

Denne artikkelen er fagfellevurdert



# Samhandlingsteamet i Bærum – S-Flex-modellen Praksis og effektevaluering

**Bror Just Andersen**

broand@vestreviken.no

I Helsedirektoratets IS-1554 «Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og behov for særlig tilrettelagte tilbud» har vi siden 2008 kunnet lese at stadig flere grupper risikerer å falle utenfor behandlingstilbudene fordi de ikke klarer å nyttiggjøre seg disse. Svaret har i all hovedsak vært etablering av ACT eller liknende tilbud med diagnosebaserte inntakskriterier. Risikoen er imidlertid at man skaper feil trykk i pasientstrømmen og nye grupper faller utenfor.

I Bærum ble det derfor 01.01.12 etablert et samhandlingsteam der inntakskriteriet er at man må ha en alvorlig psykisk lidelse og/eller alvorlig rusavhengighet, stor funksjonssvikt og svak eller manglende tilknytning til tjenesteapparatet. Diagnose legges ikke til grunn som vurderingsgrunnlag for inntak, og alder er uvesentlig. Prosjektet har utviklet en forpliktende samhandlingsmodell, S-Flex, mellom kommune og DPS i Bærum med effektevaluering. Det er opprettet et tverrfaglig samhandlingsteam med ansatte i brøkstillinger fra psykisk helse og rus i kommune og fra DPS i Bærum.

## **Innledning**

Denne artikkelen handler på den ene siden om en presentasjon av praksis og arbeidsmetoder i Samhandlingsteamet i Bærum (SiB), og på den andre siden om det anlagte forskningsprosjektet om effekter av S-Flex-modellen (eng. C-Flex). Modellen kan grovt skisseres som fleksibel samhandling med brukeren i sentrum. For å komme til en slik kjerne er det imidlertid behov for å veve et bakteppe eller lage en forståelsesramme for konteksten som initierte ønske og behov for å etablere teamet, og som har gitt begrun-

nelse for valg av metode både for praksis og vurdering av effekt.

## **Den internasjonale historiske konteksten**

Behandlingsaktivitet eller tilbud som faller inn under kategorien «assertive outreach», ble utviklet etter nedbyggingen av døgnbehandling på store sentrale institusjoner på 1960- og 1970-tallet i USA og noe senere i store deler av Europa. De mest kjente modellene for arbeidet i denne kategorien er «Assertive Community Treatment»

(ACT) fra USA og «Community Mental Health Teams» (CMHT) fra Storbritannia (Burns, Creed, Fahy, Thompson, Tyrer & White, 1999; Cleary, Hunt, Matheson, Siegfried & Walter, 2008; Fiander, Burns, McHugo & Drake, 2003; Holloway & Carson, 1998; Killaspy, Bebbington, Blizard, Johnson, Nolan & Pilling, 2006; Marshall & Lockwood, 1998; Mc Crone, Thornicroft, Phelan, Holloway, Wykes & Johnson, 1998; Mc Hugo, Drake, Teague & Xie, 1999; Stein & Test, 1980; Test & Stein, 1980; Thornicroft, Wykes, Holloway, Johnson & Szukler, 1998). Senere har det kommet flere skudd til stammen, kanskje mest sentralt i denne sammenhengen er FACT fra Holland, som er en videreutvikling av ACT, der F står for fleksibel (Veldhuizen, 2007).

Forskningsbasert kunnskap om betydningen av samhandling innen psykisk helse og rus er nasjonalt sett nærmest ikke eksisterende. Internasjonalt finnes det gode studier (Burns, 2010; Firn, Hindhaugh, Hubbeling, Davies, Jones & White, 2013), men utvalget er begrenset, hvilket gjør det vanskelig å trekke konklusjoner (Craven & Bland, 2006). Forskning på samhandling har i stor grad omhandlet depresjon og angst, og i mindre grad samhandling mellom tjenestetilbud til de med alvorlig psykisk lidelser og/eller rusproblemer (Armitage, Suter & Oelke, 2009; Polivka, Kennedy & Chaudry, 1997). Forskning på tjenestemodeller for denne gruppen har så langt vært på integrerte modeller slik som ACT og CMHT (Craven & Bland, 2006). Måling av troskap (fidelity) mot modell er utviklet i integrerte modeller slik som ACT (Teage, Bond & Drake, 1998) og FACT (Veldhuizen, 2007).

ACT er en integrert og godt dokumentert modell for tjenester til de med behov for langvarige og sammensatte tjenester innen psykisk helse og rus (Allness & Knoedler, 2003; Cleary et al., 2008; Marshall & Lockwood, 1998; McHugo et al., 1999; Stein & Test, 1980). Noe av suksessen kan med stor sannsynlighet tilskrives de enkle prinsippene og utfyllende beskrivelser av retningslinjer for praksis. De studier som dokumenterer effekt av ACT, har opphav i USA, Canada og Australia, og positive funn knyttes i stor grad til brukere med psykoseproblematikk. Studier fra Storbritannia og andre europeiske land har ikke funnet liknende resultater når det gjelder effekt (Burns, 2010; Sytema, Wunderink & Bloemers, 2007). Allerede fra slutten av 1990-tallet og fram til 2006 ble det gjennom en rekke studier i Storbritannia funnet ikke-signifikante forskjeller både på kort og lang sikt for bruk av døgninstitusjoner, klinisk og sosial bedring ved sammenlikning av ACT-team og ordinære, vesentlig mindre ressursintensive psykoseteam (Burns et al., 1999; Fiander et al., 2003; Holloway & Carson, 1998; Killaspy et al., 2006; McCrone et al., 1998; Thornicroft et al., 1998).

Det er likevel fortsatt store mangler når det gjelder effektvurderinger på individnivå, med henhold til endring i funksjonsnivå og samhandling mellom ulike tjenester. For å møte behovene til brukere med langvarig alvorlig sykdom og/eller rusproblematikk er det nødvendig å etablere og forskningsmessig evaluere kompleks samhandling på tvers av flere typer og nivåer av tjenester. I SiB er vi derfor i gang med å prøve ut måleinstrumenter med dimensjoner som dekker essensielle deler av det som synes viktig for brukeren og

for effekten av samhandling med det øvrige tjenesteapparatet.

### Den nasjonale konteksten

En av de store utfordringene i tjenestetilbudet innen rus og psykisk helse i Norge har over lang tid vært flere forvaltningsnivå. I en slik setting har brukere med behov for sammensatte og langvarige tjenestetilbud vært en sårbar gruppe. Mange brukere og pårørende har opplevd at de ikke «passer» noe sted, at de «faller mellom stoler», og at ansvaret skyves fram og tilbake i tjenestesystemet. For blant annet å overskride slike utfordringer har Helsedirektoratet med bakgrunn i IS-1554 «Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og behov for særlig tilrettelagte tilbud» siden 2009 tildelt støtte til en lang rekke tiltak for å implementere ACT-team og liknende diagnosebaserte samhandlingsteam. Målet er å sikre en helhetlig og kontinuerlig helsetjeneste til brukere med alvorlige psykiske lidelser alene eller i kombinasjon med rusmisbruk, kognitiv svikt og lignende, med langvarige og sammensatte behov for et helhetlig og sammenhengende behandlings- og tjenestetilbud (Helsedirektoratet, 2009). To av de vesentlige spørsmålene er derfor hvem og hvor mange dette er, og hvordan utfordringene løses på best mulig måte.

De omtalte brukerne kjennetegnes ofte med flere problemer av ulik karakter samtidig. Det dreier seg om bostedsløshet, uforutsigbar økonomi, arbeidsløshet eller manglende strukturert aktivitet, manglende nettverk, somatiske plager og alvorlige plager knyttet til den psykiske helsen og/eller rusmisbruket. Det er derfor regelen mer enn unntaket at de har behov for tjenester fra både kom-

munale tiltak og spesialisthelsetjenesten samtidig og ofte over lang tid. Det fordrer et samkjørt og fleksibelt tjenesteapparat som kan tilby pasientene en trygg og stabil forankring med et langsiktig perspektiv.

Samhandling er imidlertid ikke et teoretisk fundament eller for spesielt interesserte. Det er en kultur som må nedfelles hos alle, og det må utøves i praksis hele tiden om det skal fungere. For å nå målsetningen om et samhandlende tjenesteapparat slik det også er skissert i Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47, 2008–2009), må det etter vår mening utvikles ny og endret praksis. Den må følges av en grundig evaluering, og det må jobbes aktivt ovenfor det aktuelle tjenesteapparatet.

### Praksis i Samhandlingsteamet i Bærum (SiB) – S-Flex-modellen

For å møte disse behovene etablerte vi i Bærum i løpet av 2011 et samhandlings-team der både kommune og spesialisthelsetjeneste bidrar med ressurser for å ivareta den oppsatte målsetningen. Planlegging og søknadsprosess startet i mars, og prosjektet fikk tildelt midler fra Helsedirektoratet til drift 24. juni. Prosjektleder ble ansatt 1. september, og inkludering av pasienter startet 2. januar 2012. SiB er organisert som et prosjekt og berammet til tre år. Videre drift vil bli vurdert i lys av brukernes og tjenesteapparatets tilbakemeldinger blant annet gjennom resultater fra forskningsevalueringen.

Målsetting for SiB er at målgruppen, som er beskrevet i neste avsnitt, får et helhetlig og sammenhengende behandlings- og tjenestetilbud i det ordinære tjenesteapparatet i kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Målgruppen for teamets arbeid er personer i Bærum kommune som har en alvorlig psykisk lidelse og/eller alvorlig rusavhengighet, stor funksjonssvikt og svak eller manglende tilknytning til tjenesteapparatet. Diagnose er i utgangspunktet ikke et vesentlig kriterium for vurdering ved inntak i teamet og alder defineres som en uvesentlig faktor.

Brukere i målgruppen kjennetegnes også ved å ha eller har hatt langvarige og ustabile sykdomsforløp, brudd i behandlingsrelasjoner, gjentatte og krisepregede innleggelse, store begrensninger i sosial fungering, manglende sosial støtte og stabilitet i bosituasjon, høy risiko for negative konsekvenser ved tilbakefall, begrenset effekt av tidligere behandling, og stort behov for hjelp til koordinering av sosial- og helsetjenester for å kunne nyttiggjøre seg av etablerte tiltak.

I henhold til tidligere erfaringer og for å unngå uheldige forskyvninger i pasientstrømmen har teamet etablert «stabil kontakt med hjelpeapparatet» som eksklusjonskriterium for personer som i utgangspunktet faller inn under beskrivelse av målgruppe. Samhandlingsteamet vil i slike tilfeller tilby veiledning til eksisterende behandlingskontakt(er).

SiB har ikke faste kontorer. Kun et «Samhandlingsverksted», der ukentlig felles møte og inntaksmøte avholdes. Praksis og brukerkontakt er derfor i stor grad ambulant. Det er to ansatte (en kommunal og en fra DPS) i alle saker.

### Arbeidsmetode fordelt på tre prinsipper

1. Innskrevet i SiB. Det vil si at brukeren fyller de oppsatte kriterier for inntak, mangler behandlingskontakt og har

manglende stabilitet i livssituasjonen. Da blir han/hun aktivt motivert for behandling og tilbudt tilpassede hjelpetiltak både fra NAV, kommunale tilbud og spesialisthelsetjenesten innen psykisk helse og rus.

2. Skulder ved skulder eller «skuldring». Det vil si at brukeren i utgangspunktet fyller de oppsatte kriterier for inntak, men fortsatt har en behandlingskontakt, og/eller delvis stabilitet i livssituasjonen. I slike tilfeller tilbys behandlingskontakt en utvidet form for veiledning/støtte og praktisk bistand fra SiB. Den som går inn i denne rollen er alltid fra det motsatte forvaltningsnivå.
3. Veiledning til systemet. Det vil si systematisk veiledning overfor instanser i kommunal regi på lik linje med spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt for øvrig. Tilbudet gis til de tjenestesteder som har spesielt behov for den typen kompetanse SiB innehar, eller som ikke har tilbud om veiledning i det eksisterende.

Det er lav terskel for potensielle saker eller brukere i målgruppen inn i teamet. Enhver kan kontakte teamet muntlig, per telefon eller skriftlig for å legge fram en sak eller situasjon. Alle henvendelser blir så vurdert av temaet for videre tiltak. Formelle administrative ordninger som henvisning, inntak og kommunale vedtak gjøres fortløpende, eventuelt i etterkant. Arbeidet med brukerne defineres som en oppsøkende og pågående tilnærming. Den foregår der pasienten er. Sentrale elementer er tidlig kartlegging, raskt vurdering av pasientens totale situasjon og tilbud om individuelt tilpassede tjenester i det ordinære tjenesteapparatet. De bærende prinsipper for all praksis er

forløpstenkning, kontinuitet og langsiktighet, mens målsetningen i alle saker er å opparbeide stabil forankring i det ordinære tjenesteapparatet. I alle delene av prosessen fokuseres det på endring i faktorer som synes avgjørende for bedring av funksjonsnivå, slik som bosituasjon, levekår, arbeid, sosialt nettverk og individualisert psykiatrisk behandling/rusbehandling.

Arbeidet overfor det øvrige tjenesteapparatet ellers består på den ene siden som en integrert del av praksis ved ad hoc-veiledning og strukturert og planlagt veiledning der det er behov, og «skuldring» med det ordinære tjenesteapparatet, på den andre siden ved å ha etablert en felles kompetanseutvikling, etterutdanningen «Samhandling og utvikling av kunnskapsbasert praksis i behandling av pasienter med alvorlige psykiske lidelser og/eller ruslidelser» (SPHR), for ansatte ved Bærum DPS, Bærum kommune, psykiatrisk avdeling Blakstad og brukere.

SiB består av ansatte fra ulike deler av det eksisterende tjenesteapparatet innen rus og psykisk helsetjenester i kommune og DPS i Bærum og NAV. De er alle fortsatt ansatt på sitt ordinære tjenestested (og får sin lønn derfra), og det er inngått avtaler om tjenestetegjoring i samhandlingsteamet i en stillingsbrøk. På den måten reallokeres ressurser og innsats.

Teamet består per i dag av psykiater, psykiatrisk sykepleier, vernepleier, psykisk helsearbeider, psykologer, sosionomer og erfaringskonsulent, og dekker kompetanse innen feltene psykiatri, psykisk helse, rus/avhengighet, bolig/sosial, NAV-arbeid, rehabilitering og erfaringsbasert kunnskap. Per 15. oktober 2013 består SiB av 14 personer i 5,2

stillinger (forskningsprosjektet holdt utenfor).

Prosjektet er forankret i Psykiatrisk Rehabiliteringspoliklinikk, Bærum DPS. Styringsgruppen er lederforum for psykisk helse i Bærum, mens prosjektgruppen består av representanter fra brukerorganisasjoner, spesialisthelsetjenesten og kommunale tilbud innen psykisk helse og rus. Prosjektet er knyttet til nettverket for samhandlings-team i Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helse i kommunene (NAPHA).

### **Forskningsprosjektet – effektevaluering av S-Flex-modellen**

Ettersom dette er en modell som i mange sammenhenger går på tvers av tidligere etablerte prosjekter, har vi ansett det som avgjørende for den videre utviklingen at det gjennomføres en forskningsbasert evaluering. Dersom virkningen for brukerne skal bedømmes, er det ikke tilstrekkelig med vurderinger av praksis gjennom modelloppsett slik som «fidelity scale» (troskap til modellens oppsatte retningslinjer).

De sentrale elementene i del 1 er vurderinger av teamets praksis og betydning eller effekt av denne sett ut fra brukernes individuelle opplevde endring(er) i livssituasjon og funksjonsnivå og psykisk helse/rusproblematikk. I del 2 er det fokus på hvilken betydning etableringen av praksisen har for tjenesteapparatets utøvelse av praksis for øvrig.

Effektundersøkelsen i del 1 gjennomføres som en observasjonsstudie med en prospektiv kohortstudiedesign. Den søker å besvare problemstillingene gjennom kartlegging ved bruk av validerte måleinstrumenter og ved

egenutviklede vurderinger for angivelse av endring i kjente risiko og beskyttelsesfaktorer ved spørreskjema og semistrukturerte intervjuer.

Inklusjon av respondenter i forskningsprosjektet startet 1. november 2013. Per 15. juni har 13 brukere samtykket til deltakelse i den utvidede effektevalueringen. Målsetningen er 30 respondenter innen utgangen av 2013. Ettersom det er en svært heterogen gruppe med stor variasjon i behandlingsforløp, er det vanskelig å angi eksakte tidsintervaller for kartleggingen av utfallsvariablene. Ideelt sett ønsker vi å kartlegge brukernes helsetilstand, bruk av rusmidler, funksjonsnivå og livskvalitet ved inntak, etter seks måneder, ved avslutning (som en del av tjenestenes kliniske arbeid) og tre måneder etter utskrivning. Brukernes, og ved samtykke pårørendes, tilfredshet med tjenestetilbudet blir kartlagt blant annet gjennom skjema utviklet av FoU-avdelingen ved A-hus. Endringer i bruken av helsetjenester fra inntil 24 måneder før inntak og inntil 24 måneder etter inntak kartlegges ved bruk av data fra pasientjournal og Norsk pasientregister. I del 2 blir helsearbeidernes og samarbeidspartneres erfaringer kartlagt ved egenutviklet spørreskjema og semistrukturerte intervjuer.

Effektmålene i den utvidede delen av forskningsprosjektet er grad av, tilgang på og evne til å nyttiggjøre seg av etablerte tjenester i kommunen og spesialisthelsetjenesten, stabilitet i behandlingskontakt, trygghet og stabilitet i boforhold, individuell plan, og endring i omfang av akuttinnleggelser, individuelt tilpasset aktivitet eller arbeid, sosial støtte og integrering i nærmiljø, kriminalitet, psykiske problemer, rusmisbruk, og inntekt.

Forut for oppstart av SiB var den nasjonale evalueringen av ACT-team og Romeriksprosjektet igangsatt. Disse evalueringene har som utgangspunkt å vurdere endring med tanke på den samme brukergruppen jf. IS-1554 (Helsedirektoratet, 2008) og rapport fra Midtveisevalueringen 2012 (Ruud & Landheim, 2012). Undertegnede har derfor etablert et uforpliktende samarbeid med Nasjonalt kompetansesenter for ROP og FoU-avdelingen ved A-hus.

For å få etablert en kontrollgruppe til våre funn vil vi i evalueringen på liknende måte som i den nasjonale evalueringen av ACT-team belyse de tre spørsmålene:

1. I hvilken grad treffer vi målgruppen, slik som beskrevet i IS-1554 (Helsedirektoratet, 2008)?
2. Hvordan er pasientforløpet ved forpliktende samhandlende behandling?
3. Hva er erfaringene med gjennomføring av forpliktende samhandlende behandling?

Den egenutviklede «skjemapakken» gir også flere muligheter for gjensidig kontroll. Det som er avvikende gjelder først og fremst større valgfrihet når det gjelder diagnostiske vurderinger, dernest kartlegging av andre faktorer på grunn av SiBs større fokus mot funksjonsnivå, risiko og beskyttelsesfaktorer. Brukere vil ved inntak fortrinnsvis bli vurdert gjennom strukturerte intervjuer slik som MINIPlus og ved klinisk skjønn etter ICD-10 og DSM-IV-standard. For brukere som nylig har vært grundig diagnostisert andre steder, hentes diagnoser fra dette. Sosiodemografiske opplysninger og opplysninger om kjente beskyttelses- og

risikofaktorer måles med tilpassede registreringsskjema.

Type og alvorlighetsgrad av psykiske problem vil når det er mulig og hensiktsmessig, bli målt med Brief Psychiatric Rating Scale versjon 4 (BPRS) (Ventura, Lukoff, Nuechterlein, Liberman, Green & Shaner, 1993) og Global Assessment of Functioning Scale (GAF) (Goldman, Skodol & Lave, 1992). Rusproblem og rusmisbruk måles ved hjelp av Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) (Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro, 2001) og Drug Use Disorder Identification Test (DUDIT) (Berman, Bergman, Palmstierna & Schlyter, 2005), supplert med konkrete spørsmål om hvilke rusmidler pasienten har brukt siste måned. Motivasjon for endring

og motivasjon for behandling av rusproblemer måles ved hjelp av Alkohol-E og Dudit-E. Opplevd livskvalitet måles der det er mulig, med Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA) (Priebe, Huxley, Knight & Evans, 1999) og ellers på endring i mønstre av beskyttelsesfaktorer og risikofaktorer. Utfallsmål som gjelder bruk av helsetjenester, vil delvis bli registrert retrospektivt for hvert av måletidspunktene og delvis fra helseregistre.

I analysene av datamaterialet benyttes det der det er mulig, GLM med «repeated measure», ellers benyttes frekvens-, regresjons- og variansanalyser eventuelt med kovariater. For beskrivelse av materialet ellers benyttes standard statistiske analyser. Per i dag er registreringene i forskningsprosjektet

**Tabell 1: Henvisende instanser for brukere av SiB.**

Henvendelse fra	Antall brukere
Politiet	23
Kommunal rustjeneste	22
Kommunal helseavdeling	5
Sosialfaglig tjeneste	10
Kommunal psykisk helse	9
Overført fra ATT (team nedlagt 3112111)	5
Psykiatrisk poliklinikk	7
TIPS	4
Psykiatrisk Rehabiliteringspoliklinikk	7
Flyktningkontor	1
Fastlege	3
Pårørende	6
Kommunalt natthjem	3
Psykiatrisk døgnavdeling spesialisthelsetjenesten	1
Døgnavdeling avgiftning	1
Boligkontor	5
Kommuneoverlege	3
Personlig henvendelse	1
NAV	8
Poliklinikk for Rus og Avhengighet	1
BUP / FANT	2
Tildelingskontor	2
Somatisk sykehus	1
<b>Totalt</b>	<b>130</b>

kun gjort én gang, og de presenterte tabellene har derfor et epidemiologisk preg.

Som det fremgår av tabell 1 har mange henvendelser kommet fra politiet og kommunal rustjeneste. Den store andelen av disse kom i forbindelse med oppstart. I første halvdel av teamets drift kom henvendelser for øvrig fra kjente tjenestetilbud innen rus og psykisk helse. I andre halvdel har blant annet fastlege, kommuneoverlege, NAV og boligkontoret kommet sterkere inn i bildet av instanser som kommer med henvendelser.

Alderssammensetningen på de 130 henvendelsene er fra 16 til 72 år, hovedandelen ligger imidlertid mellom 20–55 år. SiB hadde 48 henvendelser i løpet av første måned etter oppstart, gjennomsnittet per måned er etter dette på litt i underkant av 5. Som det fremgår av tabell 2 har halvparten av henvendelsene endt som brukere av SiB (definert ved «innskrevet» eller «skulder ved skulder»). De avsluttede sakene er brukere som er overført til tjenester i det ordinære tjenesteapparatet.

**Tabell 2 Antall brukere fordelt på arbeidsmetode.**

Arbeidsmetode	Antall brukere
Innskrevet	40
Skulder ved skulder	24
Veiledning System	12
Foreløpig uavklart	12
Videreført	17
Avvist / avslått	16
Avsluttede saker	9
Totalt	130

## Diskusjon

De vesentligste faktorene som skiller praksis og metode i SiB fra liknende modeller, er:

1. Eksklusjons- og inklusjonskriteriene er snudd på hodet og er designet for å nå de brukerne som faller utenfor. Målsetningen med teamets arbeid er derfor i sin ytterste konsekvens opphevelse av sin egen eksistens.
2. Teamets sammensetning er kun besatt ved brøkstillinger av ansatte i det eksisterende hjelpeapparatet innen psykisk helse og rus. Organiseringen opprettholder på denne måten (i motsetning til ansatte i 100 %-stillinger) en høy grad av praksisoverføring gjennom daglig virke.
3. Avtalene med allokering av ressurser og fortsatt ansettelse i ordinære stillinger eliminerer dessuten en av de store svakhetene ved dagens prosjektfinansieringsordninger, der lønn er en del av prosjektets økonomi. Ved overgang fra prosjekt til ordinær drift blir dermed økonomi en faktor som svært ofte overskygger de faglige.
4. Alle aktuelle tjenester fra kommune, spesialisthelsetjeneste og NAV sitter ved samme bord. Spesialisthelsetjeneste og kommune er representert i alle saker. Det fremhever prinsippet om et befolkningsansvar.
5. Sterkere fokus på endring av funksjonsnivå enn diagnose. Det gjør at man i de fleste sammenhenger kommer nærmere brukergruppens fokus, at motivasjonen øker og at mulighetene for bedring øker.

I forhold til ACT-team handler hovedforskjellen grovt sett om målgruppen slik det står beskrevet i grunnlagsdokumentene (Helsedirektoratet, 2008) og målgruppen slik den er definert for ACT-teamene.

Målgruppen for tjenestene er definert i IS-1554 på følgende måte:



*Personer med alvorlige psykiske lidelser alene eller i kombinasjon med rusmiddel-misbruk, kognitiv svikt og/ eller betydelig funksjonsnedsettelse med sammensatte og langvarige hjelpebehov fra kommune- og spesialisthelsetjeneste, og som ikke er i stand til å nyttiggjøre seg det ordinære hjelpeapparatet i tilstrekkelig grad og som har behov for særlig tilrettelagte tilbud. (Helsedirektoratet, 2008, s. 10).*

I Midtveisrapporten fra den nasjonale evalueringen av ACT-team i Norge tilføyer man imidlertid uten reservasjon i det påfølgende avsnittet:

*«Spesifisering av krav til målgruppene (inklusionskriterier) til ACT-behandling:*

- Langvarige og ustabile sykdomsforløp*
- Langvarig psykotisk sykdom / schizoaffective lidelser*
- Alvorlige bipolare lidelser*
- Rusmiddelmisbruk/ruslidelser og tentativ alvorlig psykisk lidelse*
- Alvorlig psykisk lidelse og lett psykisk utviklingshemming» (Ruud & Landheim, 2012, s. 10).*

Ser vi på de to beskrivelsene, er den første grupperingen uten beskrevne diagnostiske eksklusjonskriterier. Den siste har et helt klart eksklusjonskriterium i psykose/schizoaffective lidelser. Den første er derav også en større gruppe.

«Psykosekriteriet» er helt i tråd både med håndboken til ACT-teamene (Aakerholt,

2010, s. 12), og de internasjonale studiene som kan vise til effekt, og dermed i målgruppen for ACT. Men det er ikke målgruppen som er beskrevet i behovsanalysene som er basert på dataene fra SINTEF og IRIS (Helsedirektoratet, 2008, s. 6–7 og 10–17).

I utgangspunktet er målgruppen for Samhandlingsteamet i Bærum i overensstemmelse med Helsedirektoratets beskrivelse målgruppen, og for å nå denne gruppen kan ikke inklusionskriteriet være psykose. Hovedgrunnen til det er at man på denne måten mister en stor andel av brukerne som er definert som målgruppe. I IS-1554 slås det samtidig fast at man må «... legge større vekt på funksjonsnivå enn på diagnoser» (Helsedirektoratet, 2008, s. 10). Å etablere ACT-team for å løse behovene beskrevet gir dermed bare en delvis løsning.

Avklaringen er dessuten viktig når det gjelder å unngå misforståelser og sammenblandinger med tanke på hvilke brukere om nås av hvem, og særlig fordi ett av hovedspørsmålene i evalueringene er å avklare om målgruppen er nådd.

Slik som det står i oppsummeringen i Midtveisrapporten i dag, at 90 prosent av brukerne er nådd, blir etter mitt syn noe misvisende med tanke på målgruppe fordi dette kun omhandler de som fyller «psykosekriteriet» (Ruud & Landheim, 2012, s. 55). I det foreløpige materialet i Bærum basert på de 130 henvendelsene, fyller anslagsvis 20 prosent «psykosekriteriet». 100 prosent av brukerne fyller imidlertid kriteriene «alvorlige psykiske lidelser» og «manglende behandlingsrelasjon».

Jeg vil avslutningsvis understreke at praksis etter ACT-modellen med stor sannsynlighet

er av vesentlig betydning for de brukerne det jobbes med. Som det overforstående viser er det likevel behov for en klargjøring om hva som er hva, og hvem som har behov for hva, slik at både praksis og skillelinjer trer klart fram.

## Referanser

- Armitage, G.D., Suter, E., & Oelke, N.D. (2009). Health system integration: State of the evidence. *International Journal of Integrated Care*, 9. ISSN 1568-4156. Hentet fra <http://www.ijic.org/index.php/ijic/issue/view/34>.
- Aakerholdt, A. (2010). *ACT-håndbok, netttutgave* (1. utg). Hentet fra [http://www.rus-ost.no/docs/00000795/ACT-håndbok%202010\\_webutgave\\_NY\\_isbn.pdf](http://www.rus-ost.no/docs/00000795/ACT-håndbok%202010_webutgave_NY_isbn.pdf)
- Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B., & Monteiro, M.G. (2001). *AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care* (2th ed). Geneva: World Health Organization. Hentet fra [http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/who\\_msd\\_msb\\_01.6a.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/who_msd_msb_01.6a.pdf).
- Berman, A.H., Bergman, H., Palmstierna, T., & Schlyter, F. (2005). Evaluation of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) in Criminal Justice and Detoxification Settings and in a Swedish Population Sample. *European Addiction Research*, 11(1), 22-31.
- Burns T. (2010). The rise and fall of assertive community treatment? *International Review of Psychiatry*, 22(2), 130-137.
- Burns, T., Creed, F., Fahy, T., Thompson, S., Tyrer, P., & White, I. (1999). Intensive versus standard case management for severe psychotic illness: A randomised trial. *Lancet*, 353(9171), 2185-2189.
- Cleary, M., Hunt, G.E., Matheson, S.L., Siegfried N., & Walter G. (2008). Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1. Art.No.: CD001088. doi: 10.1002/14651858.CD001088.pub2.
- Craven, M.A., & Bland, R. (2006). Better practices in collaborative mental health care: An analysis of the evidence base. A report for the Canadian Mental Health Initiative. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(6, Suppl 1), 1S-72S.
- Fiander, M., Burns, T., McHugo, G.J., & Drake, R.E. (2003). Assertive community treatment across the Atlantic: Comparison of model fidelity in the UK and USA. *British Journal of Psychiatry*, 182(3), 248-254.
- Finn, M., Hindhaugh, K., Hubbeling, D., Davies, G., Jones, B., & White S.J. (2013). A dismantling study of assertive outreach services: comparing activity and outcomes following replacement with the FACT model. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(6), 997-1003.
- Goldman, H.H., Skodol, A.E., & Lave, T.R. (1992). Revising Axis V for DSM-IV: A Review of Measures of Social Functioning. *American Journal of Psychiatry*, 149(9), 1148-1156.
- 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). *Etablering og drift av aktivt oppsøkende behandlingsteam etter ACT-modell (ACT-team), og Organisatoriske forpliktende samhandlingsmodeller innen psykisk helsefeltet*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <http://helsedirektoratet.no/tilskudd/Sider/default.aspx?Tema=Psykisk+helse+og+rus&page=2>.
- Holloway, F., & Carson, J. (1998). Intensive case management for the severely mentally ill: Controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 172(1), 19-22.
- Killaspay, H., Bebbington, P., Blizard, R., Johnson, S., Nolan, F., & Pilling, S. (2006). The REACT study: Randomised evaluation of assertive community treatment in north London. *British Medical Journal*, 332(7545), 815-820.
- Marshall, M., & Lockwood A. (1998). Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2. Art. No.: CD001089. doi: 10.1002/14651858.CD001089.
- McCrone, P., Thornicroft, G., Phelan, M., Holloway, F., Wykes, T., & Johnson, S. (1998). Utilisation and costs of community mental health services. PRISM Psychosis Study 5. *British Journal of Psychiatry*, 173(11), 391-398.
- McHugo, G.J., Drake, R.E., Teague, G.B., & Xie, H. (1999). Fidelity to assertive community treatment and client outcomes in the New Hampshire dual disorders study. *Psychiatric Services*, 50(6), 818-824.
- Polivka, B.J., Kennedy, C., & Chaudry, R. (1997). Collaboration between local public health and community mental health agencies. *Research in Nursing & Health*, 20(2), 153-160.
- Priebe, S., Huxley, P., Knight, S., & Evans, S. (1999). Application and results of the Manchester short assessment of quality of life (MANSA). *International Journal of Social Psychiatry*, 45(1), 7-12.
- Ruud, T., & Landheim, A. (2012). *Evaluering av 12 ACT-team. Midtveisrapport*. Hentet fra <http://www.rop.no/media/Dokumenter/midtveisrapport-evaluering-av-act-team-1-november-20123>.
- St.meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/hb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009.html?id=567201>
- Stein, L.I., & Test, M.A. (1980). Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment pro-

- gram, and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry*, 37(4), 392–397.
- Sytema, S., Wunderink, L., & Bloemers, W. (2007) Assertive community treatment in the Netherlands: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116(2), 105–112.
- Teage, G.B., Bond, G.R., & Drake, R.E. (1998). Program fidelity in assertive community treatment: Development and use of a measure. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(2), 216–232.
- Test, M.A., & Stein, L.I. (1980). Alternative to mental hospital treatment. III. Social cost. *Archives of General Psychiatry*, 37(4), 409–412.
- Thornicroft, G., Wykes, T., Holloway, F., Johnson, S., & Szmulker, G. (1998). From efficacy to effectiveness in community mental health services. PRISM Psychosis Study 10. *British Journal of Psychiatry*, 173(11), 423–427.
- Veldhuizen J.R. (2007). FACT: A Dutch Version of ACT. *Community Mental Health Journal*, 43(4), 421–433.
- Ventura, J., Lukoff, D., Nuechterlein, K.H., Liberman, R.P., Green, M.F. & Shaner, A. (1993). Appendix 1: Brief Psychiatric Rating Scale Expanded Version (4.0) scales, anchor points, and administration manual. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 3, 227–243.

## Summary

Bror Just Andersen

### The C-Flex model – a collaboration team in Baerum. Practice and effect evaluation

When establishing assertive outreach and/or integrated outpatient mental health services in Norway in 2008, the starting point was a white paper from The Norwegian Directorate of Health; IS-1554: «People with severe mental illness demanding special facilitated services». The response to this has primarily been to establish ACT-teams, or similar services with diagnosis-based admission criteria.

Bærum took another approach, wherefore a collaborative team was established with patient inclusion on 01.01.2012. Admission criteria were severe mental illness and/or severe addiction, major disability, and weak or non-existing contact with public treatment services. Diagnosis was not an assessment base for inclusion and age was irrelevant. Anyone could refer patients to the team. The project has developed a flexible, functional, committed collaboration model for primary and secondary mental health and addiction services termed 'The C-Flex model'. We created an interdisciplinary collaboration of employees in fractional positions also staying in their initial positions.