i skjemaet, registreringene blir gjort med koder for blant annet hvem kontakten gjelder, innhold i kontakten, hvor den skjer og om det er en eller flere samarbeidspartnere som har deltatt. Ukeskjemaene er utformet slik at det skal være hurtig og lett for teammedlemmene å fylle dem ut fortløpende etter hver kontakt, eller på slutten av dagen. Det fylles ut en linje for hver kontakt, og hvert teammedlem bruker ett skjema for hver uke. Dato, klokkeslett for start og avslutning av kontakten, hvor kontakten fant sted, om annet teammedlem deltok, ID-nummer for brukeren, en til tre koder for innholdet i kontakten, en eller flere koder dersom andre har deltatt, og reisetid. Kodene som blir brukt i skjemaet er basert på et utkast laget av forskergruppen som står bak den nasjonale evalueringen, og som ble justert etter diskusjon med- og ut fra forslag fra de teamene som startet opp først (Ruud & Landheim, 2012).

Ferdigutfylte ukeskjema ble kvalitetssikret av ACT-teamenes merkantilt-ansatte, for så å bli sendt til forskergruppen for elektronisk registrering. Forfatterne av Sluttrapporten fremhever at det har vært et omfattende arbeid for de teamansatte å gjennomføre registreringsarbeidet (Ruud & Landheim, 2014).

Da innhold i kontakten der andre instanser deltar, og hvilken instans det gjelder er registrert i ukeskjema, kan data herfra sammenstilles og brukes til å beskrive samarbeidsprofilen til alle teamene samlet sett, for hvert enkelt team, og til å undersøke om denne profilen varierer mellom teamene.

### **3.3.1 Analyse av data fra ukeskjema**

Samtlige opplysninger fra ukeskjemaet ble registrert i Excel og overført til SPSS. Det er gjennomført deskriptive analyser som oppsummerer innholdet i de ulike spørsmålene for 69701 kontakter som er registrert.

Datamaterialet skal brukes til å beskrive hvilke kommunale instanser-, og om hvilke tjenester de 12 ACT-teamene samarbeider med kommunen om, og i hvor stor grad samarbeidsprofilen varierer mellom team. Ut fra resultatene skal det diskuteres på hvilken måte de norske ACT-teamene tilbyr integrerte tjenester.

Analysene skal beskrive:

- Innhold i, og omfang av kontakter som teamene gjennomfører alene
- Innhold i, og omfang av kontakter som teamene gjennomfører i samhandling med kommune og spesialisthelsetjeneste
- Omfang av kontakter med og uten samhandling med kommune og spesialisthelsetjeneste
- Omfang av, og innhold i samhandling med kommunale instanser
- Variasjon mellom teamene i forhold til andel av alle kontakter som er samhandling, og fordeling av innhold i samhandling per team (andel basert på alle kontakter teamet gjennomfører/samhandling=prosent av alle kontakter som var samhandling).

## **3.4 Etikk**

Forskningsprosjektet har fått godkjenning fra Regional etisk komité for helsefaglig forskning (REK), og godkjenning til å bruke data i denne masteroppgaven er gitt. REK har godkjent at det kan samles inn avidentifiserte data fra ukeskjemaene også for brukere som ikke har gitt samtykke til at informasjon om dem kan brukes i evalueringsprosjektet, dette fordi dataene

kun vil brukes til å beskrive teamenes praksis, og ikke vil analyseres på individnivå (Ruud & Landheim, 2014). Innsamlede data fra ukeskjema er anonymisert for de brukerne som vi ikke kjenner identiteten til. For de pasientene som har gitt samtykke til å delta i undersøkelsen, kan data fra ukeskjema også benyttes på individnivå. I denne oppgaven har vi ikke benyttet data fra ukeskjemaet på individnivå, men kun for å dokumentere teamenes praksis.

Tilgang til bruk av alle data i denne oppgaven har blitt gitt av forskningsleder Anne Landheim ved Nasjonal kompetansetjeneste for ROP og prosjektleder for evalueringen Torleif Ruud.

## **3.5 Dataenes reliabilitet og validitet**

### **3.5.1 Reliabilitet**

Datainnsamlingen er basert på teammedlemmers utfylling av ukeskjema etter hver kontakt med den enkelte bruker. Påliteligheten av målingen er avhengig av at teammedlemmene faktisk fyller ut ukeskjema, at de fyller det ut korrekt og likt, og at det er leselig for andre slik at overføringen til datafil blir riktig. Ukeskjemaet er designet slik at det skal være enkelt og raskt for teammedlemmene å fylle det ut. Kodene ble utarbeidet i samarbeid med forskerteamet og ansatte i de første ACT-teamene.

Til tross for at ukeskjemaet skal være lett å fylle ut for teammedlemmene kan man, som nevnt under avsnitt 3.2, ikke forvente at registreringene er gjennomført for alle kontakter. Registreringsarbeidet har vært omfattende og skulle gjennomføres i en travel hverdag. Det antas at registreringsarbeidet er gjennomført i 70-80 prosent av kontaktene (Ruud & Landheim, 2014). Det er imidlertid ikke kjent om det er variasjon mellom teamene i henhold til gjennomført registrering. Ruud og Landheim (2014) sier videre at ved gjennomgang av den omfattende datafilen avdekket de at det har vært en variasjon i måten kontaktene har vært registrert på, og at veiledningen for å gjøre registreringene har vært fulgt noe ulikt. Der to teammedlemmer har deltatt i kontakten er det i varierende grad dobbeltregistreringer, og der hvor det har vært kombinasjon av flere typer aktivitet i samme kontakt er det også noe variasjon i måten registreringene er gjort på. Antall kontakter som er registrert påvirkes av dette. En del koder og tall som er ført på ukeskjemaene har vært utydelige og kan ha blitt feilregistrert. Det kan også ha skjedd feiltastinger og misforståelser som ikke har vært mulig å



oppdage da data skulle overføres fra papirskjema til elektronisk database. Men alt i alt kan vi konkludere med at det gir et helhetlig og representativt bilde. Det er et svært stort antall kontakter som er registrert.

### **3.5.2 Intern validitet**

I ukeskjema er det totalt 22 koder for registrering av innhold i kontakt. Kodene er dekkende for det som også går under kommunale tjenester og vurderes således til å kunne fange opp tjenester som teamene samhandler med kommunene om. Det er også koder for kommunale instanser som finnes i alle kommuner og som yter tjenester etter Helse- og omsorgstjenesteloven. Men kommuner kan være ulikt utbygd og noen steder kan det finnes instanser og tjenester som det ikke er laget koder for, men som teamene samhandler om. Samhandling kan skje på måter som ikke blir fanget opp av ukeskjema, men skjema vurderes til å være dekkende for de vanligste og viktigste tjenestene og instansene.

For flere av variablene som medisiner og samtaler er det vanskelig å vite om kontaktene handler om at den aktuelle tjenesten har blitt ytt til brukeren mens både ACT og annen instans har vært tilstede, eller om kontaktene handler om koordinering og planlegging. Det finnes riktig nok en egen variabel som heter planlegging av tiltak som skulle dekke de kontaktene der planlegging har vært fokus, men samtidig er det vanskelig å se for seg at der hvor medisiner er registrert som hovedinnhold har handlet om at medisiner har blitt delt ut med både kommunal instans og ACT-team tilstede, eller at støttesamtaler har blitt gitt av ACT-team og kommunal instans samtidig. Dette har ikke betydning for omfanget, eller innholdet i de registrerte kontaktene, men gjør at det er vanskelig å vite helt sikkert hva som er ACT-teamene sin rolle ovenfor kommunene i samhandling. Om det handler om å bistå kommunene i direkte kontakt med brukerne, eller om det handler om å koordinere tjenestetilbudet.

For variabelen ”Møter” er det ikke registrert noen underkategorier, og vi vet derfor ikke hva som har vært innholdet i møter. Det kan tenkes at dette har blitt brukt som en samlekategori der flere typer tjenester har vært diskutert. Dette kan bety at det er en underrapportering på de andre variablene, for eksempel dersom tema i møtet har vært både medisiner, avklaring rundt boligforhold og planlegging av tiltak er det mulig at dette har blitt registrert av behandlerne i

samle kategorien ”møter”. Men vi antar ikke at dette har ført til systematiske forskjeller mellom teamene.

Til tross for at det ble gjennomført veiledning av teamene på hvordan ukeskjemaene skulle fylles ut kan det være at teamene tolker innholdet i de ulike variablene på forskjellige måter, noe som kan føre til at variasjonen mellom teamene skyldes ulike registreringsmåter fremfor reelle variasjoner. Variasjoner mellom teamene må tolkes med forsiktighet på grunn av mulige feilkilder. Variasjon mellom teamene ble ikke analysert i Sluttrapporten på grunn av usikkerheter i forhold til ulike feilkilder. Det er mulig at forskjeller, eller mangel på forskjeller mellom teamene skyldes variasjon i registreringer.

### **3.5.3 Ekstern validitet**

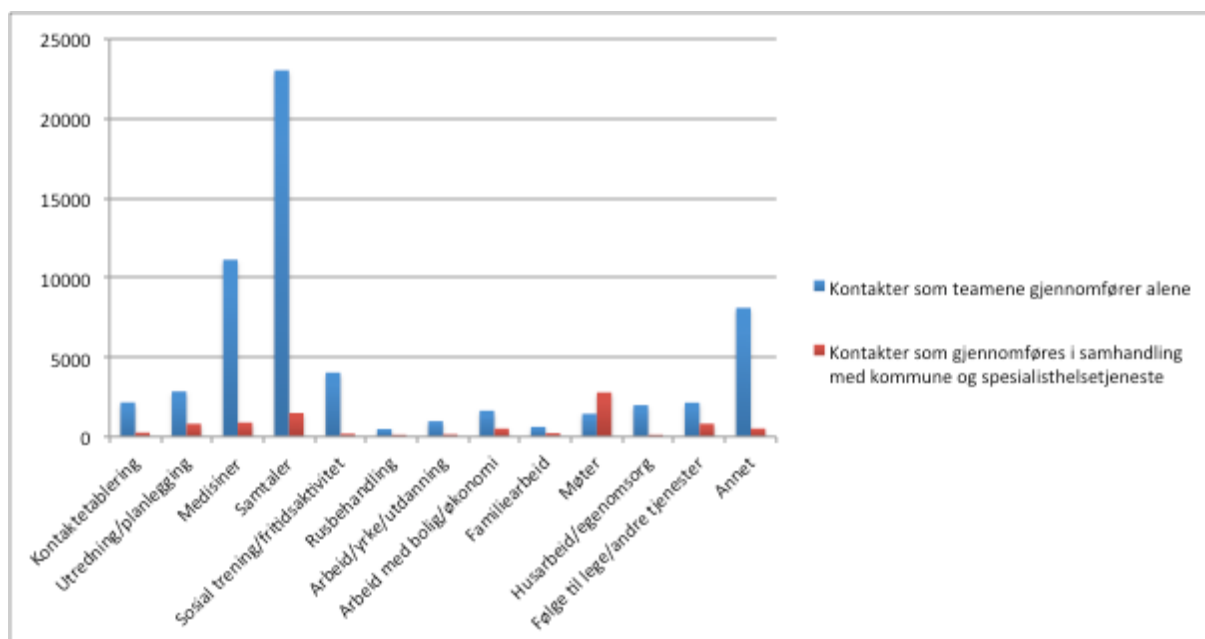
I denne undersøkelsen er hele populasjonen inkludert, det vil si alle de norske ACT-teamene. Målingen av teamenes samhandling baserer seg på registreringer av kontakter i ukeskjema, og som tidligere nevnt kan man ikke forvente at det er gjort registreringer for alle kontakter som er gjennomført. Det er antatt at det er gjort registreringer i 70-80 prosent av kontaktene, noe som er en høy svarprosent, og det antas ikke at det er systematiske forskjeller i registreringene mellom teamene. Basert på dette, og at det er et stort antall kontakter som er registrert kan vi konkludere med at data er representative for alle team.

# 4 Resultater

## 4.1 Omfang av kontakter som ACT-teamene gjennomfører alene og i samhandling med andre

I løpet av en toårsperiode har ACT-teamene registrert 69701 kontakter med den enkelte bruker. Av disse gjennomførte ACT-teamene 60823 kontakter uten at andre var til stede. Det vil si at ca 9000 kontakter er gjennomført i samarbeid med andre instanser. Vi skal se på omfang av, og hvilke type tjenester teamene gjennomfører alene og i samhandling med andre instanser. Påfølgende figur viser en oversikt over dette.

*Figur 4.1 Omfang av kontakter som teamene gjennomfører alene, og kontakter som gjennomføres i samhandling med kommune og spesialisthelsetjeneste*



N= 69701

Figur 4.1 viser at det vanligste innholdet i kontaktene som teamene gjennomfører alene er samtaler og medisiner. ”Annet” posten er stor og denne skjuler 5437 kontakter som var ”ikke møtt”. Deretter var det mange kontakter som inneholdt sosial trening og fritidsaktiviteter, og utredning og planlegging av behandling og tiltak. Vi ser også at teamene følger brukerne til andre instanser en del, og at de følger opp brukerne i forhold til husarbeid og egenomsorg.

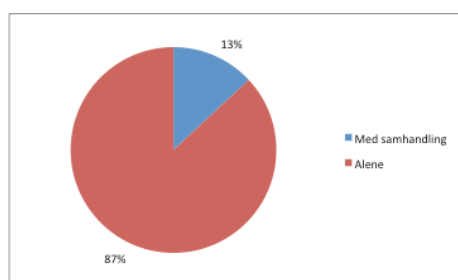
Oppfølging av utdanning og arbeid var en liten del av teamenes kontakter med brukerne, arbeid med økonomi og bolig var en litt større andel. Det var få kontakter av de teamene gjennomførte alene som gjaldt rusbehandling og familiearbeid.

Videre ser vi av figur 4.1 at det vanligste innholdet i teamenes samhandling med andre instanser er møter, samtaler, medisiner, utredning og planlegging av behandling og tiltak, følge til en annen instans, arbeid med økonomi og bolig, og en liten del var oppfølging i forhold til arbeid og utdanning.

Figur 4.1 viser også at for alle tjenester utfører teamene flere kontakter alene enn i samhandling med andre, bortsett fra når det gjelder møter. Hvis vi ser på differansen mellom antallet kontakter som teamene gjennomfører alene og antallet kontakter som teamene gjennomfører i samhandling med andre i forhold til hver enkelt tjeneste, kan vi si noe om hvilke tjenester som teamene gjør det meste av oppfølgingen alene, og hvilke tjenester de i større grad utfører i samhandling med andre. Positiv differanse betegner at teamene yter den største andelen av kontaktene selv, og negativ differanse betegner at flest kontakter blir gjennomført i samhandling med andre. Vi ser av figur 4.1 at differansen på positiv side er størst for samtaler, medisiner, sosial trening og fritidsaktiviteter og utredning og planlegging. Det er kun for en tjeneste at differansen er negativ, og dette er møter, som selvfølgelig oftest inkluderer at andre instanser er tilstede. De fem laveste differansene var, fra størst til minst, arbeid med økonomi og bolig, arbeid med utdanning og arbeid, familiearbeid, rusbehandling og møter.

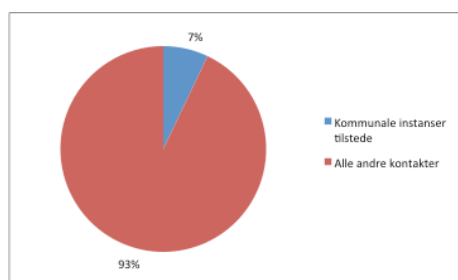
Vi skal se nærmere på teamenes omfang av samhandling og følgende figurer viser fordeling av alle kontakter som var med og uten samhandling, og fordeling av kontakter der kommunale instanser var tilstede/ikke tilstede.

**Figur 4.2 Fordeling av kontakter som var med/uten samhandling**



N=69701

**Figur 4.3 Fordeling av kontakter der kommunale instanser var tilstede/ikke tilstede**



N= 69701

Figur 4.2 viser at totalt sett var 13 prosent av alle kontakter som teamene gjennomførte samhandling med primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, herunder fastlege/legevakt/allmennlege, psykiatri/rustjeneste, hjemmetjenester, sosialtjeneste og arbeid ved NAV, somatisk sykehus, tannlege, poliklinikk/akutt-team, DPS, ruspoliklinikk, rusbehandling, psykiater/psykolog, politi/kriminalomsorg og andre. Omfanget av samhandling var større med kommunale instanser enn med spesialisthelsetjenesten. Figur 4.3 viser at samhandling med kommunale instanser (fastlege, rus- og psykiatritjeneste, hjemmetjenester og sosialtjeneste og arbeid ved NAV) var 7 prosent av alle registrerte kontakter. Hvis vi ser på de kontaktene som var i samhandling med andre instanser, var over halvparten av all samhandling med kommunale instanser.

Vi skal i det videre se nærmere på samhandling med kommunale instanser.

## **4.2 Med hvilke kommunale instanser, om hvilke tjenester, og i hvilket omfang samhandler teamene?**

Vi har til nå sett at av alle kontakter som teamene gjennomførte var 7 prosent av disse samhandling med kommunene. Vi skal nå se nærmere på teamenes samhandling med kommunene, og om samhandlingen varier mellom teamene.

Tabell 4.1 gir en oversikt over innholdet i, og omfanget av samhandling, og med hvilke instanser det gjelder.

**Tabell 4.1 Oversikt over omfang og innhold i samhandling med de ulike instansene**

Tjeneste	Rus- og	Hjemmetjenester	NAV: sosialtjenester og arbeid	Fastlege	Sum
Kontakt-etablering	1%	0%	0%	0%	2%
Utredning/planlegging	3%	2%	2%	1%	7%
Medisiner	3%	2%	1%	2%	8%
Samtaler	6%	2%	2%	3%	12%
Sosialt	1%	0%	0%	0%	1%
Rusbehandling	0%	0%	0%	0%	1%
Arbeid/utdanning/økonomi/bolig	1%	1%	7%	0%	9%
Familiearbeid	1%	0%	0%	0%	2%
Møter	14%	8%	12%	9%	43%
Husarbeid/egenomsorg	0%	1%	0%	0%	1%
Følge til lege/andre tjenester	1%	0%	2%	5%	7%
Annet	3%	1%	1%	1%	5%
	35%	17%	26%	22%	100%

N= 4943

I ukeskjemaet er det registrert hvilke instanser teamene samhandler med, og hva som er innholdet i samhandlingen. I tabell 4.1 ser vi en oversikt over samhandlingen med de kommunale instansene. Tabellen viser at teamenes omfang av samhandling er størst med rus- og psykiatritjenesten nest størst med NAV, deretter med fastlege, og hjemmetjenesten. Den største andelen av samhandling er møter, deretter samtaler, hjelp til å skaffe arbeid/utdanning/bolig/ordne økonomi, medisiner, utredning og planlegging av behandling og følge til en instans. Til sammen er disse tjenestene hovedinnhold i 86 prosent av teamenes samhandling med kommunale instanser.

Møter var det vanligste innholdet i samhandling med alle instanser. Av møter var litt over halvparten møter uten bruker tilstede, og rett under halvparten var møter med bruker tilstede. Samtaler forekom i størst omfang med rus- og psykiatritjenesten. Støttesamtaler var tre fjerdedeler av innholdet i samtaler, resten var krisehåndtering. Videre samhandlet teamene mest med rus- og psykiatritjenesten i forhold til medisiner, deretter med hjemmetjenesten og fastlege. Planlegging av behandling og tiltak var også mest med denne instansen, og bortimot alle kontaktene herunder gjaldt planlegging av behandling og tiltak. Teamene har vært oftere med som følge til lege og NAV enn til de andre instansene. Krisehåndtering ble i størst

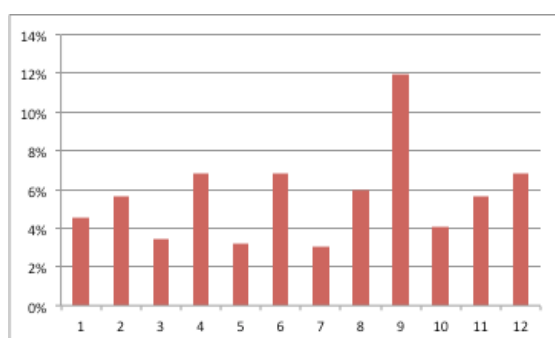
omfang gjennomført i samhandling med fastlege. Samhandling om økonomi og bolig, og arbeid og utdanning ble i all hovedsak utført i kontakt med NAV.

#### 4.2.1 Variasjon mellom teamene

For å undersøke om det er variasjon i teamenes samhandlingsprofil er det her regnet ut hvilken andel av hvert enkelt teams kontakter som var med kommunale instanser, data i forhold til fastlege er ikke med i den videre analysen. For å kunne sammenligne teamene samhandlingsprofil, uavhengig av teamstørrelse, gjøres dette ut fra prosentvis fordeling. Denne typen deskriptiv analyse kan ikke si om forskjellen mellom teamene har sammenheng med enkelte faktorer, og om forskjellen er av en størrelse som kan påvises statistisk signifikant. Fordi datamaterialet kan inneholde ulike feilkilder, som forskjell i registreringsmåter mellom teamene er ikke dette gjort, og resultatene fra denne deskriptive undersøkelsen må også tolkes med forsiktighet.

I dette avsnittet skal vi se på hvor mye hvert enkelt team samhandler i forhold til alle kontakter de gjennomfører, og om dette varierer mellom teamene.

**Figur 4.4 Andel av hvert enkelt team sine kontakter som var samhandling med kommunale instanser.**

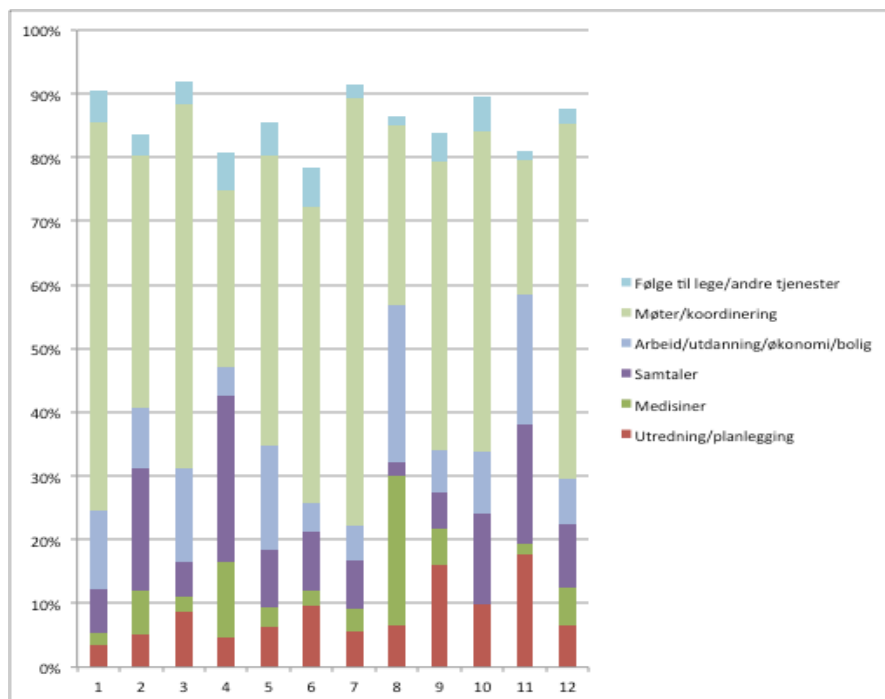


N= 3849

Figur 4.4 viser at prosentandelen av alle kontakter hvor kommunale instanser var tilstede varierer fra 3 - 12 prosent mellom teamene. Alle team samhandler med kommunale instanser, og fordelingen er nokså jevn, ett team skiller seg ut med en større andel av samhandling enn de andre teamene. Det er også ett team der samhandling er kun 2 prosent av alle kontakter som teamet gjennomfører.

Vi skal videre se på hva som er innholdet i samhandling for det enkelte team, en oversikt blir gitt i følgende figur. Innholdet gjelder for de seks tjenestene som teamene totalt sett har samhandlet mest med kommunene om.

**Figur 4.5 Fordeling av hyppigst forekommende innhold i samhandling per team**



N=3849

Figur 4.5 viser at møter er den tjenesten hvor det er størst variasjon mellom teamene i henhold til hvor stor andel møter er av samhandlingen med kommunale instanser. Det er også stor variasjon mellom teamene når det gjelder samtaler, og arbeid, utdanning, økonomi og bolig. For medisiner ser vi at det er ett team som skiller seg ut ved at det ikke samhandler om medisiner i det hele tatt. Utredning og planlegging av behandling og tiltak varierer også en del mellom teamene. Når det gjelder følge til andre instanser er det på teamnivå ikke tatt med kontakter som gjaldt fastlege, variabelen vil derfor ikke bli nærmere omtalt her.

En annen variabel som skilte seg ut i forbindelse med variasjon, som ikke viser i figur 4.5 var husarbeid og egenomsorg. Til sammen var denne variabelen kun 1 prosent av teamenes samhandling, og er sammen med variablene rusbehandling og sosial trening og fritidsaktiviteter det teamene samhandler minst med kommunale instanser om. Variasjonen mellom teamenes samhandling med kommunene i forbindelse med husarbeid/egenomsorg



var fra 0-14 prosent. For elleve av teamene var prosentandelen 0-2 prosent, mens for ett team var den 14 prosent.

### **4.3 Kort oppsummering av hovedfunn**

- Teamene utfører i all hovedsak de aller fleste kontaktene alene.
- Samtaler og medisiner er de tjenestene hvor ACT ivaretar tjenestetilbudet i størst grad alene. I tillegg til sosial trening og fritidsaktiviteter.
- Økonomi og bolig, og arbeid og utdanning er blant tjenestene som teamene i størst grad i varetar i samhandling med andre.
- 13 prosent av alle kontakter var i samhandling med andre instanser, og over halvparten var i samhandling med kommunale instanser.
- Omfanget av samhandling med kommunale instanser er størst med rus- og psykiatritjenesten, deretter med NAV.
- Møter, støttesamtaler, arbeid og utdanning, økonomi og bolig, medisiner, utredning og planlegging av behandling og tiltak og følge til en instans er det vanligste innholdet i samhandling med kommunale instanser.
- Av møter var litt over halvparten uten bruker tilstede, litt under halvparten var med bruker tilstede.
- Teamene er oftest med som følge til fastlege og NAV.
- Samhandling om økonomi og bolig var en større andel enn samhandling om arbeid og utdanning. Samhandling om disse tjenestene skjer i hovedsak med NAV.
- Ett team samhandler ikke om medisiner.
- Resultatene viste også at samarbeid om praktisk bistand til husarbeid ikke var mer enn 1 prosent av all samhandling, og at det var en stor variasjon mellom teamene der ett team skilte seg ut med at husarbeid var 14 prosent av samhandlingen, mot de andre teamene hvor det høyst var 2 prosent.

## 5 Diskusjon

Formålet med denne oppgaven er å undersøke om ACT-teamene tilbyr integrerte tjenester alene, eller om de mer arbeider etter en ICM-modell, i den norske konteksten hvor det både finnes instanser som kan tilby de samme tjenestene som teamet, og instanser hvis myndighet ikke kan delegeres til ACT-teamene. Denne delen av oppgaven vil gi en oppsummering og diskusjon av problemstillingen og resultatene.

### 5.1 Tilbyr ACT-teamene integrerte tjenester alene, eller arbeider de etter en ICM- modell?

En hovedforskjell fra ICM til ACT-modellen er at ICM har som mål at brukerne skal benytte seg av tjenester i det eksisterende tjenesteapparatet, og at de opptrer som koordinatorene for å få tjenestene til å bli integrert (Schaedle et al., 2002). Mens ACT-modellen har som mål at brukerne skal få flest mulig tjenester fra ett team (Monroe-DeVita et al., 2011). Bastøe og Dahl (1995) sier at det er målet som bestemmer hvilken organisasjonsstruktur man velger for en organisasjon, og at for å undersøke hva som faktisk er organisasjonens mål må man se på hvordan organisasjonen arbeider, fremfor å se på formelle målformuleringer. For at vi skal kunne si at ACT-teamene arbeider mer etter en ICM-modell enn etter en ACT-modell må omfanget av samhandling være av en slik karakter at det er tydelig at teamene arbeider etter et mål om at brukerne skal benytte seg av tjenester i det generelle hjelpeapparatet fremfor at ACT-teamene skal tilby alle tjenester. Resultatene i denne oppgaven viser klart at teamene totalt sett gjennomfører flere kontakter alene enn i samhandling med andre instanser, dette gjelder også når vi ser på hver enkelt type tjeneste. Teamene gjennomførte et stort antall kontakter i løpet av datainnsamlingsperioden, og når man ser på antallet kontakter som inneholdt samhandling opp mot at de er fra en to-års periode, og gjelder for 142 brukere, kan vi i det store og hele si at omfanget av samhandling ikke er så stort. I tillegg forventer vi at omfanget vil gå ned fordi data er hentet inn fra teamenes to første driftsår, og mange brukere kan ha vært i overgangsperioder mellom ACT og kommune. Omfanget av samhandling var nokså jevnt fordelt mellom teamene, ett team skilte seg noe ut med at samhandling var noen prosentandeler mer av dets kontakter enn for de andre teamene. Det er imidlertid ikke mulig ut fra denne undersøkelsen å si om forskjellen er statistisk signifikant. Denne undersøkelsen

kan heller ikke si noe om det kan være enkelte team som mer arbeider etter en ICM-modell, enn en strikt ACT-modell. I Sluttevalueringen sies det, basert på kvalitative data, at det er flere team som har et uttalt mål om å gjøre brukerne i stand til å nyttiggjøre seg de vanlige tjenestene i hjelpeapparatet (Ruud & Landheim, 2014). Men ut fra denne undersøkelsen kan vi ikke si at teamene, sett under ett, arbeider etter et mål om at brukerne skal benytte seg av tjenester i det eksisterende hjelpeapparatet. Alt i alt kan vi si at teamene arbeider etter en ACT-modell fremfor en ICM-modell. Det er samtidig viktig å påpeke at vi ikke vet noe om omfanget av tjenester som kommunene yter alene til brukerne, og at det er behov for forskning på dette området. Vi antar at ACT-teamene har tatt over et stort omfang av tjenester fra kommunene, og at kommunene dermed blir avlastet.

Likefremt viste resultatene at teamene samhandler med både kommune og spesialisthelsetjeneste, og at de dermed i noen grad arbeider etter en ICM-modell. Vi skal i det videre se nærmere på om teamene arbeider med å koordinere tjenester, om de bistår brukerne med å benytte seg av kommunale tjenester, og hvilke tjenester de koordinerer.

## **5.2 ACT-teamenes rolle som case managere**

Den største andelen av ACT-teamenes samhandling med alle kommunale instansene var møter. Sammen med planlegging av behandling og tiltak utgjorde dette halvparten av all samhandling med kommunale instanser. At møter og planlegging av behandling og tiltak var en så stor del av teamenes samhandling indikerer at i størsteparten av kontaktene hvor kommunale instanser var tilstede handler det ikke om at tjenester blir ytt direkte til brukerne, men det handler om at ACT-teamene opptrer som koordinatorene. For flere av de andre tjenestene som administrering av medisiner, sosial trening og fritidsaktivitet, rusbehandling, og husarbeid og egenomsorg handler kontaktene sannsynligvis mest om å koordinere innsatsen også her, det handler mindre om at både teamet og kommunale instanser er tilstede når medisiner deles ut, husarbeid blir gjennomført eller rusbehandling blir gitt. På bakgrunn av dette kan vi si at de aller fleste kontaktene som ACT-teamene har med de kommunale instansene handler om koordinering av tjenestetilbudet. Dette funnet kan støttes med funn fra Sluttrapporten som viste at ACT-teamenes koordinatorrolle ble satt pris på av samarbeidspartnere. ACT-teamene oppfattes som en ”halvannen-linje” instans som forstår både det kommunale tjenestesystemet, og spesialisthelsetjenesten, de behersker koordinering

av tjenester fra mange forskjellige instanser, og gjør samarbeid mellom tjenestenivåene lettere (Ruud & Landheim, 2014).

Det er interessant å se at for møter hvor bruker var tilstede er dette en mindre andel av samhandlingen med alle instanser, enn møter uten bruker, utenom med NAV og fastlege. Med disse instansene var det en større andel av møtene hvor bruker var tilstede, enn hvor bruker ikke var tilstede. Teamene var også oftere med som følge til fastlege og NAV, enn til de andre instansene. Dette kan bety at teamenes kontakt med fastlege og NAV handler om å legge til rette for at brukerne skal klare å benytte seg av tjenestene som disse instansene tilbyr. Noen tjenester er teamene avhengig av blir gitt av andre instanser, som sosiale tjenester fra NAV og at fastlegen har en ”døråpner funksjon” i forhold til å få utløst en rekke ytelser i velferdsapparatet. På bakgrunn av disse funne kan det sies at teamene opptrer som case managere for brukerne opp mot NAV og fastlege. I den norske konteksten blir utgangspunktet for at teamene opptrer som case managere ovenfor NAV og fastlege et annet enn at brukerne er vurdert til å være i stand til å benytte seg av eksisterende tjenester. Utgangspunktet er at instansene tilbyr tjenester som ikke kan tilbys av ACT-teamene. Dette funnet er viktig fordi det viser at teamene først og fremst opptrer som case managere overfor instanser som de er avhengig av å samhandle med, at teamene inntar en slik rolle overfor disse instansene er forventet og nødvendig.

Det kommunale tjenesteapparatet består både av instanser som kan utføre de samme tjenestene som ACT, og instanser som har myndighet på visse områder som ikke kan delegeres til ACT. I forhold til tjenester som kan ytes av både ACT og kommune har erfaringer fra ACT-ansatte og deres samarbeidspartnere i kommunene sagt at rollefordelingen vært mest uklar ovenfor psykiatritjenester, hjemmehjelp og hjemmetjenesten, og mer klar ovenfor NAV. Det har blant annet vært uklart hvem som skal ha ansvar for medisinerings, boveiledning og husarbeid (Pöyry, 2011; Ruud & Landheim, 2014). Resultatene i denne oppgaven viste at støttesamtaler er den nest største andelen av samhandling med kommunale instanser. Halvparten av alle samtaler ble gjennomført i samhandling med rus- og psykiatritjenesten. Samtidig viste resultatene at samtaler er den tjenesten der teamene i aller høyest grad utfører største delen av kontaktene selv. Samtaler er en stor del av samhandlingen med kommunene, men sett opp mot det totale antallet av støttesamtaler som teamene gjennomfører er det kun en liten del av hele bildet. Det gjelder også få kontakter per team, syv team har ikke utført mer enn tjue støttesamtaler på to år. Ett team skiller seg ut med et

høyere antall, men vi kan ikke si noe om forskjellen er statistisk signifikant, eller hva den skyldes. Støttesamtalene kan være knyttet til overgangsperioder, og tatt i betraktning at teamene allerede utfører den største andelen av denne tjenesten selv, er det ikke urimelig å anta at antallet støttesamtaler vil gå ned. Dette kan indikere at kommunale instanser blir avlastet av ACT-teamene i forhold til støttesamtaler, men det er et område hvor det er behov for mer forskning.

Som nevnt ovenfor var medisiner ett av områdene der ansvarsfordelingen har vært uklar mellom ACT-team og kommune. Medisiner var den tredje største andelen av samhandling med kommunale instanser, men samtidig den tjenesten etter samtaler, der teamene utfører største parten av kontaktene selv. På samme måte som i forhold til samtaler, er dette en stor del av teamenes samhandling med kommunene, men kun en liten del av helheten. Det er også her få kontakter per team sett ut i fra to-årsperioden, åtte team har ikke utført mer enn tjue kontakter i perioden, og ett team utførte ingen kontakter som gjaldt medisiner. Dette er et overraskende funn tatt i betraktning at teamene har begrenset åpningstid, og at de trolig er avhengig av samhandling med andre instanser for at brukerne skal få utlevert medisiner på kveldstid. I Sluttrapporten nevnes det også at for noen team kan store geografiske avstander gjøre at det vanskelig å ha ansvar for medisinutdeling til alle brukerne (Ruud & Landheim, 2014). En mulig forklaring på at antallet kontakter som innebærer medisiner er lavt, kan være at mange av kontaktene har blitt registrert som møter. Som Jacobsen (2004) sier vil det være behov for møter mellom enheter når man setter bort en oppgave til en annen enhet. At antallet møter uten bruker var større enn møter med bruker både for hjemmetjenesten og rus- og psykiatritjenesten, som er de instansene teamene samhandler mest med medisiner om, kan støtte denne tolkningen. Men medisiner er, etter samtaler, den største andelen av kontakter som teamene gjennomfører alene, og trolig ivaretar de den aller største andelen av oppfølgingen av medisiner alene. Som nevnt tidligere vet vi ingenting om omfanget av tjenester som kommune utfører på egenhånd, og det er behov for forskning på dette området.

Det ble i metodedelen nevnt at det er vanskelig å vite om registreringer som er knyttet til medisiner og samtaler handler om at tjenester har blitt ytt direkte, eller at teamene koordinerer tjenestene. At dette kan gjøre det vanskelig å vite hva som er teamenes rolle ovenfor kommunene, om tjenester blir ytt mens både ACT-team og kommune er tilstede, eller om kontaktene handler om koordinering. Det kan være tilfeller der både team og kommune har vært tilstede for å yte tjenesten, men fordi tallene for medisiner og samtaler er

nokså lave når vi ser på hvert enkelt team har dette i så fall vært i få tilfeller. Samhandling om medisiner er med stor sannsynlighet blitt registrert som møter, og vi kan avklare at teamenes rolle ovenfor kommunene først og fremst handler om å koordinere tjenestetilbudet.

Basert på at det finnes instanser i det kommunale tjenesteapparatet som har ansvar på områder som ikke kan delegeres til ACT, særlig NAV som har ansvar for sosiale tjenester, har det vært forventet at teamene ville samhandle en del med denne instansen. Resultatene fra denne undersøkelsen viste at arbeid, utdanning, økonomi og bolig er den tredje største andelen av samhandling med de kommunale tjenestene. Samtidig så vi at teamene utfører flest kontakter alene også for disse tjenestene. Men av tjenester som det er vanlig at ytes innenfor det kommunale apparatet, var dette de tjenestene som teamene i størst grad samhandler med andre om. Teamene samhandler mer om økonomi og bolig, enn om arbeid og utdanning, og samhandlingen er hovedsakelig med NAV. At teamene samhandler mer om økonomi og bolig har sannsynligvis sammenheng med at NAV blant annet har ansvar for forvaltning av trygd, som ikke kan delegeres til ACT, og teamene har heller ikke tilgang til å tildele kommunale boliger. At de samhandler noe mindre om arbeid og utdanning kan ha sammenheng med at teamene har ansatt arbeidsspesialist som skal ha spesialkompetanse på dette området.

Et overraskende funn var at praktisk hjelp til husarbeid var mindre enn 1 prosent av teamenes samhandling med kommunale instanser. Det var forventet at teamene opptrådte i større grad som case managere i forhold til denne tjenesten på bakgrunn av at noen team har ønsket å sette denne tjenesten bort til kommunene, og rapporteringer om at det ble gjort dobbeltarbeid på dette området. (Pöyry, 2011; Ruud & Landheim, 2014). Vi fant imidlertid at det er ett team som opptrer som case managere i forhold til denne tjenesten, og dette teamet har hatt flere kontakter med kommunene om husarbeid enn resten av teamene har til sammen.

Det er et spørsmål om ACT-modellen bør modifiseres i den norske sammenhengen for å inkludere samhandling med andre. Det er allerede sagt i ACT-håndboka at teamene må samhandle med andre for å kunne tilby alle tjenester, men at en arbeidsdeling kun bør skje unntaksvis (Aakerholt, 2013). Slik vi ser det ut fra denne undersøkelsen skjer en arbeidsdeling mellom team og kommune kun unntaksvis, totalt sett gir teamene integrerte tjenester alene, og det kan ikke sies at det er behov for endring av ACT-strukturen.

### **5.3 Kan integrerte tjenester i den norske sammenhengen best gis gjennom en instans, eller ved at flere instanser samhandler tettere?**

Til slutt i denne diskusjonen skal vi ta opp igjen debatten som ble nevnt innledningsvis som handler om hvilke samhandlingsmodeller som er best egnet til å gi integrerte tjenester i den norske konteksten.

Denne undersøkelsen har vist at ACT-teamene i all hovedsak tilbyr integrerte tjenester alene. Vi antar at innføringen av ACT-modellen har ført til avlastning av andre tjenester. Innføring av ACT-modellen i Norge har imidlertid blitt kritisert for å være for ressurskrevende, og det påstås at samhandlingsmodeller som tar utgangspunkt i å bedre samarbeid mellom eksisterende instanser vil være mer kostnadseffektive og kunne gi et like godt tilbud til brukerne som ACT (Andersen, 2013; Ramsdal & Hansen, 2012).

Samhandlingsprosjektene som tar utgangspunkt i å øke samarbeidet mellom eksisterende tjenester har imidlertid en organisering som trolig har noen begrensninger i forhold til å kunne gi brukerne et fleksibelt og tilgjengelig tilbud. Modellene tar utgangspunkt i å omgjøre brøkdeler av stillinger i både kommune og spesialisthelsetjeneste, fordi dette hevdes å være en mer kostnadseffektiv måte å organisere et multidisiplinært team på, og at de ansatte i tillegg opprettholder høy grad av praksisoverføring med denne organiseringen (Andersen, 2013; Ramsdal & Hansen, 2012). Dette betyr dog at teamene ikke har fulltidsansatte. Ut fra dette kan det reises et spørsmål om de greier å tilby de mest ressurskrevende brukerne, *ACT-målgruppa*, et så fleksibelt og tilgjengelig tilbud som de krever. Dersom teamene legger opp til en teamtilnærming, der alle ansatte er i små stillinger vil dette ha betydning for hvordan hver enkelt behandler klarer å være oppdatert på situasjonen til teamets brukere, og hvordan teamet som helhet klarer å ivareta kontinuiteten. Dersom de baserer seg på at brukerne skal ha en case manager å forholde seg til, vil brukerne være sårbar i forhold til tilgjengelighet på hjelp.

En av de store forskjellene mellom ACT og tjenester i det øvrige hjelpeapparatet er at ACT-team arbeider uavhengig av vedtak hvor helsehjelpens innhold og omfang er bestemt. Dette

ble fremhevet av kommunale samarbeidspartnere som en avgjørende faktor for at ACT-teamene klarte å nå brukerne (Ruud & Landheim, 2014). Dersom brukerne av andre samhandlingsteam skal motta tjenester fra det etablerte tjenestesystemet vil hjelpen være vedtaksfestet. At tjenester er vedtaksfestet er en konsekvens av det overordnede styringssettet som kalles New Public Management (NPM), som er innført fra privat næringsliv til offentlig sektor. En klar begrensning i dette styringssettet er at det gjør det vanskelig å ivareta mennesker med komplekse problemer der det er behov for fleksibilitet i oppfølgingen (Rønning, 2004). Dersom ACT-målgruppa skal få tjenester fra det ordinære hjelpeapparatet med god kvalitet, er det nødvendig å utvikle tjenester som går utover rammene for det NPM-modellen legger opp til. For ACT-målgruppa er det kanskje ikke tilstrekkelig at instansene blir bedre på å samhandle, det må også være rom for fleksibilitet i det direkte møtet med brukerne. Et ACT-team har større mulighet for å være fleksibel enn hva det øvrige hjelpeapparatet har (Ruud & Landheim, 2014; Aakerholt, 2013).



## 6 Konklusjon

Denne oppgaven har undersøkt om norske ACT-team tilbyr integrerte tjenester alene, eller om de arbeider mer etter en ICM-modell ved at de samarbeider med andre instanser om å tilby helhetlige og integrerte tjenester. Vi fant at teamene gjennomfører en så stor del av tjenestene alene i forhold til i samhandling med andre at det ikke er grunnlag for å si at teamene arbeider etter en ICM-modell. De norske ACT-teamene tilbyr integrerte tjenester hovedsakelig alene. En arbeidsdeling med andre instanser skjer unntaksvis, og det er ikke behov for en moderasjon av ACT-strukturen. På bakgrunn av at ACT-teamene gir tjenester til en krevende pasientgruppe, som har behov mange ulike tjenester som er samtidige, kontinuerlige, har høy intensitet og fleksibilitet, ser vi ACT-modellen som optimal. Det vil trolig være vanskelig å oppnå samme kvalitet for mindre kostnader i det ordinære tjenesteapparatet.



# Litteraturliste

- Allness, D.J., & Knodler, W.H. (2003). *The PACT model of community-based treatment for persons with severe and persistent mental illness: A manual for PACT start-up*. . USA: NAMI.
- Andersen, B.J. (2013). Samhandlingsteamet i Bærum - S-Flex-modellen. Praksis og effektevaluering. . *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10(4), 317-327.
- Axelsson, S. B., & Axelsson, R. (2009). Altruisme i tverrprofesjonelt samarbeid og ledelse. I Elisabeth Willumsen (Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bachrach, L. L. (1993). Continuity of care and approaches to case management for long-term mentally ill patients. *Hosp Community Psychiatry*, 44(5), 465-468.
- Bastøe, P.Ø., & Dahl, K. (1995). *Den utviklingsorienterte organisasjon: Organisasjonsteori og organisasjonsforståelse for skole-, helse-, og sosialsektoren*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Bjørn, V. (2014). Psykososial rehabilitering av RoP-pasienter: - Hva er' e vi driver med? .
- Burns, T., Fioritti, A., Holloway, F., Malm, U., & Rossler, W. (2001). Case management and assertive community treatment in Europe. *Psychiatr Serv*, 52(5), 631-636.
- Burns, T., & Firn, M. (2005). *Samhällsbaserad psykiatrisk vård*. Lund: Studentlitteratur.
- Burns, T., Knapp, M., Catty, J., Healey, A., Henderson, J., Watt, H., & Wright, C. (2001). Home treatment for mental health problems: a systematic review. *Health Technol Assess*, 5(15), 1-139.
- Dieterich, M., Irving, C. B., Park, B., & Marshall, M. (2010). Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*(10), CD007906. doi: 10.1002/14651858.CD007906.pub2
- Drake, R. E., McHugo, G. J., Clark, R. E., Teague, G. B., Xie, H., Miles, K., & Ackerson, T. H. (1998). Assertive community treatment for patients with co-occurring severe mental illness and substance use disorder: a clinical trial. *Am J Orthopsychiatry*, 68(2), 201-215.
- Evjen, R., Kielland, K.B., & Øiern, T. (2012). *Dobbelt opp. Om psykiske lidelser og rusmisbruk* (3 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Gournay, K. (2000). Role of community psychiatric nurse in the management of schizophrenia. *Journal of continuing professional development*, 6, 243-251.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2006). *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid. St.meld.nr 47 2008-2009*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helsedirektoratet. (2008). Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og behov for særlig tilrettelagte tilbud. Vurdering av omfang og behov, samt forslag til tiltak IS-1554. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2009). Tilskudd til etablering og drift av tverrfaglig aktivt oppsøkende behandlingsteam etter ACT-modell (ACT-team). . Oslo.
- Helsedirektoratet. (2014). Tilskudd til etablering av forpliktende samhandlingsmodell innen psykisk helsefeltet. Lastet ned 31.7.2014, 2014
- Heskestad, S., Schjervheim, U., & Ruud, T. (2012). *Håndbok i forpliktende samhandling om psykisk helse: Romeriksprosjektet (2010-2015)(Prosjekt Forpliktende samhandling om psykiskhelse på Romerike)*.

- Jacobsen, D.I. (2004). Hvorfor er samarbeid så vanskelig? I P Repstad (Red.), *Dugnadsånd og forsvarsverker. Tverretattlig samarbeid i teori og praksis* (2 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Jacobsen, D.I. & Thorsvik, J. (2013). *Hvordan organisasjoner fungerer* (4 utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Johnson, S. (2008). So what shall we do about Assertive Community Treatment? *Epidemiologica E Psychiatrica Sociale*, 17(2).
- Kaufmann, G., & Kaufmann, A. . (2009). *Psykologi i organisasjon og ledelse* (4 utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Killaspy, H., Bebbington, P., Blizard, R., Johnson, S., Nolan, F., Pilling, S., & King, M. (2006). The REACT study: randomised evaluation of assertive community treatment in north London. *BMJ*, 332(7545), 815-820. doi: 10.1136/bmj.38773.518322.7C
- Knudsen, H. (2004). Samarbeid på tvers av organisasjonsgrenser. I P Repstad (Red.), *Dugnadsånd og forsvarsverker - tverretattlig samarbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Konrad, E.L (1996). A multidimensional framework for conceptualizing human services integration initiatives. *New Directions for Evaluation*(69), 5-19. doi: 10.1002/ev.1024
- Leutz, W. N. (1999). Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *The Milbank quarterly*, 77(1), 77-110,iv-v.
- Marshall, M, & Lockwood, A. (2010). Assertive community treatment for people with severe mental disorders *Cochrane Database of Systematic Reviews*: Cochrane Library.
- Monroe-DeVita, M., Teague, G. B., & Moser, L. L. (2011). The TMACT: a new tool for measuring fidelity to assertive community treatment. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*, 17(1), 17-29. doi: 10.1177/1078390310394658
- Mueser, K. T., Bond, G. R., Drake, R. E., & Resnick, S. G. (1998). Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. *Schizophr Bull*, 24(1), 37-74.
- Pöyry, Econ. (2011). Oppsøkende virksomhet er bra for utsatte grupper. Evaluering av forsøk med ACT (Assertive Community Treatment) i Mosseregionen *Econ-rapport nr. R-2011-013*. Oslo.
- Ramsdal, H., & Hansen, G.V. (2012). Årsrapport 2012. Romeriksprosjektet (2010-2015).
- Rosen, A., Mueser, K. T., & Teesson, M. (2007). Assertive community treatment--issues from scientific and clinical literature with implications for practice. *J Rehabil Res Dev*, 44(6), 813-825.
- Ruud, T. , & Landheim, A. . (2012). Evaluering av 12 ACT-team: Midtveisrapport: KoRus-Øst og Akershus Universitetssykehus.
- Ruud, T. , & Landheim, A. . (2014). Utprøving av ACT-team i Norge. Hva viser resultatene? : Akershus Universitetssykehus & Nasjonal kompetansetjeneste ROP.
- Rønning, R. (2004). *Omsorg som vare. Kampen om omsorgens sjel i norske kommuner*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Schaedle, R., McGrew, J. H., Bond, G. R., & Epstein, I. (2002). A comparison of experts' perspectives on assertive community treatment and intensive case management. *Psychiatr Serv*, 53(2), 207-210.

- Socialstyrelsen. (2011). *Psykosociale insatser ved schizofreni eller schizofrenilignende tilstand*. Stockholm.
- Stein, L. I., & Test, M. A. (1980). Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Arch Gen Psychiatry*, 37(4), 392-397.
- Sundhedsstyrelsen. (2015). *National Klinisk Retningslinje for behandling af patienter med skizofreni og komplekse behandlingsforløp. Vedvarende symptomer, misbrug eller mangelfuld behandlingstilknudning*. København.
- Sytema, S., Wunderink, L., Bloemers, W., Roorda, L., & Wiersma, D. (2007). Assertive community treatment in the Netherlands: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatr Scand*, 116(2), 105-112. doi: 10.1111/j.1600-0447.2007.01021.x
- UK700 Group. (1999). Comparison of intensive and standard case management for patients with psychosis. Rationale of the trial. UK700 Group. *Br J Psychiatry*, 174, 74-78.
- van Veldhuizen, J.R. (2013). *Flexible Assertive Community Treatment. Visjon, modell og organisering av FACT-modellen* Norsk oversettelse: Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse.
- Willumsen, Elisabeth. (2009). Differensiering og integrering - dynamikken i tverrprofesjonelt samarbeid? I Elisabeth Willumsen (Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Øvretveit, J. (1997). How to Describe Interprofessional Working. I J. Øvretveit, Mathias, P. & Thompson, T (Red.), *Interprofessional working for health and social care*. New York: Palgrave.
- Aakerholt, A. (2013). *ACT-håndbok. Inkludert en beskrivelse av FACT-modellen*. Hamar: Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, Sykehuset Innlandet HF.

# Vedlegg

Torleif Ruud og Anne Landheim 16.07.10

## Informasjon om Ukeskjema for kontakt med pasienten

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

Skjemaet fylles ut av hvert teammedlem for de kontaktene vedkommende har med ulike pasienter i løpet av en uke. Kodene som skal brukes i ulike kolonner står til høyre på arket, og det er en kort veiledning nederst på skjemaet. Det skal registreres én kode for hovedinnhold i den enkelte kontakt med pasienten, og inntil to koder for andre aktiviteter.

Ukeskjemaet bør også brukes for pasienter som ikke inkluderes i evalueringen. Det er viktig at samme behandler alltid bruker samme kode for seg, som bør være den kode vedkommende bruker i andre registreringer og sammenhenger (f eks sine forbokstaver eller kort brukernavn for IT).

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

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

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

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



Hver behandler fyller ut et skjema for hver uke (ev flere om behov) som leveres til merkantilt ansatt hver fredag. Ferdig utfylt skjema kvalitetssikres av merkantil medarbeider. Kontakter der flere behandlere er med, føres bare av den med hovedansvar/primærkontakt



<b>KODER OM HVER KONTAKT</b>	
<b>Dag</b> (ukedag): 1-7 (man-søn)	
<b>Start - Slutt:</b> Angi klokkeslett	
<b>Sted</b>	
U	Ute i samfunnet/hos pasient
K	I kontor tilknyttet ACT-teamet
T	Telefonsamtale
<b>P-ID:</b> Pasientinitialer/kode	
<b>Medbeh:</b> Andre teammedlem som var med (initialer/koder)	
<b>Innhold i teamets kontakt:</b>	
En kode for hovedaktivitet, og inntil to koder for biaktivitet	
1	Kontaktetablering
2	Utredning/undersøkelse
3	Planlegge behandling/tiltak
4	Medisinering
5	Individualterapi/psykoterapi
6	Gruppebehandling
7	Sosial trening/Fritidsaktiviteter
8	Uformell kontakt med nettverk
9	Familie/nettverkssamtale
10	Forberede rusbehandling
11	Rusbehandling, gruppe
12	Rusbehandling, individuelt
13	Arbeid/yrke/utdanning
14	Arbeid med bolig/økonomi
15	Husarbeid/egenomsorg
16	Følge til lege /andre tjenester
17	Møte der pasienten er med
18	Møte uten pasienten
19	Ekstraordinært journalarbeid, oppsummeringsnotater
20	Arbeid med koordinering (for eksempel ind. plan)
21	Får ikke kontakt/ikke møtt til avtale
22	Annet
<b>Andre: Tjenester fra andre i samarbeid med teamet</b>	
(kan skrive kode for flere)	
1	Fastlege
2	Somatisk sykehus
3	Tannlege
4	Psykiatritjeneste/team i kommune/bydel
5	Hjemmetjenester i komm/bydel
6	NAV, sosialtjenester, arbeid
7	Poliklinikk/akutteam ved DPS
8	Døgnavdeling ved DPS/sykehus
9	Ruspoliklinikk
10	Rusbehandling, døgn
11	Psykiater/psykolog egen praksis

